



Rapporto sulla condizione sociale del territorio della provincia di Roma: elementi di analisi e pianificazione nei distretti socio sanitari

Anni 2012-2014



Roma aprile 2015

Dipartimento IX - *“Sviluppo Sociale e politiche per l’integrazione”*

Direttore Dipartimento IX Antonella Massimi

Servizio 1-*“Pianificazione territoriale, formazione e sistema informativo degli interventi in campo sociale”*

Dirigente Servizio 1 Renato Bonomo

Elaborazione Rapporto a cura di

Marisa Persiani, Monica Gaddini, Concetta Madia, Maria Chiara Mancinelli,
Maria Paola Pacelli, Stefania Pucello, Giulia Violi

Coordinamento scientifico

Marco Accorinti

Ricercatore CNR – Irpps, Docente Università Sapienza

con la collaborazione di Sabrina Rosa, *Ricercatrice*

In collaborazione con

Statistica e Ufficio Studi Città Metropolitana di Roma Capitale

Direttore Paolo Berno

Gruppo di lavoro

Teresa Ammendola, Chiara Bambini, Paola Carrozzi, Manuela D’Incà, Laura Papacci,
Serena Pascucci

Roma, aprile 2015

Rapporto sulla Condizione Sociale del territorio della provincia di Roma: elementi di analisi e pianificazione nei Distretti socio-sanitari anni 2012 - 2014

Indice

PREFAZIONE	7
INTRODUZIONE	8
1. PREMESSA E METODO DI ANALISI	10
1.1 METODO DI ANALISI	10
2. LA PROVINCIA DI ROMA E I DISTRETTI SOCIO-SANITARI: LA POPOLAZIONE, L'AMBIENTE, IL TERRITORIO, L'ECONOMIA	15
2.1 IL TERRITORIO	15
2.1.1 MORFOLOGIA	15
2.1.2 L'AMBIENTE	15
2.2 LA POPOLAZIONE	19
2.2.1 - DINAMICHE INSEDIATIVE. CONFRONTO TRA CAPOLUOGO E HINTERLAND.	22
2.3 LE RISORSE ECONOMICHE	25
2.4 LE INFRASTRUTTURE	51
2.4.1 Scuola e istruzione	51
2.5 I DISTRETTI SOCIO-SANITARI DEL TERRITORIO DELLA PROVINCIA DI ROMA: UNA LETTURA DI INSIEME.	54
2.5.1 Gli indicatori demografici	54
2.5.2 Gli indicatori economici	56
2.5.3 La sicurezza del territorio	61

3. ALCUNI INDICATORI DELLE AREE DISTRETTUALI ANALIZZATE	64
4. IL BISOGNO SOCIALE ESPRESSO DAI DISTRETTI SOCIO-SANITARI	78
4.1 ANALISI DEI BISOGNI RELATIVI ALL'AREA "POVERTÀ E DISAGIO SOCIALE"	82
Le situazioni di Povertà e di Disagio sociale rilevate dal Piano di Zona del Distretto RM D1	83
Le situazioni di Povertà e di Disagio sociale rilevate dal Piano di Zona dell'area Distrettuale ASL RM F	86
Le situazioni di Povertà e di Disagio sociale rilevate dal Piano di Zona dell'area Distrettuale ASL RM G	91
Le situazioni di Povertà e di Disagio sociale rilevate dal Piano di Zona dell'area Distrettuale ASL RM H	100
4.2 ANALISI DEI BISOGNI RELATIVI ALL'AREA "IMMIGRAZIONE E INCLUSIONE SOCIALE"	108
I Bisogni degli Immigrati rilevati dai Piani di Zona del Distretto RM D1	109
I Bisogni degli Immigrati rilevati dai Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM F	110
I Bisogni degli Immigrati rilevati dai Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM G	112
I Bisogni degli Immigrati rilevati dai Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM H	117
4.3 ANALISI DEI BISOGNI RELATIVI ALL'AREA "DISABILITÀ E DISAGIO MENTALE"	121
I Bisogni delle persone con Disabilità e Disagio mentale rilevati dai Piani di Zona del Distretto RM D1	122
I Bisogni delle persone con Disabilità e Disagio mentale rilevati dai Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM F	125
I Bisogni delle persone con Disabilità e Disagio mentale rilevati nei Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM G	134
I Bisogni delle persone con Disabilità e Disagio mentale rilevati nei Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM H	146
4.4 ANALISI DEI BISOGNI RELATIVI ALL'AREA "FAMIGLIE E MINORI"	158
I Bisogni delle Famiglie e dei Minori rilevati dal Piano di Zona del Distretto RM D1	159
I Bisogni delle Famiglie e dei Minori rilevati dai Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM F	162
I Bisogni delle Famiglie e dei Minori rilevati dai Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM G	172
I Bisogni delle Famiglie e dei Minori rilevati dai Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM H	185
4.5 ANALISI DEI BISOGNI RELATIVI ALL'AREA "PERSONE ANZIANE"	197
I Bisogni degli Anziani rilevati nei Piani di Zona del Distretto RM D1	198
I Bisogni degli Anziani rilevati dai Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM F	200
I Bisogni degli Anziani rilevati dai Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM G	205
I Bisogni degli Anziani rilevati dai Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM H	212

4.6 ANALISI DELLE AREE MULTIUTENZA	218
Gli interventi multiutenza presenti nei Piani di Zona del Distretto RM D1	219
Gli interventi multiutenza presenti nei Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM F	221
Gli interventi multiutenza presenti nei Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM G	224
Gli interventi multiutenza presenti nei Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM H	229
5. IL LABORATORIO PROGETTUALE DEI DISTRETTI SOCIO-SANITARI	234
5.1 QUADRO COMPLESSIVO DELLA PROGETTAZIONE	235
5.1.1 Le finalità generali della programmazione	240
5.1.2 Gli obiettivi specifici della programmazione	244
5.1.3 La trasformazione dei Progetti in Servizi essenziali	246
5.1.4 L'integrazione funzionale prevista	247
5.1.5 Le fonti informative	249
5.1.6 Il sistema di valutazione previsto	252
5.1.7 L'applicazione delle disposizioni regionali	254
5.1.8 Gli elementi innovativi nella progettazione	255
5.2 ANALISI DEI PROGETTI PRESENTATI	258
5.2.1 PROGETTI DELL'AREA POVERTÀ E DISAGIO SOCIALE	259
5.2.2 PROGETTI DELL'AREA IMMIGRAZIONE E INCLUSIONE SOCIALE	262
5.2.3 PROGETTI DELL'AREA DISABILITÀ E DISAGIO MENTALE	263
5.2.4 PROGETTI DELL'AREA FAMIGLIE E MINORI	267
5.2.5 PROGETTI DELL'AREA PERSONE ANZIANE	271
5.2.6 PROGETTI DELL'AREA MULTIUTENZA	273

5.3 ANALISI DEI PROCESSI DI PROGRAMMAZIONE	276
5.3.1 Azioni di collegamento regionale-locale	277
5.3.2 Attori e decisori locali	282
5.3.3 Responsabilità di gestione	286
6. CONCLUSIONI	290
ALLEGATI	295
ALLEGATO 1	296
LE SCHEDE DEI DISTRETTI E DEI COMUNI: DESCRIZIONE E FONTE DEGLI INDICATORI	296
ALLEGATO 2	303
ELENCO DEGLI INTERVISTATI	303

Prefazione

Il presente Rapporto sulla condizione sociale del territorio della provincia di Roma, si colloca tra la profonda riforma delle Province, la nascita della Città Metropolitana di Roma capitale e l'iter che sta accompagnando la nuova "Legge sul sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali" nel Lazio. Dette riforme rendono necessaria una riflessione approfondita sul territorio nel quale vanno ad incidere, con i suoi bisogni sociali, con i servizi che intorno a questi si sono storicamente determinati, con le prassi che negli anni la Legge e la professionalità degli operatori hanno delineato.

Le pagine del Rapporto vogliono offrire una mappa ragionata dei bisogni e delle risorse del territorio afferente all'area metropolitana di Roma. In modo da costituire una chance per governare il cambiamento verso una migliore adesione ai bisogni sociali dei cittadini, resi ancora più acuti dal perdurare della crisi economica.

Nell'ultimo decennio la Provincia di Roma, ora Città Metropolitana di Roma Capitale, si è fortemente impegnata, coinvolgendo tutti gli attori istituzionali e sociali del territorio, nella costruzione di un sistema di welfare attento ai bisogni dei cittadini ed in grado di dare risposte concrete ed efficaci, secondo una logica metropolitana di sinergia ed interscambio con i 17 Distretti socio sanitari.

La Città Metropolitana di Roma Capitale, nell'ambito delle competenze attribuite dalla L. 56/14 in materia di sviluppo sociale del territorio e, in ragione delle funzioni stabilite dal proprio Statuto, in quanto ente territoriale di area vasta, concorre "alla programmazione, al coordinamento, alla valutazione e alla qualificazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi pubblici sociali e socio-economici".

Anche nella nuova realtà demografica della Città Metropolitana, attraverso il Sistema Informativo Sociale, si intende continuare ad offrire uno spazio di studio, approfondimento, confronto ed analisi dei fenomeni sociali più rilevanti e caratterizzanti il territorio, allo scopo di concorrere all'attività di programmazione delle politiche integrate, per promuovere lo sviluppo sociale ed economico.

Con la pubblicazione del "Rapporto sulla condizione sociale del territorio della provincia di Roma: elementi di analisi e pianificazione nei 17 Distretti Socio sanitari", che presenta i Piani Sociali di Zona relativi al triennio 2012-2014, si intende offrire un quadro d'insieme delle strategie di intervento adottate dai Distretti attraverso le risorse messe a disposizione dal Fondo Nazionale delle Politiche Sociali.

La ricerca ha lo scopo di proporre un'analisi dei fenomeni che caratterizzano l'intervento sociale relativamente ai bisogni rilevati, ai servizi, ai progetti avviati sul territorio nonché alle azioni innovative poste in essere, al fine di rilevare i tratti distintivi della condizione sociale nelle diverse aree di governance territoriale, ma ha anche l'intento di offrire una funzione di supporto alla valutazione dei progetti attraverso la proposta di indicatori di qualità, efficienza ed efficacia.

Il Rapporto viene proposto all'attenzione dei decisori istituzionali, degli operatori e di quanti sono a vario titolo interessati a partecipare allo sviluppo delle politiche sociali, economiche e culturali del nostro territorio, con l'obiettivo di promuovere una riflessione in grado di mobilitare azioni capaci di costruire una politica del benessere rivolta a tutti i cittadini.

Direttore Dipartimento IX Città metropolitana di Roma Capitale
"Sviluppo Sociale e politiche per l'integrazione"
Dr.ssa Antonella Massimi

Introduzione

Il Rapporto che ho il compito di introdurre è espressione matura di quindici anni di lavoro del Servizio “Pianificazione territoriale, formazione e sistema informativo degli interventi in campo sociale” del Dipartimento IX dell’ex Provincia di Roma, oggi Città Metropolitana.

Fu chiaro da subito che l’approvazione della legge di riforma 328/2000 a lungo attesa, andava accompagnata, ai fini della sua attuazione, dalla costruzione di un modello di governance territoriale condiviso, che portasse alla creazione di Piani di Zona quale strumento di pianificazione e regolazione delle politiche sociali, di valorizzazione di tutte le risorse presenti nei singoli territori e di integrazione delle politiche sociali con le altre politiche attive territoriali.

Questa finalità è stata al centro delle linee politiche e delle azioni messe in campo in questi anni dal personale tecnico del Servizio: favorire azioni di sistema condivise e garantire livelli omogenei di prestazioni e servizi. Il percorso scelto è passato attraverso la partecipazione ai tavoli di lavoro politici e tecnici, quale luogo di condivisione di linee progettuali e di best practices, di ricerca di soluzioni efficaci ed efficienti per una governance inclusiva, pluralista, integrata e partecipata.

Ciò ha condotto all’adozione di “Accordi di Programma” co-costruiti, per regolare i rapporti tra tutti i soggetti pubblici coinvolti nella programmazione e gestione dei servizi, un modello organizzativo cui hanno aderito i 17 Distretti del territorio e che non solo ha fatto crescere la capacità “pianificatoria” di tutti i Distretti, ma permette oggi di leggere tutto il territorio in modo sincronico e di valutarne le potenzialità e le condizioni di rischio.

La lettura del sistema dei servizi come rappresentato nei Piani di Zona dei 17 Distretti rimanda, inevitabilmente, alla necessità di una dimensione di “pianificazione” di “raccordo funzionale e tecnico”, stimolo e verifica della qualità del sistema dei servizi ed interventi di area vasta che deve trovare una sua collocazione, in termini di responsabilità funzionale, nell’ambito delle politiche di riforma dell’assetto degli Enti territoriali. La neo Città Metropolitana di Roma capitale, che prevede tra i propri compiti esplicitati nello Statuto all’art. 12 “4. Nell’esercizio della funzione di cui al presente articolo: a) provvede alla raccolta delle conoscenze e dei dati sulla domanda e l’offerta territoriale d’inclusione socio-economica; b) concorre alla programmazione, coordinamento, alla valutazione e alla qualificazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi pubblici sociali e socio-economici” potrà essere interprete di questa funzione in modo adeguato se non disperde, ma valorizza il lavoro sino ad oggi realizzato di cui il presente Rapporto è espressione e lo utilizza come volano di un ulteriore miglioramento sia nei termini di efficacia che di umanizzazione dei servizi del territorio.

Si ringrazia l’Ufficio di Statistica della Città Metropolitana che ha collaborato alla realizzazione del Rapporto fornendo una ricca descrizione dei comuni e dei distretti socio-sanitari secondo le principali variabili demografiche, economiche e sociali e individuando indicatori che permettono di ricavare un profilo socio-economico del territorio e dei singoli distretti socio-sanitari.

Si ringraziano i responsabili degli Uffici di Piano che hanno messo a disposizione il materiale dei Piani di Zona ed in particolare coloro che, attraverso le interviste, hanno esposto il loro punto di vista in ordine all’analisi dei bisogni offrendo anche il contributo della personale esperienza sul campo.

Dirigente Servizio 1- Dipartimento IX- Città metropolitana di Roma Capitale
“Pianificazione territoriale, formazione e sistema informativo degli interventi in campo sociale”

Dr. Renato Bonomo

1. Premessa e metodo di analisi

1. PREMESSA E METODO DI ANALISI

L'obiettivo del presente "Rapporto sulla Condizione Sociale del territorio della provincia di Roma: elementi di analisi e pianificazione nei Distretti socio-sanitari" (di seguito più brevemente "Rapporto") è quello di far conoscere ed analizzare una serie di elementi descrittivi circa la progettazione sociale dei Distretti socio-sanitari della provincia di Roma. In particolare, attraverso la documentazione contenente i Piani sociali di Zona che i Distretti della provincia di Roma hanno presentato alla Regione Lazio, verranno riportati i bisogni rilevati, i servizi e i progetti definiti. Si è inteso infatti fornire un supporto informativo di analisi delle strategie di pianificazione adottate attraverso le attività progettuali finanziate dalla Regione Lazio con le risorse messe a disposizione dal Fondo Nazionale delle Politiche Sociali.

Come è noto alla data di chiusura del presente Rapporto, non si è ancora concluso il complesso processo di trasformazione della Provincia di Roma in Città metropolitana, che in qualità di ente territoriale di area vasta «rappresenta la popolazione e la comunità del territorio garantendone i diritti, curandone gli interessi e proponendo lo sviluppo economico e sociale» (titolo 1, art. 2 Statuto Città metropolitana di Roma Capitale).

La presente analisi è espressione della funzione di partecipazione ai processi di costruzione del sistema integrato di interventi e servizi sociali che il Servizio 1 - Dipartimento IX ha esercitato attraverso la partecipazione ai Tavoli distrettuali tecnici, ma anche attraverso l'offerta costante di percorsi formativi e di aggiornamento professionale rivolti agli operatori socio-sanitari pubblici e del Terzo settore. Ciò ha permesso di favorire, attraverso il confronto e l'integrazione di esperienze e saperi, l'individuazione di strumenti efficaci e di soluzioni realmente rispondenti ai bisogni della cittadinanza.

Il Rapporto, che è stato compiuto dalla Provincia di Roma viene quindi presentato e pubblicato dalla Città Metropolitana di Roma Capitale, proprio perché si ritiene possa essere uno strumento di analisi e di indirizzo per il futuro del nuovo Ente.

1.1 Metodo di analisi

L'attività di redazione del presente Rapporto è stata concepita e sviluppata secondo un doppio "binario" e funzionale a svolgere due ruoli. Anzitutto ha definito uno strumento metodologico di analisi dei fenomeni che caratterizzano l'intervento sociale realizzato nei territori della provincia anche in rapporto agli andamenti di realtà limitrofe, che potrà essere aggiornato con tutte le successive progettazioni dei Piani Sociali di Zona distrettuali. Inoltre, l'attività ha anche consentito di delineare un quadro di raccordo tra le politiche sociali locali, gli interventi sociali, le azioni innovative nell'ambito di progetti di intervento e gli elementi descrittivi il contesto socio-demografico e del mercato del lavoro.

Con la doppia finalità, si è inteso contribuire a definire un sistema di rilevazione, che sia in grado di monitorare i tratti distintivi della programmazione sociale della provincia di Roma. Il sistema qui descritto, se del caso, può assumere anche una funzione di supporto alla valutazione *ex-post* dei progetti implementati con i fondi regionali attraverso la predisposizione di un set di indicatori di qualità, efficienza e di efficacia che misurino gli effetti più rilevanti delle politiche di assistenza sociale prodotti, i livelli dell'intervento sociale, i risultati delle attività e degli interventi avviati nel corso degli ultimi tre anni.

Il lavoro di raccolta delle informazioni e di analisi dei contenuti dei Piani Sociali di Zona è stato svolto nei mesi di ottobre, novembre e dicembre 2014.

Dal punto di vista metodologico, il Servizio 1 del Dipartimento IX ha raccolto ed analizzato le informazioni e i dati relativi alle attività progettuali in essere e passate che hanno insistito sui finanziamenti del Fondo Nazionale delle Politiche Sociali in attuazione della Legge numero 328 del 2000. Tale attività è stata articolata su più livelli e attraverso diversi metodi di analisi.

Anzitutto, il lavoro principale è stato di tipo *"interno"*, ovvero di raccolta, gestione ed elaborazione delle informazioni contenute nei Piani Sociali di Zona dei diciassette Distretti provinciali. Grazie alla collaborazione degli Uffici di Piano sono stati prima raccolti e poi analizzati i Piani sociali di Zona presentati alla Regione Lazio negli anni 2012, 2013 e 2014, alcuni dei quali ancora in corso di approvazione e di definizione del finanziamento (e quindi anche modificabili nella loro versione finale approvata). Successivamente è stata effettuata una analisi e una successiva elaborazione dei dati e delle informazioni contenute nei cinquantuno Piani, attraverso una mappatura dei fenomeni che ha messo in evidenza alcune caratteristiche della programmazione sociale nei Distretti (almeno negli ultimi tre anni). È stato così possibile fare emergere le tendenze dell'andamento dei fenomeni sociali sul territorio provinciale, delle prospettive evolutive e delle problematiche esistenti. Tutto il materiale è stato poi articolato in sei aree di approfondimento, che hanno quindi cercato di esplicitare il particolare della situazione relativa ai singoli Distretti su quella specifica area. Sono state quindi elaborate trecentosei schede di analisi che hanno costituito la base informativa delle sintesi, qui presentate e relative ai sei specifici approfondimenti che, nella sostanza, fanno riferimento a quanto definito con le linee di programmazione regionale 2012-2013 con alcune revisioni e integrazioni presenti per l'annualità del 2014.¹

Le sei Aree di approfondimento individuate, sono:

- Area della Povertà e del Disagio sociale,
- Area dell'Immigrazione e dell'Inclusione sociale,
- Area della Disabilità e del Disagio mentale,
- Area della Famiglie e dei Minori,
- Area relativa alle Persone anziane,
- Area Multiutenza, relativa alla popolazione nel suo insieme.

¹ Si è optato per riportare il materiale documentale negli stessi ambiti già individuati dalla regione Lazio in modo da favorirne la lettura comparata. L'individuazione delle sei aree è stata effettuata sulla base dell'articolazione richiesta dalla DGR numero 136 del 2014, tenendo però presenti anche le disposizioni precedenti, relative alla redazione dei Piani 2012 e 2013 (in particolare la DGR numero 321 del 2013), che, come è noto, differivano per alcune misure per aver considerato, o viceversa escluso, alcuni servizi o alcune aree di intervento, in quanto ad esempio, finanziate da altri fondi regionali e competenti altre Direzioni.

Per queste sei aree è stata elaborata una scheda di analisi della progettazione e programmazione dell'intervento a livello distrettuale, sulla base della quale è stato catalogato ciascun Piano di Zona di ciascuno Distretto socio-sanitario per le tre annualità. Con altre parole, è stata cioè redatta una scheda relativa ad una specifica area di analisi della programmazione per ciascuna annualità, per ogni Distretto di riferimento, per un totale quindi di trecentosei schede (diciassette Distretti, sei aree di analisi, tre annualità). Le schede hanno consentito di individuare i contenuti informativi relativi sia alla descrizione della domanda sociale e/o del contesto di riferimento, sia i progetti e i servizi (oltre a dati sull'utenza) relativi all'area analizzata. Tutti i contenuti delle schede sono stati poi riportati nel presente Rapporto, che è stato quindi costruito utilizzando come fonti informative i documenti dei Piani di Zona.

Si consideri quindi che la fonte informativa unica del Capitolo 4 del presente Rapporto sono appunto i Piani Sociali di Zona dei Distretti, i cui testi verranno quindi ripresi fedelmente e parafrasati solo ai fini di una lettura e diffusione che sembrava la più adeguata per il Rapporto. Si ritiene che il lavoro di analisi e di "schedatura" dei Piani Sociali di Zona svolto, sia stato non solo di tipo innovativo, ma che possa offrire una lettura comparata e nello stesso tempo focalizzata, delle aree di bisogno sociale e della programmazione distrettuale, necessaria per tutta una serie di verifiche in ordine alla programmazione, valutazione, gestione e finanziamento dei progetti e servizi distrettuali.

Un'ultima specificazione, peraltro già in parte anticipata, è che non sono state considerate solo le "aree di approfondimento sociale" ma anche le attività di programmazione e di progettazione dell'intervento, utilizzando non solo i cinquantuno documenti a disposizione, ma anche una originale raccolta delle opinioni e delle valutazioni degli operatori sociali coinvolti nelle attività di programmazione sociale e di assistenza, per lo più coordinatori o referenti tecnici degli Uffici di Piano (nonché un Assessore). Sono state realizzate allo scopo tredici interviste che hanno riguardato dodici territori su diciassette Distretti, individuati in maniera casuale sulla base di una loro disponibilità, secondo un metodo di approfondimento qualitativo, in presenza, *face-to-face*, o (laddove non possibile) per via telefonica. La raccolta di interviste con i Coordinatori degli Uffici di Piano (o altre figure di riferimento del territorio) è stata focalizzata sulle percezioni degli stessi in merito all'impatto prodotto dalle attività progettuali sociali sulla complessiva situazione sociale del proprio Distretto di competenza, e sulla ricerca e analisi di specifiche evidenze empiriche relative agli esiti dei progetti avviati sul territorio, nonché sulle modalità di programmazione dell'intervento anche in base alle disposizioni regionali. L'intervista è stata svolta con una traccia di domande, aperte, secondo la modalità di "intervista semi-strutturata".

Si è trattato quindi di un lavoro di ricerca di tipo "esterno" integrativo delle informazioni raccolte sui documenti di programmazione e assolutamente prezioso per la comprensione degli stessi. La lista degli intervistati è contenuta negli allegati. L'analisi dei Piani di Zona e le interviste hanno costituito la fonte informativa per la redazione soprattutto della quarta parte del presente Rapporto. Si noti che in questa parte sono contenute anche informazioni relative all'insieme dei progetti di intervento sociale (anch'essi articolati per distretto, per area di bisogno e per anno) raccolti nei cinquantuno Piani Sociali di Zona: si tratta di oltre duecento schede-progetto.

Per introdurre il lavoro sui Piani di Zona, si è anche avuta la preziosa collaborazione dell'Ufficio Statistica della Provincia di Roma² che ha redatto il Capitolo 2 e 3 del presente Rapporto e due allegati. L'apporto dell'Ufficio Statistica è stato fondamentale perché non solo ha fornito un documento ricco di informazioni, ma soprattutto perché il testo fa riferimento e analizza i dati

² Hanno collaborato con il gruppo di lavoro: Monica Villalba Ceccarini, Fabrizio Cecchi, Claudio Cortellessa e Mario Imperi.

relativi a un triplice livello territoriale: quello provinciale, quello distrettuale e anche quello comunale, aiutando così il lettore nell'approfondimento, a seconda del proprio interesse di dettaglio.

Le analisi socio-demografica e relative ai principali indicatori di benessere sociale fornite dall'Ufficio Statistica hanno contribuito a definire gli strumenti metodologici premessa di un'analisi costante della condizione sociale del territorio della Provincia.

Si ritiene quindi, come già detto, di poter affermare che il presente Rapporto rispecchi un lavoro di analisi del contributo della pianificazione sociale da parte dei territori e per la diffusione di informazioni relative alla generale condizione sociale dell'Area Metropolitana di Roma Capitale. L'analisi degli elementi qualitativi dei Piani di Zona può costituire uno strumento utile per la definizione di strategie, di indirizzi per l'intervento e di azioni di sperimentazione dei progetti sociali. Inoltre, sempre dal punto di vista della "diffusione esterna", il lavoro di analisi e di approfondimento condotto per la realizzazione del Rapporto, ha contribuito alla redazione dei contenuti informativi che sono già in rete nel sito dedicato agli operatori sociali della provincia di Roma e quindi disponibili in tempo reale. Quindi il Rapporto nella sua interezza e articolato in singole parti, sarà consultabile *on-line*, nel sito dedicato agli operatori sociali del territorio, nella sezione "Analisi della pianificazione sociale" dove sarà possibile anche consultare tutti i testi dei Progetti sociali distrettuali e le schede statistiche sui singoli centoventuno Comuni metropolitani, esclusa Roma Capitale.

Il sito riservato e il presente Rapporto costituiscono due strumenti per la pubblicazione di dati e di informazioni desunti da fonti differenti e sulla base di un'approfondita indagine di campo di tipo conoscitivo e statistico-descrittivo.

L'accessibilità delle rilevazioni statistiche, unitamente all'affidabilità, imparzialità e scientificità, rappresenta un elemento di democrazia con forte rilevanza sociale. Infatti permette al decisore di governare sulla base di informazioni certe e tempestive, e a chi è governato di giudicarne l'operato. Ecco perché con il presente primo "Rapporto sulla Condizione Sociale del territorio della provincia di Roma: elementi di analisi e pianificazione nei Distretti socio-sanitari", si persegue il principio dell'informazione statistica e sociale, che considera analizzare le politiche un supporto determinante per il mondo dell'informazione e la base di analisi della società, per operatori sociali, ricercatori e studiosi.

Con questa chiave si può leggere il Rapporto, ma soprattutto contribuire ad implementarlo, emendarlo, integrarlo, aggiornarlo.

2. La provincia di Roma e i Distretti Socio-Sanitari: la popolazione, l'ambiente, il territorio, l'economia

2. La provincia di Roma e i Distretti Socio-Sanitari: La popolazione, l'ambiente, il territorio, l'economia

2.1 IL TERRITORIO³

2.1.1 Morfologia

La Provincia di Roma occupa una **Superficie⁴ di 5.363,28 Km²**, che rappresentano un terzo della superficie territoriale del Lazio (17.235,97 km²). **Sono presenti sul territorio amministrato dalla Provincia di Roma 121 comuni tra questi Roma Capitale, che è il comune più esteso d'Italia (1.287,4 km², rappresenta ben lo 0,4% della superficie dell'intero territorio nazionale e il 24% dell'intero territorio provinciale).**

Il territorio amministrato presenta un esteso litorale (circa 140 km) e comprende la *vasta campagna Romana*, gran parte del *Preappennino Laziale e Abruzzese*, l'ampia *Valle inferiore del Tevere*, gran parte del *Bacino dell'Aniene*, il *Bacino dell'Alto Sacco* con i monti *Prenestini e Tiburtini*. Rilievi vulcanici, non elevati (700 - 1000 m), si ergono alla sinistra e alla destra del Tevere: a sinistra, i *Colli Albani* con i laghi di Albano, di Castel Gandolfo e di Nemi; a destra, i *Sabazi* con i laghi di Bracciano e di Martignano.

Insistono sul territorio 4 Comunità Montane (Comunità Montana Castelli Romani e Prenestini, Comunità Montana dell'Aniene, Comunità Montana Monti della Tolfa, Comunità Montana Monti Sabini e Tiburtini).

La Provincia di Roma e i 3 Comuni che si affacciano sul lago hanno costituito il Consorzio del Lago di Bracciano, finalizzato allo sviluppo economico e turistico della zona.

2.1.2 L'Ambiente

Nel territorio della provincia di Roma sono presenti attualmente 41 aree protette, per un totale di 535.253 ettari di superficie.

L'Amministrazione provinciale gestisce e tutela la risorsa idrica del territorio tramite il Servizio Tutela delle acque, suolo e risorse idriche, che, avvalendosi del supporto tecnico di ARPA

³ I dati riportati nei quattro paragrafi seguenti costituiscono una sintesi di quanto riportato nel volume "Rapporto Annuale sulla Provincia di Roma" anno 2012 e anno 2014, curati e redatti dall'Ufficio di Statistica della Provincia di Roma. Si rimanda alla lettura dei suddetti volumi per ulteriori approfondimenti (www.provincia.roma.it)

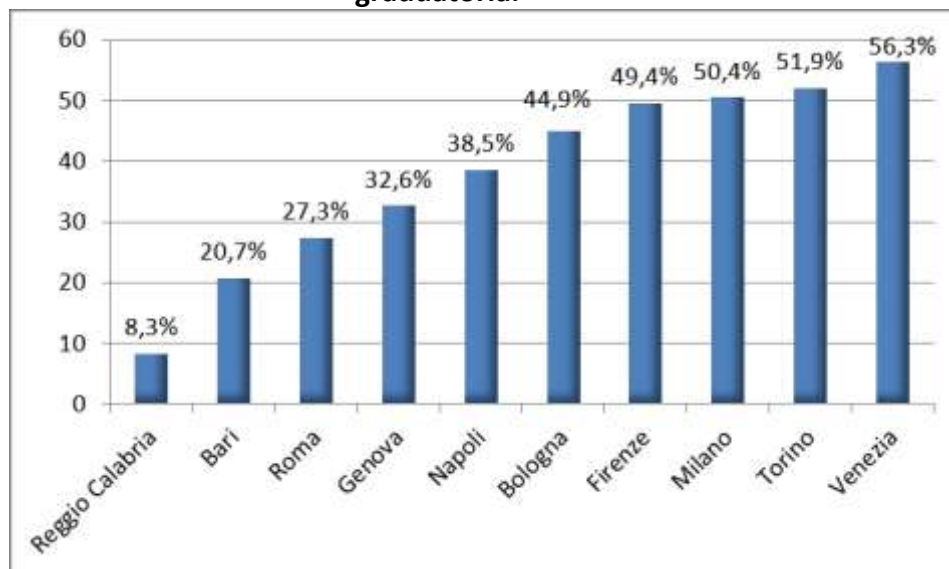
⁴ I dati sulla superficie territoriale sono di fonte Istat, Censimento 2011.

Lazio, esegue periodicamente il monitoraggio chimico-fisico e biologico dei principali corsi d'acqua⁵.

Sono presenti sul territorio provinciale aree ad elevato rischio idrogeologico: in base ai due piani di stralcio per l'assetto idrogeologico (PAI) approvati dalle Autorità di bacino nazionali (Tevere e Liri-Garigliano Volturno) competenti per la Provincia di Roma, risulta che il 96% dei comuni della provincia presenta almeno un'area a elevata criticità idrogeologica, ovvero con elevato rischio di frane o alluvioni, e che le aree in dissesto coprono il 5% dell'intero territorio provinciale. Il Comune di Roma, per estensione territoriale, popolosità e valore archeologico, presenta la maggiore estensione di aree a rischio. Nel litorale romano, il Comune di Fiumicino presenta il più alto rischio esondazione, che interessa circa il 33% del suo territorio. Il comune di Labico presenta il più alto rischio frane, che coinvolge circa il 25% del suo territorio. Nel complesso, solo 5 comuni del territorio provinciale non presentano importanti dissesti idrogeologici.

La gestione dei rifiuti e della raccolta differenziata è di estrema importanza per la Provincia di Roma, anche in considerazione della vastità e della popolosità del territorio. Considerando il territorio provinciale delle nove città metropolitane (Roma, Torino, Milano, Venezia, Bologna, Firenze, Napoli, Reggio Calabria e Bari), nel 2013 Roma risulta al 6° posto per quantità totale dei rifiuti solidi urbani prodotti (2.455.096 tonnellate), al 1° posto per la quantità di rifiuti urbani procapite prodotti, al 1° posto per la quantità assoluta di rifiuto differenziato. E' tuttavia seguita solo da Bari e da Reggio Calabria per quanto riguarda la percentuale di rifiuti smaltiti in maniera differenziata sul totale di rifiuti prodotti, appena il 27,3%, seppur in leggero miglioramento rispetto all'anno 2012 (circa un punto percentuale) (nostra elaborazione su dati Ispra).

Figura 1- La percentuale di rifiuti differenziati sul totale dei rifiuti solidi urbani nelle nove città metropolitane. L'area metropolitana di Roma precede solo Bari e Reggio Calabria in questa graduatoria.



⁵ I risultati dei monitoraggi sono consultabili anche sul Rapporto Annuale 2012 dell'Ufficio di Statistica della Provincia di Roma <http://www.provincia.roma.it/percorsitematici/statistica-e-studi/studi-e-pubblicazioni/22646>.

La presenza di automobili è un fattore che influenza pesantemente la qualità ambientale di un territorio almeno per due ordini di motivi. Il primo motivo, probabilmente più noto e più evidente, è quello dell'inquinamento atmosferico, poiché l'aumento delle automobili e dei veicoli in generale comporta anche un aumento delle emissioni nocive in atmosfera. Il secondo, meno noto ma ugualmente negativo per i suoi effetti sull'ambiente, è legato alla sottrazione dello spazio fisico che le automobili realizzano nell'ambiente urbano. Di fatto uomini e automobili "competono" nella fruizione del bene pubblico che è lo spazio urbano. Le automobili e i veicoli a motore in generale sottraggono spazio alla residenzialità e rendono difficile la mobilità e gli spostamenti degli individui. Sono due gli indicatori che consentono di valutare la consistenza del disagio ambientale costituito dalla presenza di autoveicoli: il rapporto fra automobili presenti e residenti di un territorio e il rapporto tra numero di automobili e superficie del territorio.

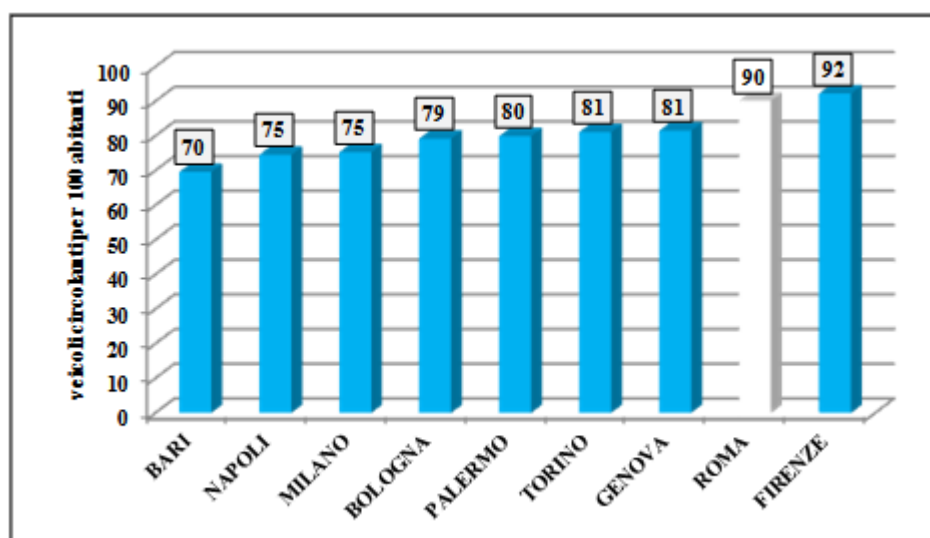
Nel confronto con le altre aree metropolitane emerge che Roma è la seconda fra le province metropolitane per il numero di veicoli circolanti per abitanti (segue solo Firenze in questa graduatoria) con un valore di 90 veicoli per 100 abitanti nettamente superiore al totale nazionale (82 veicoli per 100 abitanti).

Il parco veicoli circolanti nella Provincia di Roma è costituito nel 2012 da 3.642.383 mezzi, con un decremento rispetto al 2011 di 90.456 veicoli pari al -2,42%

Di questi il 76,03% pari a 2.769.578 unità è costituito da autoveicoli e il 14,82% pari a 540.001 unità, da motocicli. Rispetto al 2011 il numero di autoveicoli circolanti è diminuito di 84.843 unità (pari al -2,97 %) ma il numero di motocicli è aumentato di 6.669 unità (pari al 1,25%).

Rispetto alla popolazione, nella Provincia di Roma nel 2012 circolano 90 autoveicoli ogni 100 abitanti, di questi 67 sono autoveicoli e 12 i motocicli. In altri termini la cifra si avvicina a quasi un veicolo per abitante.

Figura 1 bis- Le province metropolitane ed il tasso di motorizzazione. 2012



Roma mantiene il secondo posto per il quarto anno consecutivo per n. di veicoli circolanti per abitante.

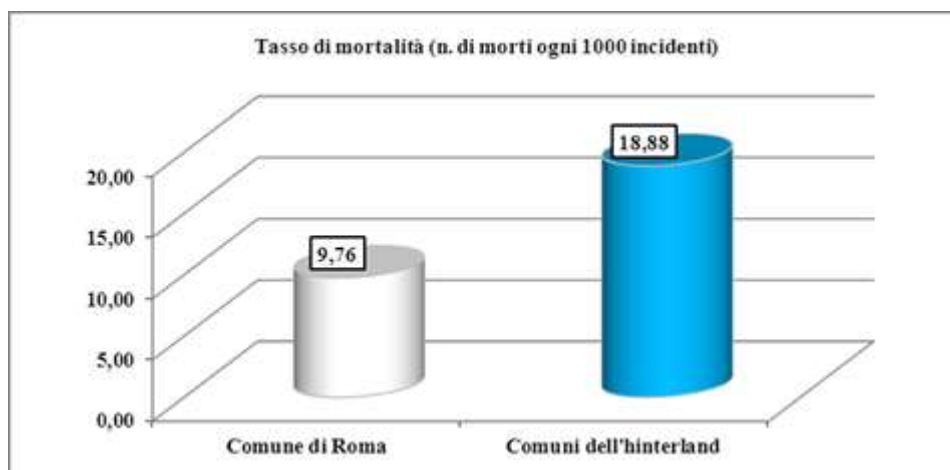
Fortemente correlato al fenomeno della motorizzazione, vi è quello degli incidenti stradali che inficiano pesantemente la situazione della sicurezza nelle grandi aree urbane, rispetto alle quali l'area romana non fa eccezione.

Il maggior rischio incidentale dei centri urbani è confermato anche dal dato relativo al livello di incidentalità delle principali aree metropolitane del paese. Nelle nove province metropolitane (Torino, Genova, Milano, Bologna, Firenze, Roma, Napoli, Bari, Palermo) si concentra circa il 50% di tutti gli incidenti stradali italiani. In particolare sono le province di Roma e Milano le due aree nelle quali si concentrano nel 2012 la maggioranza assoluta degli incidenti (rispettivamente 19.595 e 16.190). La posizione nella graduatoria di rischio stradale dell'area di Roma cambia se si confronta il livello di pericolosità stradale delle diverse aree metropolitane con la popolazione residente in questi territori. Secondo questo criterio Roma si pone al terzo posto con un valore relativo (n. incidenti ogni 1000 abitanti) pari a 4,9 preceduta, nell'ordine da Genova e Firenze e Milano (in pari posizione).

La maggioranza degli incidenti stradali osservabili nel territorio della provincia di Roma avvengono comunque nell'ambito del comune di Roma (78%) mentre solo una quota residuale del 22% si verifica sulle strade dell'hinterland. In questo ambito territoriale extra-romano, la zona a maggior rischio di incidenti è quella del litorale Romano. Tra i primi tre comuni per numero di incidenti stradali nel 2012 ci sono infatti Fiumicino, I posto con 410 incidenti, Pomezia con 227 e Civitavecchia III posto con 323 incidenti, ciò a conferma della pericolosità stradale del litorale Romano.

Per quanto concerne invece il tasso di mortalità nell'anno 2012, questo è più alto nell'hinterland (18,88%) che non nel territorio del comune di Roma (9,76%). Anche relativamente a questo parametro, il bacino di mobilità più a rischio comprende comuni del litorale, Pomezia, Fiumicino, Civitavecchia, che occupano I, II e IV posto con, rispettivamente, 7,6 e 4 morti in incidenti stradali.

Figura 2- Incidentalità stradale nella provincia di Roma: tasso di mortalità. 2012



Il tasso di mortalità degli incidenti stradali è più alto fra gli incidenti verificatisi nell'hinterland che fra quelli verificatisi a Roma

2.2 LA POPOLAZIONE⁶

Roma è la provincia più popolosa d'Italia: i dati del 15° Censimento Generale della Popolazione al 9 ottobre 2011 confermano tale primato, rilevando nella Provincia di Roma la presenza di 3.997.465 persone che hanno dimora abituale in questo territorio. Nel decennio tra le due tornate censuarie, 2001 e 2011, la popolazione della provincia di Roma è cresciuta dell'8%, a fronte di una crescita nazionale del 4,3%. Determinante risulta l'apporto immigratorio, essendo il saldo naturale ancora negativo. Tale crescita poi non è ugualmente ripartita in tutto il territorio provinciale; a crescere infatti è soprattutto l'hinterland. Infatti mentre Roma capitale è cresciuta nell'intervallo tra i due censimenti del 4,8%, nel resto del territorio complessivamente considerato la crescita della popolazione è stata del 19,5%. Fra i comuni della provincia sono cresciuti soprattutto quelli medio grandi, mentre quelli piccolissimi (sotto i mille abitanti) sono cresciuti meno (1,4%).

A gennaio 2014 si registrano 4.321.244 persone con dimora abituale nella Provincia di Roma, con un ulteriore incremento del 8,1% sui dati del censimento 2011.

Per avere un dato di raffronto fra l'andamento demografico della provincia di Roma rispetto al resto del Paese nella Tab.1 sono illustrati i dati in comparazione con le altre Città metropolitane.

Tabella 1 – La Popolazione residente nelle città metropolitane. Variazioni 2011-2014. (Ns. el. su dati Istat)

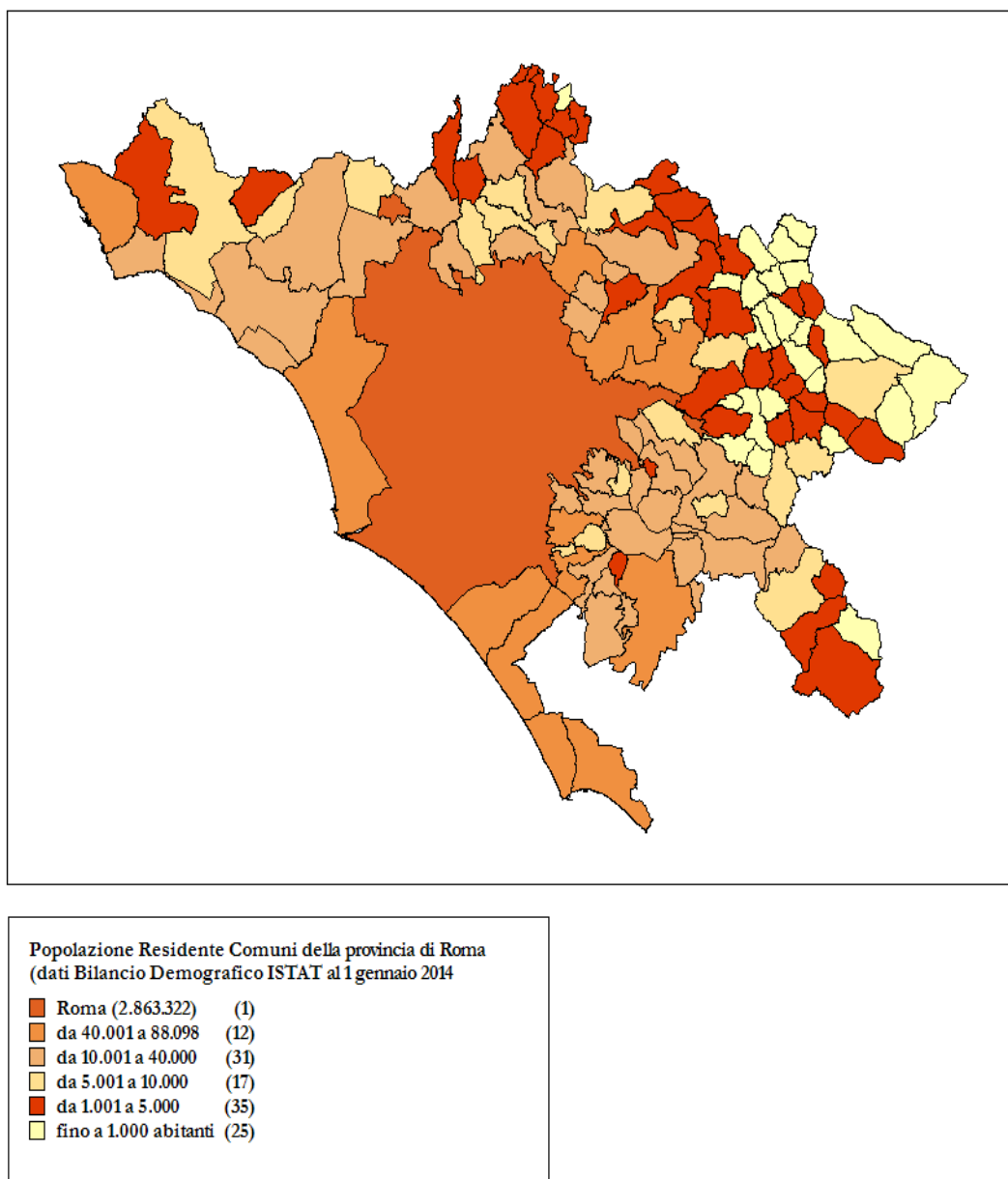
	gennaio 2014*	censiment o 2011	variazione	variazione %
Roma	4.321.244	3.997.465	323.779	8,10
Milano	3.176.180	3.038.420	137.760	4,53
Napoli	3.127.390	3.054.956	72.434	2,37
Torino	2.297.917	2.247.780	50.137	2,23
Bari	1.261.964	1.247.303	14.661	1,18
Bologna	1.001.170	976.243	24.927	2,55
Firenze	1.007.252	973.145	34.107	3,50
Genova	868.046	855.834	12.212	1,43
Venezia	857.841	846.962	10.879	1,28
Reggio	559.759	550.967	8.792	1,60
Calabria				
* Bilancio demografico ISTAT 1 gennaio 2014				

⁶ Approfondimenti relativo a questo paragrafo e ai successivi sono consultabili sul Rapporto Annuale della Provincia di Roma, disponibile sul sito istituzionale www.provincia.roma.it (percorso tematico statistica e studi).

La provincia di Roma, mantiene e rafforza anche la sua straordinaria preminenza dimensionale (non soltanto demografica ma anche funzionale) all'interno della Regione del Lazio: nella "provincia capitale" sono infatti insediati i tre quarti (74%) della popolazione complessiva regionale (5.870.451); nelle altre quattro province del Lazio (Viterbo, Rieti, Latina e Frosinone) sono complessivamente stanziati appena 1.549.207 abitanti, una dimensione insediativa quasi equivalente a quella sussistente nel solo hinterland provinciale di Roma (1.457.922 abitanti). Per di più tra i primi 12 comuni del Lazio per dimensione demografica (escludendo il comune di Roma, ma includendo gli altri quattro comuni capoluogo) si situano ben 7 comuni dell'hinterland romano (nell'ordine dimensionale: Guidonia, Fiumicino, Pomezia, Tivoli, Anzio, Velletri e Civitavecchia) tutti in ogni caso con una popolazione residente prossima o superiore ai 50.000 residenti e comunque numericamente superiore persino a quella di due tra i capoluoghi di provincia (Frosinone e Rieti).

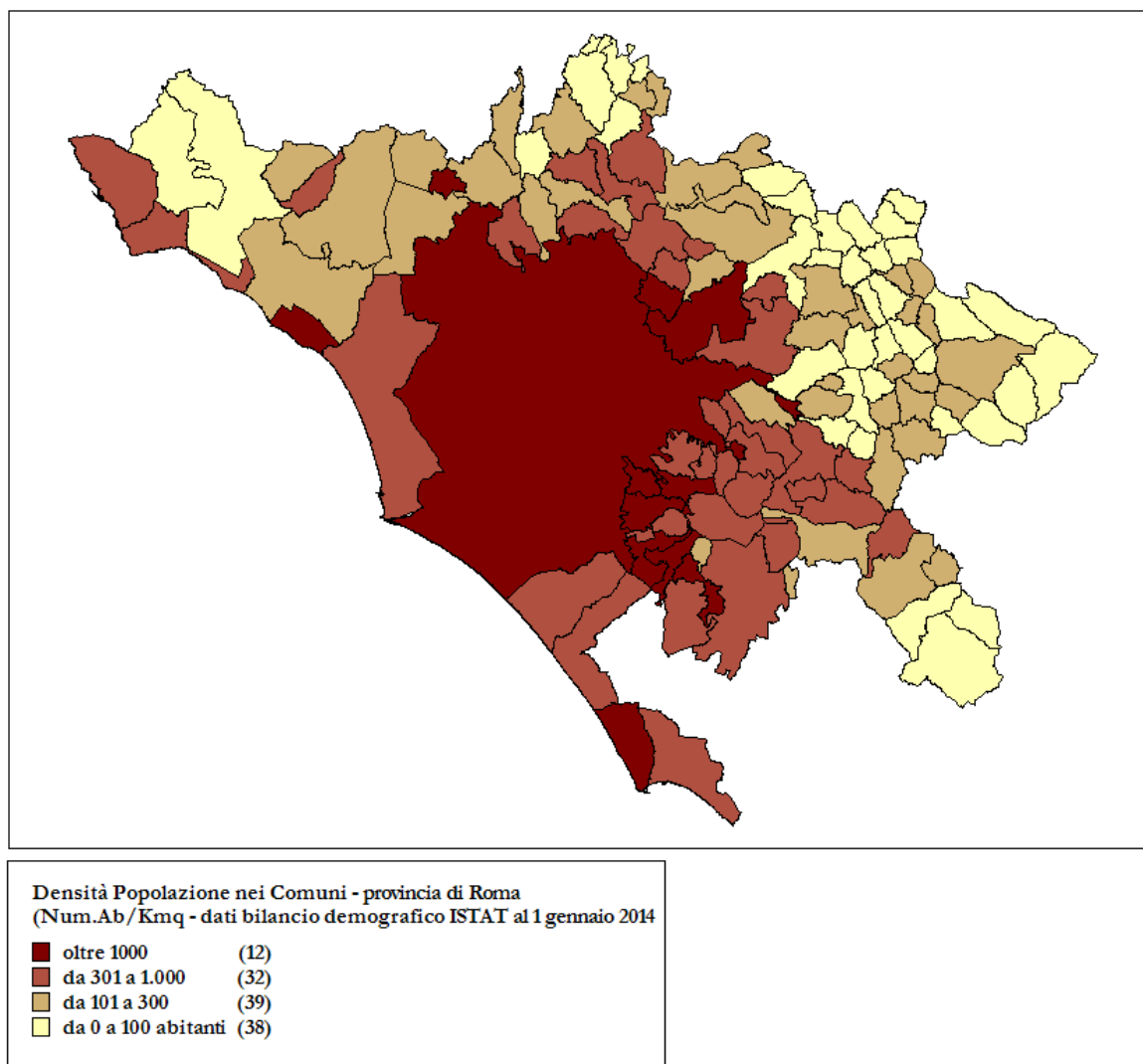
La complessità del territorio provinciale non è solo data dall'estrema numerosità di individui presenti, ma anche dalla loro distribuzione sul territorio. Appartengono al territorio della provincia di Roma, compreso il comune capoluogo, ben 121 comuni, caratterizzati da consistenza e distribuzione demografica estremamente differenziate. Ben 9 comuni contano più di 45.000 abitanti, e il più popoloso della Provincia (Guidonia Montecelio) registra più di 80.000 abitanti; viceversa, sono 25 i comuni con meno di 1000 abitanti, e di questi 14 hanno addirittura meno di 500 abitanti. Il Comune più piccolo (Vivaro) conta appena 175 abitanti.

Figura 3 – I comuni della provincia di Roma per classe di ampiezza demografica (dati bilancio demografico ISTAT al 1 gennaio 2014)



Nelle parentesi il numero di comuni
affidenti alla corrispondente classe di
ampiezza demografica

Figura 4 – La densità di popolazione nei comuni della provincia di Roma (dati bilancio demografico ISTAT al 1 gennaio 2014)



2.2.1 - Dinamiche insediative. Confronto tra capoluogo e hinterland.

A partire dal censimento della popolazione del 1981 **si registra un aumento del peso insediativo dei comuni dell’hinterland rispetto al capoluogo**: nel periodo compreso tra il censimento 1981 e il censimento 2011 la percentuale di residenti nell’hinterland sul totale dei residenti nel territorio passa dal 23,2% al 34,5%

Lo spostamento della popolazione dal comune di Roma ai comuni circostanti riguarda soprattutto i Comuni più vicini al capoluogo. Scomponendo, per semplicità di analisi, l’insieme dei 120 comuni dell’hinterland in due macro-aggregati convenzionali, in relazione alla loro contiguità territoriale con il Comune di Roma, si possono individuare 25 Comuni cosiddetti di “1^a cintura”, i cui confini sono adiacenti a quelli del Comune di Roma. In tale area, nel 2011, è stanziato ben il 48% dell’intera popolazione dell’hinterland, corrispondente a 661.881 abitanti,

con una densità demografica di 6,4 abitanti per ettaro, quasi tripla rispetto a quella restante area.

Alla dinamica di riequilibrio demografico a favore dell'hinterland contribuiscono sia i trasferimenti residenziali dal capoluogo sia la presenza di popolazione straniera, complessivamente aumentata in tutto il territorio della Provincia e in misura maggiore nell'hinterland.

Al 1° gennaio 2011 i cittadini stranieri residenti nella provincia di Roma sono 442.818, pari al 9,6% della popolazione residente. Di questi, 294.571 risiedono nel Comune di Roma, che risulta essere la città italiana con il più alto numero di residenti di origine straniera in Italia. **Gli stranieri residenti sono aumentati, dal 2001 al 2011, del 196% nel comune capoluogo e del 368% nell'insieme dei comuni dell'hinterland.**

Nel decennio trascorso fra 2001 e 2011, la popolazione straniera residente nella provincia di Roma è aumentata di 213.192 unità, da 129.370 persone nel 2001 a 342.562 nel 2011. Si può osservare, attraverso il confronto tra i due censimenti 2001 e 2011, una lieve inversione di tendenza nella capacità attrattiva esercitata dal capoluogo nei confronti della popolazione straniera residente nell'area: 10 anni fa il capoluogo romano accoglieva oltre il 76% dei cittadini stranieri mentre il resto dei comuni della Provincia assorbiva il 23,9%. **L'ultimo decennio ha registrato un trasferimento della popolazione immigrata verso i comuni della Provincia:** i cittadini immigrati residenti nei comuni della hinterland sono passati da circa 23,9% del 2001 al 34,4% nel 2011.

Dai dati del bilancio demografico ISTAT al 1 gennaio 2014 emerge la presenza di 508.241 residenti stranieri nel territorio metropolitano di Roma. Di questi il 69,6% sono residenti nella capitale e il restante 30,4% nei comuni dell'hinterland.

Figura 5 – L'incidenza dei residenti stranieri nel territorio metropolitano di Roma – 1 gennaio 2014

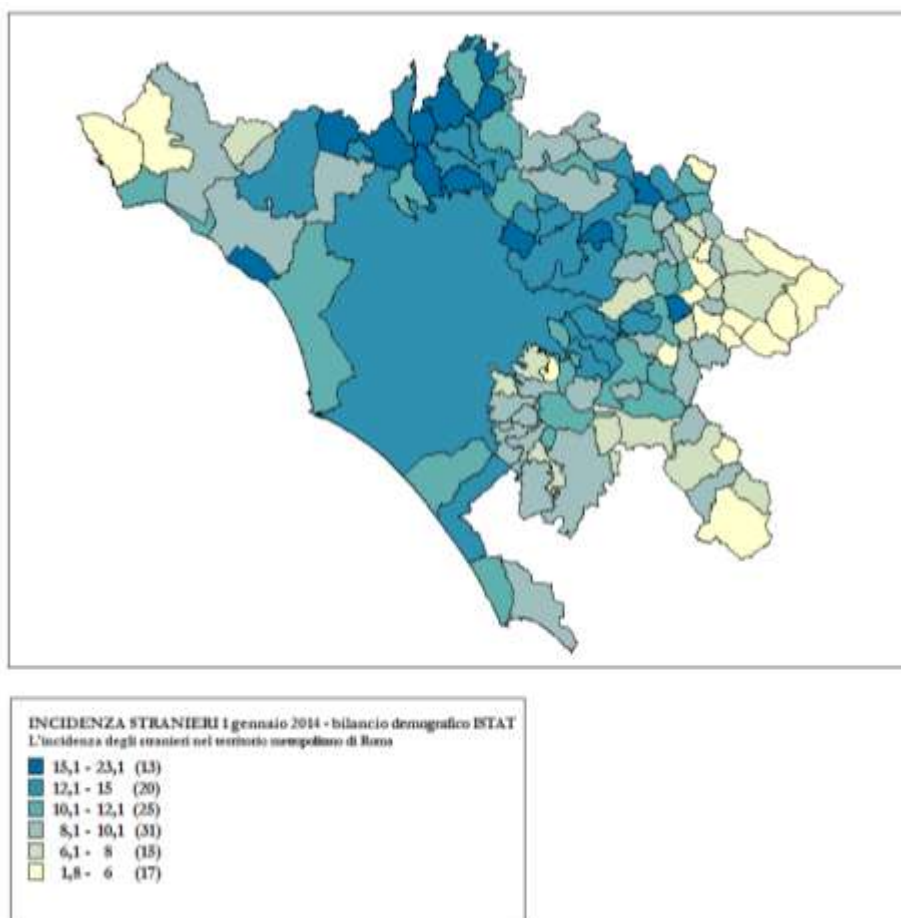
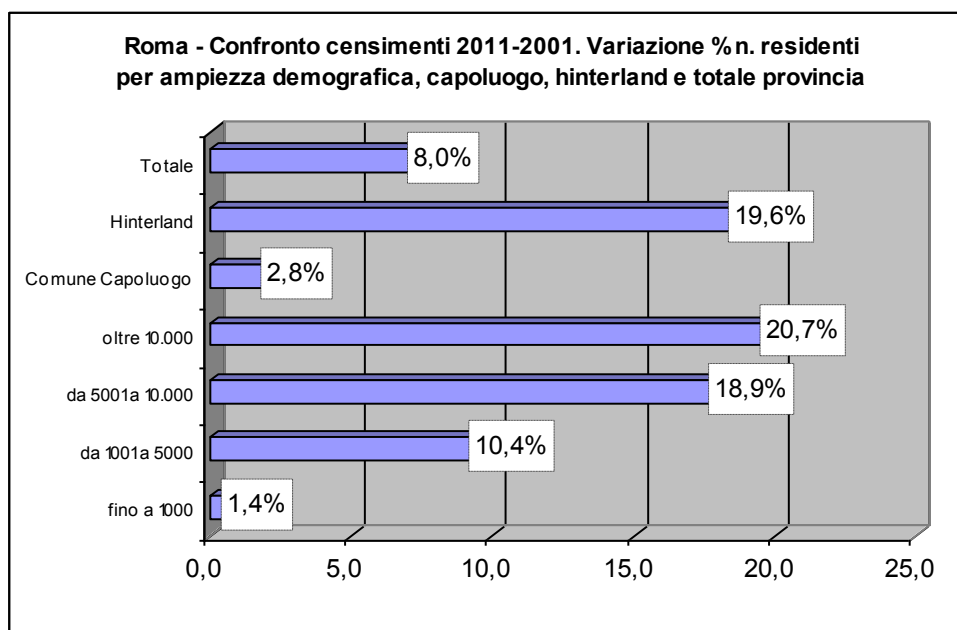


Figura 6 – Roma, confronto censimenti 2011-2001. Variazione % n. residenti per ampiezza demografica, capoluogo, hinterland e totale Provincia.



2.3 LE RISORSE ECONOMICHE

La ricchezza prodotta: la provincia di Roma sta faticando per uscire dalla crisi. La capacità di produrre ricchezza si è ridotta notevolmente così come la ricchezza procapite. Questo si ripercuote sul mercato del lavoro che vede aumentare il tasso di disoccupazione, sul credito. Tuttavia a Roma permane la voglia di fare impresa e continua il primato nel settore del terziario avanzato.

Il contesto economico internazionale è caratterizzato, ancora da una pesante crisi che per alcuni Paesi mostra timidi segnali di ripresa, mentre per altri, tra cui l'Italia, non evidenzia sintomi di una fine imminente. Continua la fase recessiva dell'economia italiana è in recessione con il PIL che nel II trimestre 2014 ha registrato una riduzione dello 0,2% sul trimestre precedente e dello 0,3 rispetto allo stesso periodo del 2013. Per il 2014 l'Istat prevede una riduzione del PIL dello 0,3.

Il **valore aggiunto prodotto nel 2013 nell'area metropolitana romana** è stato stimato pari quasi a **124 miliardi di euro (a prezzi correnti)**, dimensione che rappresenta l'**8,8%** del valore aggiunto prodotto a **livello nazionale**.

Dal 2003 al 2007 nell'area romana aveva sperimentato una fase di forte espansione del valore aggiunto complessivo (+11%). La recente **crisi economica** ha fatto sì che si registrasse a partire dal 2009 una **progressiva riduzione** del valore aggiunto, con una lieve ripresa nel 2011, che ha quasi **vanificato la crescita degli ultimi anni** riportando il valore aggiunto **ai livelli del 2004**.

Al netto delle variazioni demografiche, la riduzione del **valore aggiunto pro-capite** della provincia di Roma è stata molto più consistente con i **livelli del 2013** raggiunti già nel **2010**, e una successiva pesante caduta. Per il 2013 è stimato un valore inferiore del 10% rispetto al 2003. Il valore aggiunto pro-capite a prezzi correnti è stimato pari a poco meno di 29.000 euro nel 2013.

Nel 2013 l'area romana, tra le province metropolitane nazionali prese in considerazione, si collocava:

- ✓ al **2° posto** dopo l'area di **Milano** per **grandezza dimensionale del valore aggiunto complessivo prodotto** (123.581 milioni di euro, pari all'8,8% del valore aggiunto complessivo nazionale);
- ✓ al **3° posto** per **variazione**, rispetto al 2003, del valore aggiunto prodotto (+4%). La recente **crisi economica** ha **eroso**, infatti, il modesto **incremento** del valore aggiunto che le province avevano **realizzato prima del 2008**. Soltanto a **Roma, Milano e Bologna** non è stata registrata la caduta del valore aggiunto al di sotto del livello di 10 anni prima. A partire dal 2011, tuttavia, anche la provincia capitale ha sperimentato una riduzione del valore aggiunto complessivo che è stimato sugli stessi livelli del 2004.
- ✓ al **3° posto** per **livello di valore aggiunto pro-capite** prodotto (28.599 euro per residente, dopo le aree di **Milano e Bologna**).
- ✓ al **terzultimo posto** per la **quota di incidenza del settore agricolo** (0,4%) **nella formazione del valore aggiunto complessivo locale**, seguita soltanto dall'area di **Milano** (0,2%) e da quella di **Genova** (0,3%) e nettamente distanziata da quelle di **Reggio Calabria** (6,3%) e **Bari** (3%).

- ✓ all'ultimo posto per la **quota di incidenza del settore manifatturiero** (7,2%) **nella formazione del valore aggiunto complessivo locale**, nettamente distanziata dalle aree di **Bologna** (20%), **Torino** (19,4%), **Venezia** (17,5%) e **Milano** (17,1%).
- ✓ al **quart'ultimo posto** per la **quota di incidenza del settore delle costruzioni** (4,9%) **nella formazione del valore aggiunto complessivo locale**, nettamente distanziata dalle aree di **Bari** (7,2%) e **Venezia** (6,6%).
- ✓ al **1° posto** per la **quota di incidenza sul valore aggiunto complessivo locale dell'insieme dei settori dei servizi** (87,5%), seguita dalle aree di **Napoli** (85,2%) e di **Genova** (82,8%).

Figura 7 - Serie storica dei numeri indice (base 2003=100) del valore aggiunto totale ai prezzi base in Italia e in alcune province. Anni 2003-2014

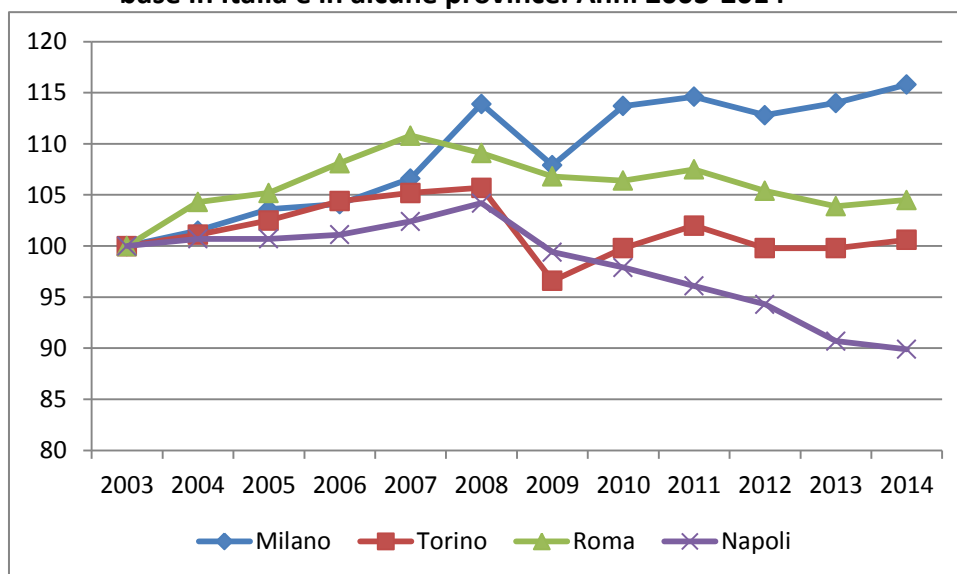


Figura 8 - Serie storica numeri indice (base 2003=100) del valore aggiunto ai prezzi base totale e pro-capite prodotto nella provincia di Roma, valori a prezzi concatenati (anno di riferimento 2005).

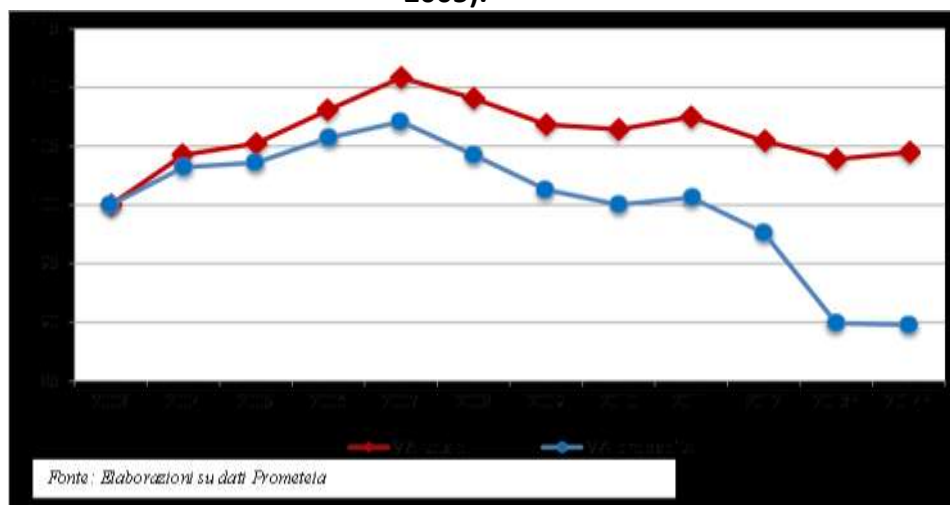
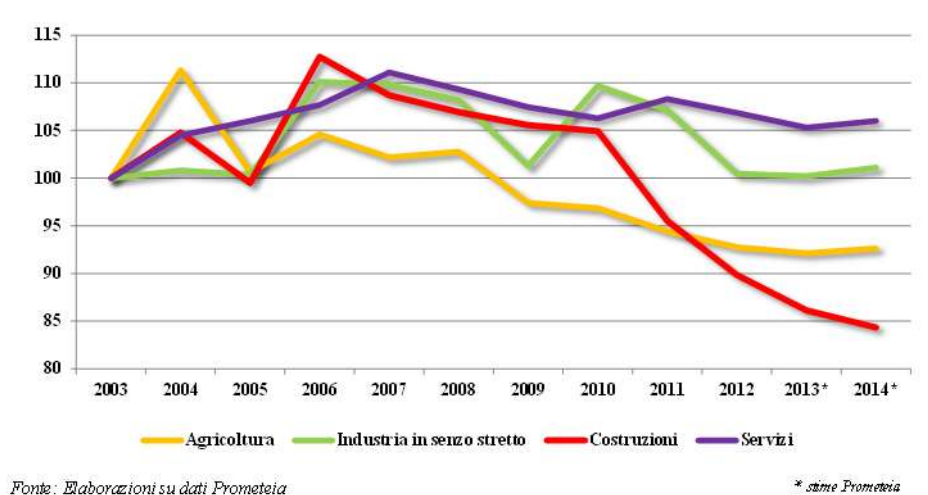


Figura 9 - Serie storica numeri indice (base 2003=100) del valore aggiunto ai prezzi base prodotto nella provincia di Roma per settore di attività.



Il settore terziario è stato quello che ha tenuto meglio. Drastica la riduzione del settore delle costruzioni partita già prima dell'inizio della crisi economica e acuitasi dopo il 2010.

La domanda creditizia e le sofferenze: tra gli effetti collaterali della prolungata crisi economica c'è la difficoltà di accesso al credito e quella di restituire nei tempi i crediti ottenuti.

La pesante crisi che sta affrontando il Paese si riflette sui cittadini che, soprattutto a partire dalla fine del 2011, hanno trovato difficoltà di accesso al credito. Gli impieghi (mutui, scoperti di conto corrente, prestiti contro cessione di stipendio, anticipi su carte di credito, sconti di annualità, prestiti personali, *leasing*, *factoring*, altri investimenti finanziari, sofferenze, ecc.) erogati dalle banche a soggetti non bancari hanno subito, soprattutto a Roma, una drastica riduzione. La riduzione degli impieghi non ha però riguardato tutti i destinatari allo stesso modo. Infatti mentre le famiglie hanno aumentato, anche se in misura contenuta, la domanda creditizia (solo lievi flessioni sono state registrate sia a livello nazionale che provinciale), probabilmente

ricorrendo all'indebitamento per mantenere il proprio tenore di vita, le imprese private hanno ridotto la domanda creditizia, soprattutto a partire dalla fine di novembre 2011. La riduzione degli impieghi delle imprese private può essere dovuta sia alla mancata erogazione di credito da parte delle banche che chiedono condizioni più stringenti (cosiddetto *credit crunch*), sia a decisioni degli imprenditori che non investono, riducendo le richieste di prestiti.

Gli effetti del "credit crunch" sono leggibili in tutte le grandi aree urbane del Paese. La provincia più colpita è risultata essere quella di Milano con un calo drastico che ha registrato una riduzione di oltre il 10% in 2 anni. Andamento analogo è stato registrato anche per Napoli, Genova, Reggio Calabria, Bologna e Bari. Torino, Venezia e Roma hanno retto meglio mantenendo più a lungo i livelli del 2011 (con qualche leggera tendenza all'incremento ad inizio periodo). Per Firenze, invece, ad una dinamica positiva fino a settembre 2013 è seguita una forte contrazione a fine 2013 e inizio 2014.

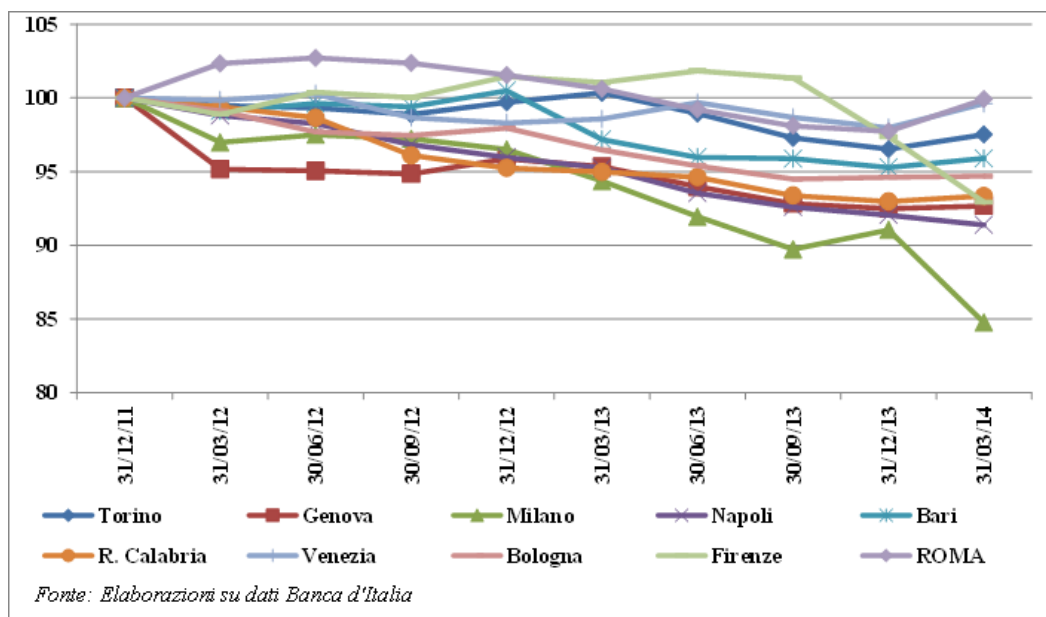
Le sofferenze bancarie (utilizzato netto) al 31 dicembre 2013 sono state pari ad oltre 16 miliardi di euro nella provincia di Roma e ad oltre 148 miliardi in Italia. Rispetto all'anno precedente sono aumentate del 27% a Roma e del 37,8% a livello nazionale. Il numero di affidati nello stesso periodo è aumentato del 40,3% a Roma e del 23,1% a livello nazionale. Delle altre province metropolitane solo Firenze e Torino hanno presentato un incremento delle sofferenze superiore (+27,5% e +27,4%, rispettivamente); Napoli, Reggio Calabria e Venezia sono state quelle che hanno registrato un incremento più contenuto.

A causa della crisi economica il numero di affidati è aumentato negli ultimi anni in tutte le province considerate e a livello nazionale. In particolare si è registrata un'impennata durante il terzo trimestre del 2011 con differenze tra le varie aree del paese. Nel medio periodo Bologna, Genova, Milano e Napoli sono state le province metropolitane che hanno visto crescere di più il numero degli affidati. Più contenuto è stato, invece, l'incremento registrato a Bari e Reggio Calabria.

Relativamente all'utilizzato netto è stato registrato tra il 31/03/2009 e il 31/03/2014 un aumento consistente a Venezia, Genova, Napoli e Milano. Più contenuto è stato, invece, l'incremento registrato a Reggio Calabria, Bari e Torino.

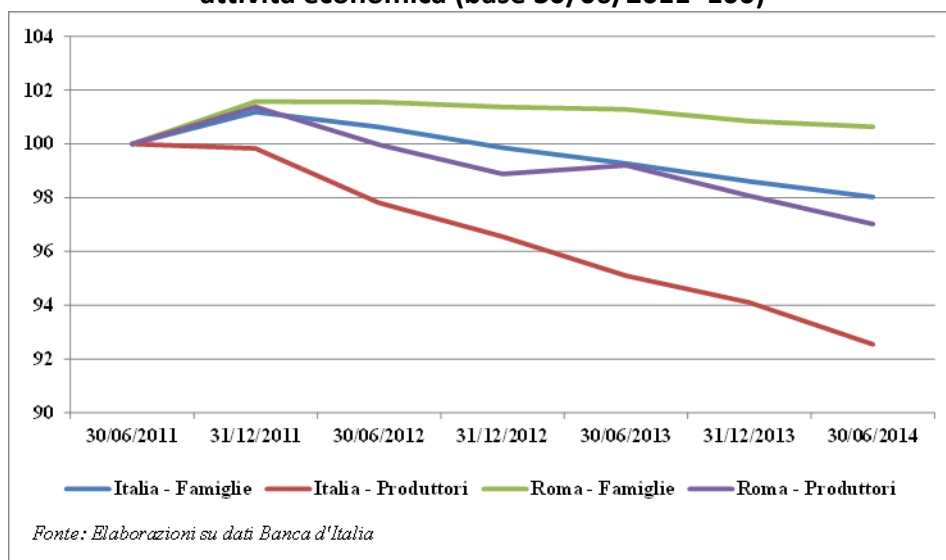
Tuttavia valutando l'incidenza delle sofferenze bancarie sul totale degli impieghi alla clientela residente, emerge per Roma una situazione meno problematica con un'incidenza del 4,8%, la più bassa tra tutte le province metropolitane. Su ordini di grandezza simili si trovano anche Milano, Bologna, Genova e Torino. Molto più alta è invece l'incidenza delle sofferenze sugli impieghi di Reggio Calabria (15,8%), Napoli (11,6%), Bari (11,3%), Firenze (9%) e Venezia (7,7%).

Figura 10 - Indice (31/12/2011 = 100) degli impieghi per provincia di localizzazione della clientela



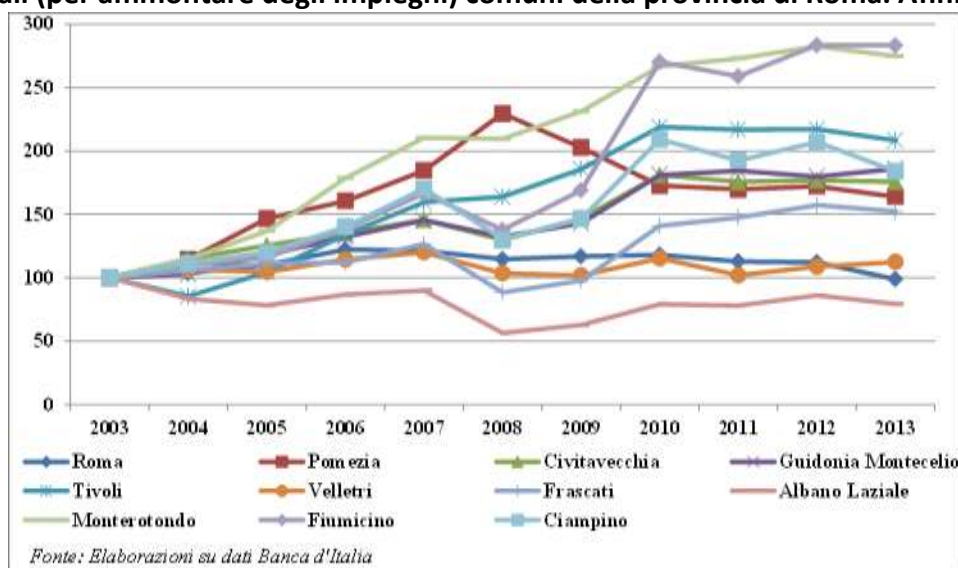
Tutte le province metropolitane hanno registrato una dinamica negativa degli impieghi, soprattutto Milano e Napoli.

Figura 11 - Numeri indice degli impieghi per localizzazione della clientela e per settore di attività economica (base 30/06/2011=100)



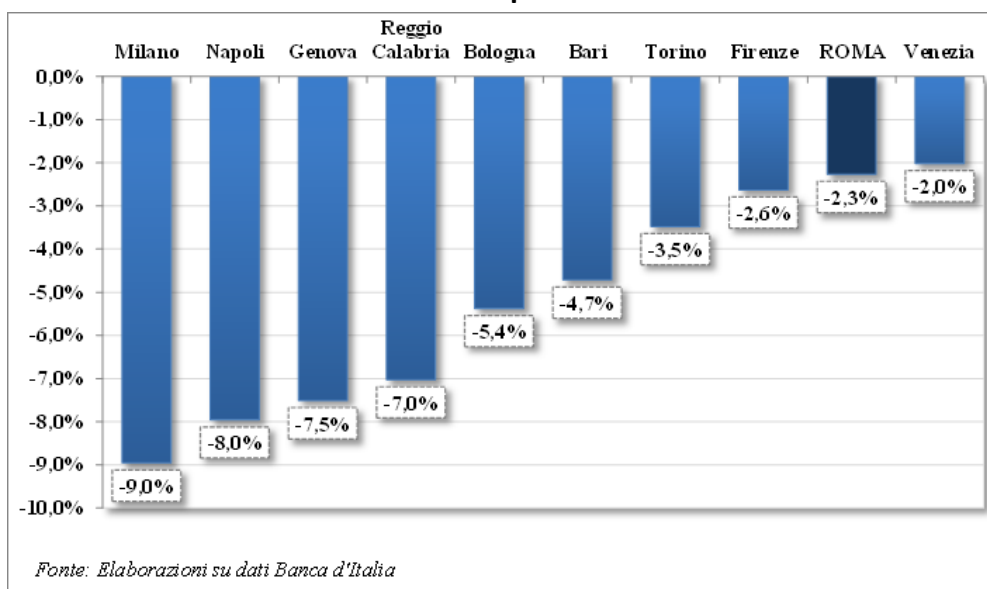
Gli impieghi dei produttori hanno subito una consistente riduzione a partire da fine 2011, sia a livello nazionale che nella provincia di Roma. Meno evidente è risultata la stretta creditizia verso le famiglie, che a Roma ha comunque tenuto abbastanza i livelli di fine 2011.

Figura 12 - Numeri indice (2003=100) degli impieghi per localizzazione degli sportelli al 31/12, nei principali (per ammontare degli impieghi) comuni della provincia di Roma. Anni 2003-2013



Tra i principali comuni della provincia di Roma, Albano Laziale è stato quello che ha registrato la riduzione maggiore degli impieghi. Fiumicino e Monterotondo, invece, hanno registrato un incremento consistente. Pomezia, che fino al 2008 aveva registrato l'incremento maggiore, ha subito una forte contrazione nei primi anni della crisi economica.

Figura 13 - Variazione % tra il 31/12/2011 e il 31/12/2013 degli impieghi nelle province metropolitane.



Tutte le province metropolitane hanno registrato una stretta creditizia negli anni della crisi economica, in particolare tra la fine del 2011 e la fine del 2013 la riduzione degli impieghi ha colpito soprattutto le province di Milano, Napoli, Genova e R. Calabria.

La crisi del mercato del lavoro si legge negli indicatori relativi alla disoccupazione e all'andamento della cassa integrazione.

L'Italia è nel pieno della seconda fase di recessione consecutiva dall'inizio della crisi globale che ha generato una serie di ripercussioni sul sistema economico e sulle condizioni di vita della popolazione. La disoccupazione ha raggiunto livelli record ed è indicato come il principale problema di questa fase della recessione, tanto da essere al centro del dibattito e dell'azione politica.

Secondo l'Istat, nel 2013 il tasso di disoccupazione⁷ è stato del 12,2% aumentando ancora, arrivando ad un livello doppio rispetto al 6,1% del 2007 (anno antecedente alla crisi economica).

In un quadro nazionale particolarmente critico, nel 2013 la provincia di Roma ha realizzato una performance leggermente meno negativa rispetto alla media nazionale, **registrando un tasso di disoccupazione dell'11,3%**

Nel 2013, nella provincia di Roma erano presenti 1,7 milioni di occupati e 215 mila persone in cerca di occupazione, per un ammontare complessivo di quasi 1,9 milioni di appartenenti alle forze lavoro.

Rispetto al dato nazionale nel 2013 emerge come:

- Il tasso di attività (67,1%) è superiore alla media nazionale (63,5%), ossia su 100 persone in età lavorativa residenti nella provincia di Roma, 67 sono occupate o cercano attivamente un'occupazione.
- Analogamente il tasso di occupazione della provincia di Roma (59,4%) è superiore rispetto al dato medio italiano (55,6%), con quasi 60 occupati su 100 residenti in età lavorativa.
- Al contrario il tasso di disoccupazione dell'area romana è inferiore a quello nazionale (rispettivamente 11,3% e 12,2%), con più di 11 disoccupati ogni 100 appartenenti alle forze lavoro (persone occupate o in cerca di occupazione).
- Le differenze di genere nella partecipazione al mercato del lavoro sono meno consistenti nell'area romana rispetto al dato nazionale. Nella provincia di Roma, infatti, il differenziale tra il tasso di attività femminile e quello maschile è di 16,7 punti percentuali, contro i 19,8

⁷ È doveroso osservare che la stima del tasso di disoccupazione è calcolato considerando la disoccupazione come una condizione, un comportamento, un atteggiamento, dove “la condizione è quella di non avere un'occupazione. Il comportamento si riferisce al fatto di avere effettuato almeno un'azione di ricerca di lavoro nei trenta giorni precedenti l'intervista. L'atteggiamento riguarda la disponibilità ad iniziare a lavorare entro le due settimane successive all'intervista o inizieranno un lavoro entro tre mesi”. Nel computo dei cosiddetti “disoccupati” non sono, infatti, inclusi, ad esempio, coloro che hanno la Partita Iva aperta (indipendentemente dall'effettiva attività svolta e dall'effettivo reddito prodotto) e coloro i quali sono classificati come “inattivi” (gli inattivi, comprendono le persone che non fanno parte delle forze di lavoro, ovvero quelle non classificate come occupate né disoccupate in cerca di occupazione). Risultano, inoltre, “occupati” coloro i quali hanno “15 anni e più che nella settimana di riferimento: hanno svolto almeno un'ora di lavoro in una qualsiasi attività che preveda un corrispettivo monetario o in natura; hanno svolto almeno un'ora di lavoro non retribuito nella ditta di un familiare nella quale collaborano abitualmente; sono assenti dal lavoro (ad esempio, per ferie o malattia). I dipendenti assenti dal lavoro sono considerati occupati se l'assenza non supera tre mesi, oppure se durante l'assenza continuano a percepire almeno il 50% della retribuzione. Gli indipendenti assenti dal lavoro, ad eccezione dei coadiuvanti familiari, sono considerati occupati se, durante il periodo di assenza, mantengono l'attività. I coadiuvanti familiari sono considerati occupati se l'assenza non supera tre mesi.”¹ Il tasso di disoccupazione viene calcolato, dunque, dal rapporto fra i disoccupati, così definiti, e le forze di lavoro (costituite da disoccupati e occupati).

dell'Italia. Emerge come mentre il tasso di attività degli uomini è solo leggermente superiore al dato medio nazionale, quello delle donne è discretamente più elevato (58,9% contro 53,6%).

- Rispetto al 2007, anno pre-crisi economica, il tasso di attività a livello nazionale si è mantenuto costante fino al 2011 per poi aumentare negli ultimi due anni del 2%. A livello provinciale, invece, il tasso di attività è aumentato subito del 2-3% e si è mantenuto abbastanza costante negli anni successivi.
- L'incremento della partecipazione al mercato del lavoro della provincia di Roma è da attribuire quasi completamente alla componente femminile che nel 2013 ha registrato un incremento del 6% rispetto al 2007. La componente maschile ha mantenuto, invece, un tasso di attività pressoché costante nel periodo per poi perdere l'1% nell'ultimo anno.
- Il confronto tra le serie storiche dei tassi di attività femminile della provincia di Roma e nazionale fa emergere come nell'area romana già dal 2008 è aumentata sensibilmente la partecipazione delle donne al mercato del lavoro (+4% sul 2007) e che questa dinamica si è mantenuta negli anni successivi con due leggere flessioni nel 2011 e nel 2013 (alla fine del periodo l'incremento rispetto al 2007 è stato del 6%). A livello nazionale, invece, nel 2008 l'incremento è stato solo del 2%, mentre il balzo in avanti si è registrato nel 2012 (con un +6% rispetto al 2007).
- L'aumento della partecipazione al mercato del lavoro non è stato trainato da un aumento degli occupati, bensì da quello delle persone in cerca di occupazione. Il numero di occupati si è infatti ridotto a livello nazionale (-3% nel 2013 rispetto al 2007) ed è aumentato di poco nella provincia di Roma (+2% nel 2012 rispetto al 2007, e conservazione dello stesso livello nel 2013). Questa dinamica abbastanza piatta del numero di occupati dal 2007 al 2013 segue ad un periodo di intenso incremento del numero di occupati che ha riguardato soprattutto la provincia di Roma.
- La composizione settoriale degli occupati nella provincia di Roma è abbastanza peculiare per la presenza a Roma del centro direzionale del Paese che comporta una forte presenza di posti di lavoro nel terziario pubblico. A Roma, infatti, le "altre attività dei servizi (esclusi ricettività e commercio)" costituiscono il 66% degli occupati, mentre a livello nazionale sono meno del 50%. Le quote di occupati nel commercio e ricettività e nelle costruzioni sono abbastanza simili al dato nazionale (19% e 6% rispettivamente), mentre industria in senso stretto e agricoltura sono sottorappresentate (8% e 1% rispettivamente, contro il 20% e il 4% registrati a livello nazionale).
- Dal 2008, il settore delle costruzioni ha incrementato il numero di occupati fino al 2010 per poi subire un crollo verticale. Il settore agricolo ha visto ridursi complessivamente il numero di occupati, mentre industria, commercio e attività ricettive e altre attività di servizi hanno mantenuto livelli di occupazione abbastanza stazionari nel periodo preso in esame. A parte il settore del commercio e della ricettività (che ha prima perso e poi recuperato i livelli di occupazione del 2008), tutti gli altri nel 2013 presentano livelli di occupazione inferiori a quelli del 2008.
- La provincia di Roma, pur presentando un livello del tasso di disoccupazione inferiore a quello nazionale, registra un dislivello più marcato per gli uomini (10,4% contro 11,5%),

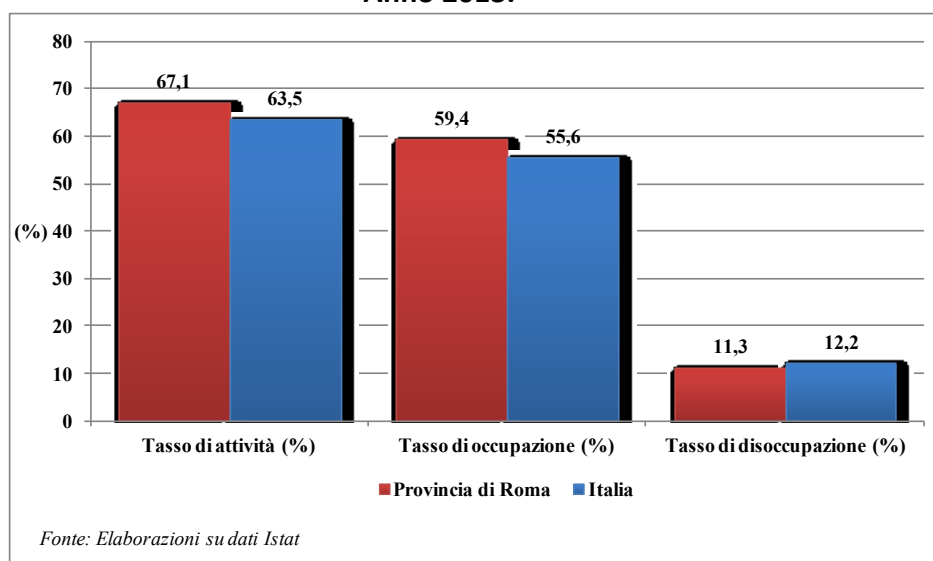
mentre per le donne il tasso di disoccupazione è solo leggermente inferiore a quello nazionale (12,5% contro 13,1%).

- L'effetto della crisi economica ha generato un incremento consistente del tasso di disoccupazione che per gli uomini in proporzione è salito di più che per le donne (tra il 2007 e il 2013 per gli uomini è aumentato del 44%, raddoppiando il valore iniziale, mentre per le donne l'incremento è stato del 25%). Nei primi due anni (2008 e 2009) è salito soprattutto il tasso di disoccupazione femminile, mentre a partire dal 2010 l'incremento della disoccupazione maschile è stata più intensa.
- Le dinamiche del tasso di disoccupazione nella provincia di Roma e in Italia sono state abbastanza simili tra il 2004 e il 2013. L'unica differenza è stato un incremento un po' più sostenuto tra il 2008 e il 2011 registrato per la provincia di Roma. Il gap negativo è stato però colmato dal dato nazionale nel 2012.
- La provincia di Roma si caratterizza per un tasso di disoccupazione giovanile (15-24 anni) superiore alla media nazionale, mentre il tasso di disoccupazione della classe d'età 25-34 anni e quello degli adulti (35 anni e più) sono inferiori. I livelli elevati della disoccupazione tra i giovani (fino a 35 anni) mostrano come questa sia una delle categorie più duramente colpita dalla crisi economica.
- Per i giovanissimi (15-24 anni) il livello della disoccupazione nella provincia di Roma è stato sistematicamente superiore al dato nazionale nell'ultimo decennio. Negli anni più critici (2009, 2011-2013), il divario rispetto alla media nazionale è aumentato.
- Nonostante il livello della disoccupazione giovanile sia più alto nell'area romana che nella media italiana, l'incremento a partire dal 2007 è stato più elevato a livello nazionale (Rispettivamente +73% e +97% tra il 2007 e il 2013).
- Nel 2005-2006 la provincia di Roma presentava un tasso di disoccupazione dei giovani adulti (25-34 anni) superiore rispetto al dato nazionale. Negli anni successivi il tasso romano si è mantenuto sul livello nazionale mentre nel 2013 è risultato sensibilmente inferiore.
- La dinamica del tasso di disoccupazione dei giovani adulti romani è stata simile a quella nazionale, salvo un rallentamento dell'incremento registrato nell'ultimo anno a Roma e non in Italia. Complessivamente tra il 2007 e il 2013 la disoccupazione nella classe d'età 25-34 anni a Roma è aumentata del 90% contro il +113% registrato a livello nazionale.
- Negli ultimi due anni nella provincia di Roma si evidenzia un livello della disoccupazione degli adulti inferiore alla media nazionale. Nel passato si è registrato un andamento altalenante con anni in cui il primato negativo spettava all'area romana e anni in cui spettava al dato medio nazionale.
- Il tasso di disoccupazione degli adulti della provincia di Roma è aumentato in misura maggiore rispetto alla media nazionale negli anni tra il 2008 e il 2010. Nel 2011 ha subito una contrazione per poi riprendere a crescere negli ultimi due anni. A livello nazionale è stato registrato un incremento più contenuto fino al 2010 ma non c'è stato il recupero nel

2011. Complessivamente a Roma dall'inizio della crisi l'aumento del tasso di disoccupazione è stato comunque superiore alla media nazionale.

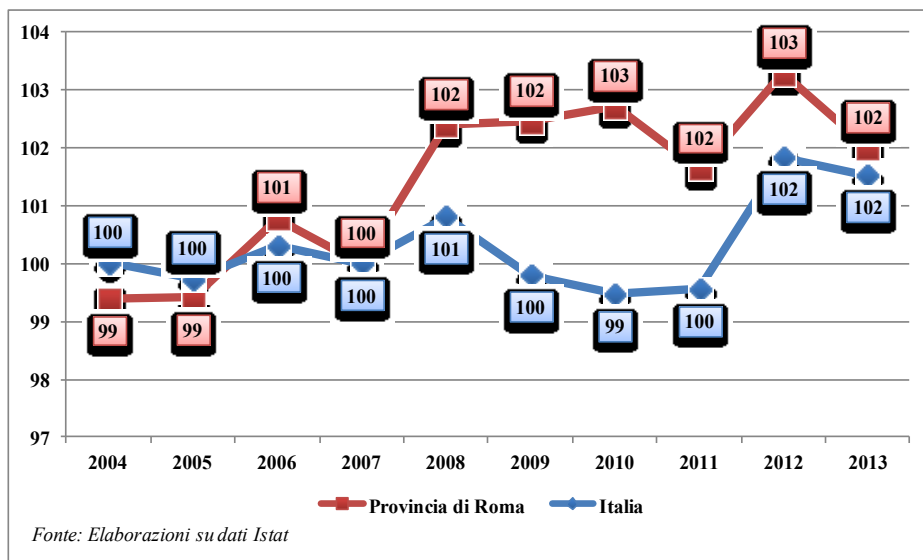
- A partire dal 2008 l'incremento del tasso di disoccupazione è stato particolarmente elevato per tutte le classi d'età ma la velocità di incremento è stata particolarmente intensa per gli adulti (35 anni e più). Rispetto al 2007, nel 2013 il tasso di disoccupazione è aumentato del 73% per i giovanissimi, del 90% per i giovani adulti e del 139% per gli adulti. Complessivamente il tasso di disoccupazione è aumentato del 95% dall'inizio della crisi.

**Figura 14 - Tassi di attività, occupazione e disoccupazione nella provincia di Roma e in Italia.
Anno 2013.**



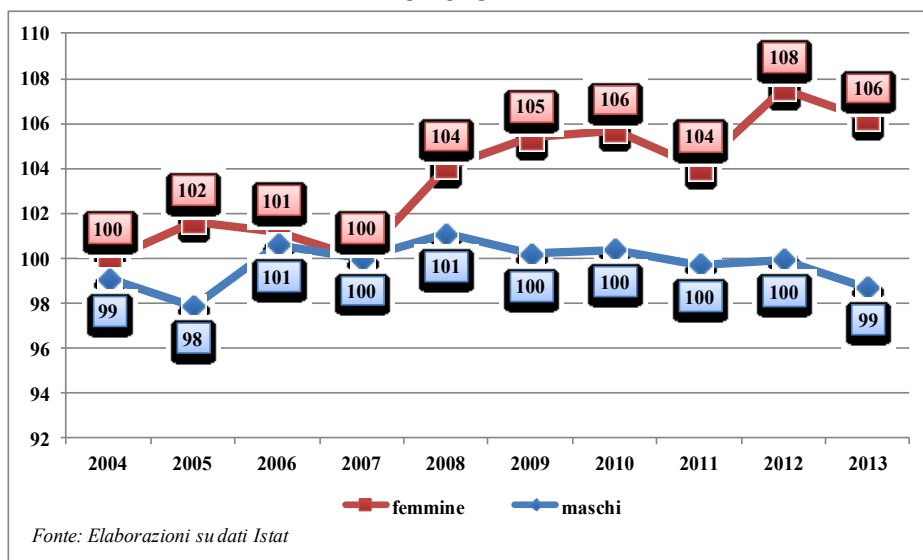
La provincia di Roma presenta indicatori relativi al mercato del lavoro migliori rispetto alla media nazionale.

Figura 15 - Indice (2007=100) del tasso di attività (%) nella provincia di Roma e in Italia. Anni 2004-2013.



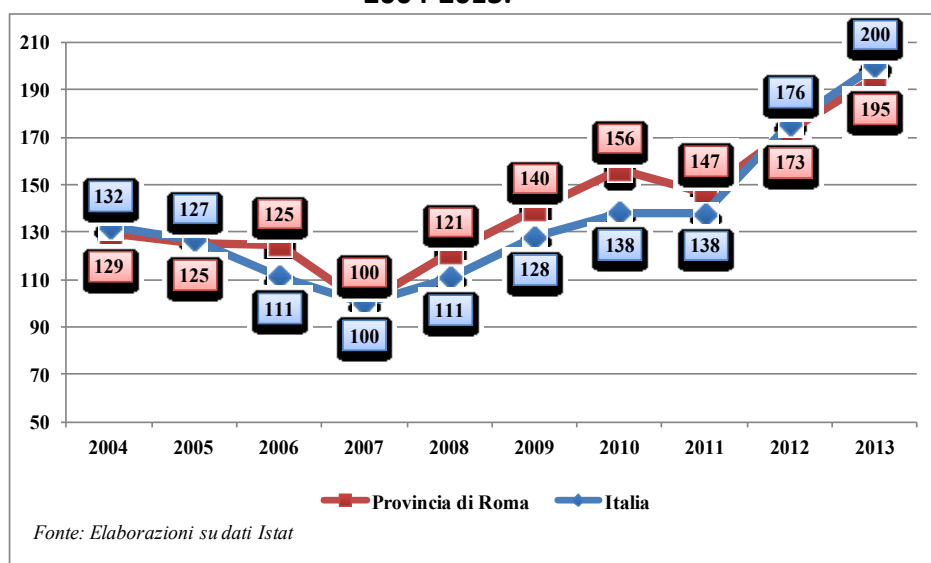
A livello nazionale la crisi economica ha prodotto una fuoriuscita dal mercato del lavoro con un calo del tasso di attività, cosa non verificatasi nella provincia di Roma. Dal 2012 anche a livello nazionale è tornato ad aumentare il tasso di attività.

Figura 16 - Indice (2007=100) del tasso di attività nella provincia di Roma, secondo il genere. Anno 2013.



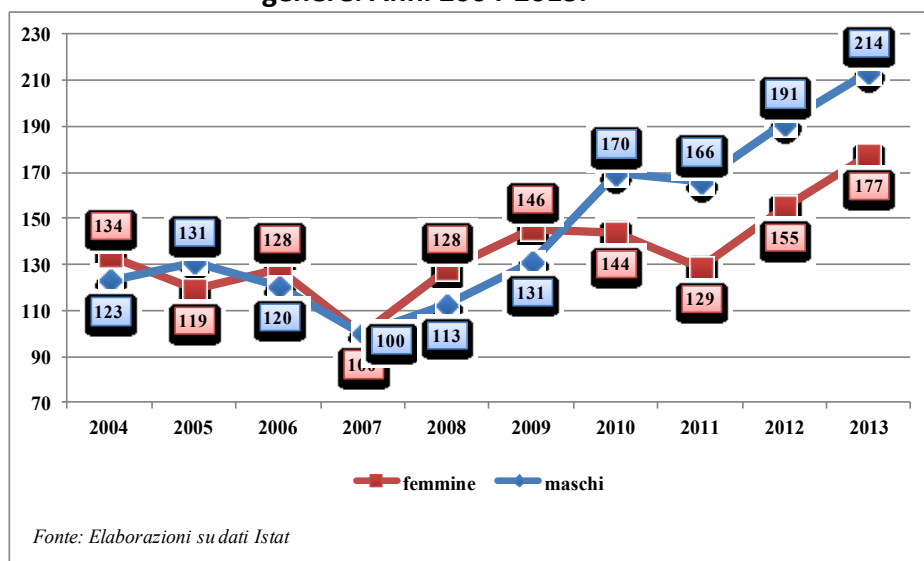
La crisi economica ha fatto sì che nella provincia di Roma aumentasse la partecipazione delle donne al mercato del lavoro mentre quella degli uomini si è mantenuta pressoché stabile, con una lieve tendenza alla riduzione.

Figura 17 - Indice 2007=100 del tasso di disoccupazione nella provincia di Roma e in Italia. Anni 2004-2013.



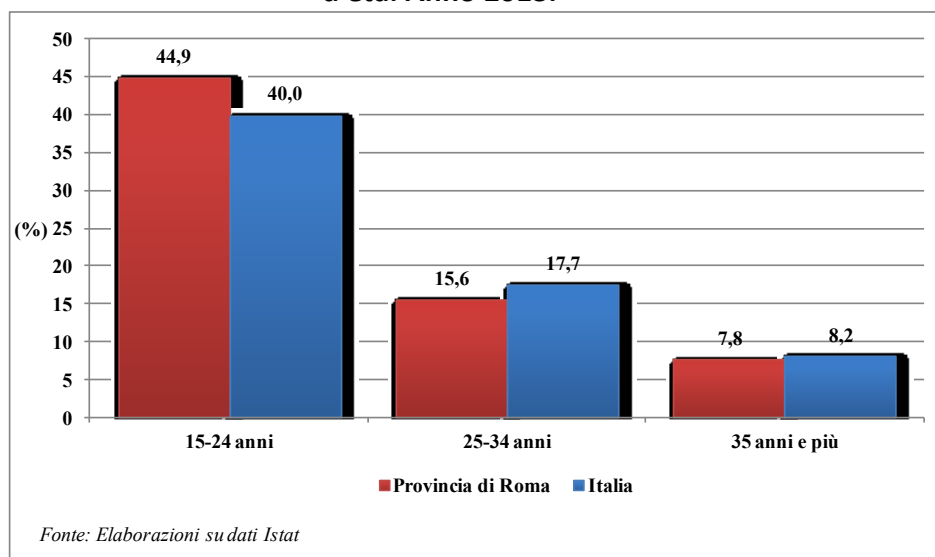
La dinamica del tasso di disoccupazione della provincia di Roma ha ricalcato la media nazionale nell'ultimo decennio con un'accelerazione maggiore tra il 2008 e il 2010.

Figura 18 - Indice 2007=100 del tasso di disoccupazione nella provincia di Roma, secondo il genere. Anni 2004-2013.



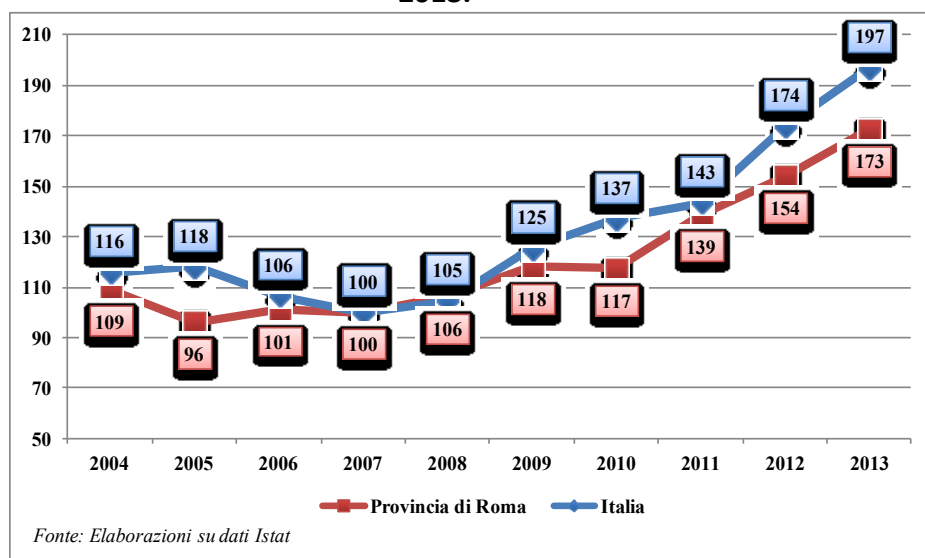
La crisi ha prodotto un'impennata del tasso di disoccupazione sia per gli uomini, sia per le donne. Per gli uomini l'incremento è stato ancora più accentuato che per le donne, tanto che in 6 anni è più che raddoppiato.

Figura 19 - Tasso di disoccupazione (%) nella provincia di Roma e in Italia, secondo la classe d'età. Anno 2013.



La provincia di Roma si caratterizza per un tasso di disoccupazione giovanile (15-24 anni) superiore alla media nazionale, mentre il tasso di disoccupazione della classe d'età 25-34 anni e quello degli adulti (35 anni e più) sono inferiori.

Figura 20 - Indice (2007=100) del tasso di disoccupazione giovanile (15-24 anni). Anni 2004-2013.



Nonostante il livello della disoccupazione giovanile sia più alto nell'area romana che nella media italiana, l'incremento a partire dal 2007 è stato più elevato a livello nazionale

Il momento di forte sofferenza registrato sul mercato del lavoro è confermato anche dal massiccio ricorso alla Cassa Integrazione Guadagni.

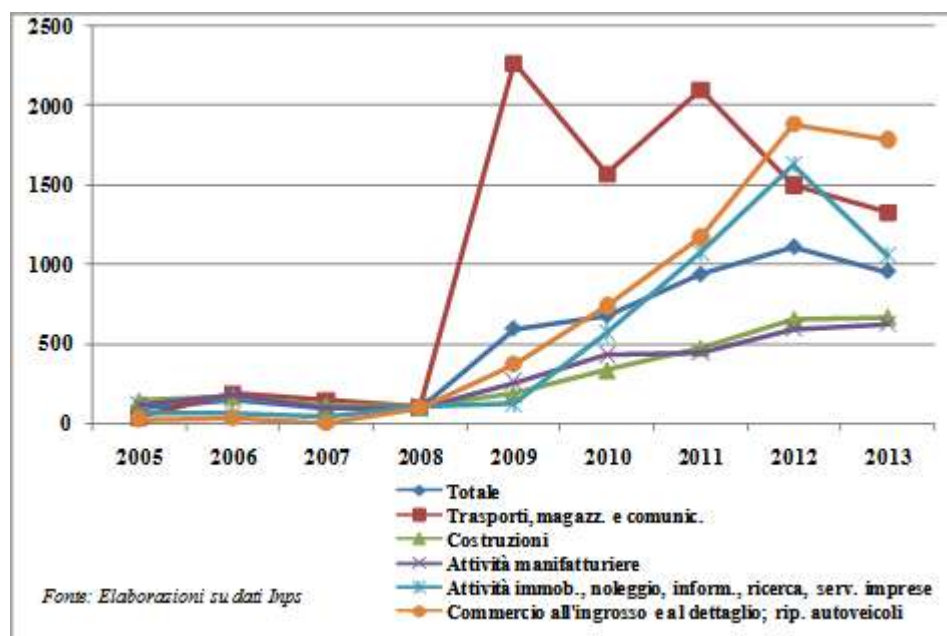
Nel 2013 in Italia sono state autorizzate complessivamente poco meno di un miliardo di ore di CIG8 di cui quasi 46 milioni nella provincia di Roma.

Nel 2013 quella straordinaria è stata la forma di cassa integrazione più utilizzata a livello nazionale (43%) e nelle province di Napoli (57,2%), Reggio Calabria (55,5%), Genova (55,2%), Bari (52,4%), Firenze (53,3%), Roma (52,3%), Torino (52,3%), Milano (51%) e Venezia (41,9%).

Anche la cassa integrazione in deroga ha avuto un'importante diffusione: ha rappresentato, infatti, il 25% delle ore autorizzate a livello nazionale ed è stata la forma più diffusa a Bologna (43%). In nessuna delle province metropolitane la cassa integrazione ordinaria è stata quella più diffusa.

Il 72% delle ore autorizzate a livello nazionale nel 2013 hanno riguardato gli operai. La situazione è invece opposta nell'area romana dove quasi il 55% delle ore autorizzate hanno riguardato gli impiegati. Si tratta di una peculiarità della provincia di Roma, strettamente connessa alla tipicità della struttura economica della provincia capitale, che è l'unica tra le aree analizzate a presentare più ore autorizzate per gli impiegati che per gli operai.

Figura 21 - Indice (2008=100) del numero di ore di CIG autorizzate nella provincia di Roma, secondo il settore di attività. Anni 2005 – 2013.



Il primo settore a vedere esplodere il numero di ore autorizzate è stato quello dei trasporti. Al 2013, però, quello che ha registrato l'incremento maggiore è stato quello del commercio e delle riparazioni.

⁸ La fonte dei dati è rappresentata dagli archivi amministrativi INPS che gestiscono la cassa integrazione. Gli archivi sono alimentati: per quanto riguarda la cassa integrazione ordinaria industria ed edilizia dalle delibere di autorizzazione della commissione provinciale del lavoro, per la cassa integrazione straordinaria dai decreti emessi dagli uffici regionali del lavoro. In virtù di quanto detto è opportuno precisare che le ore autorizzate ogni mese, non sono di competenza del mese stesso ma possono riferirsi sia a periodi precedenti il mese di autorizzazione (la maggior parte) sia a periodi successivi. (Nota metodologica Inps - Osservatorio sulle ore autorizzate di Cassa Integrazione Guadagni).

Il Sistema imprenditoriale tiene: nonostante la crisi il numero di imprese registrate è aumentato, Va tuttavia tenuto in considerazione che tra le imprese è consistente la presenza di imprese piccole e piccolissime. Si conferma la vocazione romana per il settore terziario e terziario avanzato.

Anche il 2013 è stato un anno di recessione e le previsioni per il 2014 registrano una modesta ripresa. Tuttavia la congiuntura economica negativa non ha scoraggiato gli imprenditori, tanto che in Italia ci sono state 384 mila nuove iscrizioni di imprese nei registri camerali a fronte di quasi 365 mila cessazioni (al netto delle cancellazioni d'ufficio), con un saldo positivo di quasi 17 mila unità, che risulta essere, però, il saldo più modesto dal 2004 ad oggi. Il tasso di crescita dello stock di imprese registrate è stato pari appena a +0,2%. Migliore è stata la performance del sistema imprenditoriale della provincia di Roma dove è stato registrato un tasso di crescita dello stock dell'1,7%, il terzo più alto tra le province italiane.

Dal *benchmarking* tra le nove aree emerge che:

- ✓ L'area di Roma nel 2013 è stata la **prima** per la **consistenza dello stock di imprese registrate**⁹ localizzate (464.986), precedendo quelle di Milano (358.006 imprese registrate), Napoli (273.410 imprese registrate) e Torino (231.081 imprese registrate).
- ✓ Nel 2013 il **tasso di crescita dello stock di imprese registrate** (al netto delle cancellazioni d'ufficio) nella provincia di Roma è stato dell'1,7% ed è stato **secondo** solo a Milano tra le province metropolitane. A Milano il tasso di crescita è stato dell'1,7%. Tra le altre province metropolitane Napoli, Reggio Calabria, Firenze e Bari hanno registrato un tasso di variazione positivo, mentre Genova, Torino, Bologna e Venezia hanno sperimentato una riduzione dello stock di imprese registrate.
- ✓ L'area di Roma è stata la **prima consistenza dello stock di imprese attive**¹⁰ localizzate (337.837).

Al 31 dicembre 2013 nella Provincia di Roma risultavano 465 mila imprese registrate¹¹ di cui 338 mila attive¹², pari rispettivamente al 7,7% e al 6,5% del totale nazionale. Rispetto al 2012 le imprese nuove iscritte sono diminuite del 5,1%, testimoniando un riacutizzarsi della crisi economica. Contemporaneamente è stata tuttavia registrata una riduzione anche delle cessazioni (al netto delle cancellazioni d'ufficio) del 6,4%. Gli effetti della congiuntura economica sfavorevole sono stati tuttavia meno marcati che a livello nazionale con un indice di vitalità imprenditoriale (imprese iscritte per 100 cessate al netto delle cancellazioni d'ufficio) di 152, contro il 115 della media nazionale.

Nell'area romana anche nei periodi di recessione (2008-2009 e quello tutt'ora in atto riacutizzatosi nel 2011) il tasso di sviluppo imprenditoriale è stato comunque positivo, anche se ha segnato un rallentamento, particolarmente accentuato nel 2008-2009. Dal 2000 è stato registrato un costante aumento del numero di imprese con una prima fase di rallentamento nel 2004 e nel 2005, cui è seguito un nuovo ciclo espansivo fino al 2007, una seconda fase di rallentamento nel 2008 e 2009 e una terza fase di rallentamento del 2011 e nel 2012.

Il tasso di variazione dello stock di imprese registrate è stato sempre positivo anche se sia nel 2008-2009 che nel 2010-2013 ha registrato un rallentamento consistente e nell'ultimo anno

⁹ Ai fini di Movimprese si definisce registrata una imprese presente nell'archivio e non cessata, indipendentemente dallo stato di attività assunto (attiva, inattiva, sospesa, in liquidazione, fallita).

¹⁰ Impresa iscritta al Registro delle Imprese che esercita l'attività e non risulta avere procedure concorsuali in atto.

¹¹ Ai fini di Movimprese si definisce registrata una impresa presente in archivio e non cessata, indipendentemente dallo stato di attività assunto (attiva, inattiva, sospesa, in liquidazione, fallita).

¹² Impresa iscritta al Registro delle Imprese che esercita l'attività e non risulta avere procedure concorsuali in atto.

è stato solo dell'1,7% (nel 2007, periodo pre-crisi, era stato del +2,7% e nel 2010, periodo di leggera ripresa, del 2,4%).

Oltre alla forma giuridica "altro", che rappresenta però una quota residuale del totale (4,5%), sono state soprattutto le società di capitali (che rappresentano il 44% del totale) a trainare l'incremento dello stock di imprese registrate (+2,6%). Le società individuali (che rappresentano quasi il 39% del totale) sono aumentate dell'1,7%, mentre le società di persone (che rappresentano il 12,7% del totale) hanno registrato una contrazione dell'1,4%.

La composizione settoriale delle imprese registrate nell'area romana evidenzia la marcata specializzazione nel terziario. In particolare il 27% delle imprese è attivo nel settore del commercio all'ingrosso e al dettaglio e nel settore della riparazione di autoveicoli e motocicli, il 14% nelle costruzioni, il 7% nelle attività dei servizi di alloggio e ristorazione, il 6% nelle attività manifatturiere, il 5% nelle attività immobiliari, il 5% nelle attività di noleggio, agenzie di viaggio e servizi di supporto alle imprese, il 4% nei servizi di informazione e comunicazione, il 4% nelle attività professionali, scientifiche e tecniche, il 4% nelle attività di trasporto e magazzinaggio, il 3% nell'agricoltura, silvicoltura e pesca, il 3% nelle attività finanziarie e assicurative, l'1% nelle attività artistiche, sportive, di intrattenimento e divertimento, l'1% nella sanità e assistenza sociale e l'1% nell'istruzione.

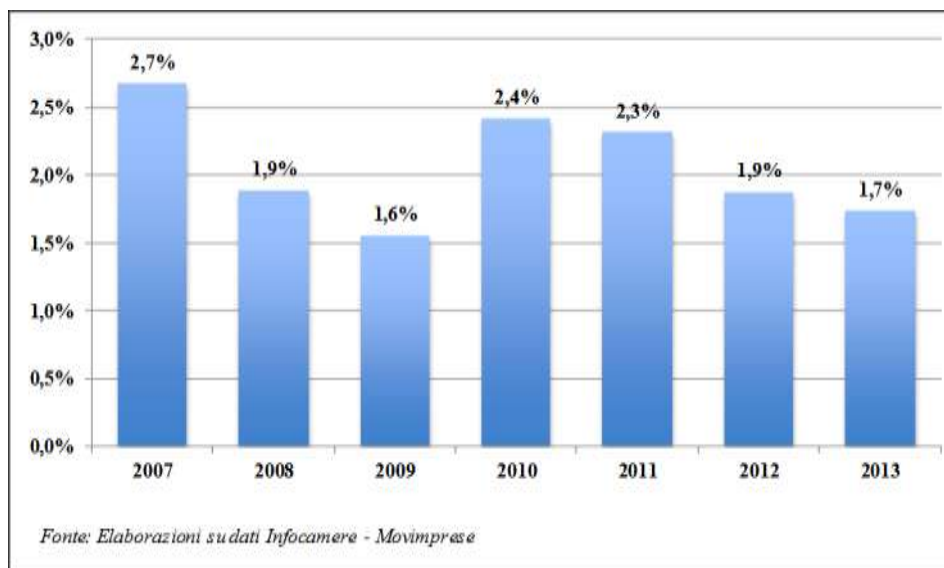
Rispetto all'anno precedente è aumentato soprattutto lo stock di imprese registrate nel settore della fornitura di energia elettrica, gas, vapore e aria condizionata (+8,8%) e in quello del noleggio, delle agenzie di viaggio e dei servizi di supporto alle imprese (+7,5%). In consistente calo è risultato il numero di imprese agricole (-2,8%) e estrattive (-2,8%). Anche il settore manifatturiero e quello delle costruzioni sono risultati in calo (anche se di pochi decimi di punto percentuale).

La distribuzione settoriale delle imprese attive nei due macro ambiti (capoluogo e hinterland) evidenzia come nell'hinterland, nel 2011, erano prevalenti quelle che operano nei settori del commercio all'ingrosso e al dettaglio e delle costruzioni, mentre nella Capitale era maggiore la concentrazione di imprese nel settore delle attività professionali, scientifiche e tecniche (oltre a quelle commerciali). Prevedibilmente, inoltre, nella città di Roma era maggiore rispetto al resto della provincia la presenza di imprese attive nel terziario avanzato (attività immobiliari e finanziarie ed assicurative) e nei settori della comunicazione e informazione, dell'arte, dell'intrattenimento e del divertimento. Nell'hinterland era invece maggiore la concentrazione di imprese attive nel manifatturiero e nei servizi di alloggio e ristorazione.

La struttura imprenditoriale della provincia di Roma si caratterizza per la presenza di imprese di piccole dimensioni; secondo i dati dell'Archivio Statistico delle Imprese Attive dell'Istat (ASIA), nel 2009 le imprese attive nei settori industriale, commerciale e dei servizi alle imprese e alle famiglie dell'area romana avevano mediamente 4,92 addetti (cfr. Italia 4,04) e quasi il 96% delle imprese aveva meno di 10 addetti.

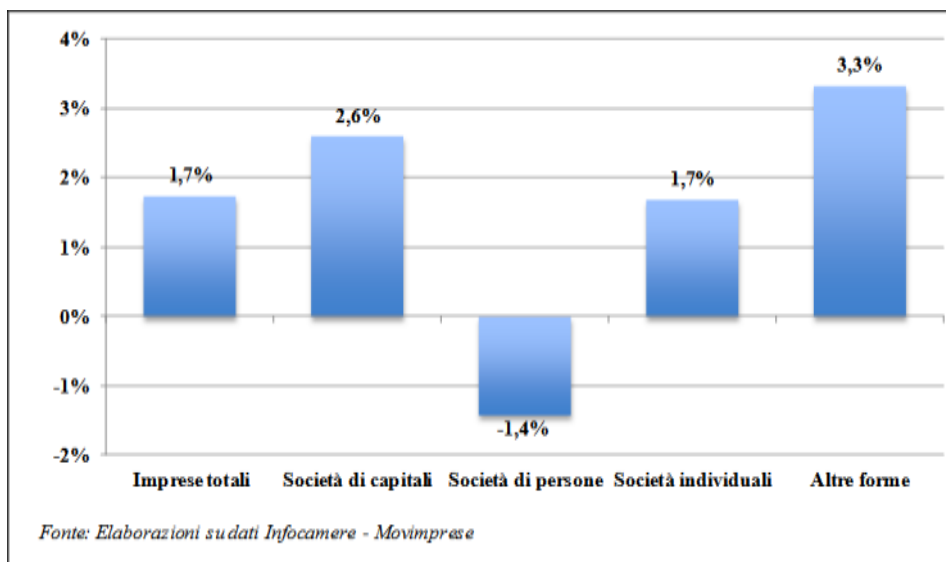
Altra caratteristica del sistema imprenditoriale romano è la forte terziarizzazione (oltre il 73% delle imprese sono attive nel terziario, contro circa il 57% registrato a livello nazionale). I settori predominanti sono quelli del commercio all'ingrosso e al dettaglio, delle costruzioni e dei servizi di alloggio e ristorazione. Inoltre a Roma si registra una concentrazione maggiore che a livello nazionale di imprese attive nei settori delle attività professionali, scientifiche e tecniche, dei servizi di informazione e comunicazione e delle attività artistiche, sportive, di intrattenimento e divertimento.

Figura 22 - Tasso di crescita dello stock di imprese registrate nella provincia di Roma (al netto delle cancellazioni d'ufficio). Anni 2007-2013.



Nel 2010 si era assistito ad un incremento del tasso di crescita dello stock che dal 2011 si è ridotto, fino al +1,7% del 2013.

Figura 23 - Tasso di variazione dello stock di imprese registrate nella provincia di Roma secondo la forma giuridica (al netto delle cancellazioni d'ufficio). Anno 2013.



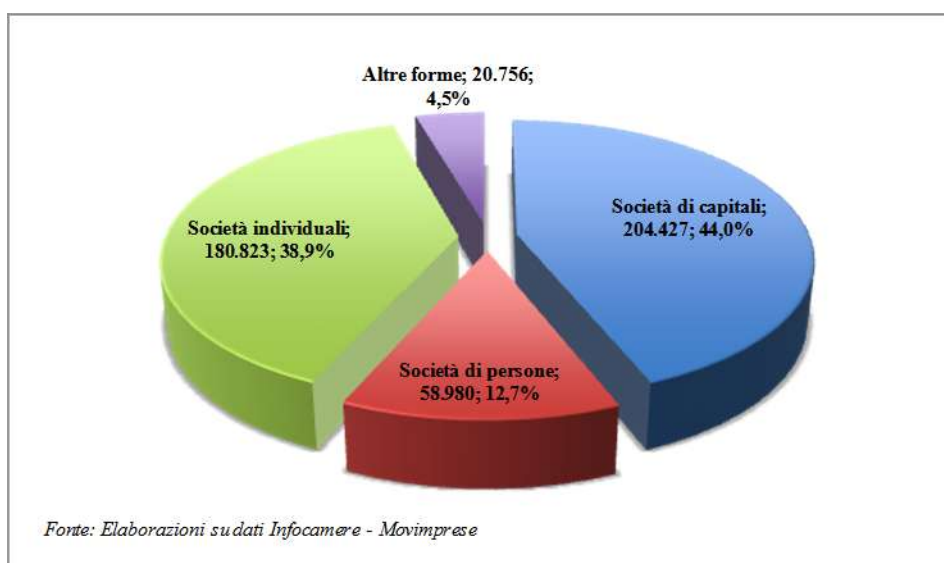
Nel 2013 - nella provincia di Roma sono aumentate, oltre alle altre forme, soprattutto le società di capitali mentre le società di persone hanno subito una contrazione.

Tabella 2 - Provincia di Roma: consistenza delle imprese registrate e attive al 31.12.2013 e iscrizioni e cessazioni nel 2013, secondo la forma giuridica.

	Imprese registrate	Imprese attive	Iscritte	Cessate
<i>Imprese totali</i>	464.986	337.837	31.598	24.533
Società di capitali	204.427	117.574	11.400	6.300
Società di persone	58.980	37.116	1.863	3.206
Società individuali	180.823	174.245	16.881	14.225
Altre forme	20.756	8.902	1.454	802

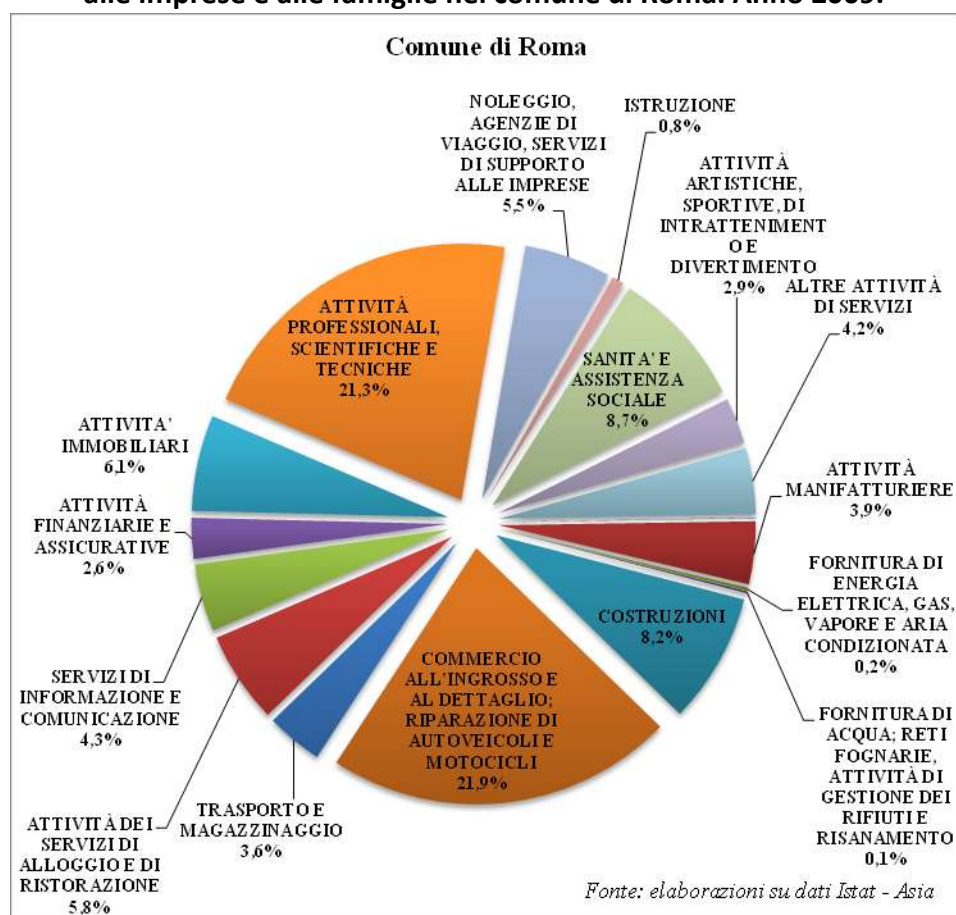
Fonte: Elaborazione su dati Infocamere - Movimprese

Figura 24 - Imprese registrate nella provincia di Roma per forma giuridica, al 31 dicembre 2013.



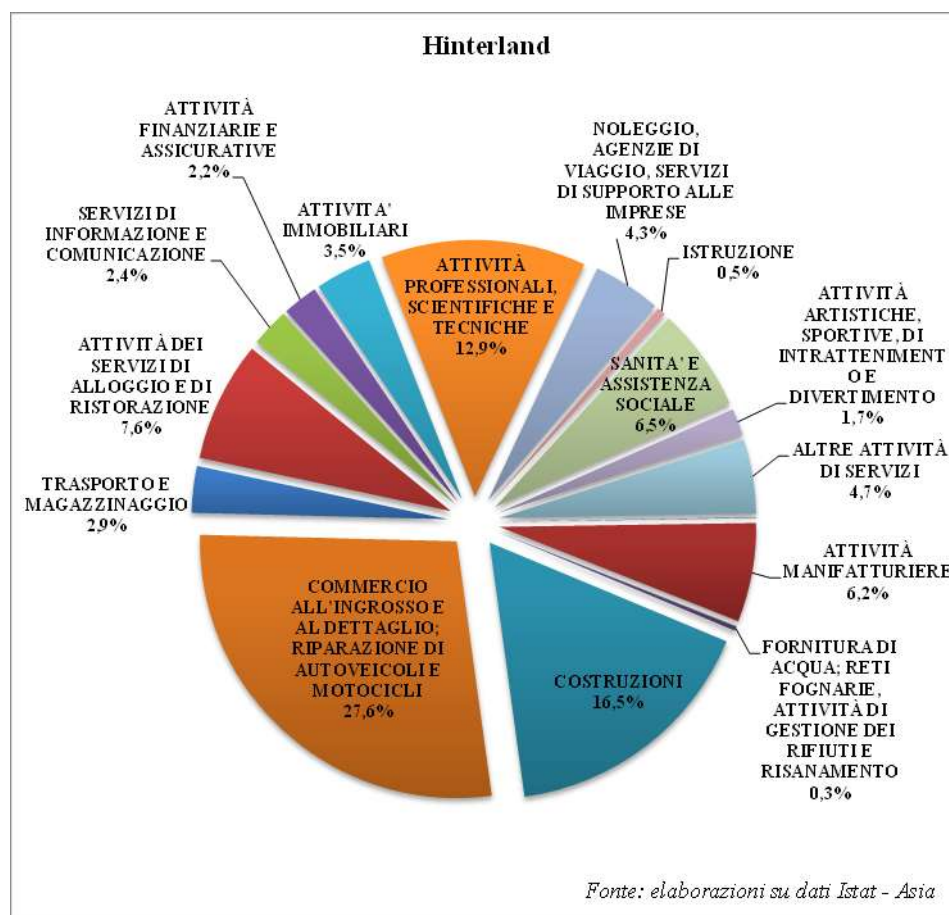
Le società di capitali rappresentano il 44% del totale delle imprese registrate

Figura 25 - Distribuzione % delle imprese attive nei settori industriali, commerciale e dei servizi alle imprese e alle famiglie nel comune di Roma. Anno 2009.



Nel comune di Roma prevalgono le attività professionali, scientifiche e tecniche (oltre a quelle commerciali).

Figura 26 - Distribuzione % delle imprese attive nei settori industriali, commerciale e dei servizi alle imprese e alle famiglie nell'hinterland. Anno 2011.



Nell'hinterland romano prevalgono le imprese attive nel settore del commercio all'ingrosso e al dettaglio e nelle costruzioni.

Commercio estero: anche il commercio con l'estero romano risente del clima generale di crisi economica registrando importanti flessioni.

Nel 2013, nonostante il perdurare della crisi economica, gli scambi con l'estero dell'Italia hanno registrato flessioni modeste (-0,1% per l'export e -5,5% per l'import).

La provincia di Roma ha, invece, registrato riduzioni molto più importanti con le esportazioni in calo dell'8,7% e le importazioni del 21,1%. Il 2013 è stato il primo anno, dopo il 2009, per cui l'export romano si è contratto. Dal 2010, tuttavia, il tasso di incremento delle esportazioni, pur restando positivo, ha mostrato un'evidente decelerazione.

La quota delle esportazioni romane sul totale nazionale è stata del 2,1% nel 2013, in leggera diminuzione rispetto agli anni precedenti. Si tratta comunque di una quota relativamente "bassa" per un'economia che contribuisce con una per una parte cospicua al PIL

nazionale. Il motivo principale di tale bassa propensione all'export è individuabile nella forte terziarizzazione dell'economia romana, strettamente connessa a sua volta al ruolo di Roma Capitale.

Nel 2013 i settori merceologici per cui nell'area romana sono stati registrati i valori più elevati delle esportazioni sono stati quello delle sostanze e dei prodotti chimici (17,6%) e degli articoli farmaceutici, chimico-medicinali e botanici (15%). Su un buon livello sono risultati anche l'export dei mezzi di trasporto (10,4%), dei computer, apparecchi elettronici e ottici (10,8%) e di coke e prodotti petroliferi raffinati (9,6%).

Rispetto al 2012 sono risultate in forte contrazione le esportazioni di coke e prodotti petroliferi raffinati, di prodotti dell'estrazione di minerali e, di metalli di base e prodotti in metallo, di prodotti dell'editoria e audiovisivi, di mezzi di trasporto e di prodotti alimentari, bevande e tabacco.

In forte aumento sono risultate invece le esportazioni di prodotti delle attività artistiche di intrattenimento e divertimento e dei prodotti delle attività di trattamento dei rifiuti, che però hanno un peso limitato nella composizione dell'export. Buona è stata anche la performance di articoli farmaceutici, chimico-medicinali e botanici e di macchinari e apparecchi.

Rispetto alla media nazionale nell'area romana emerge una maggiore specializzazione delle esportazioni relativamente ad armi e munizioni (17,7% del totale nazionale), a saponi e detergenti (12,7% del totale nazionale), ai prodotti delle attività artistiche, sportive, di intrattenimento e divertimento (11,5% del totale nazionale), ad aeromobili, veicoli spaziali e relativi dispositivi (8,5% del totale nazionale), a computer ed apparecchi elettronici ed ottici (7,1% del totale nazionale) e a medicinali e preparati farmaceutici (6,8% del totale nazionale).

Tabella 3 - Bilancia commerciale in valore (milioni di euro) per il totale delle attività economiche. Anno 2013

	Provincia di Roma			Italia	
	mln euro	Var. % '13/'12		mln euro	Var. % '13/'12
Esportazioni	8.366	-8,7%		389.854	-0,1%
Importazioni	17.783	-21,1%		359.454	-5,5%
Saldo	-9.418			30.400	

Fonte: Elaborazioni su dati Istat

**Figura 27 - Totale interscambio commerciale in valore della provincia di Roma (milioni di Euro).
Anni 2008 – 2013**

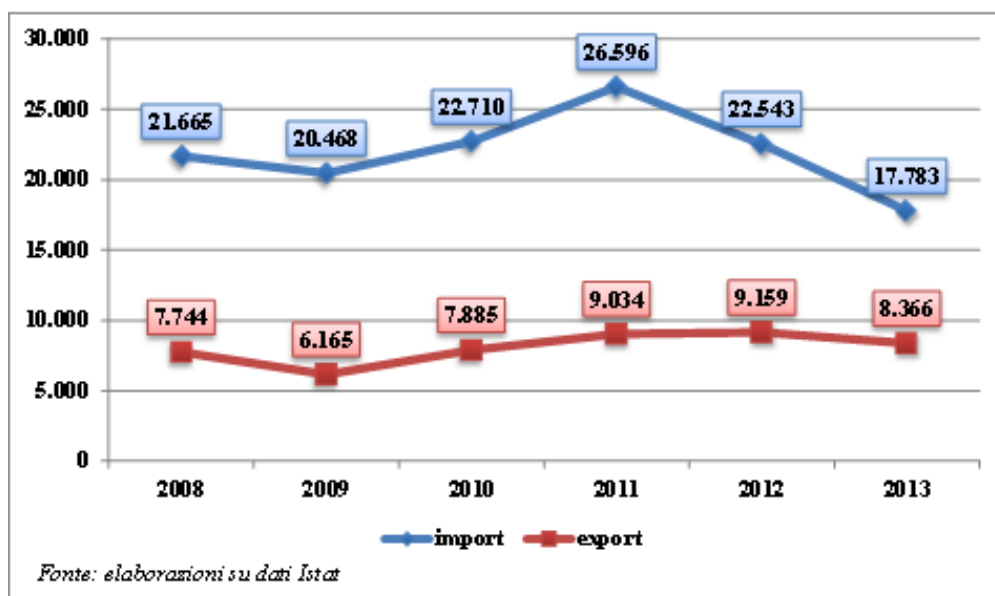
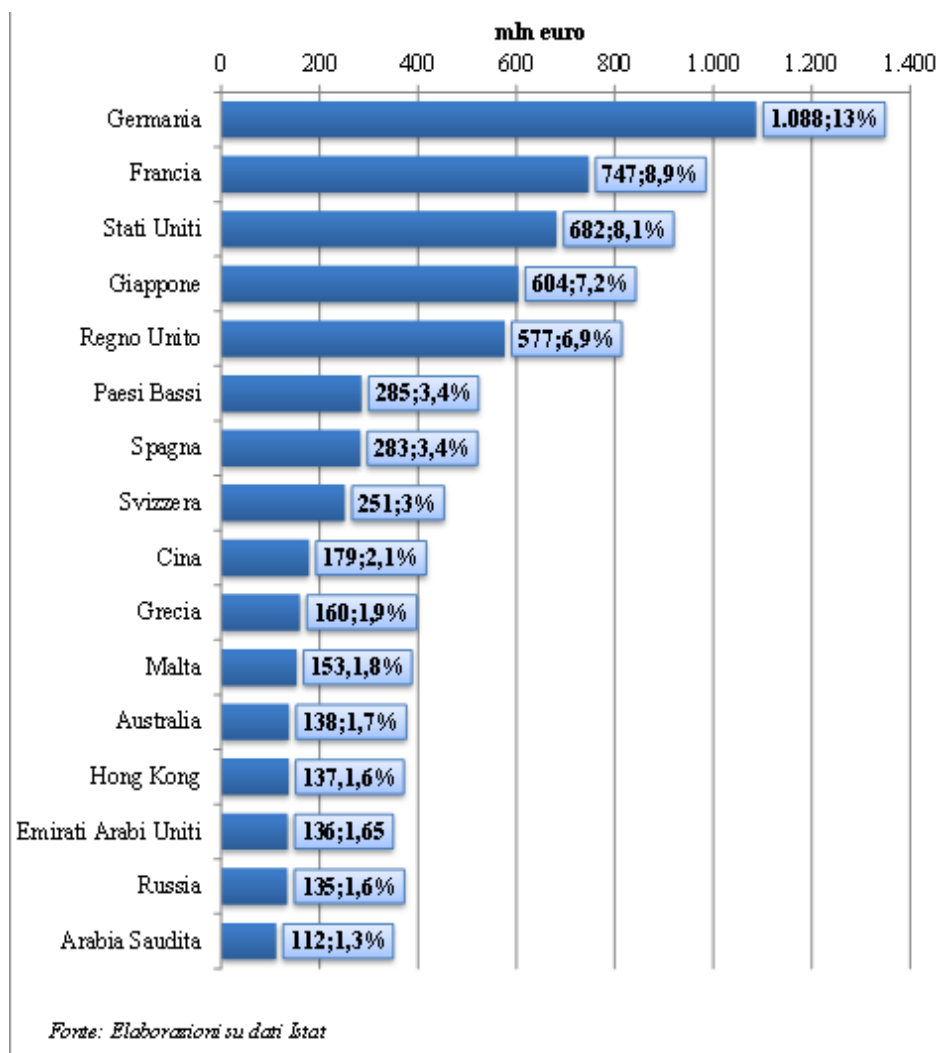


Figura 28 - Distribuzione % delle esportazioni della provincia di Roma secondo il Paese di destinazione. Anno 2013.



I principali Paesi di destinazione dell'export romano sono la Germania, la Francia e gli Stati Uniti, seguiti da Giappone e Regno Unito. Seppur con quote basse, sono presenti anche mercati emergenti quali Cina, Hong Kong, Emirati Arabi Uniti, Russia e Arabia Saudita..

Nella comparazione tra i contribuenti residenti nelle 10 province metropolitane, si osserva quanto segue:

- ✓ la provincia di **Roma** si situa al **1° posto** per il numero di contribuenti (**2,7 milioni**) rivelandosi così come quella con la più **ampia platea di contribuenti** del Paese e precedendo quella di **Milano** (**2,3 milioni** di contribuenti) che si posiziona al **2° posto**;
- ✓ conseguentemente la provincia di **Roma** si colloca anche al **1° posto** per quanto riguarda il **valore dell'imponibile complessivo prodotto** (**66,4 miliardi di euro**) precedendo quella di **Milano** (61,1 miliardi di euro) che si situa al **2° posto**. Netamente distanziate risultano le altre province;
- ✓ i contribuenti residenti nella provincia di **Roma** si posizionano al **2° posto** per il valore del **reddito medio per contribuente Irpef** (**24.122 euro**), mentre i contribuenti della provincia di **Milano** si collocano ad una discreta distanza al **1° posto** (con ben **27.057 euro pro-capite**);

- ✓ la provincia di **Roma** si pone soltanto al **7° posto** per il grado di partecipazione dei residenti alla contribuzione IRPEF locale (i contribuenti equivalgono al **68,5%** dei residenti), mentre nelle province di Genova e di **Bologna** si evidenzia il **massimo livello di partecipazione alla contribuzione** (oltre il **76%** tra i residenti risultano contribuenti). La provincia di **Milano** si posiziona al **4° posto** per livello di partecipazione (con quasi il **74%** di contribuenti tra i residenti);
- ✓ la provincia di **Roma** si situa al **4° posto** nella scala del **disagio reddituale**¹³, con la presenza del **29%** di contribuenti a **basso reddito imponibile** (*sino a 10.000 euro*) precedendo tutti gli altri comuni capoluogo del centro-nord considerati. Spicca la particolare posizione di **Bologna** che con il **21,6%** di contribuenti a basso reddito rappresenta la provincia metropolitana a minore presenza di disagio reddituale. Su valori simili si collocano anche Milano e Torino. Al **1° posto** della scala del disagio reddituale si posiziona la provincia di **Reggio Calabria** in cui si rileva un'incidenza di contribuenti a basso reddito **superiore al 47%**. Valori elevati (superiori al 38%) si registrano anche per Napoli e Bari;
- ✓ le province di **Milano** e di **Roma** si collocano invece in testa alla scala di **agio reddituale** (*incidenza dei contribuenti con redditi imponibili pari o superiore ai 70.000 euro*), posizionandosi rispettivamente al **1° posto** (con il **4,3%** di contribuenti ad alto reddito imponibile) ed al **2° posto** (con il **3,7%** di contribuenti ad alto reddito). La provincia di **Reggio Calabria** si colloca invece all'**ultimo posto** della scala di agio reddituale (con appena lo **0,9%** di contribuenti ad alto);
- ✓ nella scala di **asimmetria reddituale estrema**¹⁴ la provincia di **Reggio Calabria** (che conta **solo 2 contribuenti a reddito elevato ogni 100 contribuenti a reddito minimo**) si situa all'ultimo posto nella **scala di asimmetria** che segnala la tendenza alla concentrazione di ricchezza reddituale, mentre all'opposto della scala si posizionano la provincia di **Milano** (con ben 19 contribuenti a reddito elevato ogni 100 contribuenti a reddito minimo), seguita dalla provincia di **Bologna** (con 14 contribuenti a reddito elevato ogni 100 contribuenti a reddito minimo) e dalla provincia di **Roma** con **13** contribuenti a reddito elevato ogni 100 contribuenti a reddito minimo).
- ✓ la provincia di Roma è quella che presenta, insieme a Milano, livelli di concentrazione del reddito maggiori. L'indice di concentrazione di Gini, che misura come un bene divisibile (in questo caso il reddito) viene diviso tra la popolazione, è pari a 0,46 in una scala che varia tra 0 (caso di equidistribuzione) a 1 (caso di concentrazione di tutto il reddito nelle mani di una sola persona).

I redditi ai fini Irpef: la provincia di Roma può contare su redditi medi superiori alla media nazionale

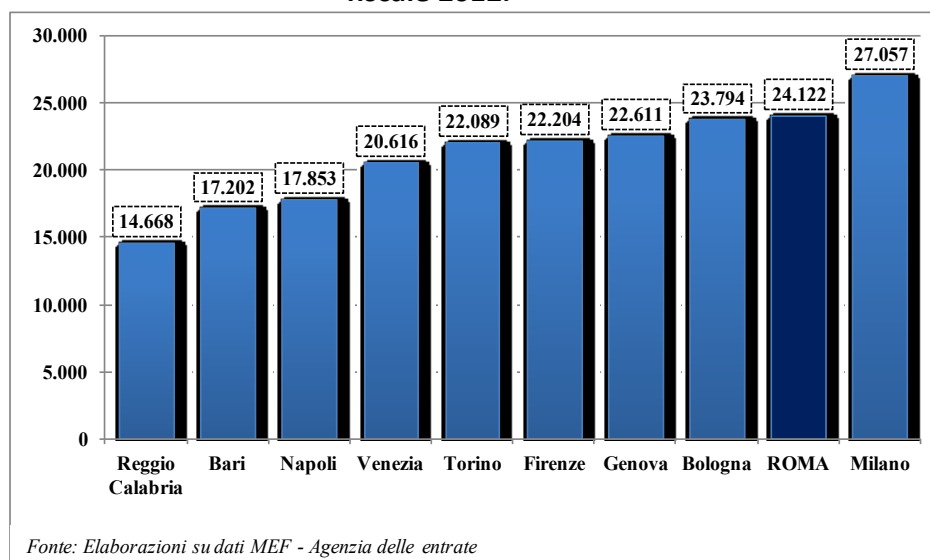
I risultati del confronto tra i due ambiti territoriali dell'area romana hanno evidenziato quanto segue:

¹³ Il *disagio reddituale* ed all'opposto l'*agio reddituale* sono i due indicatori di composizione per classi di reddito utilizzati in questa analisi. Gli indicatori sono stati ricavati valutando l'incidenza dei contribuenti con imponibile sino a 7.500 euro (il cui valore misura il "disagio reddituale" tra la popolazione) e l'incidenza dei contribuenti con imponibile pari o superiore ai 70.000 euro (il cui valore misura "l'agio reddituale" tra la popolazione).

¹⁴ L'indicatore di *asimmetria reddituale estrema* è un ulteriore indicatore ("sperimentale") predisposto per questa analisi che tenta di ricondurre a **sintesi** la valutazione della **variabilità** territoriale della **relazione numerica** che si osserva tra i **contribuenti estremi**: quelli a **reddito elevato** (pari o superiore ai 70.000 euro) e quelli a **reddito minimo** (sino a 10.000 euro). L'indicatore di tipo *proxy* si fonda sull'ipotesi che quanto più lo stock dei redditi elevati risulta inferiore a quello dei redditi minimi tanto più si evidenzia nel sistema territoriale sottostante che li determina la presenza di fattori culturali, sociali ed economici che agiscono in modo asimmetrico nella produzione e distribuzione del reddito, così favorendo fenomeni di concentrazione della ricchezza.

- ✓ i **contribuenti residenti nel comune di Roma** rappresentano il **68%** dei **contribuenti residenti nella provincia** e producono ben il **74% del reddito imponibile provinciale**;
- ✓ i residenti nel **comune di Roma** presentano un **maggior livello di partecipazione fiscale** di quelli residenti nell'insieme dei 120 comuni dell'hinterland: tra i residenti nel capoluogo i contribuenti rappresentano il **71,5%** mentre nell'insieme dei comuni dell'hinterland i contribuenti equivalgono al **63%** dei residenti;
- ✓ tra i contribuenti residenti nel **comune di Roma** il **reddito medio imponibile** risulta pari a **26.215 euro** contro un reddito medio imponibile osservabile nell'ambito dell'**insieme dei 120 comuni dell' hinterland** provinciale che è pari a **29.637 euro**. In ogni caso occorre precisare come nei singoli comuni di hinterland si osservano sia **redditi medi imponibili comunali** di valore superiore a quello di Roma (ad esempio nei comuni di **Grottaferrata** (con 27.674 euro) e **Formello** (con 27.583 euro), sia **redditi medi notevolmente inferiori a quelli di Roma** (ad esempio nei comuni di **Vallepientra** (con 12.040 euro) e **Vivaro Romano** (con 14.317 euro);
- ✓ l'**agio reddituale** dei contribuenti residenti nel **comune di Roma** risulta **superiore a quello dei contribuenti** residenti nell'**insieme dei comuni dell'hinterland** (**4,7%** di incidenza degli alti redditi contro il **3,7%**), così come il livello di **disagio reddituale** dei contribuenti residenti nel **comune di Roma** risulta **inferiore** a quello dei **contribuenti residenti nell'hinterland** (**28,1%** di incidenza di bassi redditi contro il **31,4%**).

Figura 29 - Reddito imponibile medio per contribuente nelle province metropolitane. Esercizio fiscale 2012.



I contribuenti di Roma si posizionano al 2° posto a discreta distanza da quelli della provincia di Milano per il livello medio di reddito imponibile per contribuente.

Figura 30 - Reddito imponibile medio per contribuente (euro) nei 10 comuni della provincia di Roma con imponibile medio più basso. Esercizio fiscale 2012.

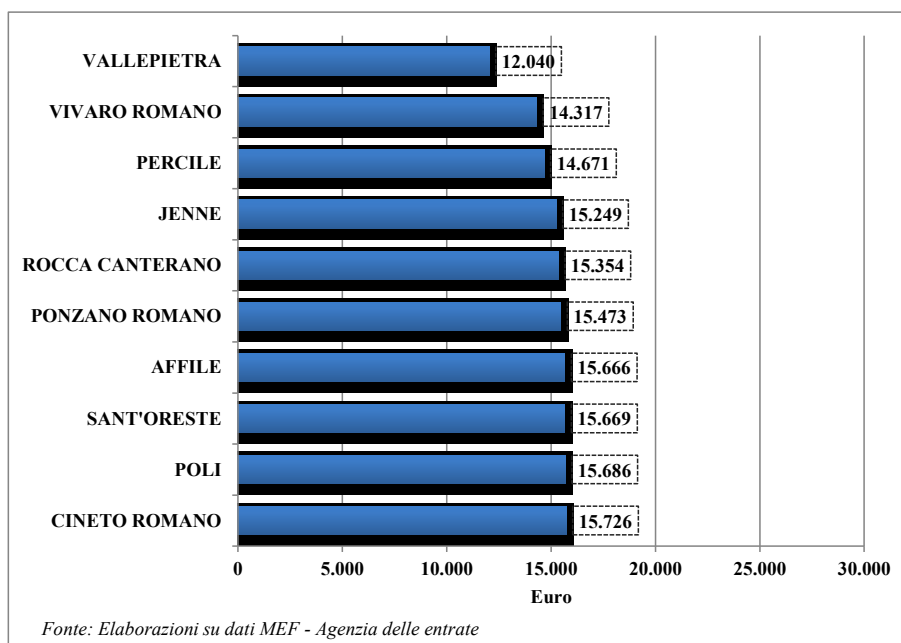
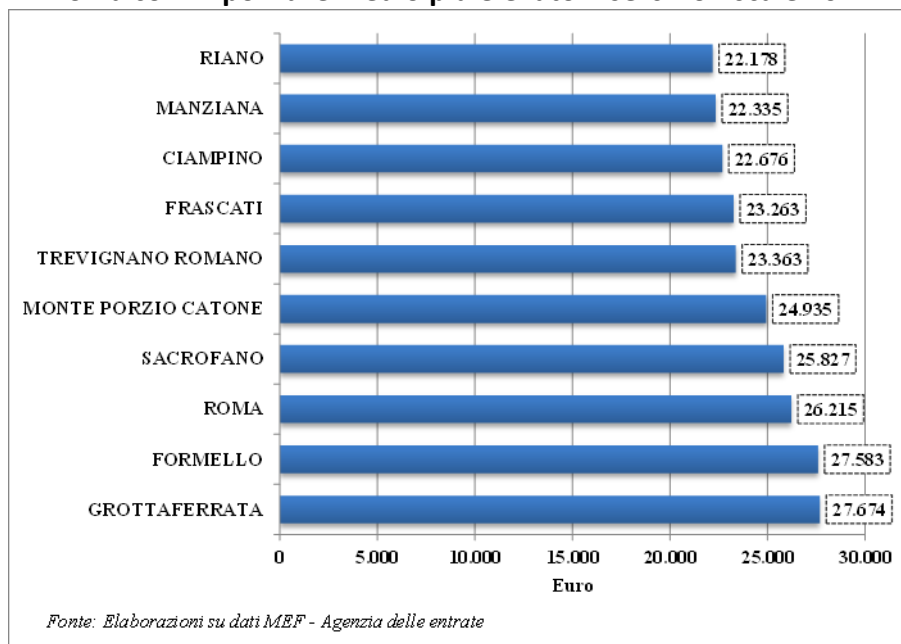


Figura 31 - Reddito imponibile medio per contribuente (euro) nei 10 comuni della provincia di Roma con imponibile medio più elevato. Esercizio fiscale 2012



2.4 LE INFRASTRUTTURE

La dotazione strutturale della provincia di Roma, secondo quanto elaborato **dall'Istituto Tagliacarne è pari a 203 (fatto 100 il valore dell'Italia), in aumento rispetto al 194 registrato nel 2001**. Con questo valore la provincia di Roma si colloca all'ottavo posto in Italia. Andando nel dettaglio delle specifiche infrastrutture si rileva quanto segue:

- ✓ la Provincia di Roma cura la gestione, la manutenzione e la vigilanza di oltre 2300 km di strade; inoltre tramite le sue articolazioni amministrative, verifica la situazione di incidentalità specie su quelle arterie in cui il rischio di incidentalità stradale è più ampio e svolge un ruolo primario nella progettazione delle varie opere stradali.
- ✓ Per quanto concerne invece la rete ferroviaria sul territorio della provincia insistono 605 km di rete ferroviaria e, dato del 2009, vi erano 96 stazioni. L'area romana presenta il più alto numero di stazioni ferroviarie sul suo territorio, precedendo di gran lunga le province di Torino e Milano che contano ambedue 61 stazioni.
- ✓ Sono due i principali porti del territorio romano, Civitavecchia e Fiumicino. Di rilevanza prettamente turistica sono il nuovo porto di Ostia, il porto di Anzio e quello di Nettuno.
- ✓ Ottima è la dotazione di aeroporti nell'area romana. Tre dei 47 aeroporti nazionali sono situati nell'area provinciale romana per un totale di 6 delle 61 piste italiane. L'aeroporto principale è quello di Roma Fiumicino. Nel 2011 sono transitati 38 milioni di passeggeri, imponendosi così come primo scalo nazionale e settimo aeroporto di Europa. Segue poi lo scalo di Ciampino con circa 4 milioni di passeggeri l'anno che ha subito negli anni un notevole sviluppo grazie all'apporto delle compagnie low-cost. Vi è infine l'aeroporto dell'Urbe che attualmente svolge fondamentalmente funzioni di aeroclub. Infine vi è nel territorio del comune di Pomezia l'aeroporto militare di Pratica di Mare che rappresenta con i suoi 830 ettari è l'aeroporto militare più grande di Europa.

2.4.1 Scuola e istruzione

Nella provincia di Roma sono presenti **2.888 scuole (a.s. 2011/2012)** di ogni ordine e forma di gestione, per un totale di **27.253 classi** che hanno accolto **601.101 alunni**. Nell'area romana sono concentrate il 5 % delle scuole nazionali e ben il 6,5% degli alunni, con un conseguente maggiore affollamento delle classi rispetto alla media nazionale che riguarda soprattutto la scuola primaria.

L'offerta formativa della provincia di Roma è **molto ampia dal punto di vista della varietà di indirizzi scolastici**. Tuttavia, l'offerta formativa allestita nell'area romana è distribuita diversamente all'interno del territorio provinciale e una delle discriminanti più evidenti è quella intercorrente fra i Distretti scolastici presenti nel comune di Roma e i Distretti scolastici dell'hinterland.

Emerge come **un terzo delle classi si concentri nei comuni dell'Hinterland così come un terzo della popolazione studentesca**.

Per quanto riguarda l'analisi dell'offerta scolastica emerge come ci sia una **preferenza generale degli studenti dell'area romana** oltre che per il **liceo classico e scientifico** (complessivamente il 46,5% degli studenti), anche per **gli istituti tecnici** (27,5%).

Tale preferenza generale, però, è delineata diversamente tra comune di Roma e Hinterland. Infatti **nel comune di Roma** la percentuale di iscritti al liceo classico sul totale iscritti è del 21,3%, mentre, seppure elevata, la percentuale di iscritti alla stessa scuola sul totale degli iscritti è nell'hinterland del 13,1

Tra **gli studenti dell'hinterland** si delinea invece una maggiore propensione verso **gli indirizzi scolastici** che forniscono una **preparazione specifica per un inserimento agevolato nel mercato del lavoro**, come ad esempio gli istituti tecnici (raccolgono nell'hinterland il 33% degli studenti complessivamente iscritti alle scuole secondarie superiori) e gli istituti professionali (20% degli iscritti).

Questa diversa propensione per i vari indirizzi di studio può spiegarsi sia nei termini di diverse vocazioni economiche che caratterizzano porzioni territoriali dell'hinterland, sia nei termini di una distribuzione di offerta formativa fra il comune di Roma ed il resto del territorio provinciale profondamente differenziata negli indirizzi scolastici.

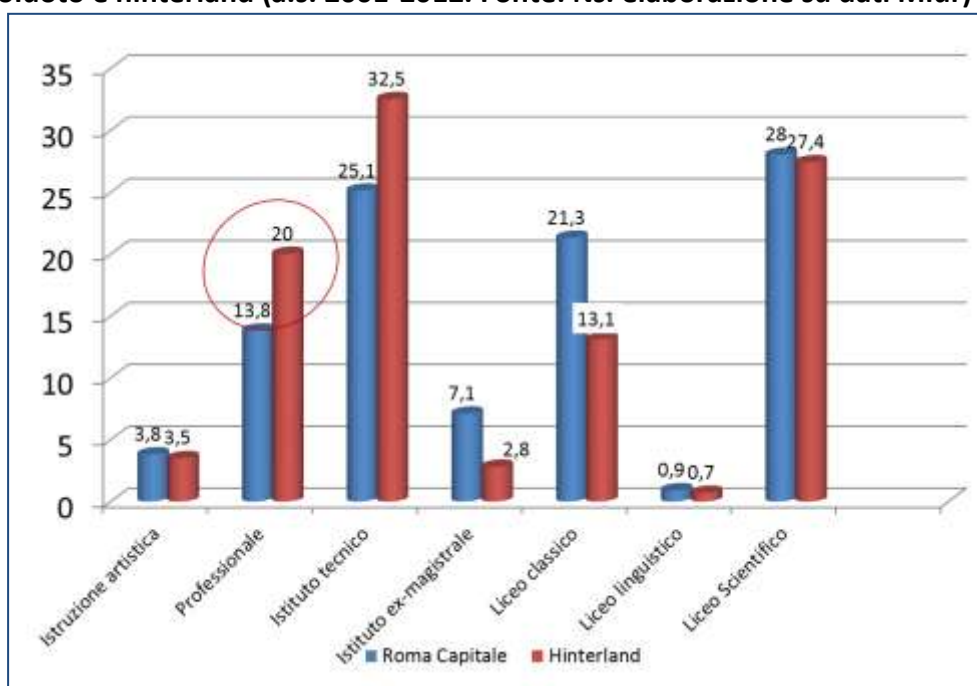
Tabella 4 - Scuole e alunni nell'area metropolitana romana (a.s. 2011-2012 Fonte: Ns. elaborazione su dati Miur)

Ambito territoriale	Scuole	Classi	Alunni
Area metropolitana Romana	2.888	27.253	601.101
Italia	56.631	412.383	8.961.159
% Roma/Itala	5,1	6,6	6,7

Tabella 5 - Numero medio alunni per classe nell'area romana, per grado di istruzione (a.s. 2011-2012. Fonte Ns. elaborazione su dati Miur)

n. medio alunni per classe		
Ordine scuola	Area metropolitana di Roma	Italia
Infanzia	23,6	23,2
Primaria	20,52	19,2
Secondaria I grado	24,2	26,7
Secondaria II grado	21,64	21,1

Figura 32 – Gli indirizzi scolastici scelti dagli studenti nell'area romana. Confronto capoluoto e hinterland (a.s. 2001-2012. Fonte: Ns. elaborazione su dati Miur)



2.5 I DISTRETTI SOCIO-SANITARI DEL TERRITORIO DELLA PROVINCIA DI ROMA: UNA LETTURA DI INSIEME.

Nelle pagine seguenti si può leggere una breve descrizione dei Distretti socio-sanitari secondo le principali variabili demografiche, economiche e sociali. Per una completezza di informazione si rimanda alla lettura delle schede relative ai Distretti e ai singoli comuni come, attraverso una lettura puntuale di alcuni indicatori è possibile ricavare un profilo socio-economico del territorio dei singoli comuni e dei relativi Distretti socio-sanitari. Per una maggiore comprensione degli indicatori in esse indicati si consiglia di prendere visione della descrizione dei metadati riportati prima delle schede.

2.5.1 *Gli indicatori demografici*

Sono 17 i Distretti Socio Sanitari in cui sono organizzati i 121 comuni della provincia Roma. La composizione interna dei Distretti varia sia per la numerosità dei comuni che afferiscono a ciascuna di esse, sia per il numero di abitati complessivi che in ciascuna sono comprese. Il Distretto che annovera il maggior numero di comuni è il G4 che conta ben 22 comuni dell'area sublacense, in gran parte comuni montuosi e fra i più distanti da Roma, mentre il distretto D1 include un solo comune. I Distretti F2, H3, H4, H5 e H6 annoverano solo due comuni, fra i più rilevanti demograficamente di tutto il territorio provinciale.

Tabella 6 - I Distretti socio-sanitari un profilo generale

DISTRETTI	NUMERO DI COMUNI	POPOLAZIONE PRIMO GENNAIO 2014	SUPERFICIE IN KMQ COMPLESSIVA
D1	1	74.855	213,9
F1	4	80.916	383,1
F2	2	77.193	160,3
F3	5	55.908	318,2
F4	17	109.578	458,4
G1	3	94.307	85,1
G2	9	125.759	314,3
G3	17	84.194	369,8
G4	22	34.164	457,4
G5	10	82.669	233,7
G6	9	76.597	358
H1	7	95.451	146,1
H2	6	109.019	125,6
H3	2	79.506	37,2
H4	2	109.492	158,7
H5	2	66.368	140,8
H6	2	101.946	115,3

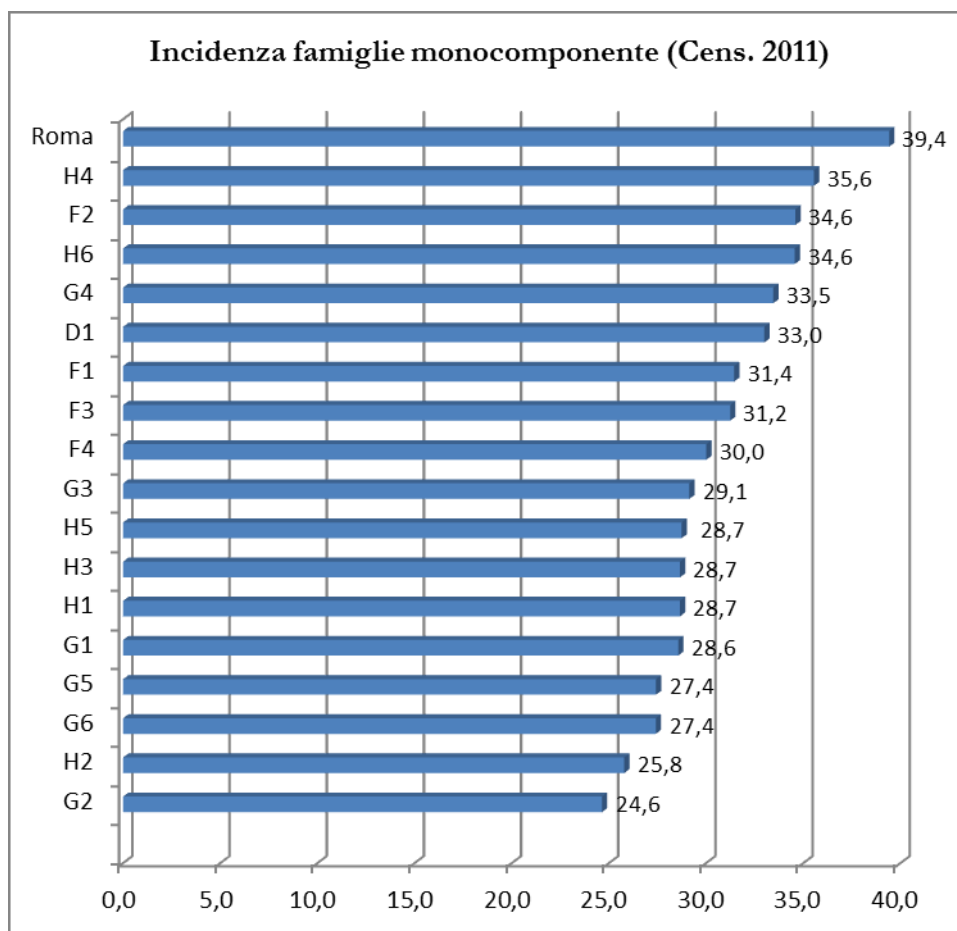
Il distretto più popoloso è il distretto G2, con 125.759 abitanti e che serve 9 grandi comuni tra cui Guidonia Montecelio. Quello meno popoloso è il distretto G4 in cui risiedono 34.164 abitanti, benché quello con il maggior numero di comuni.

La più alta densità demografica viene registrata nel distretto H3 che, comprende i soli comuni di Marino e Ciampino. In questo distretto la densità è di 2.137,8 residenti per kmq, un valore che si avvicina molto ai livelli del comune capitale (2.224,2 ab/kmq), segnalando l'estremo livello di urbanizzazione di questo distretto specie con riferimento al comune di Ciampino. Il dato assume ancor più valore se lo confrontiamo con quello dell'hinterland inteso nel suo complesso in cui la densità media di atesta sui 57,7 abitanti per chilometro quadro.

Per quanto concerne la presenza di cittadini stranieri, il distretto che ospita il numero maggiore di stranieri residenti è il distretto F4, cui afferiscono 17 comuni, tra cui Campagnano di Roma, Fiano Romano e Sacrofano, con 15.931 residenti stranieri al 1 gennaio 2014, pari al 14,5% della popolazione residente nel distretto. Solo 2.473 residenti stranieri invece per il distretto G4 (che conta 22 comuni). pari al 7,2% della popolazione totale, mentre il distretto con la minore incidenza di stranieri è l'F1 (Allumiere, Tolfa, Civitavecchia e Santa Marinella) con il 6,3% di stranieri sulla popolazione residente. Si ricorda che la percentuale di stranieri nell'hinterland nel suo complesso è pari al 10% della popolazione totale.

In riferimento alla struttura di età della popolazione Distretti "meno vecchi", nei quali l'indice di vecchiaia (anziani di sessantacinque anni e oltre per 100 bambini e ragazzi sino a 14 anni) è rispettivamente 86 e 87 - sono quelli litoranei di Fiumicino Distretto D1 e di Pomezia e Ardea Distretto H4. Mentre la presenza relativa di anziani di 85 anni e oltre tra gli anziani di sessantacinque anni e oltre, che segnala il tasso di "vecchiaia" estrema tra la popolazione anziana e conseguentemente anche il grado di rischio e di marginalizzazione sociale ed economica tra gli anziani residenti, si riscontra nel Distretto G4, con un indice di criticità sociale del 17, 3%. Tra questi cittadini, l'incidenza dei vedovi anziani sulla popolazione anziana è ben del 35.

Graf. 1 - Incidenza delle famiglie unipersonali sul totale delle famiglie, per distretto socio-sanitario. Censimento 2011.

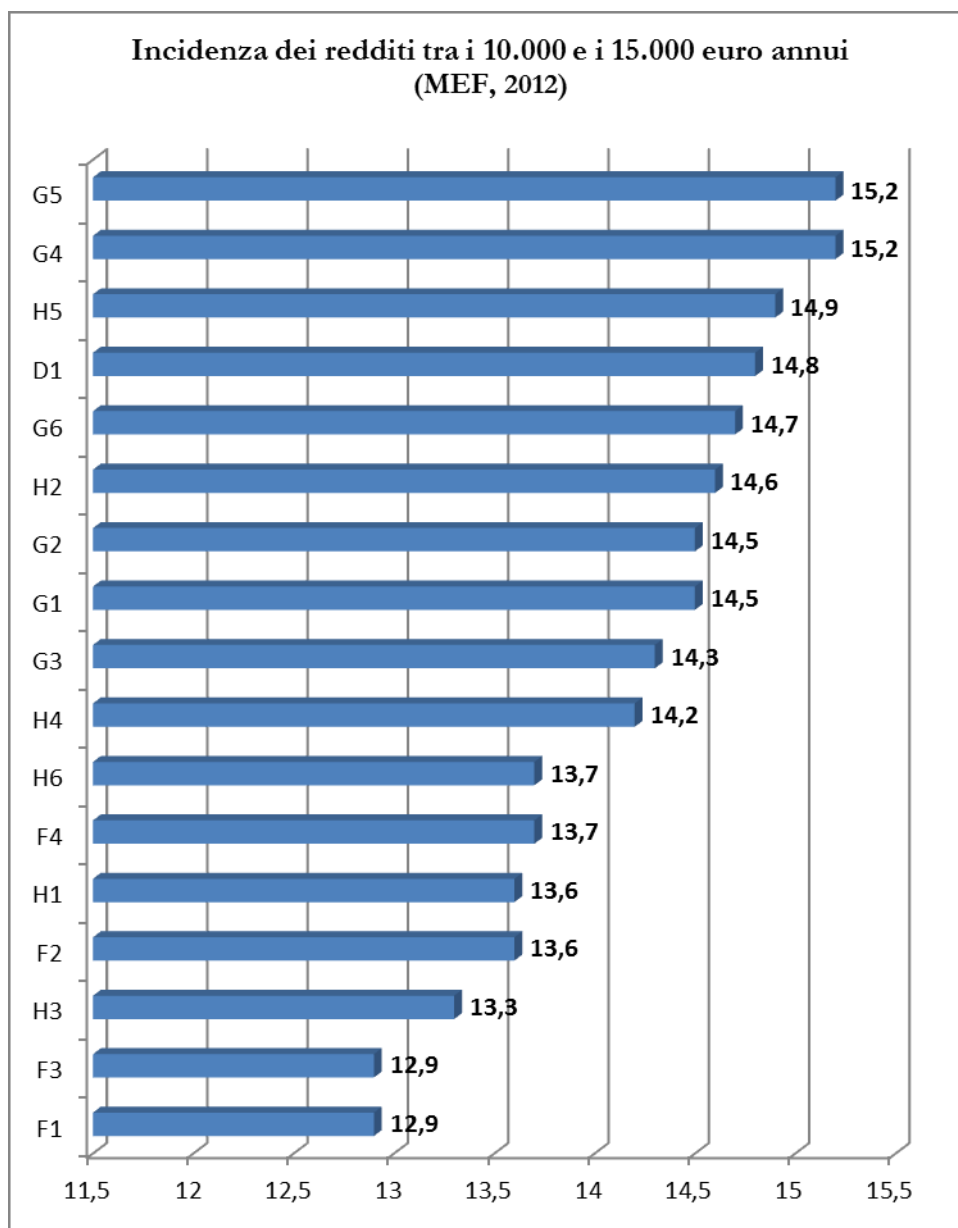


Come si può notare dal grafico precedente, è molto alta nei Distretti litoranei – H6 che comprende Anzio e Nettuno, H4 che comprende Pomezia e Ardea, F2 che comprende Cerveteri e Ladispoli e D1 che comprende Fiumicino –, l'incidenza di famiglie unipersonali, tra il 34,6 e il 35,6 per cento di "single" sul totale delle famiglie del distretto, con valori prossimi a quelli del comune capoluogo (39,4%). In valori assoluti, le famiglie monocomponente sono nell'hinterland 166.116 su 553.496 famiglie, di cui 46.379 – circa il 28% - in questi quattro Distretti.

2.5.2 Gli indicatori economici

Per quanto concerne la ricchezza personale, l'incidenza dei redditi medio bassi, compresi tra i 10.000 ed i 15.000 euro annui (valori al 31.12.2012, registrati al Ministero dell'Economia e delle Finanze), è maggiore nel distretto G5, che comprende 10 comuni, tra cui Cave, Palestrina e Zagarolo, con un valore del 15,2% di redditi "medio-bassi" sul totale dei redditi dichiarati. Nell'hinterland l'incidenza si attesta sul 14,1%, mentre a Roma all'11,4%. I dettagli per distretto nel grafico seguente.

Graf. 2 - Incidenza dei redditi tra i 10.000 e i 15.000 euro annui nei 17 Distretti socio sanitari dell'hinterland romano. Anno 2012. Fonte: MEF.

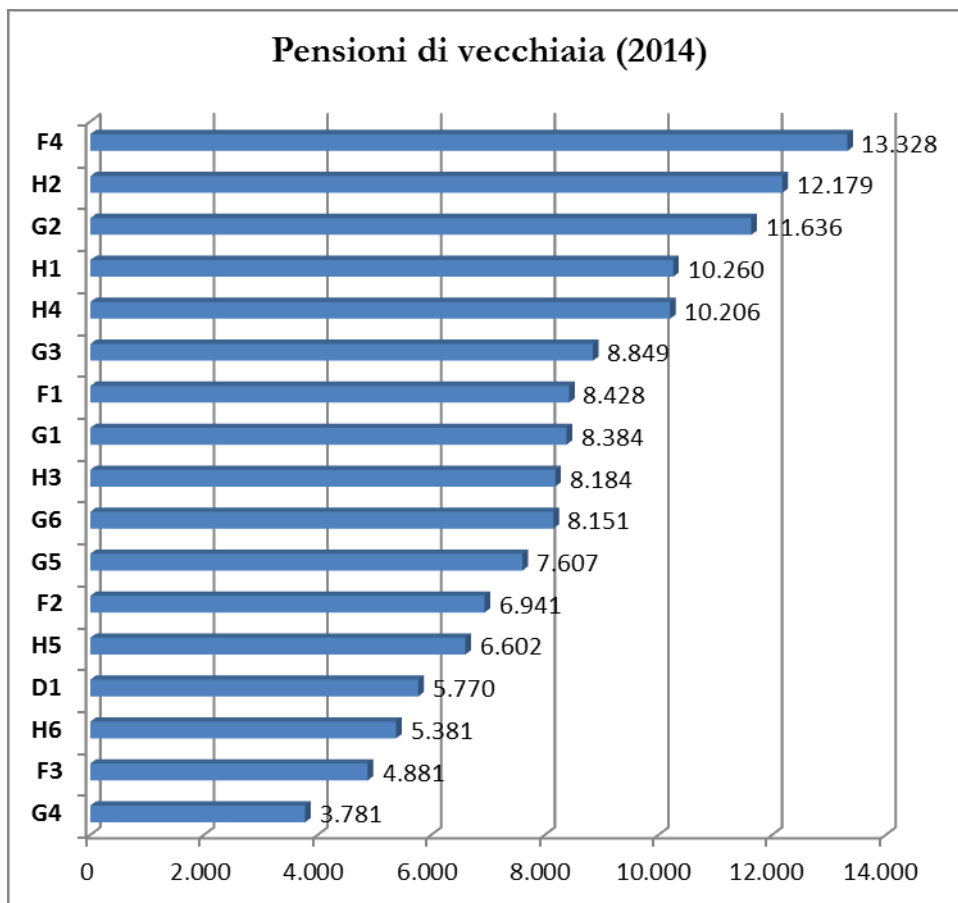


L'incidenza, invece, dei redditi più alti (oltre i 75.000 euro annui) si registra nel Distretto dei "Castelli romani", il distretto H1, che comprende i 7 comuni di Colonna, Frascati, Grottaferrata, Montecompatri, Monte Porzio Catone, Rocca di Papa e Rocca Priora, e tale incidenza dei redditi più alti si attesta sul 3,2%, contro lo 0,6% del distretto G4, che pure comprende ben 22 comuni, e rispetto all'1,6% dell'insieme dei comuni di hinterland.

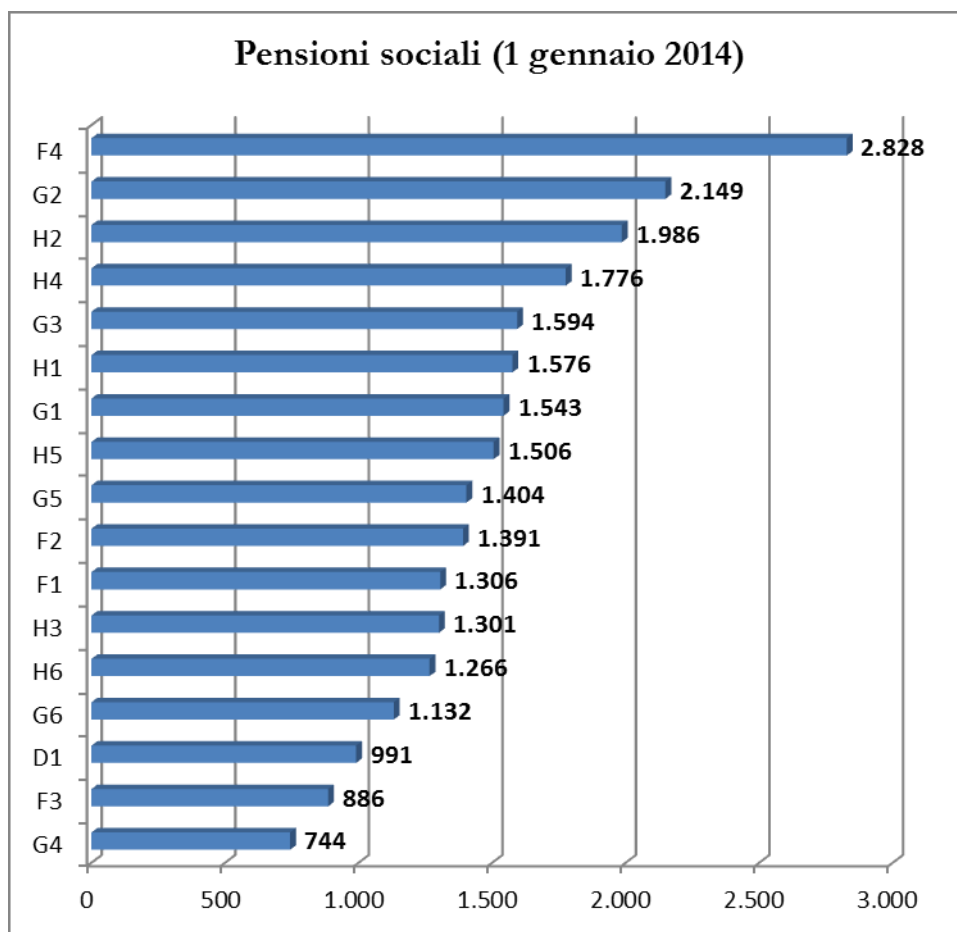
Sul totale delle 332.063 pensioni erogate dall'Inps nell'hinterland al 1 gennaio 2014, 140.568 sono pensioni di vecchiaia, il 42,3%. Il distretto dove sono erogate il maggior numero di pensioni è il Distretto F4, con 30.982 trattamenti erogati, di cui 13.328 di pensioni di vecchiaia; nel distretto l'indice di vecchiaia è di 96 anziani ogni 100 minori tra 0 e 14 anni, mentre il Distretto più "vecchio" è il distretto G4, con un indice di vecchiaia di 182, dove su 10.709 pensioni, 3.781 sono di vecchiaia; il distretto G4 comprende però solo 34.164 residenti al 1 gennaio 2014. Un dato importante è dato dal numero di pensioni sociali erogate, in quanto

segnalano situazioni di potenziale disagio sociale. Il Distretto F4 si conferma anche come quello in cui sono erogati il maggior numero di assegni sociali pari a 2.828.

Graf. 3 - Numero pensioni di vecchiaia erogate dall'Inps nell'anno 2014 per distretto socio-sanitario.

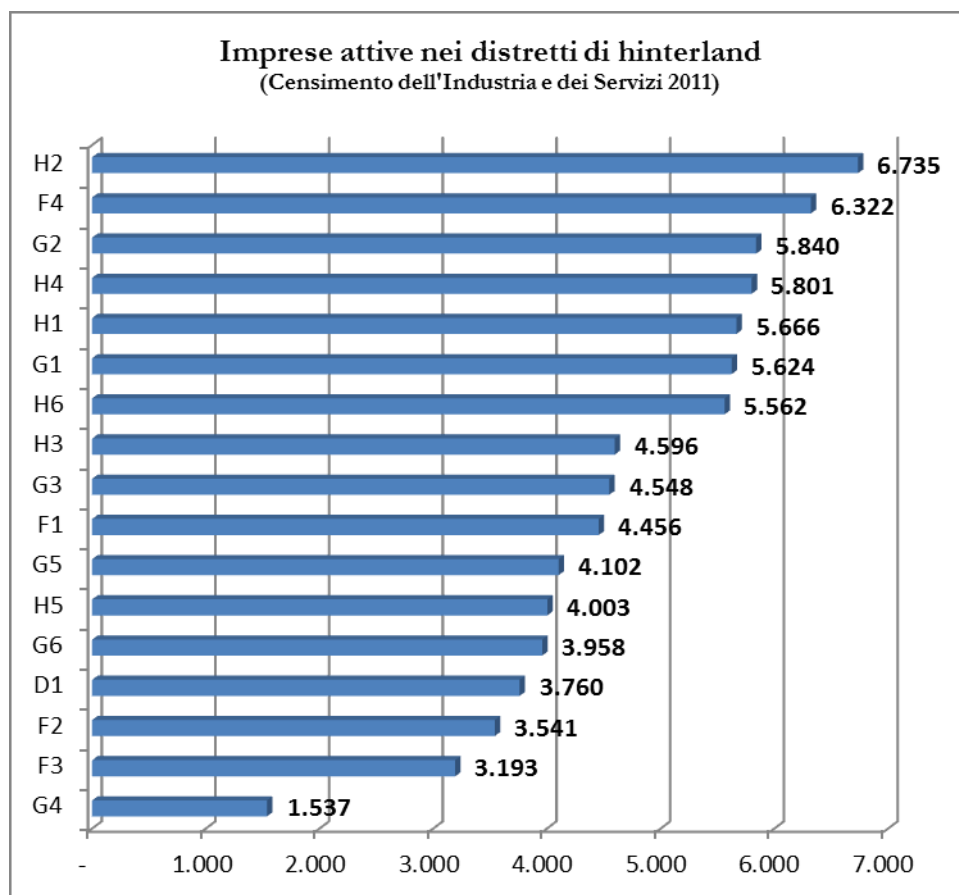


Graf. 4 - Numero pensioni sociali erogate dall'Inps nell'anno 2014 per distretto socio-sanitario.



Le 79.244 imprese attive presenti nei 120 comuni di hinterland nel 2011, sono nei diciassette Distretti come descritto dal grafico sottostante.

Graf. 5 – Numero di imprese attive nel territorio dei Distretti socio-sanitari di hinterland.

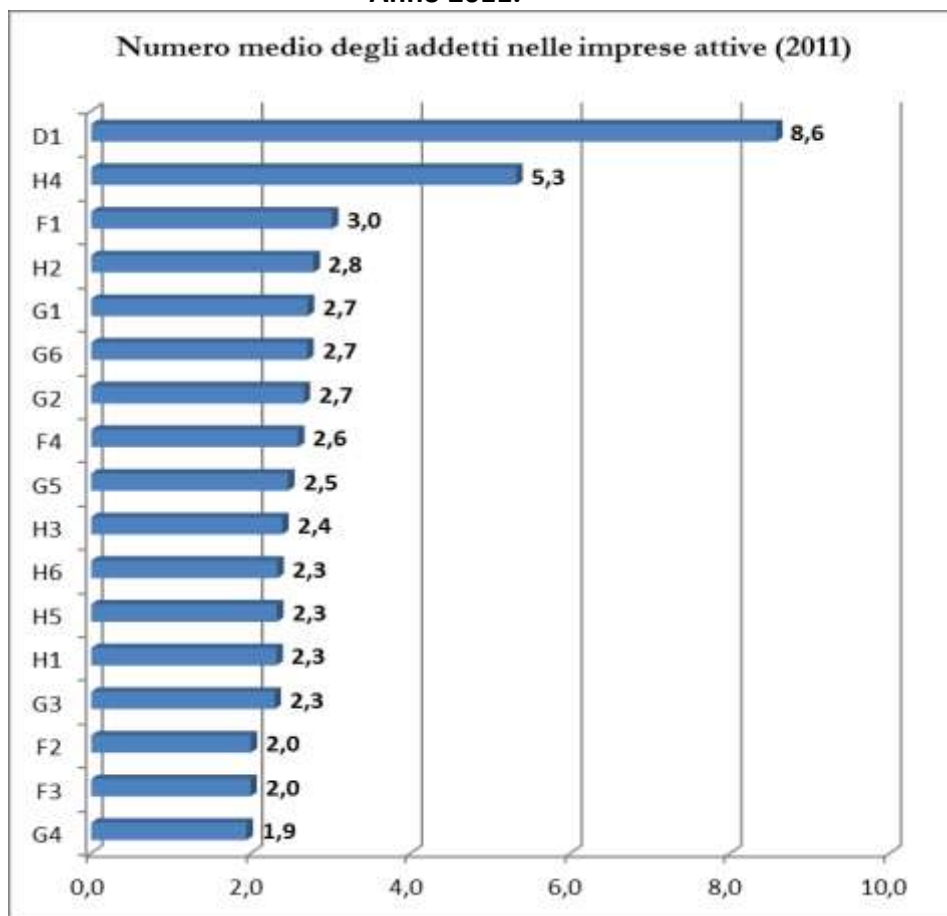


(Fonte: Censimento dell'Industria e dei Servizi ISTAT, Anno 2011).

Nel complesso degli abitanti dell'hinterland (1.457.922 residenti al 1 gennaio 2014), si trovano quindi una media di 5,7 imprese attive ogni 100 abitanti. La quota maggiore spetta al distretto dei Castelli Romani (H2) che registra ben 6.735 imprese attive (circa 6,2 imprese attive ogni 100 abitanti), seguito dal distretto F4 – dove sono tra i 17 comuni Fiano Romano, Riano, Sacrofano, che registra 6.322 imprese attive censite dall'Istat nel 2011, con un tasso di 5,8 imprese per abitante. Il numero di imprese minore lo troviamo invece nel distretto di seconda cintura G4 - che comprende tra gli altri Affile, Riofreddo, Vallepietra - con solo 1.537 imprese in ben 22 comuni, con un'incidenza di 4,5 imprese per abitante.

Il numero medio degli addetti nelle imprese attive, sempre nel 2011, oscilla tra 1,9 addetti per impresa nel distretto G4 e 8,6 addetti per impresa nel distretto D1 di Fiumicino. Questo indicatore valuta la dimensione media delle imprese operanti nel comune. Più è piccola la dimensione delle imprese più il sistema economico tende ad essere fragile. Di seguito, il grafico con i tassi per distretto, dove possiamo notare che, tranne per i Distretti D1 e H4, le imprese occupano circa tra 2 e 3 addetti ciascuna. Dal grafico emerge chiaramente come i Distretti in cui vi è la presenza di imprese con il più alto numero medio di addetti sono quelli in cui sono presenti le aree industriali tradizionali del nostro territorio e i grandi poli infrastrutturali aeroportuali (Civitavecchia, Fiumicino, ma anche le aree del distretto di Colleferro, di Pomezia e dei Castelli Romani).

**Graf. 6 – Numero medio degli addetti nelle imprese attive per distretto socio sanitario.
Anno 2011.**

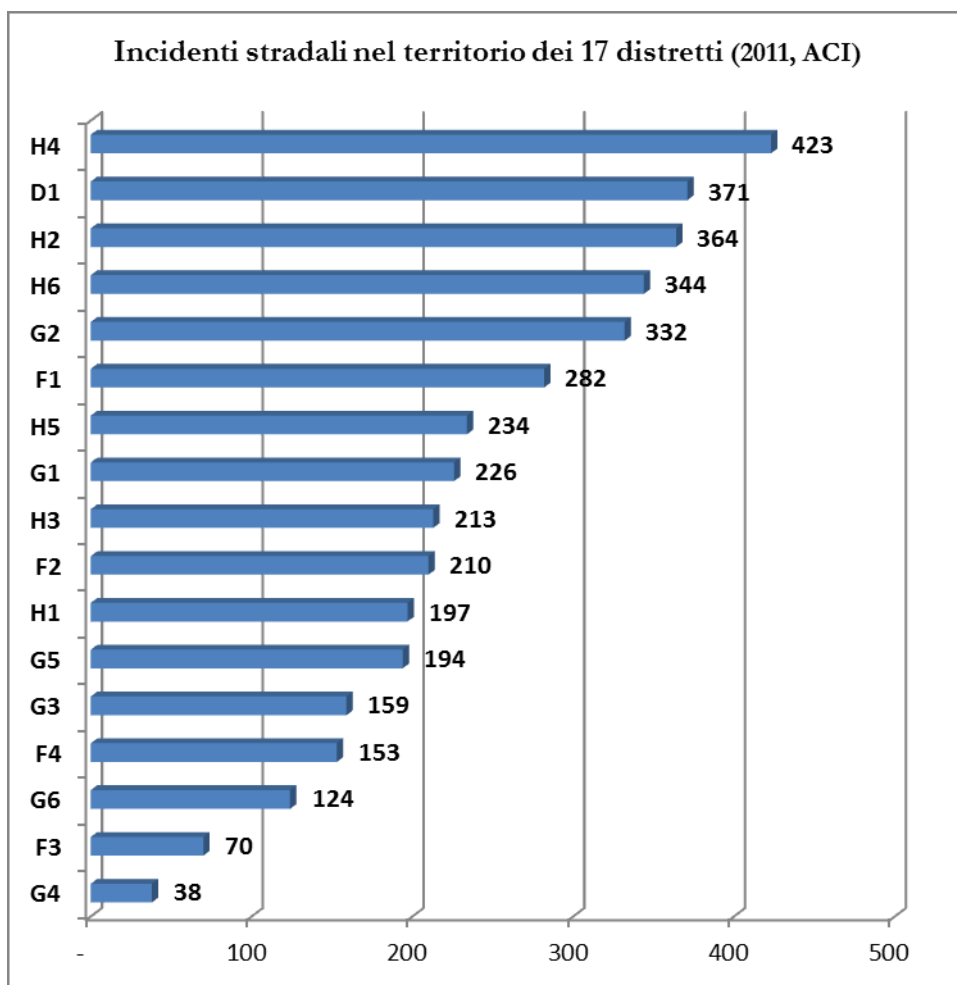


2.5.3 La sicurezza del territorio

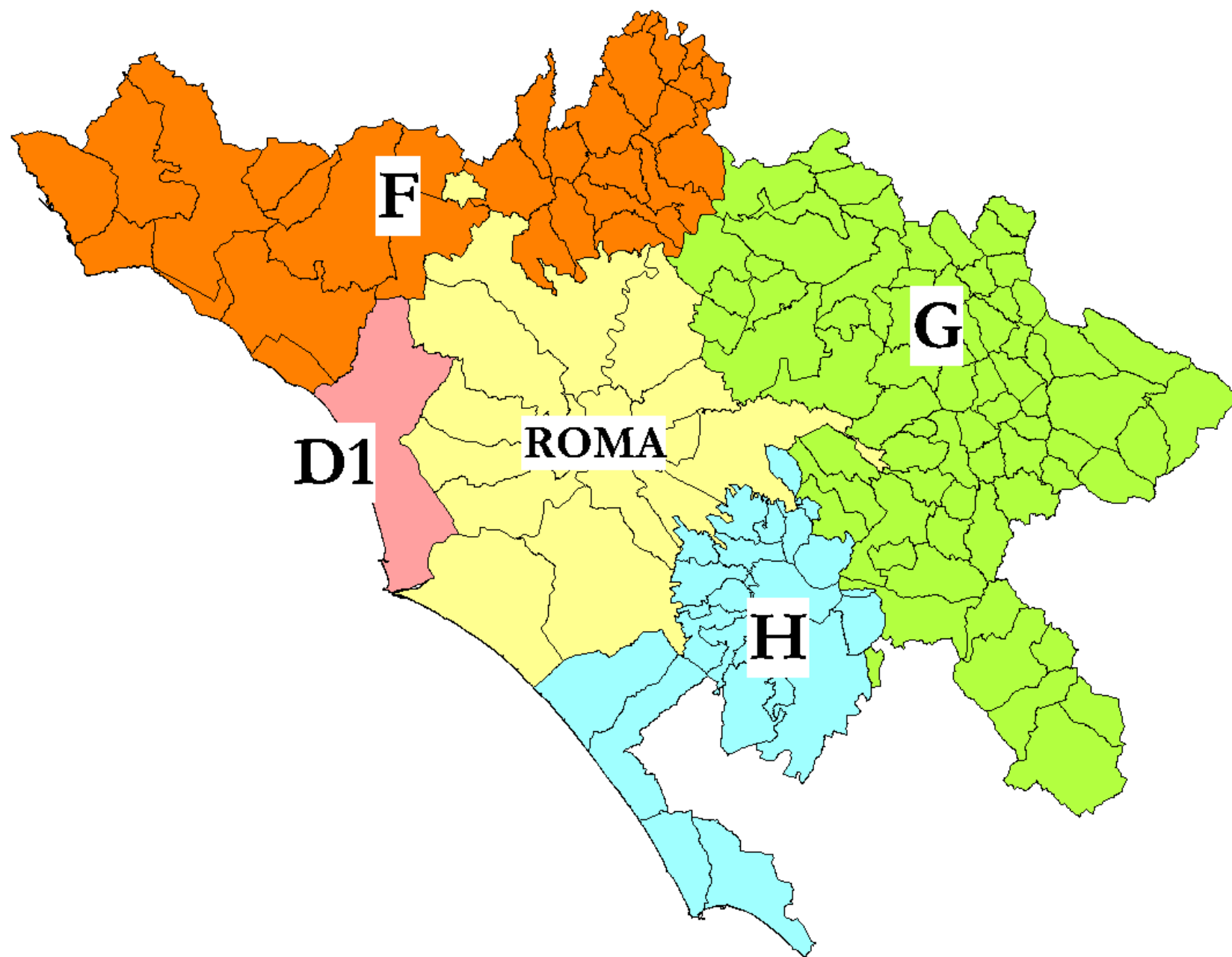
Sul versante della sicurezza nei territori dei 17 Distretti di hinterland, si rilevano nel complesso 58.645 reati commessi nel 2011. L'indice di delittuosità inteso come il numero di delitti compiuti nell'anno ogni 10.000 abitanti assume il suo valore minimo, 209,5, nel distretto G4. Lo stesso indice assume il valore preoccupante di 1.066,6 nel distretto D1 di Fiumicino, ben più alto anche di quello registrato nel comune di Roma, che si attesta su 756,1 reati compiuti ogni 10.000 abitanti.

Per quanto riguarda, invece, gli incidenti stradali, rilevati dall'ACI nel 2011, nei 17 Distretti assommano a 3.934, di cui il 10,8 per cento nel solo distretto litoraneo H4, che comprende Pomezia e Ardea. Di seguito, il grafico 5 con i dettagli per distretto.

Graf. 7 – Numero di incidenti stradali nel territorio dei 17 Distretti socio-sanitari di hinterland romano. Fonte: ACI. Anno: 2011.



Nel campo della sicurezza sul lavoro, degli 8.531 infortuni sul lavoro denunciati all'Inail nel 2013, nel territorio dell'hinterland romano, ben 1.595 si sono verificati nel solo distretto D1 di Fiumicino e 907 nel distretto litoraneo H4 di Pomezia e Ardea.



3. Alcuni Indicatori delle Aree Distrettuali analizzate

ASL RM-D1

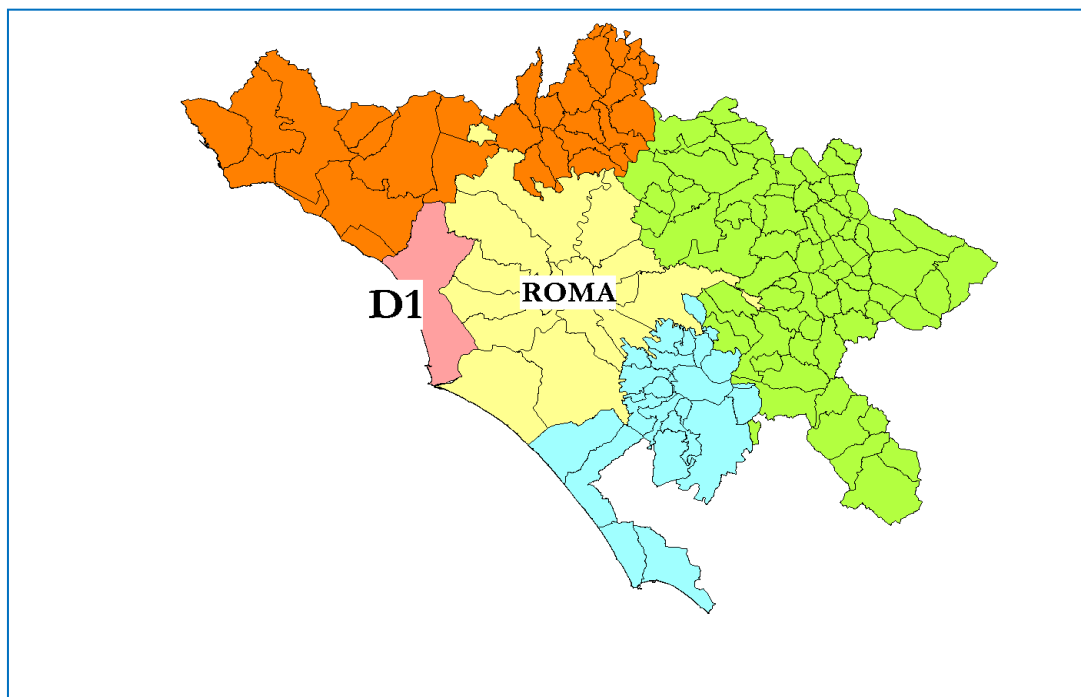
Sede legale: Roma

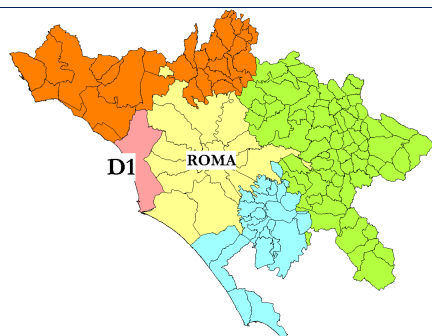
Sedi locali ASL

D1: Fiumicino

Elenco Comuni afferenti (n=1)

Fiumicino





ASL RM-D1

ZONIZZAZIONI GEOGRAFICHE E AMMINISTRATIVE

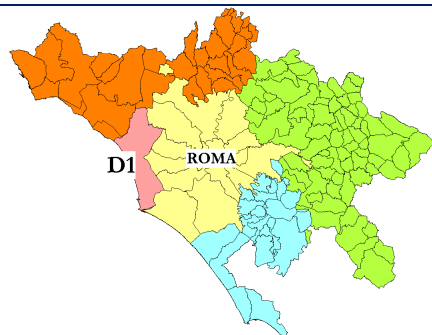
Superficie (kmq)	213,9	Distanza da Roma (Km)	30
Comunità Montana		Centri per l'impiego	Roma Ostia
Unione di Comuni		Numero di Comuni afferenti	1
Distretti scolastici	22	Sede legale ASL	Roma

Indicatori Demografici

Popolazione al Censimento 2011	67.626	Tasso di incremento naturale, % (2013)	4,01
Residenti al 01.01.2014 (Istat-bilancio demografico)	74.855	Tasso di incremento migratorio, % (2013)	67,4
Tasso di sviluppo della popolazione 2011-2013, %	10,7	Tasso di incremento popolazione residente, % (2001-2011)	33,8
Tasso di variazione popolazione residente, % (2013)	7,41	Densità demografica (Res./Kmq) al 01.01.2014	350,0

Stranieri residenti

Incidenza residenti stranieri su popolazione residente (01.01.2014)	11,2	Stranieri anziani residenti al 1 gennaio 2014 (Classe d'età 66 anni e più)	134
Stranieri minori residenti al 1 gennaio 2014 (Classe d'età 0-17 anni)	1.625	Stranieri residenti al 1 gennaio 2014	8.368



ASL RM-D1

FAMIGLIE E CONDIZIONI ABITATIVE

Numero di famiglie in abitazione (2011)	27.663	Incidenza vedovi (M+F) anziani su popolazione anziana (01.01.14)	27,8
Numero di famiglie in altro tipo di alloggio (2011)	131	Famiglie con un solo componente (2011)	9.177
Numero medio di componenti per famiglia (2013)	2,20	Incidenza famiglie unipersonali (2011)	33,0
Indice di vecchiaia (01.01.2014)	86	Famiglie con 6 e oltre componenti (2011)	554
Indice di criticità sociale (01.01.2014)	10,9	Incidenza famiglie con 6 e oltre componenti (2011)	2,0
Incidenza Vedovi (M+F) su popolazione residente (01.01.2014)	5,1	mq. per occupante in abitazioni occupate da persone residenti (2011)	35,6

INDICATORI ECONOMICI

Incidenza redditi da 10.000 a 15.000 euro (2012)	14,8	Numero di pensioni/assegni sociali (01.01.2014)	991
Incidenza redditi oltre 75.000 euro (2012)	1,7	Numero di pensioni Inps di invalidità civile (01.01.2014)	2.926
Numero di pensioni Inps di vecchiaia (01.01.2014)	5.770	Numero di pensioni Inps in complesso (01.01.2014)	12.793
Numero di pensioni Inps di invalidità (01.01.2014)	792	Numero di Imprese attive (2011)	3.760
Numero di pensioni Inps per i superstiti (01.01.2014)	2.314	Numero medio di addetti nelle imprese attive (2011)	8,6

SICUREZZA

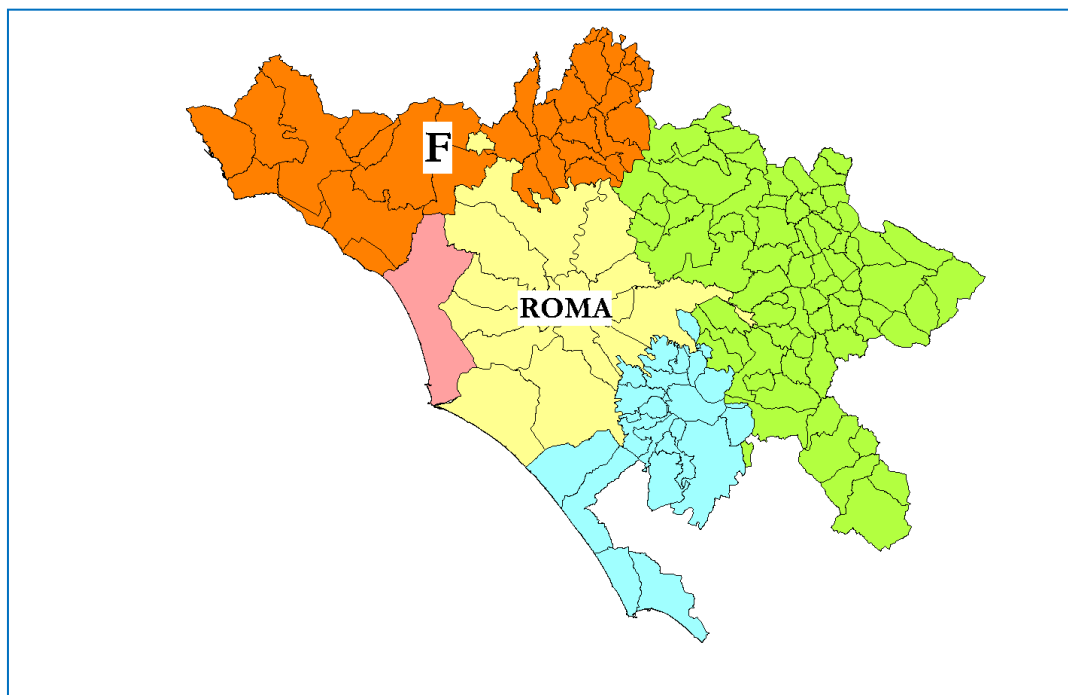
N. incidenti stradali (2011)	371	Indice di delittuosità (2011)	1.066,6
N. delitti (2011)	7.215	Numero di Infortuni sul lavoro denunciati all'Inail (2013)	1.595

ASL RM-F

Sede legale: Civitavecchia

Sedi locali ASL

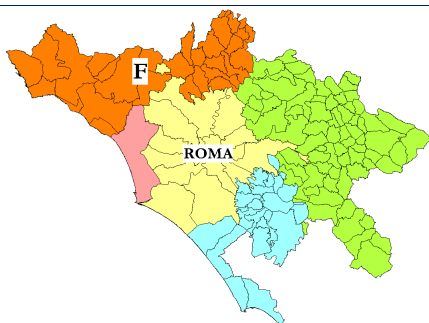
F1: Allumiere, Civitavecchia, Santa Marinella, S.Marinella (sede di Santa Severa) e Tolfa	F2: Cerveteri e Ladispoli
F3: Bracciano e Anguillara Sabazia	F4: Capena, Campagnano di Roma, Fiano Romano, Rignano Flaminio e Sacrofano



Elenco Comuni afferenti (n=28)

Allumiere	Anguillara Sabazia	Bracciano	Campagnano di Roma
Canale Monterano	Capena	Castelnuovo di Porto	Cerveteri
Civitavecchia	Civitella San Paolo	Fiano Romano	Filacciano
Formello	Ladispoli	Magliano Romano	Manziana
Mazzano Romano	Morlupo	Nazzano	Ponzano Romano
Riano	Rignano Flaminio	Sacrofano	Santa Marinella
Sant'Oreste	Tolfa	Torrita Tiberina	Trevignano Romano





ASL RM-F

ZONIZZAZIONI GEOGRAFICHE E AMMINISTRATIVE

Superficie (kmq)	131.999,2	Distanza da Roma (Km)	Min. 27 - Max 74
Comunità Montana	III - "Monti Tolfà"	Centri per l'impiego	Bracciano, Cerveteri, Civitavecchia, Monterotondo, Morlupo
Unione di Comuni	"Valle del Tevere Soratte"	Numero di Comuni afferenti	28
Distretti scolastici	29; 30; 31	Sede legale ASL	Civitavecchia

INDICATORI DEMOGRAFICI

Popolazione al Censimento 2011	305.546	Tasso di incremento naturale, % (2013)	0,75
Residenti al 01.01.2014 (Istat-bilancio demografico)	323.595	Tasso di incremento migratorio, % (2013)	38,2
Tasso di sviluppo della popolazione 2011-2013, %	5,9	Tasso di incremento popolazione residente, % (2001-2011)	22,5
Tasso di variazione popolazione residente, % (2013)	3,97	Densità demografica (Res./Kmq) al 01.01.2014	2,5

STRANIERI RESIDENTI

Incidenza residenti stranieri su popolazione residente (01.01.2014)	11,6	Stranieri anziani residenti al 1 gennaio 2014 (Classe d'età 66 anni e più)	789
---	------	--	-----

Stranieri minori residenti al 1 gennaio 2014 (Classe d'età 0-17 anni)	7.714	Stranieri residenti al 1 gennaio 2014	37.509
---	-------	---------------------------------------	--------

FAMIGLIE E CONDIZIONI ABITATIVE

Numero di famiglie in abitazione (2011)	125.617	Incidenza vedovi (M+F) anziani su popolazione anziana (01.01.14)	28,9
Numero di famiglie in altro tipo di alloggio (2011)	315	Famiglie con un solo componente (2011)	39.827
Numero medio di componenti per famiglia (2013)	2,28	Incidenza famiglie unipersonali (2011)	31,7
Indice di vecchiaia (01.01.2014)	113	Famiglie con 6 e oltre componenti (2011)	1.875
Indice di criticità sociale (01.01.2014)	12,4	Incidenza famiglie con 6 e oltre componenti (2011)	1,5
Incidenza Vedovi (M+F) su popolazione residente (01.01. 2014)	6,1	mq. per occupante in abitazioni occupate da persone residenti (2011)	39,0

Indicatori economici

Incidenza redditi da 10.000 a 15.000 euro (2012)	13,3	Numero di pensioni/assegni sociali (01.01.2014)	6.411
Incidenza redditi oltre 75.000 euro (2012)	2,0	Numero di pensioni Inps di invalidità civile (01.01.2014)	16.019
Numero di pensioni Inps di vecchiaia (01.01.2014)	33.578	Numero di pensioni Inps in complesso (01.01.2014)	76.891
Numero di pensioni Inps di invalidità (01.01.2014)	5.676	Numero di Imprese attive (2011)	17.512
Numero di pensioni Inps per i superstiti (01.01.2014)	15.207	Numero medio di addetti nelle imprese attive (2011)	2,5

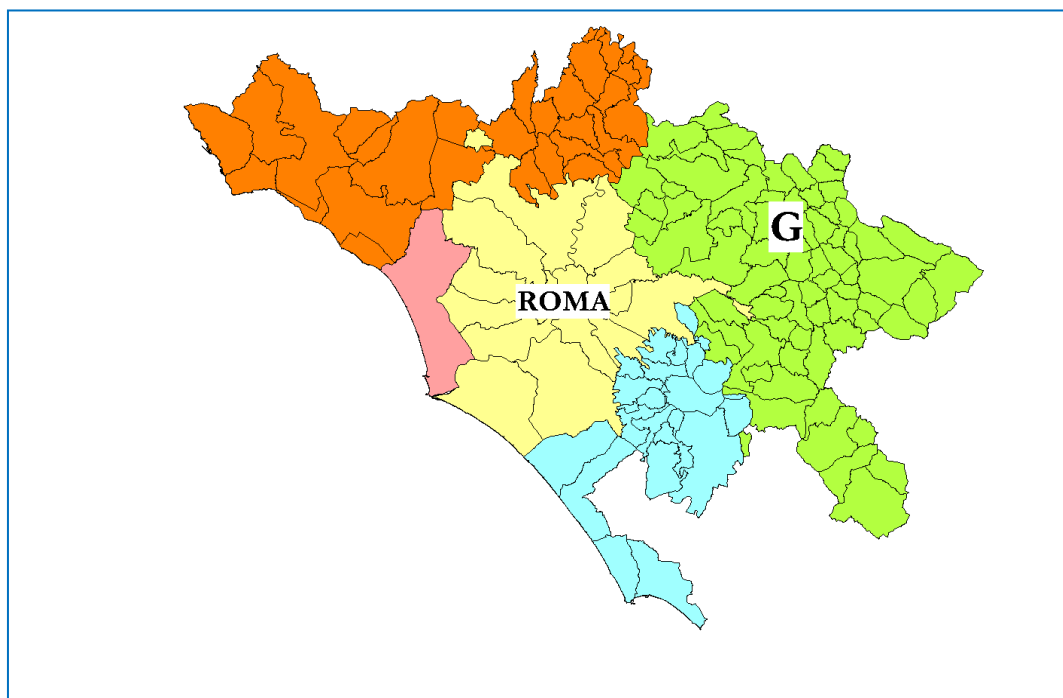
Sicurezza

N. incidenti stradali (2011)	715	Indice di delittuosità (2011)	435,7
N. delitti (2011)	13.321	Numero di Infortuni sul lavoro denunciati all'Inail (2013)	1.654

ASL RM-G

Sede legale: Tivoli

Sedi locali ASL



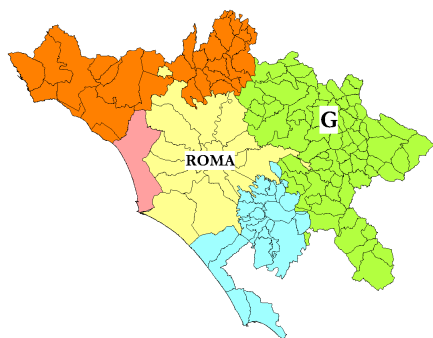
G1: Monterotondo, Mentana e Fonte Nuova	G2: Guidonia, Palombara, Sant'Angelo Romano
G3: Tivoli, Castel Madama, Vicovaro	G4: Subiaco, Arsoli, Olevano Romano
G5: Palestrina, Cave, Galliciano nel Lazio, Genazzano, San Cesareo, San Vito Romano,	G6: Colferro, Carpineto Romano, Gavignano, Gorga, Montelanico, Segni

Elenco Comuni afferenti (n=70)

Affile	Agosta	Anticoli Corrado	Arcinazzo Romano
Arsoli	Artena	Bellegra	Camerata Nuova
Canterano	Capranica Prenestina	Carpineto Romano	Casape
Castel Madama	Castel San Pietro Romano	Cave	Cerreto Laziale
Cervara di Roma	Ciciliano	Cineto Romano	Colferro
Fonte Nuova	Galliciano nel Lazio	Gavignano	Genazzano
Gerano	Gorga	Guidonia Montecelio	Jenne
Labico	Licenza	Mandela	Marano Equo
Marcellina	Mentana	Monteflavio	Montelanico
Montelibretti	Monterotondo	Montorio Romano	Moricone
Nerola	Olevano Romano	Palestrina	Palombara Sabina
Percile	Pisoniano	Poli	Riofreddo
Rocca Canterano	Rocca di Cave	Rocca Santo Stefano	Roccagiovine

*Rapporto sulla Condizione Sociale della provincia di Roma
Anni 2012-2014*

Roiate	Roviano	Sambuci	San Cesareo
San Gregorio da Sassola	San Polo dei Cavalieri	San Vito Romano	Sant'Angelo Romano
Saracinesco	Segni	Subiaco	Tivoli
Vallepietra	Vallinfreda	Valmontone	Vicovaro
Vivaro Romano	Zagarolo		



ASL RM-G

ZONIZZAZIONI GEOGRAFICHE E AMMINISTRATIVE

Superficie (kmq)	181.844,9	Distanza da Roma (Km)	Min. 23 - Max 99
Comunità Montana	IX - "Monti Sabini", X - "Aniene", XI - "Castelli Romani", XIII - "Monti Lepini"	Centri per l'impiego	Colleferro, Frascati, Guidonia Montecelio, Monterotondo, Palestrina, Subiaco, Tivoli
Unione di Comuni	"Alta Valle del Sacco", "Lucretili Ernici", "Medaniese", "Monti Prenestini", "Sabina Romana", "Valle del Giovenzano", "Valle Ustica"	Numero di Comuni afferenti	70
Distretti scolastici	32;33;34;35;36;38	Sede legale ASL	Tivoli

INDICATORI DEMOGRAFICI

Popolazione al Censimento 2011	476.289	Tasso di incremento naturale, % (2013)	0,98
Residenti al 01.01.2014 (Istat-bilancio demografico)	497.690	Tasso di incremento migratorio, % (2013)	31,5
Tasso di sviluppo della popolazione 2011-2013, %	4,5	Tasso di incremento popolazione residente, % (2001-2011)	16,3
Tasso di variazione popolazione residente, % (2013)	3,30	Densità demografica (Res./Kmq) al 01.01.2014	2,7

STRANIERI RESIDENTI

Incidenza residenti stranieri su popolazione residente (01.01.2014)	11,5	Stranieri anziani residenti al 1 gennaio 2014 (Classe d'età 66 anni e più)	744
Stranieri minori residenti al 1 gennaio 2014 (Classe d'età 0-17 anni)	13.146	Stranieri residenti al 1 gennaio 2014	57.146

FAMIGLIE E CONDIZIONI ABITATIVE

Numero di famiglie in abitazione (2011)	187.499	Incidenza vedovi (M+F) anziani su popolazione anziana (01.01.14)	31,9
Numero di famiglie in altro tipo di alloggio (2011)	354	Famiglie con un solo componente (2011)	51.998
Numero medio di componenti per famiglia (2013)	2,27	Incidenza famiglie unipersonali (2011)	27,7
Indice di vecchiaia (01.01.2014)	109	Famiglie con 6 e oltre componenti (2011)	2.885
Indice di criticità sociale (01.01.2014)	13,3	Incidenza famiglie con 6 e oltre componenti (2011)	1,5
Incidenza Vedovi (M+F) su popolazione residente (01.01. 2014)	6,5	mq. per occupante in abitazioni occupate da persone residenti (2011)	35,2

INDICATORI ECONOMICI

Incidenza redditi da 10.000 a 15.000 euro (2012)	14,7	Numero di pensioni/assegni sociali (01.01.2014)	8.566
Incidenza redditi oltre 75.000 euro (2012)	1,1	Numero di pensioni Inps di invalidità civile (01.01.2014)	28.307
Numero di pensioni Inps di vecchiaia (01.01.2014)	48.408	Numero di pensioni Inps in complesso (01.01.2014)	120.590
Numero di pensioni Inps di invalidità (01.01.2014)	11.244	Numero di Imprese attive (2011)	25.609
Numero di pensioni Inps per i superstiti (01.01.2014)	24.059	Numero medio di addetti nelle imprese attive (2011)	2,5

SICUREZZA

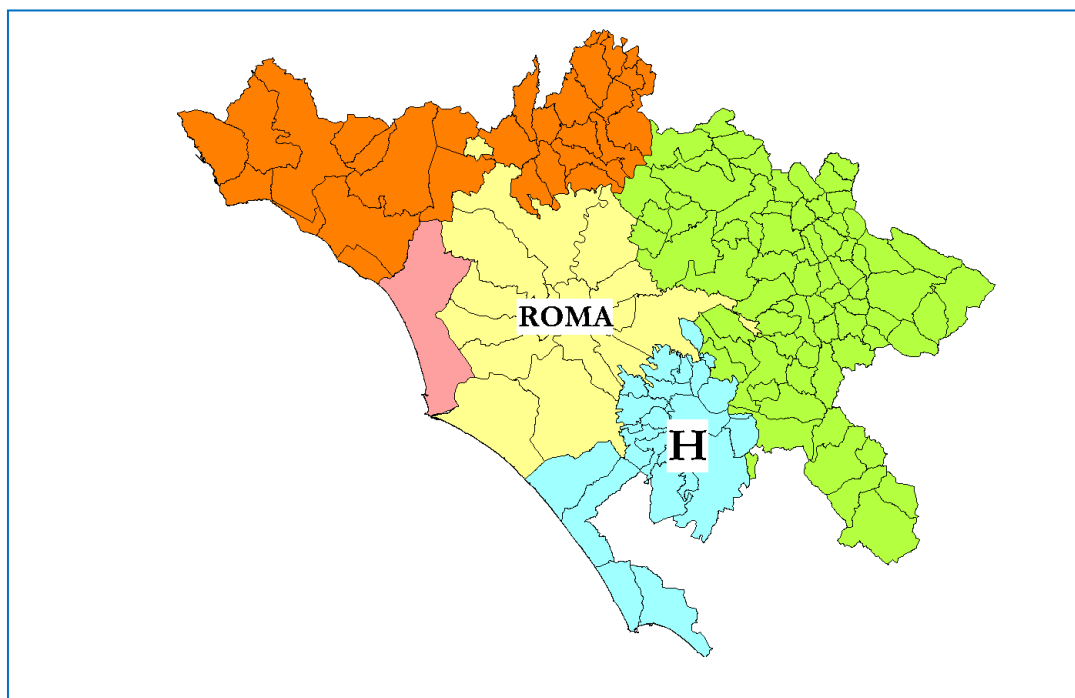
N. incidenti stradali (2011)	1.073	Indice di delittuosità (2011)	307,2
N. delitti (2011)	14.633	Numero di Infortuni sul lavoro denunciati all'Inail (2013)	2.226

ASL RM-H

Sede legale: Albano Laziale

Sedi locali ASL

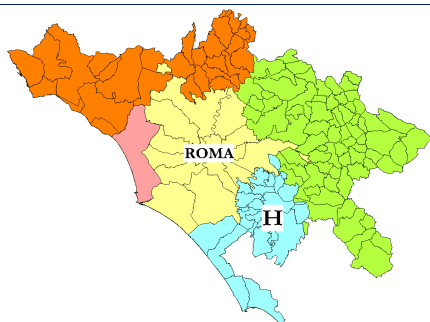
H1: Frascati, Colonna, Grottaferrata, Montecompatri, Monte Porzio Catone, Rocca di Papa, Rocca Priora	H2: Albano Laziale, Albano Laziale (sede di Pavona), Ariccia, Lanuvio, Genzano di Roma
H3: Ciampino, Marino, Marino (sede di Frattocchie), Marino (sede Località Due Santi)	H4: Pomezia, Pomezia (sede di Torvaianica), Ardea, Anzio (Via Casal di Claudia snc)



Elenco Comuni afferenti (n=21)

Albano Laziale	Anzio	Ardea	Ariccia
Castel Gandolfo	Ciampino	Colonna	Frascati
Genzano di Roma	Grottaferrata	Lanuvio	Lariano
Marino	Monte Porzio Catone	Montecompatri	Nemi
Nettuno	Pomezia	Rocca di Papa	Rocca Priora
Velletri			





ASL RM-H

ZONIZZAZIONI GEOGRAFICHE E AMMINISTRATIVE

Superficie (kmq)	72.359,1	Distanza da Roma (Km)	Min. 17 - Max 60
Comunità Montana	XI - "Castelli Romani"	Centri per l'impiego	Albano Laziale, Anzio, Frascati, Marino, Pomezia, Velletri
Unione di Comuni		Numero di Comuni afferenti	21
Distretti scolastici	37;39;40;41;42;43	Sede legale ASL	Albano Laziale

INDICATORI DEMOGRAFICI

Popolazione al Censimento 2011	530.829	Tasso di incremento naturale, % (2013)	1,34
Residenti al 01.01.2014 (Istat-bilancio demografico)	561.782	Tasso di incremento migratorio, % (2013)	41,4
Tasso di sviluppo della popolazione 2011-2013, %	5,8	Tasso di incremento popolazione residente, % (2001-2011)	19,5
Tasso di variazione popolazione residente, % (2013)	4,37	Densità demografica (Res./Kmq) al 01.01.2014	7,8

STRANIERI RESIDENTI

Incidenza residenti stranieri su popolazione residente (01.01.2014)	9,2	Stranieri anziani residenti al 1 gennaio 2014 (Classe d'età 66 anni e più)	1.189
---	-----	--	-------

Stranieri minori residenti al 1 gennaio 2014 (Classe d'età 0-17 anni)	10.556	Stranieri residenti al 1 gennaio 2014	51.433
---	--------	---------------------------------------	--------

FAMIGLIE E CONDIZIONI ABITATIVE

Numero di famiglie in abitazione (2011)	212.717,0	Incidenza vedovi (M+F) anziani su popolazione anziana (01.01.14)	28,6
Numero di famiglie in altro tipo di alloggio (2011)	495	Famiglie con un solo componente (2011)	65.114
Numero medio di componenti per famiglia (2013)	2,43	Incidenza famiglie unipersonali (2011)	30,6
Indice di vecchiaia (01.01.2014)	112	Famiglie con 6 e oltre componenti (2011)	3.553
Indice di criticità sociale (01.01.2014)	12,4	Incidenza famiglie con 6 e oltre componenti (2011)	1,7
Incidenza Vedovi (M+F) su popolazione residente (01.01. 2014)	6,0	mq. per occupante in abitazioni occupate da persone residenti (2011)	37,0

INDICATORI ECONOMICI

Incidenza redditi da 10.000 a 15.000 euro (2012)	14,0	Numero di pensioni/assegni sociali (01.01.2014)	9.411
Incidenza redditi oltre 75.000 euro (2012)	1,9	Numero di pensioni Inps di invalidità civile (01.01.2014)	27.584
Numero di pensioni Inps di vecchiaia (01.01.2014)	52.812	Numero di pensioni Inps in complesso (01.01.2014)	121.789
Numero di pensioni Inps di invalidità (01.01.2014)	10.041	Numero di Imprese attive (2011)	32.363
Numero di pensioni Inps per i superstiti (01.01.2014)	21.941	Numero medio di addetti nelle imprese attive (2011)	3,0

SICUREZZA

N. incidenti stradali (2011)	1.775	Indice di delittuosità (2011)	442,0
N. delitti (2011)	23.476	Numero di Infortuni sul lavoro denunciati all'Inail (2013)	3.056

4. Il Bisogno sociale espresso dai Distretti socio-sanitari

4. IL BISOGNO SOCIALE ESPRESSO DAI DISTRETTI SOCIO-SANITARI

Nella presente sezione è contenuta l'analisi svolta sui Piani Sociali di Zona dei diciassette Distretti socio-sanitari che compongono il territorio della provincia di Roma, per le tre annualità prese in considerazione il 2012, 2013 e 2014, analisi articolata nelle sei aree di approfondimento.

Le sei aree sono:

Area Povertà e Disagio sociale,
Area Immigrazione e Inclusione sociale,
Area Disabilità e Disagio mentale,
Area Famiglie e Minori,
Area Persone Anziane,
Area multiutenza.

Nel testo che seguirà, ogni Area sarà articolata seguendo una medesima suddivisione in tre parti. Anzitutto verrà descritta sinteticamente la condizione generale dell'Area tematica, così come emerge da tutti i documenti, con alcuni rimandi agli specifici progetti di intervento presenti nel territorio vasto (area provinciale). In una seconda parte saranno riportati gli approfondimenti relativi alle quattro aree territoriali coincidenti con il territorio di competenza della Azienda Sanitaria Locale (ASL), articolate per singolo Distretto socio-sanitario (una specifica per il Distretto RM D1, una per l'Area distrettuale della ASL RM F, l'altra per la ASL RM G, e l'ultima per la ASL RM H); tale parte avrà un taglio prettamente descrittivo e analitico. Infine nella terza parte, sempre specifica per ogni Area, saranno analizzati i dati relativi all'utenza dei progetti, al numero dei progetti e al loro finanziamento; questa ultima parte avrà quindi un carattere descrittivo-numerico e una linea di analisi comparativa sia rispetto ai Progetti analizzati e i Distretti di riferimento, sia rispetto alle annualità di riferimento.

Saranno quindi possibili comparazioni sia sul numero degli utenti per ogni annualità, sia sul numero di progetti presentati da ciascun Distretto, sia sul finanziamento ricevuto da ciascun Distretto.

Avendo il medesimo impianto analitico, la comparazione tra aree territoriali vaste o tra Aree di approfondimento, sarà facile e praticamente immediata, anche grazie ad alcuni schemi e tabelle riepilogative, tra loro confrontabili.

Si sottolinea che nel testo si fa riferimento alla configurazione dei bisogni sociali "espressi", in quanto verranno descritte le esigenze riscontrate oggettivamente su parti o sull'insieme dei residenti nel territorio della provincia di Roma, e quindi tendenti ad acquisire una dimensione certa, la cui risposta è diventata socialmente rilevante. I Piani Sociali di Zona prendono infatti le mosse dalle necessità presenti nel territorio per poi analizzare il rapporto tra bisogni e progetti/servizi, secondo il codificato passaggio tra Bisogno espresso, Domanda Sociale, Diritto e Cittadinanza, descritto nello Schema di seguito.



Con altre parole, sulla base delle informazioni di tipo qualitativo-analitico e di quelle relative all'utenza, si descrive la domanda di intervento sociale dei residenti, per poi considerare cosa, secondo le disposizioni normative, venga tradotto in forme di tutela attraverso i progetti, riconosciuti dal sistema locale e finanziati dall'Ente regionale. Chiaramente si tratta di una scelta metodologica funzionale alla redazione del presente Rapporto, che riflette l'articolazione della maggior parte dei Piani di Zona analizzati, ma non considera l'analisi dell'utenza dei servizi né tanto meno l'utenza che non si presenta ai servizi, ovvero la domanda potenziale, non espressa.

A livello generale, dalla lettura delle singole parti della presente sezione del Rapporto, emergerà che, a seconda dell'area, del territorio, della specifica annualità, i Piani Sociali di Zona individuano differenti tipi di bisogno e di corrispettiva domanda sociale di servizi: per alcune aree si fa maggiormente riferimento a bisogni di accogliimento/assistenza, per altre a bisogni di inserimento sociale e di lotta dell'esclusione, per altre a bisogni di integrazione socio-occupazionale, per altre infine a necessità di ordine organizzativo-gestionale del sistema dei servizi sociali locali. Seguendo questo ragionamento, i bisogni sociali dei residenti possono ad esempio diversamente modificarsi, in modo naturale, a seconda del ciclo di vita familiare oppure in conseguenza del tempo di presenza sul territorio, e possono anche convivere come dimensioni del proprio vissuto.

Inoltre, come si potrà esprimere meglio nel quarto capitolo del presente Rapporto, la connessione tra bisogno e servizi è anche strettamente legata alla possibilità di accedere alle fonti di finanziamento regionale: se l'atto dispositivo prevede il finanziamento di iniziative volte ad esempio al sostenere nuclei familiari con un malato di Sclerosi laterale amiotrofica - SLA, allora il documento può contenere sia progetti di assistenza per malati di SLA sia l'analisi del bisogno dei malati di SLA sul territorio.

Anticipando alcune conclusioni, gli approfondimenti di ricerca ed anche l'esperienza diretta sul campo, hanno evidenziato la realtà variegata e dinamica del territorio provinciale, così articolata che sistematizzarla e definirla in termini netti appare assai difficile, o quanto meno azzardato.

È emersa l'esistenza di una domanda sociale che raggiunge i Servizi Sociali e socio-sanitari e le cui caratteristiche sono differenziate in relazione alle condizioni socio-demografiche del territorio al quale il Piano fa riferimento. Difficile quindi identificare il bisogno sociale prevalente espresso dai territori. Sicuramente l'area famiglia e minori sembra essere in forte sofferenza, ma molte analisi, comprese quelle sulla condizione dei nuclei familiari, richiamano in maniera preponderante la situazione economica e in particolare gli effetti della crisi del 2008, che ha inciso su tutte le categorie di residenti, non solo di quelli che si rivolgono ai Servizi.

Nella lettura delle pagine che seguono si dovrà tener conto della complessità descritta del rapporto tra domanda sociale espressa e domanda sociale che non trova rappresentazione nei piani di Zona.

La maggior parte dei Progetti inseriti nei Piani Sociali di Zona ed analizzati, non ha come finalità la prevenzione, ma per lo più si tratta di interventi di assistenza diretta a cittadini in stato di bisogno.

In questo Capitolo, come detto, si entrerà più nel cuore della domanda sociale, e in particolare si intende analizzare interamente le caratteristiche dei destinatari dell'intervento, così come emergono dalle elaborazioni condotte sulle trecentosei schede di analisi delle tre annualità. Si consideri che non sempre è stato possibile completare la scheda distrettuale di rilevazione dei bisogni, poiché spesso è stata riscontrata una mancanza di disponibilità delle informazioni (legata ad esempio alla mancata approvazione da parte regionale del Piano o di alcune misure di esso), sicché in alcuni casi sono purtroppo venuti meno dati significativi. Inoltre non per tutte e tre le annualità la Regione prevedeva il finanziamento di progetti relativi ad una particolare condizione di bisogno e quindi la comparazione può risultare deficitaria per motivazioni differenti da quelle locali. Il settore dell'immigrazione ad esempio, ha avuto una propria linea di finanziamento con una progettazione locale molto importante che non sempre è confluita, come nell'ultima annualità, nella redazione del Piano di Zona; ciò non implica che nei territori non ci fossero i bisogni specifici dei cittadini stranieri né che i servizi socio-sanitari non ne raccogliessero la domanda sociale.

Come già anticipato, si procederà con una disamina delle problematiche maggiormente espresse dai diciassette territori nelle parti generali, per poi riferire i dati relativi all'utenza dei singoli Progetti/servizi finanziati, al tipo di Progetti/servizi, alla valutazione del gradimento (soprattutto relativo ai progetti dell'annualità 2014). Nella parte finale di ogni area, invece, si riportano non più per singolo territorio ma per progetti, l'ammontare dei finanziamenti richiesti con indicazione delle quote di cofinanziamento locale (elemento informativo altrettanto importante).

Si ricordi che, come già espresso nella parte introduttiva e metodologica, il Capitolo è interamente costruito facendo riferimento ai testi dei Piani Sociali di Zona, che saranno parafrasati secondo il principio della cura redazionale dei testi. Il lavoro svolto è infatti consistito nell'omologazione - a

livello strutturale (forma, contenuti, informazioni, ecc.) - del testo contenuto nei Piani di Zona. La revisione ha avuto l'obiettivo di aiutare a rendere i cinquantuno Piani di Zona tra loro coerenti, ben costruiti e chiari per una lettura congiunta, riprendendo il testo e modificandolo in parte. Il lavoro redazionale è stato finalizzato all'omologazione dei Piani, e con tale azione si vorrebbe aiutare proprio gli Uffici di Piano a dare il meglio di sé, offrendo spunti perché il Piano giunga al decisore regionale quanto più completo, autorevole e aderente ai bisogni (e alle disposizioni).

4.1 Analisi dei bisogni relativi all'area "Povertà e Disagio sociale"

Un elemento comune a tutti i Piani di Zona analizzati e in tutti i Distretti, sembra essere l'incremento del fenomeno della povertà economica con forti derive verso situazioni pesanti di disagio sociale. Non si tratta infatti di condizioni legate solo ed esclusivamente alla disoccupazione o alle difficoltà del mercato del lavoro, ma anche altri ad eventi complessi di "nuovo" rischio sociale.

Sicuramente il binomio "povertà e occupazione" è quello maggiormente significativo e sul quale si concentra molta parte dell'intervento sociale nell'area. Ma ci sono anche altre combinazioni tipo "povertà-casa", "povertà-salute", "povertà e condizione anziana" ed anche "povertà estreme". I costi delle abitazioni in locazione che spesso assorbono quasi tutte le risorse economiche dei nuclei familiari, la presenza nel nucleo familiare di persone affette da malattie e/o non più attive nel mondo del lavoro, le donne separate con assegni di mantenimento minimi e/o saltuari, le condizioni di estremo isolamento ... l'elenco delle cause che determinano lo stato di povertà rischia di essere molto lungo. Tuttavia sembra essere un dato comune a tutte le aree, con aspetti preoccupati: il lavoro non rappresenta più una condizione per non incorrere nel rischio di disagio, ma emerge l'esistenza di lavoratori-poveri con l'accumularsi di situazioni personali negative, i quali sembrano essere sempre più esposti a situazioni di estremo disagio.

In alcuni territori, inoltre, il maggiore rischio di povertà sembra colpire i cittadini stranieri che quando rimangono senza il proprio lavoro, fanno fatica a reinserirsi e a rinnovare il proprio permesso di soggiorno, situazione che li espone all'irregolarità.

Dal punto di vista degli interventi, i territori esprimono servizi sia di inserimento lavorativo o -per meglio dire- occupazionale, sia di sostegno in momenti di transizione e disagio, come aiuti alimentari e piccoli sussidi.

In particolare l'annualità del 2014, anno in cui l'Ente regionale ha disposto finanziamenti specifici per il contrasto delle situazioni di povertà, sembra essere molto ricca di tali interventi.

In questa parte del Rapporto sono anche contenute le indicazioni dei Piani di Zona relative agli interventi di contrasto della tossicodipendenza (che secondo la DGR numero 136 del 2014 hanno una loro misura di intervento specifica). Inoltre, sempre secondo la Deliberazione Regionale, le progettualità relative agli interventi di contrasto al disagio abitativo dal 2014 vengono inserite nel Piano di Zona (prima non erano previste), così anche il Piano relativo alle emergenze sociali nei cosiddetti "Piccoli Comuni" (quelli con un numero di residenti inferiore a 2.000) passa al Piano di Zona e viene quindi inserito in questa parte dell'analisi, in quanto si tratta di fondi utilizzati per esigenze contingenti della popolazione locale. Per questo c'è solo la progettualità nei Piani del 2014.

Si deve infine sottolineare che nel 2012 e nel 2013 non era presente un'area "Povertà", così come è stata concepita in questo Rapporto e quindi l'operazione di inserimento di progetti distrettuali in quest'Area è stata compiuta in maniera arbitraria, sulla base degli elementi informativi posseduti.

Per la tossicodipendenza, a carattere generale, in alcuni territori emergono preoccupanti considerazioni rispetto al crescente abuso di sostanze psicotrope da parte di minori, con collegate complicazioni di natura psichiatrica. Purtroppo si evidenziano anche difficoltà in termini di accesso ai Servizi di trattamento e cura per i casi di doppia diagnosi o per il trattamento dell'abuso di sostanze insieme all'abuso di alcool.

Le situazioni di Povertà e di Disagio sociale rilevate dal Piano di Zona del Distretto RM D1

I Piani di Zona del Distretto RM D1 non danno molte informazioni relative ai bisogni dell'Area Povertà, tranne l'ultimo. Il Piano Sociale di Zona del 2014 sottolinea come le situazioni di disagio economico e sociale, tra le quali prevalgono le richieste di ascolto e di sostegno economico in modo diretto e semplice. Il Piano però presenta altre misure di supporto al reddito quali gli aiuti alimentari, e le richieste per l'ammissione al regime di compensazione per la riduzione del costo dell'energia elettrica e del gas.

Il "Tavolo per la Povertà", istituito come organo di consultazione e decisione ed anche come strumento per rilevare i bisogni, ha espresso la necessità di prevedere, oltre all'erogazione di contributi meramente economici, anche delle progettualità che investano sulle risorse residue degli utenti. In particolare sembrano essere tre le aree in cui si chiede un maggior impegno degli operatori sociali e dei progetti di intervento.

Anzitutto il lavoro, un progetto di reinserimento lavorativo che si sostanzia in piani individualizzati di intervento che operino sul sostegno alla motivazione all'occupazione e alla formazione, sul reinserimento lavorativo effettivo (attraverso il meccanismo della borsa lavoro accompagnata da un'azione di monitoraggio), e sull'autonomia (attraverso interventi che contemplino la microimprenditorialità). Il secondo ambito individuato come area di impegno riguarda la casa e la prosecuzione dei Progetti di *co-housing*, di aiuto nella ricerca di alloggi, della Rete Rosa e la sperimentazione di un progetto di Rete Blu (alloggio temporaneo per padri separati). Ed infine il tema delle povertà estreme con la creazione dei seguenti servizi: Banco Alimentare (con prodotti prossimi alla scadenza recuperati dai supermercati, volti a costituire pacchi alimentari distribuiti da volontari) e Mensa Sociale con la previsione di poter disporre di pasti a domicilio.

Circa l'altro tema contenuto nella presente Area di approfondimento, anche il "Tavolo Dipendenze" ha rilevato la necessità di alcuni servizi da implementare sul territorio anche grazie ai finanziamenti regionali. Si tratta di interventi che sostengano la persona con problemi di dipendenza in particolari momenti. Anzitutto l'orientamento socio-lavorativo per persone affette da una forma di dipendenza, al quale è associata la finalità della prevenzione dal rischio; interventi volti alla riabilitazione e al reinserimento socio lavorativo; infine progetti che puntino alla riduzione del rischio e dei danni sociali per le persone dipendenti attive.

L'utenza rilevata nel Distretto

Pur non rappresentando un quadro esaustivo, la Tabella sottostante evidenzia come, a partire dai dati raccolti dai progetti che insistono sulla tematica "Povertà e Disagio sociale", sia possibile verificare l'andamento dell'utenza dei singoli Progetti di intervento, secondo quanto riportato nei Piani e quindi disponibili al momento dell'analisi. Si consideri che la diminuzione e/o l'aumento del numero di utenti registrato ad esempio per il Progetto "Contrasto alla Povertà" tra il 2012 e il 2013, potrebbe essere anche attribuito all'incremento (o decremento) delle disponibilità economiche del progetto stesso.

Numero degli utenti dei progetti relativi a "Povertà e Disagio sociale" inseriti nei Piani di Zona del Distretto RM D1

Progetti	anni		
	2012	2013	2014
CONTRASTO AL DISAGIO ABITATIVO			72
CONTRASTO ALLA POVERTÀ	500	438	
CONTRASTO ALLE TOSSICODIPENDENZE	40		
CONTRIBUTI ECONOMICI AD INTEGRAZIONE DEL REDDITO FAMILIARE			471
PREVENZIONE E ORIENTAMENTO SOCIO LAVORATIVO			400

Le poche informazioni raccolte nella Tabella precedente potrebbero non dare una misura adeguata della rilevanza del fenomeno nell'Area, tuttavia l'elenco dei progetti allegati o comunque descritti nei Piani evidenzia come l'area di contrasto ai fenomeni di deprivazione stia diventando critica nell'offerta di servizi a carattere territoriale.

Rispetto al tipo di interventi, il Distretto RM D1 sembra aver privilegiato l'erogazione di contributi di carattere economico. Tuttavia, sono stati avviati anche percorsi di prevenzione e orientamento socio-lavorativo, i quali, realizzati all'interno delle scuole o nei luoghi di aggregazione, hanno riscosso una forte partecipazione da parte dei giovani attraverso, soprattutto la metodologia della *Peer education*.

Elenco dei progetti del Distretto RM D1 contro la Povertà e il Disagio sociale

Anno 2012

CONTRASTO ALLA POVERTÀ

CONTRASTO ALLE TOSSICODIPENDENZE

Anno 2013

CONTRASTO ALLA POVERTÀ

Anno 2014

CONTRASTO AL DISAGIO ABITATIVO

CONTRIBUTI ECONOMICI AD INTEGRAZIONE DEL REDDITO FAMILIARE

INTERVENTI DI SOSTEGNO ATTIVO AL REINSERIMENTO LAVORATIVO

PREVENZIONE E ORIENTAMENTO SOCIO LAVORATIVO

RIDUZIONE DEL DANNO E DEI RISCHI SOCIALI PER LE PERSONE DIPENDENTI ATTIVE

Finanziamento stanziato e Quadro economico relativo

La Tabella sottostante mostra l'andamento delle richieste di finanziamento all'Ente regionale. Si tratta di una richiesta costante, che ha subito nel tempo un lieve incremento soprattutto nella tipologia di servizi attivati, con un notevole impegno di cofinanziamento da parte dei Comuni soprattutto nell'anno 2014. Si ricorda che la misura relativa al "Contrasto al disagio abitativo" non era prevista nelle linee programmatiche del 2012 né nel 2013.

Gli impegni finanziari richiesti nei Piani di Zona del Distretto RM D1 e relativi ai progetti contro la Povertà e il Disagio sociale

Progetti	Anni					
	2012		2013		2014	
	Totale	cofinanziamento	Totale	cofinanziamento	Totale	cofinanziamento
CONTRASTO AL DISAGIO ABITATIVO					394.681,00	50.000,00
CONTRASTO ALLA POVERTÀ - CONTRIBUTI ECONOMICI AD INTEGRAZIONE DEL REDDITO FAMILIARE	660.000,00	450.000,00	708.084,79	300.000,00	534.195,00	450.000,00
CONTRASTO ALLE TOSSICODIPENDENZE	60.000,00	45.000,00				
INTERVENTI DI SOSTEGNO ATTIVO AL REINSERIMENTO LAVORATIVO					15.000,00	
PREVENZIONE E ORIENTAMENTO SOCIO LAVORATIVO					50.377,50	24.245,02
RIDUZIONE DEL DANNO E DEI RISCHI SOCIALI PER LE PERSONE DIPENDENTI ATTIVE					50.377,49	24.245,02

Le situazioni di Povertà e di Disagio sociale rilevate dal Piano di Zona dell'area Distrettuale ASL RM F

Analisi del Distretto RM F1

Dalla lettura dei tre documenti progettuali non si è evinta una specifica analisi delle condizioni di rischio di povertà del Distretto RM F1 né un approfondimento relativo alle forme di dipendenza presenti nel territorio. Tuttavia, anche a partire dai dati relativi agli utenti, la presenza di progetti relativi al *“Contrasto alle povertà”* attraverso *“Buoni spesa”* per un numero considerevole di utenti, e le misure previste quali forme di *“Contrasto al disagio abitativo”* per il più alto numero di utenti in tutta l'area Distrettuale ASL RM F, evidenziano non solo l'impegno sociale relativo, ma anche un bisogno specifico da dover considerare e approfondire.

Analisi del Distretto RM F2

Secondo il Piano di Zona del 2012 (ripreso nel 2013 e nel 2014) la povertà è un fenomeno in crescita anche nei comuni di Cerveteri e Ladispoli dove gli Assistenti Sociali ricevono giornalmente persone che chiedono di essere aiutate dal Comune a superare gravi condizioni di disagio sociale. Le situazioni sono per lo più legate alla mancanza di lavoro e alla disoccupazione ma riguardano anche gli elevati costi delle abitazioni in locazione, la presenza nel nucleo familiare di persone affette da malattie e/o non più attive nel mondo del lavoro, oppure si tratta di donne separate con assegni di mantenimento minimi e/o saltuari.

Il fenomeno della povertà sembra ormai colpire prevalentemente le persone in possesso dei titoli di studio della scuola dell'obbligo e in buona parte quelli con diploma. Sicuramente le situazioni più difficili e complesse sono quelle rappresentate da coloro che hanno perso tutto: il sostegno della famiglia, la casa, il lavoro, i cosiddetti *“senza dimora”*. In netto aumento soprattutto a Ladispoli, i poveri estremi rappresentano un problema sociale degno di attenzione alimentato anche dalla presenza rilevante di stranieri privi del permesso di soggiorno.

La multi problematicità familiare ha spesso come elemento ricorrente la povertà economica e culturale, in aumento anche perché collegata ai flussi migratori, che hanno preferito sistemarsi in Città, vicine alla Capitale, ma con costi degli alloggi maggiormente contenuti.

Le ragioni del disagio spesso fanno riferimento a comportamenti e patologie legati alle tossicodipendenze ed ai disturbi mentali. Si deve tener presente che il territorio di Ladispoli e Cerveteri è privo del servizio Ser.T. (presente solo nei Distretti adiacenti), e tale assenza impedisce una presa in carico legata alla comunità e lo sviluppo di progetti di intervento riabilitativi sul territorio.

Sembra infatti che la tematica della dipendenza da sostanza debba essere compresa tra i bisogni non esplicitamente espressi nelle misure fino al 2014 considerate.

Analisi del Distretto RM F3

Rispetto alla tematica, l'assunto di base del Piano Sociale di Zona del Distretto RM F3 nell'anno 2012, è che il disagio generalizzato e il rischio di esclusione sociale siano legati a concause che si ascrivono ad un concetto di povertà allargato che non abbia a che fare soltanto con l'aspetto del disagio economico, ma riguarda una più generale deprivazione culturale ed affettiva che finisce con il tempo per sfociare nella marginalità sociale.

La disoccupazione in maniera particolare ma anche (o comunque) una occupazione precaria e/o saltuaria, fanno sì che nel territorio del Distretto F3 non si possa parlare soltanto di “fasce deboli” in senso stretto, ma di tutti quei soggetti che, non avendo a disposizione una forte rete parentale e/o amicale che li sostenga e li coinvolga dal punto di vista lavorativo (come avveniva in passato in un territorio con il favore di una economia relativamente in espansione), oppure in possesso di *skills* professionali spendibili anche fuori dal territorio, subiscono una difficoltà d’inserimento che può tendere verso l’esclusione sociale. Si tratta quindi di un fenomeno complesso, collegato solo in parte con la mancanza del lavoro. Tra i casi più investiti dal fenomeno, il Piano del 2012 (ed anche quello del 2013) cita tre categorie di individui. Anzitutto i giovani appena diplomati, in apparenza con pari opportunità d’inserimento, ma nella realtà in occupazioni stagionali generiche nell’ambito del turismo e della ristorazione, senza prospettive di specializzazione professionale e di frequente impieghi “al nero”. Un’altra fascia a grave rischio di marginalità e di nuova povertà è rappresentata dai soggetti in fascia d’età 40 – 45 anni, che hanno perso il posto di lavoro e/o sono in Cassa Integrazione. Infine, ma se ne parlerà in un’altra sezione del Rapporto, le persone affette da disturbi psichiatrici.

Analisi del Distretto RM F4

In mancanza di dati sulle povertà a livello locale, il Piano di Zona del 2012 cita alcuni elementi evidenziati dall’osservazione degli operatori e dai Tavoli di consultazione. Tra questi i principali sono: disagio economico (specie per le famiglie monoreddito sulle quali molto incidono i costi alti degli affitti), la mancanza del lavoro e la maggiore difficoltà ad accedervi per persone con storie di dipendenza e/o detenzione; le problematiche legate ai processi di inclusione sociale degli immigrati non comunitari; la difficoltà a chiedere aiuto ai Servizi Sociali.

La mancanza di lavoro costituisce un fattore determinante per la caduta verso la condizione di povertà e ciò vale anche per il territorio del Distretto RM F4. Un quadro della situazione di disagio da lavoro è delineato dai dati raccolti dai Centri per l’Impiego sulla base delle cosiddette “comunicazioni obbligatorie”. Nei comuni del Distretto, nel 2010 sono stati registrati complessivamente 6.978 avviamenti a fronte di 5.167 cessazioni di contratti di lavoro, con un saldo quindi positivo di 1.811 lavoratori. Tuttavia un altro indicatore, quello relativo ai redditi della popolazione residente nel territorio, riferisce che il reddito imponibile procapite nel 2009 era pari a 22.631 Euro, sostanzialmente in media con l’*hinterland* romano (in cui era pari a 22.449 Euro), ma con la presenza di forti squilibri interni al Distretto. In particolare in due comuni si osservava un valore molto elevato, superiore perfino a quello registrato nel comune di Roma (29.820 Euro): Formello, con 30.753 Euro di reddito medio imponibile, si posiziona al secondo posto a livello provinciale, Sacrofano con 30.122 al terzo. Tra gli ultimi dieci comuni della provincia figura invece Ponzano Romano con 18.657 Euro. Ma al di là dei valori reddituali medi, se si considerano quelli più bassi, nel Distretto RM F4 l’area del disagio reddituale conta un 8% di contribuenti, leggermente più ristretta rispetto a quella dell’*hinterland* romano. Si può osservare che quasi tutti i comuni del Distretto mostrano valori omogenei, che rientrano in una fascia centrale compresa tra il 7,7% e il 9,7%. Risalta la situazione di criticità di Civitella San Paolo, in cui la popolazione a basso reddito raggiunge un’incidenza del 10,8% sul totale; non si discosta di molto comunque dalla media degli altri Comuni. Sul polo opposto della graduatoria, tra i valori a bassa incidenza, continua ad essere presente il Comune di Filacciano (5,5%), anche se il valore è poco significativo in rapporto al numero esiguo di residenti. Inoltre emerge con evidenza la situazione del Comune di Castelnuovo di Porto che registrava nel 2009 un’incidenza del 2,6 %, allineandosi tra i comuni con più bassa incidenza nel territorio provinciale.

Rispetto al tema della tossicodipendenza, il Piano del 2014 evidenzia, come già visto anche nel Distretto RM F2, l’assenza di un servizio specifico (Ser.T.) sul territorio.

L'utenza rilevata nell'area Distrettuale

Come in altri territori, si riportano in questa parte i dati relativi all'utenza di alcuni Progetti dei Distretti. Si tratta di poche informazioni tutte relative all'ultima annualità del Piano.

Numero degli utenti dei progetti relativi a "Povertà e Disagio sociale" inseriti nei Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM F

Progetti	anni		
	2012	2013	2014
<i>Contrasto alle povertà "Buoni spesa" (RM F1)</i>			321
<i>Contrasto al disagio abitativo (RM F1)</i>			645
<i>Contrasto al disagio abitativo (RM F2)</i>			450
<i>Contrasto al disagio abitativo (RM F4)</i>			305
<i>Contrasto alla povertà (RM F4)</i>			6

Le poche informazioni raccolte nella Tabella precedente potrebbero non dare una misura adeguata della rilevanza del fenomeno povertà e disagio sociale nell'Area, tuttavia l'elenco di progetti allegati o comunque descritti nei Piani, e la numerosità degli utenti riportati nel Piano per gli interventi di "Contrasto al disagio abitativo", evidenziano il tipo di intervento principale adottato per rispondere alle condizioni di rischio sociale e di deprivazione materiale.

Nell'area Distrettuale RM F sembrano essere due i tipi di servizi-interventi attivati. Anzitutto misure di sostegno economico ed erogazione di sussidi, magari finalizzati al superamento di una emergenza di carattere abitativo-alloggiativo (presente in tutti i Distretti).

Inoltre, specialmente per la progettazione del 2014, si vede una certa convergenza dei Distretti lungo la linea di azione volta al superamento delle condizioni di emergenza. A tal riguardo è bene citare le indicazioni relative al gradimento dell'utenza del progetto "Sviluppa- Rete per la gestione di progetti di inclusione sociale e rete per la gestione di progetti di inclusione sociale e lavorativa di persone con problematiche di dipendenza". L'utenza ha saputo cogliere l'opportunità offerta da uno dei progetti della rete, aderendo in maniera congrua al progetto individuale e collaborando con la rete istituzionale segnalando *in itinere* le difficoltà ed i punti di forza del proprio percorso. Anche nei casi di abbandono del progetto si è rilevata la persistenza di fragilità sociali mentre solo raramente si sono verificate gravi ricadute in forme di dipendenza. Tale esperienza mostra che sia possibile sostenere le situazioni di vulnerabilità prima che incorrano in una situazione di povertà estrema.

Elenco dei progetti dell'area Distrettuale ASL RM F contro la Povertà e il Disagio sociale

Anno 2014

COMUNITA' SOLIDALI. INTERVENTI DI CONTRASTO ALLA POVERTA' (RM F2)
 CONTRASTO AL DISAGIO ABITATIVO (RM F1)
 CONTRASTO AL DISAGIO ABITATIVO (RM F2)
 CONTRASTO AL DISAGIO ABITATIVO (RM F3)
 CONTRASTO AL DISAGIO ABITATIVO (RM F4)
 CONTRASTO ALLE POVERTA' "BUONI SPESA" (RM F1)

CONTRASTO ALLA POVERTÀ-CONTRIBUTI ECONOMICI PER IL SUPERAMENTO DI CONDIZIONI DI
POVERTÀ ESTREMA ED A MAGGIOR RISCHIO DI ESCLUSIONE SOCIALE (RM F3)
CONTRASTO ALLA POVERTÀ (RM F4)
CONTRASTO ALLE DIPENDENZE (RM F1)
CONTRASTO ALLE DIPENDENZE (RM F2)
CONTRASTO ALLE DIPENDENZE (RM F4)
PUNTO E A CAPO – PIANO DEL DISTRETTO ASL RMF2 PER PREVENIRE E CONTRASTARE
DIPENDENZE DA DROGHE E ALCOL (RM F2)
“SVILUPPA”- RETE PER LA GESTIONE DI PROGETTI DI INCLUSIONE SOCIALE E LAVORATIVA DI
PERSONE CON PROBLEMATICHE DI DIPENDENZA (RM F3)

Finanziamento stanziato e Quadro economico relativo

La Tabella sottostante mostra le richieste di finanziamento all’Ente regionale per l’anno 2014. Si tratta di una richiesta molto significativa in termini di importi che verte su grandi risorse, a dimostrazione della rilevanza del problema. Non è stato annotato, al riguardo, l’impegno di cofinanziamento da parte dei Comuni, che, come è noto, erogano anche contributi in maniera autonoma.

Gli impegni finanziari richiesti nei Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM F e relativi ai progetti contro la Povertà e il Disagio sociale

Progetti	Anni					
	2012		2013		2014	
	Totale	cofinanziamento	Totale	cofinanziamento	Totale	cofinanziamento
COMUNITA' SOLIDALI. INTERVENTI DI CONTRASTO ALLA POVERTA' (RM F2)					106.291,00	
CONTRASTO AL DISAGIO ABITATIVO (RM F1)					644.508,00	
CONTRASTO AL DISAGIO ABITATIVO (RM F2)					358.207,00	
CONTRASTO AL DISAGIO ABITATIVO (RM F3)					148.590,00	
CONTRASTO AL DISAGIO ABITATIVO (RM F4)					221.933,00	
CONTRASTO ALLE DIPENDENZE (RM F1)					54.642,09	
CONTRASTO ALLE DIPENDENZE (RM F4)					69.362,05	
CONTRASTO ALLE POVERTÀ "BUONI SPESA" (RM F1)					1.159.076,51 <small>cifra indicata sul piano di zona</small>	1.044.704,51
CONTRASTO ALLA POVERTÀ- CONTRIBUTI ECONOMICI PER IL SUPERAMENTO DI CONDIZIONI DI POVERTÀ ESTREMA ED A MAGGIOR RISCHIO DI ESCLUSIONE SOCIALE (RM F3)					78.563,00	
CONTRASTO ALLA POVERTÀ (RM F4)					12.000,00	
PUNTO E A CAPO – PIANO DEL DISTRETTO ASL RMF2 PER PREVENIRE E CONTRASTARE DIPENDENZE DA DROGHE E ALCOL (RM F2)					39.171,55	
"SVILUPPA"- RETE PER LA GESTIONE DI PROGETTI DI INCLUSIONE SOCIALE E LAVORATIVA DI PERSONE CON PROBLEMATICHE DI DIPENDENZA (RM F3)					43.376,29	

Le situazioni di Povertà e di Disagio sociale rilevate dal Piano di Zona dell'area Distrettuale ASL RM G

Analisi del Distretto RM G1

Considerando le criticità riscontrate nell'anno 2013 nel territorio del Distretto RM G1 sembrano essere tre le principali problematiche che incidono direttamente sulla Povertà di singoli o nuclei: l'emergenza abitativa (sempre più cittadini sono in difficoltà nel pagare l'affitto della propria casa), l'emergenza alimentare (le persone che hanno difficoltà nel reperire pranzo e cena) e la quasi assenza di asili pubblici (che impedisce alle donne di lavorare). Il quadro descritto nel 2013 si mostra in aumento con il Piano di Zona del 2014 e, secondo una dinamica "accumulativa" per la quale ai vecchi bisogni si aggiungono nuovi bisogni, si evidenzia come nel corso del 2013 sono aumentate le persone (o i nuclei) in condizione di povertà estrema. L'emergenza abitativa, già evidente nella classi sociali più basse o nelle persone immigrate, si è estesa a una fetta più ampia di popolazione; la povertà ormai riguarda cittadini, in età lavorativa-professionale, che, pur in possesso di qualifiche professionali medio-alte, non riescono a trovare alcuna collocazione nel mercato del lavoro non solo locale.

Da altro punto di vista, sempre il Piano del 2014, evidenzia quanto la frammentazione degli interventi, su più servizi, non sempre riesca a garantire un Progetto Individuale Unico e Globale e non frammentato sul cittadino povero, anzi sembrano essere tipiche nell'intervento sociale, da una parte la complessità della costruzione di un sistema di contrasto che prevenga percorsi di cronicizzazione e dall'altra la difficoltà nel facilitare una fuoriuscita stabile dalla situazione di deficit economico e/o relazionale.

Anche per tale ragione già il Piano di Zona del 2012 del Distretto RM G1 richiama alla necessità di condividere il capitale sociale ed umano a disposizione, per realizzare progetti di inclusione, valorizzando ciò che esiste in individui, gruppi, organizzazioni. La soluzione che si era ipotizzata è stata quella di integrare quanto già presente, e favorire l'inserimento socio-lavorativo di adulti disoccupati, superando la divisione tra categorie di svantaggio (i disabili, i tossicodipendenti, i migranti, le donne sole con bambini, ecc.) ma integrando le esperienze e le metodologie di inserimento lavorativo che negli anni gli organismi del Terzo settore hanno sperimentato con successo con differenti categorie.

Analisi del Distretto RM G2

I tre Piani di Zona analizzati per il Distretto RM G2 (nelle annualità 2012, 2013 e 2014) sono concordi nell'affermare che la situazione socio-economica a livello nazionale si rifletta nella realtà distrettuale locale che vede, a fronte di un incremento della popolazione residente, l'assenza di interventi mirati a garantire il minimo vitale. I Comuni, con proprie risorse di bilancio, erogano piccoli contributi economici che comunque non risolvono le situazioni di maggiore difficoltà mentre, con il passare del tempo, la fascia del disagio va incrementandosi e le famiglie mono-reddito non riescono a far fronte alle spese quotidiane (ad esempio l'affitto o il mutuo).

In un contesto di forti carenze non solo economiche ma anche in termini di risorse di personale dedicato, sembra essere molto difficile la realizzazione di azioni di contrasto e di prevenzione della povertà che sostengano le potenzialità dei soggetti più deboli differenti dal semplice aiuto

economico e che prevedano l'attivazione di misure di accompagnamento sociale e di inserimento lavorativo.

Analisi del Distretto RM G3

Nelle tre annualità considerate non sono presenti elementi di analisi relativi alle condizioni di bisogno legato al contrasto della Povertà e del Disagio sociale, nel territorio del Distretto RM G3. Tuttavia il Piano di Zona del 2012 riporta un problema comune a molti territori e che ha un peso diretto nelle condizioni di disagio. Si tratta del problema della tossicodipendenza, molto sviluppato nel territorio e dell'assenza del Servizio specifico nel Distretto sanitario. Tale situazione fa sì che l'utenza di Guidonia e di Palombara devono rivolgersi al SerT di Tivoli, con fenomeni considerevoli di dispersione, anche perché il numero dei tossicodipendenti sta crescendo e cambiando. Il Piano rivela che si abbassa l'età di coloro che fanno uso di sostanze e cambia il modo di assunzione, che riguarda sempre più la poliassunzione (maggiormente cocaina e altre sostanze, e soprattutto tra gli studenti). 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, e anche il Centro di Salute Mentale si trova a dover trattare con nuovi casi di doppia diagnosi.

L'Ufficio di Piano sembra in un certo senso "denunciare" la questione relativa della presa in carico, sia sotto il punto di vista del trattamento sia sotto quello economico: chi deve garantire la copertura economica durante il ricovero in Centri per la disintossicazione, o nel passo successivo, quello dell'inserimento in comunità terapeutica? Nei casi di doppia diagnosi, qual è la struttura ASL che deve fare da punto di riferimento? Come affrontare fenomeni di poca tolleranza dovuti alla paura e alla preoccupazione per la frequentazione dei tossicodipendenti in zona e nell'abitato? Dove solo le strutture di accoglienza e le comunità terapeutiche per sole donne con problematiche relative all'abuso di alcool? E dopo l'inserimento in strutture per la disintossicazione, cosa altro offrire per evitare il rischio della ricaduta nella dipendenza?

Una possibile soluzione a molti degli interrogativi ora enunciati, ma che tuttavia stenta ad affermarsi, sarebbe quella dell'inserimento in una struttura specializzata e con programmi di inserimento lavorativo.

Analisi del Distretto RM G4

Anche secondo il Piano di Zona del 2013 del Distretto RM G4, il rischio di esclusione sociale è legato non soltanto all'aspetto economico, ma riguarda una condizione più generale di privazione culturale e affettiva che non sostiene la persona povera in un percorso di inclusione sociale. Non supporta più la rete parentale e/o amicale, non valgono neanche le capacità professionali per non cadere in situazioni di esclusione sociale, talvolta accompagnati da livelli di sussistenza minimi. Come in altri territori, il Distretto RM G4 evidenzia il caso dei giovani appena diplomati, in apparenza con pari opportunità d'inserimento, ma nella realtà in situazioni di carenza economica della durata di diversi anni, appena mitigate da occupazioni stagionali generiche nell'ambito del turismo e della ristorazione.

Un'altra categoria a grave rischio di marginalità è rappresentata dai soggetti in fascia d'età 40 – 45 anni, che hanno perso il posto di lavoro e/o cassaintegrati, con scarse possibilità di nuova formazione e di reinserimento lavorativo; per essi il ricorso a lavoro saltuario e/o lavoro in nero sembra essere un *iter* obbligato. E poi i soggetti affetti da patologie psichiatriche, dei quali si dirà in seguito.

In relazione all'uso ed abuso di sostanze psicotrope, la situazione del territorio appare, per tipologia e modalità di assunzione di sostanze e target di consumatori, sempre più simile a quella della Capitale, con una diffusione delle cosiddette "nuove droghe", e all'uso del combinato tra cocaina e alcool. Un elemento da notare è che la percezione sociale di tale problema rimane

piuttosto latente al livello generale e per i famigliari degli assuntori, ma fortemente chiaro tra gli operatori dei servizi pubblici e privati come situazione di emergenza sociale che coinvolge soprattutto giovani e molto spesso di minori.

Analisi del Distretto RM G5

Nel 2012 Il Piano di Zona del Distretto RM G5 annotava come la crisi economica avesse peggiorato la condizione di persone con lavoro precario e irregolare aumentando l'accesso ai Servizi Sociali di soggetti fino a pochi anni fa autonomi rispetto al sostegno pubblico. Tale considerazione era dimostrata dalle richieste di contributi per il pagamento delle utenze, dalle richieste di sostegno al reddito di coloro che avevano perso il lavoro e dal numero di richieste di accesso al reddito garantito (L.R. 4/2009).

Anche con tali finalità, nel corso del 2013 è stato avviato il progetto "Città Amica" che rispondeva ad emergenze soprattutto legate a condizione di solitudine, povertà socio-ambientale ed emergenza abitativa per adulti, anziani e famiglie. Le attività consistevano nell'inserimento degli utenti in strutture convenzionate per un massimo di tre giorni durante i quali definire un progetto di intervento.

Il bisogno è stato anche confermato dal Piano di Zona del 2014 in cui si fa presente che le principali necessità dell'area continuano ad essere: il trasporto di emergenza, gli sfratti dei nuclei familiari, l'indigenza e i bisogni alimentari, l'Inserimento degli utenti in attività socializzanti e riabilitative.

Analisi del Distretto RM G6

Il Piano di Zona del 2012 del Distretto RM G6 identificava nel problema occupazionale l'elemento principale del Disagio sociale dell'area, in quanto riguardava sia i giovani, come ingresso nel mercato del lavoro, sia la popolazione attiva che, per ragioni diverse, fuoriesce dal mercato del lavoro. Su tale base il Piano prevedeva un progetto di *"Inserimenti lavorativi quale alternativa agli interventi di assistenza economica"*, con un fabbisogno relativo a 1.386 utenti dei Servizi Sociali comunali. Per alcuni di loro sono stati avviati nel 2012 i seguenti interventi: 143 utenti borse lavoro (di cui 61 sono inserimenti lavorativi finanziati dal Piano di Zona), 461 prestazioni sociali agevolate, 12 altre prestazioni sociali agevolate (contributi economici) e 10 gli utenti seguiti dai singoli Servizi Sociali dei Comuni per disagio socio-economico dovuto a dipendenza. Dopo due anni i dati del Piano di Zona del 2014, mostrano: 514 utenti dei Servizi Sociali comunali, dei quali 93 usufruiscono di borse lavoro, di cui 43 sono inserimenti lavorativi del Piano di Zona, 405 prestazioni sociali agevolate, 2 altre prestazioni sociali agevolate (contributi economici) e 14 utenti seguiti dai singoli Servizi Sociali dei Comuni per disagio socio-economico dovuto a dipendenza. La diminuzione del numero degli utenti, purtroppo non è indice di miglioramento. In particolare sembra essere rilevante il problema della tossicodipendenza, affrontato nel Piano di Zona del 2013, che calcola l'indice di dipendenza attraverso dati demografici mostrando un progressivo sfilacciamento del tessuto sociale e il venir meno dei solidi retroterra culturali di tipo comunitario.

Il Piano svolge un interessante analisi relativa alle condizioni economiche dei diversi comuni del Distretto, con le implicazioni sul lavoro sociale e di progettazione degli interventi in questa area di approfondimento. In estrema sintesi il Piano identifica tre "macroaree": la prima è quella definita del "dinamismo socio-economico", in cui rientra il Comune di Labico; la seconda è quella dell'economia "di sussistenza", in cui rientra il Comune di Montelanico; la terza è quella della "precarietà socio-economica", in cui rientrano i Comuni di Artena, Carpineto Romano, Gavignano e Valmontone classificati come Comuni con bassi livelli di disponibilità socio-economica mentre i Comuni di Colleferro, Gorga e Segni sono classificati come Comuni con problemi occupazionali. Tale analisi sembra avvalorare l'ipotesi che vede il problema occupazionale, sia per quanto

riguarda i giovani, in ingresso nel mercato del lavoro, sia per la popolazione già attiva che fuoriesce dal contesto lavorativo. Sembra così identificato come punto nevralgico: l'attenzione alle politiche di accesso al mercato del lavoro, ivi compresa la formazione professionale e le modalità di incontro tra domanda ed offerta di lavoro.

Il testo del Piano 2014 del Distretto RM G6 descrive anche alcuni indicatori di natura sociale, qui di seguito riportati.

Alcuni indicatori della condizione di Povertà e Disagio sociale nel Distretto RM G6 anno 2014

AREA DI INTERVENTO	Indicatori	COMUNI								
		ARTENA	CARPINETO ROMANO	COLLEFERRO	GAVIGNANO	GORGA	LABICO	MONTELANICO	SEGN	VALMONTONE
DISAGIO ED ESCLUSIONE SOCIALE – DIPENDENZA	Tossicodipendenti in carico al Servizio Sociale Comunale (n. totale)	1	0	0	3	0	8	1	1	
	Inserimenti lavorativi del Piano di Zona (n. totale)	5	2	7	2	4	4	2	6	11
	Inserimenti lavorativi del Piano di Zona seguiti in collaborazione con il DSM	3	1	0	0	0	2	0	0	
	Inserimenti lavorativi del Piano di Zona seguiti in collaborazione con il Ser.T.	0	1	0	0	0	1	0	1	
	Adulti che hanno usufruito di borse lavoro, inserimenti lavorativi attivati dal comune (n. totale)	1	0	0	7	0	7	0	20	16
	Adulti che hanno usufruito di borse lavoro, inserimenti lavorativi attivati dal comune in collaborazione con il DSM	0	6	0	0	0	6	0	0	0
	Adulti che hanno usufruito di borse lavoro, inserimenti lavorativi attivati dal comune in collaborazione con il Ser.T.	1	0	0	0	0	1	0	0	0
	Prestazioni sociali agevolate (n. totale)	100	0	250	18	0	19	4	14	0
	Prestazioni sociali agevolate per tossicodipendenti	10	0	0	2	0	13	0	0	0
	Prestazioni sociali agevolate per ex detenuti	10	0	0	0	0	2	0	1	0
	Prestazioni sociali agevolate per disagio economico	70	0	180	16	11	4	4	10	0
	Prestazioni sociali agevolate per ragazze madri	25	1	9	0	1	0	0	3	0
	Altre Prestazioni sociali agevolate (specificare):	0		2	0	0	0	0	0	0
	Utenti di servizi diversi per disagio socio-economico dovute a dipendenze	0	0	0	0	0	5	0	0	0
	Lista di attesa nei vari servizi	0	0	0	0	0	0	0	0	0

L'utenza rilevata nell'area Distrettuale

I dati relativi all'utenza dei Progetti dell'area Distrettuale ASL RM G contenuti nella Tabella sottostante non possono rappresentare un quadro esaustivo relativo alla tematica nell'Area di contrasto alla Povertà e al Disagio sociale. Del resto, inoltre, dai dati disponibili non è possibile verificare l'andamento dell'utenza dei singoli Progetti di intervento. Tuttavia possono dare un quadro della numerosità degli interventi, ad esempio per ciò che riguarda il Contrasto al disagio abitativo.

Numero degli utenti dei progetti relativi a "Povertà e Disagio sociale" inseriti nei Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM G

Progetti	anni		
	2012	2013	2014
ATTIVITÀ RISOCIALIZZANTI PER UTENTI A RISCHIO ESCLUSIONE SOCIALE (RM G1)			8
BORSE LAVORO (RM G4)	34		
CONTRASTO AL DISAGIO ABITATIVO (RM G2)			600
CONTRASTO AL DISAGIO ABITATIVO (RM G3)			500
CONTRASTO AL DISAGIO ABITATIVO (RM G4)			136
CONTRASTO AL DISAGIO ABITATIVO (RM G5)			305
CONTRASTO ALLA POVERTÀ/BANCO ALIMENTARE/BORSE LAVORO (RM G4)			155

CONTRASTO ALLE DIPENDENZE - CABINA DI REGIA (RM G4) – SCUOLE			2
CONTRASTO ALLE DIPENDENZE - CABINA DI REGIA (RM G4) – STUDENTI			275
INSERIMENTI LAVORATIVI - QUALE ALTERNATIVA AGLI INTERVENTI DI ASSISTENZA ECONOMICA (RM G6)	43	57	43
LAST MINUTE MARKET – VERSO UN'ECONOMIA SOLIDALE (RM G1)		150	122
PIANO DISTRETTUALE PICCOLI COMUNI (RM G6)			35
PIS PERCORSI DI INCLUSIONE SOCIALE (RM G1)			39
PROGETTO ALTRESTRAD E UNITÀ MOBILE DI PREVENZIONE/RIDUZIONE DEI RISCHI IN LUOGHI DI AGGREGAZIONE GIOVANILE (RM G1)			2.400
PROGETTO FORCE - UNITÀ MOBILE PREVENZIONE PATOLOGIE CORRELATE (RM G1)			3.339
PROGETTO PUNTO E A CAPO – CENTRO DIURNO PER PERSONE CON PROBLEMI GRAVI LEGATI ALL'USO E ABUSO DI SOSTANZE (RM G1)			20
SERVIZIO INTEGRATO ORIENTAMENTO AL LAVORO - S.I.O.L (RM G1)	60		
STEP BY STEP. PREVENZIONE E LOTTA ALLE TOSSICODIPENDENZE (RM G4)	34		

Anche se sono poche le informazioni raccolte nella Tabella precedente, tuttavia, per quanto riguarda la specifica categoria dei tossicodipendenti, i Piani forniscono ulteriori dati. Considerando i dati sull'utenza del Ser.t. nell'anno 2012, si rileva che gli utenti effettivamente in carico nel Distretto RM G6 erano 215, mentre gli utenti segnalati al servizio sono stati 67. I primi sono quelli per i quali si attiva una prestazione da parte del Ser.T. e nel 2012 quasi la metà delle prestazioni riguarda il trattamento farmacologico integrato. Gli utenti del Ser.T. sono per lo più maschi (89%), con età media di 38 anni e occupati (62%). Riguardo all'occupazione è interessante notare come, nel 2009 quasi la metà dell'utenza del Ser.T. (40%) aveva un lavoro stabile, il resto aveva un'occupazione saltuaria (23%) o era disoccupato (32%); mentre l'anno dopo, nel 2010, il 50% è disoccupato, l'altra metà ha un'occupazione stabile (48%) e solo il 2% un'occupazione saltuaria; riflettendo la situazione di crisi occupazionale sofferta dal territorio. La tipologia di sostanza maggiormente consumata è l'eroina (73%) e la provenienza è per il 50% dai Comuni di Artena, Colleferro e Valmontone, seguiti da Segni (9%), Carpineto e Montelanico (entrambi 4%) e Labico (3%). Nulla risulta la presenza per Gavignano e Gorga

Nell'anno 2013, facendo riferimento alle attività svolte dal Ser.T. di Subiaco ASL RMG per il Distretto RM G4 gli utenti che fanno uso di eroina sono stati 31, cocaina 2, alcolisti 5 e poliassuntori 4 utenti.

Dal punto di vista degli interventi, anche nell'area distrettuale G sembrano essere due i tipi di servizi-interventi attivati: gli interventi per l'Assistenza economica e gli interventi per contrastare il Disagio abitativo.

Circa il secondo tipo di servizi, le informazioni relative al gradimento degli utenti mostrano due differenti comportamenti: o espressioni di sollievo e ringraziamento per l'aiuto ottenuto, oppure livelli di aggressività che manifestano rabbia e scontento per la situazione di disagio presentata.

Elenco dei progetti dell'area Distrettuale ASL RM G contro la povertà e il disagio sociale

Anno 2012

BORSE LAVORO (RM G4)

SERVIZIO INTEGRATO ORIENTAMENTO AL LAVORO - S.I.O.L. (RM G1)

INSERIMENTI LAVORATIVI QUALE ALTERNATIVA AGLI INTERVENTI DI ASSISTENZA ECONOMICA (RM G6)

LAST MINUTE FOOD (RM G1)

STEP BY STEP. PREVENZIONE E LOTTA ALLE TOSSICODIPENDENZE (RM G4)

Anno 2013

INSERIMENTI LAVORATIVI - QUALE ALTERNATIVA AGLI INTERVENTI DI ASSISTENZA ECONOMICA (RM G6)

LAST MINUTE MARKET – VERSO UN'ECONOMIA SOLIDALE (RM G1)

SIOL SERVIZIO INTEGRATO ORIENTAMENTO AL LAVORO (RM G1)

TIROCINI PER LA VALORIZZAZIONE DELLE COMPETENZE RELAZIONALI E LAVORATIVE DELLE PERSONE IN CONDIZIONI DI DISAGIO (RM G3)

Anno 2014

CONTRASTO ALLA POVERTA' GRANDI COMUNI (RM G3)

CONTRASTO ALLA POVERTA' PICCOLI COMUNI (RM G3)

ATTIVITÀ RISOCIALIZZANTI PER UTENTI A RISCHIO ESCLUSIONE SOCIALE (RM G1)

CONTRASTO AL DISAGIO ABITATIVO – PIANO INTEGRATO DISTRETTUALE DI SOSTEGNO ABITATIVO(RM G1)

CONTRASTO AL DISAGIO ABITATIVO (RM G2)

CONTRASTO AL DISAGIO ABITATIVO (RM G3)

CONTRASTO AL DISAGIO ABITATIVO (RM G4)

CONTRASTO AL DISAGIO ABITATIVO (RM G5)

CONTRASTO AL DISAGIO ABITATIVO: PIANO TERRITORIALE "WELFARE ABITATIVO" (RM G6)

CONTRASTO ALL'EMARGINAZIONE E AL DISAGIO SOCIALE NEI PICCOLI COMUNI (RM G3)

CONTRASTO ALLA POVERTÀ/BANCO ALIMENTARE/BORSE LAVORO (RM G4)

CONTRASTO ALLE DIPENDENZE - CABINA DI REGIA (RM G4)

CONTRASTO ALLE DIPENDENZE – PROGETTO ALTRESTRAD E UNITÀ MOBILE DI PREVENZIONE/RIDUZIONE DEI RISCHI IN LUOGHI DI AGGREGAZIONE GIOVANILE. FONDO LOTTA ALLA DROGA REGIONE LAZIO 2013-2015 (D.G.R. NUMERO 119/2013) (RM G1)

CONTRASTO ALLE DIPENDENZE – PROGETTO FORCE - UNITÀ MOBILE PREVENZIONE PATOLOGIE CORRELATE (RM G1)

CONTRASTO ALLE DIPENDENZE – PROGETTO PEER NELLE SCUOLE (RM G6)

CONTRASTO ALLE DIPENDENZE – PROGETTO PUNTO E A CAPO – CENTRO DIURNO PER PERSONE CON PROBLEMI GRAVI LEGATI ALL'USO E ABUSO DI SOSTANZE (RM G1)

CONTRASTO ALLE DIPENDENZE (RM G1)

CONTRASTO ALLE DIPENDENZE (RM G2)

CONTRASTO ALLE DIPENDENZE (RM G3)

CONTRASTO ALLE DIPENDENZE (RM G5)

CONTRASTO ALLA POVERTA' (RM G2)

INSERIMENTI LAVORATIVI - QUALE ALTERNATIVA AGLI INTERVENTI DI ASSISTENZA ECONOMICA (RM G6)

LAST MINUTE MARKET FOOD (RM G1)

PIANO DISTRETTUALE PICCOLI COMUNI (RM G2)

PIANO DISTRETTUALE PICCOLI COMUNI (RM G6)
PIS PERCORSI DI INCLUSIONE SOCIALE (RM G1)
TIROCINI PER LA VALORIZZAZIONE DELLE COMPETENZE RELAZIONALI E LAVORATIVE DELLE
PERSONE IN CONDIZIONI DI DISAGIO (RM G3)

Finanziamento stanziato e Quadro economico relativo

La Tabella sottostante mostra l'andamento delle richieste di finanziamento all'Ente regionale nell'area dei Progetti relativi al contrasto della Povertà. Si tratta di una richiesta costante, che ha subito nel tempo un lieve incremento soprattutto nel tipo di servizi attivati, con un notevole impegno di finanziamento soprattutto nell'anno 2014.

Gli impegni finanziari richiesti nei Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM G e relativi ai progetti contro la Povertà e il Disagio sociale

Progetti	Anni					
	2012		2013		2014	
	Totale	cofinanziamento	totale	cofinanziamento	Totale	cofinanziamento
ATTIVITÀ RISOCIALIZZANTI PER UTENTI A RISCHIO ESCLUSIONE SOCIALE (RM G1)					33.157,00	
BORSE LAVORO (RM G4)	63.736,34					
CONTRASTO AL DISAGIO ABITATIVO – PIANO INTEGRATO DISTRETTUALE DI SOSTEGNO ABITATIVO (RM G1)					429.916,00	
CONTRASTO AL DISAGIO ABITATIVO (RM G2)					243.541,00	
CONTRASTO AL DISAGIO ABITATIVO (RM G3)					175.349,00	
CONTRASTO AL DISAGIO ABITATIVO (RM G4)					135.442,00	
CONTRASTO AL DISAGIO ABITATIVO (RM G5)					221.933,00	
CONTRASTO AL DISAGIO ABITATIVO: PIANO TERRITORIALE "WELFARE ABITATIVO" (RM G6)					164.604,00	
CONTRASTO ALL'EMARGINAZIONE E AL DISAGIO SOCIALE NEI PICCOLI COMUNI (RM G3)					106.156,00	
CONTRASTO ALLA POVERTÀ – GRANDI COMUNI (RM G3)					126.118,00	
CONTRASTO ALLA POVERTÀ – PICCOLI COMUNI (RM G3)					24.000,00	
CONTRASTO ALLA POVERTÀ/BANCO					65.469,00	

ALIMENTARE/BORSE LAVORO (RM G4)						
CONTRASTO ALLE DIPENDENZE - PROGETTO ALTRETRADE UNITÀ MOBILE DI PREVENZIONE/RIDUZIONE DEI RISCHI IN LUOGHI DI AGGREGAZIONE GIOVANILE. FONDO LOTTA ALLA DROGA REGIONE LAZIO 2013-2015 (D.G.R. NUMERO 119/2013) (RM G1)					142.500,00	
CONTRASTO ALLE DIPENDENZE - PROGETTO FORCE - UNITÀ MOBILE PREVENZIONE PATOLOGIE CORRELATE (RM G1)					199.500,00	
CONTRASTO ALLE DIPENDENZE - PROGETTO PUNTO E A CAPO – CENTRO DIURNO PER PERSONE CON PROBLEMI GRAVI LEGATI ALL'USO E ABUSO DI SOSTANZE (RM G1)					95.316,23	
CONTRASTO ALLE DIPENDENZE (RM G2)					62.946,58	
CONTRASTO ALLE DIPENDENZE (RM G3)					57.375,56	
CONTRASTO ALLE DIPENDENZE - CABINA DI REGIA (RM G4)					32.122,38	
CONTRASTO ALLE DIPENDENZE (RM G5)					57.447,71	
CONTRASTO ALLE DIPENDENZE – PROGETTO PEER NELLE SCUOLE (RM G6)					35.086,43	
CONTRASTO ALLE POVERTA' (RM G2)					172.714,00	
FORMAZIONE E INSERIMENTO LAVORATIVO PER TOSSICODIPENDENTI (RM G6)					19.200,00	
INSERIMENTI LAVORATIVI - QUALE ALTERNATIVA AGLI INTERVENTI DI ASSISTENZA ECONOMICA (RM G6)			130.000,00	130.000,00	109.736,00	
LAST MINUTE MARKET FOOD (RM G1)			10.000,00		10.000,00	
PIANO DISTRETTUALE PICCOLI COMUNI (RM G6)					26.506,14	
PIS PERCORSI DI					90.000,00	

INCLUSIONE SOCIALE (RM G1)						
PRONTO INTERVENTO SOCIALE – CITTÀ AMICA (RM G5)			30.000,00			
SERVIZIO INTEGRATO ORIENTAMENTO AL LAVORO - S.I.O.L. (RM G1)			60.000,00			
STEP BY STEP. PREVENZIONE E LOTTA ALLE TOSSICODIPENDENZE (RM G4)					53.173,00	
TIROCINI PER LA VALORIZZAZIONE DELLE COMPETENZE RELAZIONALI E LAVORATIVE DELLE PERSONE IN CONDIZIONI DI DISAGIO (RM G3)			50.000,00	12,774,11		

Le situazioni di Povertà e di Disagio sociale rilevate dal Piano di Zona dell'area Distrettuale ASL RM H

Analisi del Distretto RM H1

Come si rileva anche per le annualità precedenti, secondo il Piano di Zona del 2014, per il Distretto RM H1 la problematica economica e i processi di esclusione sociale e di disagio manifesto riguardano trasversalmente differenti categorie di residenti, gli anziani, i disabili, gli immigrati. Prima di approfondire le differenti aree, in questa sezione ci si sofferma soprattutto sull'esclusione sociale causata dal disagio economico legato alla generale situazione di crisi nazionale. In particolare nel Distretto H1, oltre alle tre categorie suddette, secondo quanto rilevato nei Piani Sociali del 2012 e del 2013, una particolare condizione di esclusione riguarda la fascia di popolazione impiegata in lavori precari, le famiglie monoreddito e monoparentali, le famiglie alle prese con le rate del mutuo e le famiglie che si trovano a gestire le problematiche inerenti al divorzio o alla separazione.

Sempre le considerazioni di tipo qualitativo contenute nei Piani di Zona del Distretto, rilevano che benché gli interventi basati sul sostegno economico, costituiscono un aiuto per le famiglie in difficoltà con le spese di prima necessità, tuttavia non riescono a rispondere a tutta la domanda sociale. La soluzione prospettata è quella di attivare percorsi di inserimento lavorativo nella prospettiva che tramite il lavoro si possa riconquistare anche l'inserimento sociale, oppure la misura del reddito minimo di inserimento o dei corsi di formazione.

Analisi del Distretto RM H2

Nel 2014 il Piano di Zona del Distretto RM H2 (riprendendo e ampliando quello del 2012), indicava l'area del disagio e dell'esclusione sociale come un'area di confine con molte altre aree, soprattutto perché l'esclusione sociale può essere sia collegata ad una patologia sanitaria vera e propria, sia ad una mancanza/scarsità di reddito.

Lo stesso documento del 2014 riporta alcuni dati relativi al numero di utenti di singole prestazioni di intervento sociale, che rientrano nell'Area del Disagio. La lettura della tabella sottostante fa emergere l'elevato numero di prestazioni sociali agevolate, ovvero i contributi economici, e il numero di borse lavoro.

Alcuni indicatori della condizione di Povertà e Disagio sociale nel Distretto RM H2 anno 2014 articolati per Comuni

AREA DISAGIO ED ESCLUSIONE SOCIALE								
COMUNI	N° adulti in borse lavoro, inserimenti lavorativi attivati	N° prestazioni sociali agevolate /borse lavoro	N° prestazioni sociali agevolate /borse lavoro per tossicodipendenti	N° prestazioni sociali agevolate/borse lavoro ex detenuti	N° prestazioni sociali agevolate per disagio economico	N° senza fissa dimora	N° prestazioni sociali agevolate per ragazze madri	Altro (inserim. in centri di accoglienza)
Albano Laziale	6	0	2	1	1061	12	15	0
Ariccia	14	33	2	8	189	2	8	0
Castel Gandolfo	7	0	1	0	65	2	0	0
Genzano di Roma	42	124	0	0	360	2	11	2
Lanuvio	16	0	1	8	0	1	0	0
Nemi	3	21	0	1	17	3	1	0
Distretto RMH2	88	178	6	18	1692	18	35	2

(Elaborazione dati su fonte Servizi sociali comunali del Distretto)

Anche i dati riguardanti l'utenza che accede ai servizi territoriali ASL delle "dipendenze", rilevano un progressivo aumento dell'accesso a questi servizi pari al +24% nell'ultimo anno. Inoltre sembra che il fenomeno riguarda per lo più uomini, molti stranieri, giovani, di 33,3 anni di media, che abusano in percentuale molto alta (51%) di oppiacei e di alcool (30%). Anche in questo caso si afferma la difficoltà nel fornire risposte a tutta la domanda intercettata.

Analisi del Distretto RM H3

Il Piano di Zona del Distretto RM H3 relativo al 2012 individuava le fasce sociali maggiormente esposte al rischio di emarginazione. Esse erano i senza dimora, gli sfrattati, le persone con disagio psichico e/o fisico, i cassa integrati o licenziati, le donne sole, gli immigrati, gli ex-detenuti, tossicodipendenti ed ex tossicodipendenti. Nei successivi anni 2013 e 2014 la situazione sembra essersi complicata nella direzione di un generale aumento delle situazioni di disagio sociale manifesto, coinvolgendo inoltre le persone con un basso reddito da lavoro, le donne maltrattate o vittime di tratta e violenza, e varie situazioni all'interno dei nuclei familiari multiproblematici.

Un elemento preoccupante è la considerazione (contenuta nel Piano del 2014) che se da una parte un'occupazione lavorativa equa rappresenterebbe per molti utenti a rischio di esclusione sociale la soluzione migliore, tuttavia dall'altra parte il clima generale di crisi sembra riflettersi in forme di diffidenza verso le persone fragili, che vengono viste come "privilegiate" perché beneficiarie di prestazioni *ad hoc*, sviluppando una sorta di "guerra tra poveri", che rende molto impegnativo il lavoro sociale.

Passando invece a considerare il tema della Dipendenza da sostanza, il Piano del 2013 del Distretto RM H3 ricorda che la collaborazione tra Enti Locali e servizio ASL competente ha radici decennali. Si è strutturato nel tempo un protocollo di collaborazione che vede gli operatori dei Comuni in stretta sinergia con gli operatori del Ser.T. specialmente per quanto riguarda il percorso di riabilitazione sociale. Si lavora insieme per la strutturazione di progetti personalizzati che puntano, ove possibile all'autonomia della persona. Dallo scambio tra operatori ma soprattutto dalla collaborazione sono emersi i bisogni relativi a *Riduzione del danno, Prevenzione e Reinserimento lavorativo*. Si tratta di bisogni-interventi che, negli ultimi tempi, sembrano essersi acuiti, senza una effettiva modifica nelle risposte offerte.

Analisi del Distretto RM H4

I tre Piani di Zona del Distretto RM H4 non danno molte informazioni di tipo qualitativo relative alle condizioni di Povertà e di Disagio presenti nel territorio. Le analisi contenute nei Piani del 2012, 2013 e 2014, fanno riferimento, genericamente all'utenza con disagio psichico, agli immigrati e anche ai tossicodipendenti, come le categorie maggiormente esposte al rischio di esclusione.

Il Distretto ha comunque attivato un Tavolo tematico, di cui fanno parte i Servizi sociali e sanitari e le Organizzazioni che operano con persone con disagio psichico, tossicodipendenza, e gli immigrati. Come verrà detto nell'Area dedicata, il Tavolo ha proposto la realizzazione di un progetto di sostegno all'abitare denominato "In autonomia" per pazienti del DSM.

Analisi del Distretto RM H5

Già il Piano del 2012 del Distretto RM H5 registrava l'incremento delle situazioni di povertà e di disagio economico, che aveva generato situazioni di emergenza sociale. Testimonianza ne era il sempre maggiore numero di persone che si rivolgevano alle Parrocchie o realtà associative strutturate sul territorio (come la Caritas, la Croce Rossa o il Centro di aiuto alla vita) per ottenere

aiuti materiali come pacchi alimentari, vestiario, etc.. Dall'anno 2006, con l'adesione all'Associazione Banco Alimentare Onlus, anche il Comune di Velletri, avvalendosi della collaborazione della locale Protezione Civile, ha offerto un servizio di distribuzione di prodotti alimentari a favore di cittadini residenti che versano in condizioni di disagio economico: nel corso dell'anno 2013 al Comune sono pervenute 98 richieste di prodotti alimentari, venti in più dell'anno precedente (informazione contenuta nel Piano del 2014).

L'intervento contro la Povertà e il Disagio sociale promosso dal Distretto, e indicato nel Piano di Zona del 2013, ha puntato alla individuazione di *target* di popolazione più a rischio sui quali intervenire stimolando l'attivazione delle risorse personali. Le attività sociali hanno riguardato residenti che avevano perso il lavoro, oppure a capo di famiglie monoparentali, o chi avesse solo lavori temporanei, o con basso titolo di studio, e gli immigrati. Anche in questo Distretto è stato evidenziato come l'occupazione non è detto che sia, di per sé, fattore di inclusione sociale.

Per quanti si sono trovati nella condizione della perdita del proprio alloggio, nell'ambito del territorio del Comune di Velletri una significativa risposta è stata data dal *Servizio di accoglienza notturna* gestita in convenzione con l'Associazione S. Girolamo Emiliani presso i locali della Parrocchia di S. Martino. Nel 2013 inoltre la stessa Associazione ha erogato il servizio di mensa sociale a favore di 30 persone (non solo utenti del Distretto): i dati relativi al 2013 contano 8.935 pasti serviti con un trend che oscilla tra 624 pasti del mese di febbraio a 840 pasti del mese di Aprile, mentre il numero di persone in accoglienza notturna sono state 4.

Il Piano di Zona del 2012 (ripreso nel 2013) del Distretto RM H5, pur rimandando al "Piano per le Dipendenze" che annualmente viene presentato dal Distretto Socio-sanitario, riferisce che nel Distretto RM H5 le dipendenze patologiche e le problematiche ad esse connesse continuano ad essere presenti, anche se nel corso degli ultimi anni si è assistito a un cambiamento della tipologia dei pazienti del Ser.T distrettuale. È aumentato il numero degli utenti con più forme di dipendenza, e l'età dei nuovi utenti è sempre più bassa. È emerso, accanto alla presenza di persone affette da dipendenza da oppiacei, un significativo incremento di nuovi utenti che abusano di cocaina e alcool con complicità spesso di natura psichiatrica. Nel 2014 si è notata l'emersione della dipendenza da gioco, fenomeno complesso poco conosciuto nella sua effettiva rilevanza nel territorio distrettuale.

Il tema della dipendenza da sostanze sembra essere particolarmente rilevante per le persone straniere che risultano, in molti casi, essere privi di una occupazione lavorativa stabile e di una dimora idonea. Ciò rende difficile implementare un progetto di intervento.

Inoltre, come già accennato, sembra esserci la necessità di porre particolare attenzione al disagio giovanile soprattutto con interventi di prevenzione.

Analisi del Distretto RM H6

Secondo il Piano Sociale di Zona del 2014 per il Distretto RM H6, una stima del disagio sociale è data dall'analisi dei dati relativi alle aree della Tossicodipendenza e del disagio mentale e dei Servizi Sociali.

I soggetti presi in carico dal Ser.T. nel 2013 sono stati complessivamente 381 tra tossicodipendenti e persone con problemi alcol correlati, di questi 51 si sono rivolti al servizio per la prima volta. Una buona parte di questi (circa 40%) sono sottoccupati, disoccupati o inoccupati e circa il 15% presenta o ha presentato in passato problemi di tipo giudiziario.

Anche in questo territorio, da alcuni anni iniziano a rivolgersi al servizio persone con problemi legati al gioco compulsivo: nel 2013 il servizio ha aperto all'interno dell'Ospedale di Anzio un ambulatorio "dedicato" alla diagnosi, cura e riabilitazione del G.A.P..

Si registra un numero sempre crescente di consumatori primari di cocaina che abusano anche di alcool e di soggetti che associano all'uso primario di eroina, quello della cocaina. Il fenomeno della poliassunzione è sempre più presente, in particolare tra i giovani e giovanissimi. Infatti un dato importante che il servizio ha rilevato è l'aumento, che si verifica ormai già da diversi anni, di soggetti giovani che abusano di sostanze (prevalentemente cocaina, alcol e droghe sintetiche) e che presentano una patologia importante di tipo psichiatrico. Aumentano inoltre tra gli utenti gli stranieri che fanno uso di alcool ed eroina. La maggioranza sono di nazionalità indiana, bulgara e romena che hanno sostituito ormai da diversi anni gli utenti nord africani e, al contrario di quest'ultimi, sono più integrati nel tessuto sociale.

Una criticità presente nei programmi terapeutici riabilitativi svolti ambulatorialmente è legata alle precarie condizioni economiche e all'assenza di un contesto socio-familiare che sostenga nel percorso di cura.

L'utenza rilevata nell'area Distrettuale

Non sono molte le informazioni contenute nei Piani Sociali che consentono di avere un quadro comparativo adeguato per alcune considerazioni. La Tabella sottostante raccoglie i numeri relativi agli utenti presenti nei singoli Progetti di intervento di lotta alla Povertà e al Disagio sociale.

Numero degli utenti dei progetti relativi a "Povertà e Disagio sociale" inseriti nei Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM H

Progetti	Anni		
	2012	2013	2014
ASSISTENZA INTEGRATA NEI PERCORSI DI INSERIMENTO LAVORATIVO A PERSONE AFFETTE DA ALCOOLISMO E TOSSICODIPENDENZA (RM H2)	15		
CENTRO DI EMERGENZA SOCIALE "PUNTO DI INCONTRO" (RM H1)		27	198
CONTRASTO ALLA POVERTA (RM H4)			240
CONTRASTO ALLE DIPENDENZE - BUONA TERRA (RM H1)			400
CONTRASTO ALLE DIPENDENZE - GIRALANA-GIRALAVORO (RM H1)			400
PASSO DOPO PASSO (RM H3)	32	32	
REDDITO MINIMO DI INSERIMENTO (RM H1)	22	22	

Le poche informazioni raccolte nella Tabella precedente potrebbero non dare una misura adeguata della rilevanza del fenomeno nell'Area, tuttavia l'elenco dei progetti allegati o comunque descritti nei Piani evidenzia come l'area di contrasto ai fenomeni di deprivazione stia diventando critica nell'offerta di servizi a carattere territoriale.

Alcune informazioni di natura quantitativa sono contenute nei Piani. Nel 2012, ad esempio, sono state attivate circa 90 borse lavoro a fronte di una domanda complessiva di 150 nel Distretto RM H1, mentre per i corsi di formazione, è stato attivato un corso per assistenti familiari che ha visto presentare domanda di ammissione da quasi 60 persone.

Anche il Piano del 2014 del Distretto RM H5, fa presente che nel corso del 2012 sono pervenute al Comune di Velletri 517 domande di contributo economico finanziate con fondi comunali, a seguito della cui istruttoria sono state evase 468 richieste; sono inoltre pervenute 302 domande di contributo economico assistenziale finanziate con fondi regionali, che hanno sostenuto 258 cittadini (per un complessivo quindi di 726 richieste evase), alle quali si sono aggiunte 36 domande di contributo straordinario sulle 52 presentate. Al Comune di Lariano, dove non viene erogata assistenza economica diretta, è in aumento la richiesta di inserimenti lavorativi attraverso borse

lavoro e “servizio civico”: nel 2013, sono pervenute 163 domande, che hanno prodotto l’avvio di 47 Borse lavoro. Nelle stesso Comune, sembrano essere in aumento le richieste per riduzione delle bollette di Energia elettrica e Gas.

La funzione terapeutica dell’inserimento lavorativo, anche se come borse lavoro, è stata evidenziata in molte valutazioni circa il gradimento dei progetti; ad esempio nel Progetto “Ricomincio da me – Inclusione” del Distretto RM H3, lo strumento delle borse lavoro ha dimostrato di essere una esperienza gratificante e positiva che ha avuto un ruolo efficace per l’abbandono o la riduzione dell’abuso, mentre in altri casi è stato utile per rimettere in moto i meccanismi di socializzazione e ha avuto una funzione preventiva dell’ingresso nei circuiti della devianza.

Pareri negativi vengono espressi qualora, ad esempio nel Distretto RM H6 relativamente al Progetto “Contrasto alle Dipendenze - Riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo”, non si abbia continuità nell’intervento.

Per ciò che riguarda gli interventi economici e i contributi alloggiativi regionali, è emerso un problema relativo all’esiguità dei fondi, generalmente ritenuti insufficienti per far fronte alle situazioni problematiche degli utenti, a cui contribuisce negativamente l’eccessivo ritardo nell’erogazione del contributo, che ha comportato il peggioramento di alcune situazioni.

Elenco dei progetti dell’area Distrettuale ASL RM H contro la Povertà e il Disagio sociale

Anno 2012

ASSISTENZA INTEGRATA NEI PERCORSI DI INSERIMENTO LAVORATIVO A PERSONE AFFETTE DA
ALCOOLISMO E TOSSICODIPENDENZA (RM H1)
PASSO DOPO PASSO (RM H3)
REDDITO MINIMO DI INSERIMENTO (RM H1)

Anno 2013

ASSISTENZA INTEGRATA NEI PERCORSI DI INSERIMENTO LAVORATIVO A PERSONE AFFETTE DA
ALCOOLISMO E TOSSICODIPENDENZA (RM H1)
CENTRO DI EMERGENZA SOCIALE “PUNTO DI INCONTRO” (RM H1)
PASSO DOPO PASSO (RM H3)
REDDITO MINIMO DI INSERIMENTO (RM H1)

Anno 2014 (*)

C’È CHI DICE NO (RM H3)
CENTRO DI EMERGENZA SOCIALE “PUNTO DI INCONTRO” (RM H1)
CONTRASTO AL DISAGIO ABITATIVO (RM H1)
CONTRASTO AL DISAGIO ABITATIVO (RM H2)
CONTRASTO AL DISAGIO ABITATIVO (RM H3)
CONTRASTO AL DISAGIO ABITATIVO (RM H4)
CONTRASTO AL DISAGIO ABITATIVO (RM H6)
CONTRASTO ALLE DIPENDENZE - BUONA TERRA (RM H1)
CONTRASTO ALLE DIPENDENZE - GIRALANA-GIRALAVORO (RM H1)
CONTRASTO ALLE DIPENDENZE - BORSE LAVORO (RM H2)
CONTRASTO ALLE DIPENDENZE - SE DIPENDESSIMO DA NOI ????? (RM H2)
CONTRASTO ALLE DIPENDENZE – SOSTASCOLTO (RM H2)

CONTRASTO ALLE DIPENDENZE - «LA SCUOLA CHE INSEGNA LA SALUTE» AZIONE DI PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE COMPORTAMENTALI E DA SOSTANZE (RM H4)
CONTRASTO ALLE DIPENDENZE - RIABILITAZIONE E REINSERIMENTO SOCIALE E LAVORATIVO (RM H4)
CONTRASTO ALLE DIPENDENZE - RIABILITAZIONE E REINSERIMENTO SOCIALE E LAVORATIVO (RM H6)
CONTRASTO ALLE DIPENDENZE - PREVENZIONE (RM H6)
CONTRASTO ALLA POVERTA' (RM H1)
CONTRASTO ALLA POVERTA' (RM H2)
CONTRASTO ALLA POVERTA' (RM H4)
CONTRASTO ALLE POVERTÀ - INTERVENTI DI SOSTEGNO ECONOMICO PERCORSI VOLTI AD UN POSSIBILE REINSERIMENTO LAVORATIVO (RM H6)
CONTRASTO ALLE POVERTÀ - INTERVENTI DI SOSTEGNO ECONOMICO (RM H6)
CONTRIBUTI PER IL SODDISFACIMENTO DEI BISOGNI PRIMARI (RM H3)
INTEGRAZIONE MISURA 6.1 – CONTRASTO ALLE POVERTA' (RM H2)
PASSO DOPO PASSO (RM H3)
RICOMINCIO DA ME – FORMAZIONE (RM H3)
RICOMINCIO DA ME – INCLUSIONE (RM H3)

(*) Progettualità del Distretto RM H5 non disponibili.

Finanziamento stanziato e Quadro economico relativo

La Tabella sottostante mostra l'andamento delle richieste di finanziamento all'Ente regionale. Si tratta di una richiesta costante, che ha subito nel tempo un lieve incremento soprattutto nella tipologia di servizi attivati, con un notevole impegno di cofinanziamento da parte dei Comuni soprattutto nell'anno 2014, annualità in cui, come è noto, sono confluite tutte le misure e gli interventi non solo quelli finanziati a livello regionale.

Gli impegni finanziari richiesti nei Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM H e relativi ai progetti contro la Povertà e il Disagio sociale

Progetti	Anni					
	2012		2013		2014	
	Totale	cofinanziamento	Totale	cofinanziamento	Totale	cofinanziamento
ASSISTENZA INTEGRATA NEI PERCORSI DI INSERIMENTO LAVORATIVO A PERSONE AFFETTE DA ALCOOLISMO E TOSSICODIPENDENZA (RM H1)	50.400,00	2.400,00	50.400,00	2.400,00		
C'È CHI DICE NO (RM H3)					13.050,00	3.050,00
CENTRO DI EMERGENZA SOCIALE "PUNTO DI INCONTRO" (RM H1)			112.368,00	12.368,00	112.368,00	12.368,00
CONTRASTO AL DISAGIO ABITATIVO (RM H1)					466.479,00	30.000,00
CONTRASTO AL DISAGIO ABITATIVO (RM H2)					248.883,50	
CONTRASTO AL DISAGIO ABITATIVO (RM H3)					355.685,00	3.550,00
CONTRASTO AL DISAGIO ABITATIVO (RM H4)					218.622,00	18.000,00
CONTRASTO AL DISAGIO ABITATIVO (RM H6)					454.834,00	
CONTRASTO ALLA POVERTA' (RM H1)					167.177,00	30.000,00
CONTRASTO ALLA POVERTA' (RM H2)					2.454,47	
CONTRASTO ALLA POVERTA' (RM H2)					154.309,47	2.454,47
CONTRASTO ALLA POVERTA' (RM H4)					148.086,00	
CONTRASTO ALLE DIPENDENZE - BUONA TERRA (RM H1)					44.468,35	35.000,00
CONTRASTO ALLE DIPENDENZE - BORSE LAVORO (RM H2)					7.400,00	
CONTRASTO ALLE DIPENDENZE - «LA SCUOLA CHE INSEGNA LA SALUTE» AZIONE DI PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE COMPORTAMENTALI E DA SOSTANZE (RM H4)					7.400,00	

CONTRASTO ALLE DIPENDENZE - GIRALANA- GIRALAVORO (RM H1)					87.136,00	35.000,00
CONTRASTO ALLE DIPENDENZE - SE DIPENDESSIMO DA NOI ???? (RM H2)					36.123,89	
CONTRASTO ALLE DIPENDENZE – SOSTASCOLTO (RM H2)					25.407,53	
CONTRASTO ALLE DIPENDENZE - RIABILITAZIONE E REINSERIMENTO SOCIALE E LAVORATIVO (RM H4)					50.012,65	2.200,00
CONTRASTO ALLE DIPENDENZE - RIABILITAZIONE E REINSERIMENTO SOCIALE E LAVORATIVO (RM H6)					51.163,00	1.163,00
CONTRASTO ALLE DIPENDENZE - PREVENZIONE (RM H6)					15.250,99	672,48
CONTRASTO ALLE POVERTÀ - INTERVENTI DI SOSTEGNO ECONOMICO (RM H6)					89.617,00	
CONTRASTO ALLE POVERTÀ - INTERVENTI DI SOSTEGNO ECONOMICO PERCORSI VOLTATI AD UN POSSIBILE REINSERIMENTO LAVORATIVO (RM H6)					50.000,00	
CONTRIBUTI PER IL SODDISFACIMENTO DEI BISOGNI PRIMARI (RM H3)					114.319,00	3.550,00
PASSO DOPO PASSO (RM H3)	40.000,00	10.000,00	63.000,00	3.000,00	109.850,00	2.850,00
REDDITO MINIMO DI INSERIMENTO (RM H1)	54.860,00		54.860,00			
RICOMINCIO DA ME – FORMAZIONE (RM H3)					25.600,00	5.600,00
RICOMINCIO DA ME – INCLUSIONE (RM H3)					27.199,17	3.050,00

4.2 Analisi dei bisogni relativi all'area "Immigrazione e Inclusione sociale"

L'aspetto principale dell'analisi sul fenomeno immigratorio nei Distretti della provincia di Roma, soprattutto per le annualità 2012 e 2013, è la tendenza a far rientrare i cittadini stranieri nella più generale utenza dei servizi sociali e socio-sanitari. In questa parte del Rapporto viene presentata la progettazione specifica e non quella generale. Con altre parole, i Piani di Zona di molti territori chiariscono che, ad esempio, l'Assistenza Domiciliare per Disabili stranieri o gli interventi per il sostegno dei nuclei familiari di stranieri, sono riportati rispettivamente nell'area Disabili e nell'Area Minori e Famiglia.

Tuttavia tutti i Distretti analizzati (per la verità tranne il Distretto RM D1 per il quale manca la parte di analisi in tutti e tre i Piani di Zona) esplicitano chiaramente come negli ultimi 10 anni l'utenza dei servizi si sia notevolmente modificata, assecondando le variazioni nel quadro socio-demografico, grazie alla presenza di cittadini di nazionalità non italiana, in particolare di nuclei con figli minori.

Si tratta infatti di percorsi di insediamento oramai di tipo stabile, che riguardano nuclei familiari con evidenti riflessi soprattutto sugli istituti scolastici e in generale sui servizi sanitari, ma anche il Servizio Sociale per problematiche legate alle norme sul soggiorno, all'accesso ai servizi e alla tutela.

Pur essendo il territorio fortemente interessato dal fenomeno dell'immigrazione, non sono stati attivati servizi dedicati agli immigrati che rispondano ai loro bisogni specifici, a parte qualche sporadica iniziativa in alcuni Distretti. Gli unici Progetti elaborati dai Distretti riguardano principalmente la *Mediazione interculturale* nei Servizi stessi (in particolare quelli di carattere sanitario) e nella Scuola, o l'*Orientamento e l'Accompagnamento in percorsi di inserimento socio-occupazionale*.

I Bisogni degli Immigrati rilevati dai Piani di Zona del Distretto RM D1

Analisi del Distretto RM D1

Non disponibile

Numero degli utenti dei progetti relativi all'immigrazione inseriti nei Piani di Zona del Distretto RM D1

Progetti	anni		
	2012	2013	2014
Progetti in favore della popolazione immigrata (RM D1)	20		

Elenco dei progetti del Distretto RM D1 per Immigrati

Anno 2012

Progetti in favore della popolazione immigrata (RM D1)

Finanziamento stanziato e Quadro economico relativo

Gli impegni finanziari richiesti nei Piani di Zona del Distretto RM D1 e relativi ai progetti per gli immigrati

Progetti	Anni					
	2012		2013		2014	
	Totale	cofinanziamento	Totale	cofinanziamento	Totale	cofinanziamento
Progetti in favore della popolazione immigrata (RM D1)	32.451,00					

I Bisogni degli Immigrati rilevati dai Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM F

Analisi del Distretto RM F1

I cittadini stranieri residenti nel Distretto RM F1 stanno assumendo un'importanza sempre più crescente secondo il Piano dei Zona del 2012, sia in numerosità rispetto alla popolazione residente, sia per la rappresentanza delle varie nazionalità presenti sul territorio. La loro integrazione rappresenta, ormai da diversi anni, un settore di intervento sociale su cui i Comuni del territorio hanno dedicato impegno e risorse crescenti. Sempre più frequentemente, inoltre, i Servizi Sociali Comunali si sono trovati a dover fronteggiare situazioni di emergenza, come la presenza di minori stranieri non accompagnati, impegnando risorse economiche nel settore.

L'area di maggiore intervento del Piano Sociale di Zona del Distretto è quella relativa all'accesso, fruizione e relazione con il mondo della scuola e quindi rivolta in particolare ai minori e alle loro famiglie, con azioni che riguardano gli operatori educativi e l'integrazione degli interventi in rete.

Analisi del Distretto RM F2

La presenza di cittadini stranieri nell'area è un fenomeno oramai acquisito secondo il Piano di Zona del 2012 e quello del 2013, tuttavia non è scevro da problematiche. In particolare a fianco di una popolazione straniera con alti livelli di integrazione, c'è un'altra quota che si colloca nell'area della marginalità anche perché non presenta una rete familiare di supporto. Le situazioni in cui versa la componente marginale fanno emergere difficoltà di integrazione sociale legate principalmente alla lingua e alla cultura, al punto che, qualora si presentino difficoltà attinenti la salute, i servizi non riescono ad intervenire in maniera adeguata.

Anche la condizione dei numerosi minori stranieri continua ad avere aspetti di problematicità. Nelle scuole del Distretto si registra una forte presenza di bambini immigrati nella scuola dell'infanzia e in quella dell'obbligo, mentre nella scuola superiore tale presenza scende notevolmente spesso perché i ragazzi stranieri si inseriscono precocemente nel mondo del lavoro.

Analisi del Distretto RM F3

I bisogni espressi dagli immigrati e presentati nel Piano di Zona del 2012 (ripresi in quello del 2013) del Distretto RM F3 sembrano essere fondamentalmente due: anzitutto quelli relativi alla ricerca abitativa, e poi quelli relativi alla regolarizzazione della posizioni relative al soggiorno.

Ma il Piano rileva anche un forte bisogno di politiche strutturate dell'accoglienza e dell'educazione interculturale.

Nel Distretto il fenomeno dell'immigrazione sembra essersi sostanzialmente stabilizzato anche grazie alla tendenza alla stanzialità degli stranieri presenti, molto spesso condotti sul territorio dall'opportunità di lavori di manovalanza edilizia ed agricola e dalla possibilità, vista la capacità di accoglienza dei piccoli centri abitati, di ricongiungimento familiare e di inserimento dei minori, dato confermato da una presenza scolastica in aumento.

Anche se a livello generale il clima sociale del Distretto appare improntato alla convivenza pacifica, si dà atto che si sono verificati episodi di intemperanza e conflittualità sia da parte dei residenti italiani sia da quella degli stranieri: tuttavia il fenomeno riguarda isolati casi. I paesi di provenienza degli stranieri sono prevalentemente cinque: Romania, Albania, Polonia, Ucraina e

Moldavia; ma si sta assistendo ad un significativo incremento di persone immigrate dall'America Latina (Ecuador, Colombia, Perù e Argentina).

La tendenza all'aumento dei minori stranieri ha suggerito di inserire nei Piani strategie volte a favorire il processo d'inclusione sociale che, a partire proprio dal coinvolgimento del target minorile, riuscissero anche a sensibilizzare le famiglie negli ambiti culturale e sociale. Tali azioni hanno potuto avvalersi di progettualità condivise tra Enti locali e Organismi di Terzo settore, anche grazie a finanziamenti della Provincia di Roma.

Analisi del Distretto RM F4

La popolazione del Distretto RM F4 è caratterizzata da una considerevole presenza di cittadini di nazionalità straniera: al 1 gennaio 2011, i residenti stranieri erano 15.367 e rappresentavano il 14% della popolazione totale, valore significativamente più consistente di quello registrato nell'intero territorio provinciale (la cui percentuale è al di sotto del 10%). Ma la tendenza alla stabilizzazione degli immigrati nell'area, sembra destinata ad aumentare, secondo il Piano di Zona del 2013. Il territorio infatti dimostra una capacità attrattiva nei confronti degli stranieri uguale a quella esercitata dal capoluogo provinciale: dal 2008 si registra una tendenza all'aumento più alta nell'*hinterland* romano. Unici comuni che subiscono una perdita di popolazione straniera sono Filacciano (-13,3%) e Torrita Tiberina (-3,2%), mentre il Comune che conta nel Distretto il maggior numero di stranieri è Campagnano di Roma, con 1.681 unità, seguito da Formello (1.510) e Fiano Romano (1.494). In termini percentuali è Civitella San Paolo che misura l'incidenza relativa più alta (18,4%), subito prima Ponzano Romano (17,1%), Magliano Romano (16,7%) e Sacrofano (16,6%). I minori stranieri sono 2.758 e rappresentano una parte significativa dell'insieme dei minori residenti (pari al 13,5% sul totale dei minori).

La presenza significativa dei minori, così come la composizione bilanciata tra uomini e donne, sono due indicatori demografici significativi di radicamento territoriale e di integrazione della popolazione straniera immigrata, in quanto esito di un processo di ricongiungimento oppure della formazione di una famiglia in Italia, e denotano generalmente la trasformazione del progetto migratorio da transitorio a lungo termine.

Delle comunità straniere presenti sull'intero territorio distrettuale, quella prevalente è indubbiamente la comunità rumena con il 27,4% d'incidenza sulla popolazione straniera residente. Anche le altre comunità nazionali numericamente più cospicue sono tutte dell'Europa dell'est: Polonia, Albania, Moldava, Ucraina.

Elenco dei progetti dell'Area Distrettuale ASL RM F per Immigrati

Anno2012

PER L'ACCUDIMENTO DEI FIGLI DAI SEI MESI ALLA SCUOLA DELL'OBBLIGO (RM F2)

Gli impegni finanziari richiesti nei Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM F e relativi ai progetti per gli Immigrati

Progetti	Anni					
	2012		2013		2014	
	Totale	cofinanziamento	totale	cofinanziamento	Totale	cofinanziamento
SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE IMMIGRATE PER L'ACCUDIMENTO DEI FIGLI DAI SEI MESI ALLA SCUOLA DELL'OBBLIGO (RM F2)	20.379,00					

I Bisogni degli Immigrati rilevati dai Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM G

Analisi del Distretto RM G1

Il Piano di Zona del 2012 del Distretto RM G1, facendo riferimento al Tavolo di progettazione, presenta alcune analisi relative alla condizione sociale e ai bisogni della popolazione immigrata. In particolare, secondo il Piano, due sono gli ambiti di azione principale: i minori e le donne. Riguardo alla tutela dei bambini e degli adolescenti, il documento considera importante garantire i diritti fondamentali che riguardano l'inserimento scolastico e la partecipazione alla vita extrascolastica. Per le donne, e in particolare quelle impegnate in attività lavorative con un lungo orario giornaliero, sarebbe opportuno creare spazi integrati di accoglienza diurna per i minori come centri diurni o centri ricreativi ed interventi per il sostegno nelle attività scolastiche.

Una funzione importante nel campo dei servizi ai migranti è stata assunta sia dal Segretariato Sociale sia dal PUA (Punto Unico di Accesso) che insieme agli altri Servizi Sociali comunali e agli Organismi di Terzo settore, stanno presidiando gli interventi per i bisogni più urgenti che la popolazione immigrata manifesta, in particolare per le questioni relative ai permessi di soggiorno, all'assistenza sociale, la tutela dei diritti alla salute, e in generale l'accompagnamento alla esigibilità dei diritti individuali. Un'altra area di intervento considerata riguarda la valorizzazione delle diversità culturali, con l'organizzazione di momenti di conoscenza, incontro, festa, scambio inter-culturale.

Analisi del Distretto RM G2

Secondo il Piano Sociale del Distretto RM G2 del 2012 (ripreso nel 2013 e in parte anche nel 2014) il territorio è stato fortemente interessato dal fenomeno dell'immigrazione ma, a parte qualche sporadica iniziativa in alcuni dei Comuni del Distretto, non sono stati attivati servizi dedicati ai bisogni specifici degli immigrati. Il Piano denuncia una situazione grave: la maggior parte degli stranieri nel territorio vive in condizioni disagiate sia perché è difficile l'integrazione con la popolazione residente, sia per le condizioni di vita e le carenze strutturali ed igienico – sanitarie dei loro alloggi. Entrambe le situazioni condizionano in maniera pesante i comportamenti sociali, soprattutto quelli dei minori nei confronti del gruppo dei pari.

Un primo importante passo avanti c'è stato con l'apertura, nel territorio del Comune di Guidonia, di una sede del Centro Servizi per l'Immigrazione per l'intero Distretto; sono stati, inoltre, realizzati due progetti finanziati dalla Regione Lazio nell'ambito del Piano provinciale di attuazione di interventi per la popolazione immigrata ai sensi del D.Lgs. 286/98. Infine, il Piano del 2014 auspica una collaborazione con la Banca del Tempo presente nel Comune di Guidonia, come spazio di scambio tra stranieri e popolazione autoctona.

Analisi del Distretto RM G3

Il Piano di Zona del 2012 fa presente che il Distretto RM G3 è stato protagonista di un aumento progressivo della componente immigrata nella popolazione, a causa di diversi fattori concomitanti, tra i quali: la vicinanza con la Capitale (luogo di forte attrazione per i flussi migratori a livello nazionale), 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 propri connazionali.

Si tratta di una realtà che non è sfuggita all’attenzione degli amministratori e delle diverse strutture territoriali e del Terzo settore. Problematica sembra essere però la gestione di un fenomeno che sfugge nella sua entità numerica reale e che si confonde mostrandosi in altre aree di disagio (minori stranieri nell’area minori, famiglie straniere nell’area minori e famiglia, disabili stranieri nell’area disabili, ecc.). In molti piccoli comuni del Distretto la presenza immigrata raggiunge percentuali piuttosto elevate rispetto alla popolazione residente, con la necessità di attivare interventi sociali di assistenza, di inclusione sociale, di mediazione sociale e di mediazione interculturale.

Molta risonanza nel territorio ha avuto lo sgombero, avvenuto durante l’estate del 2011, del campo sito nell’ex polveriera “Stacchini” a Tivoli Terme, nel quale trovavano rifugio non solo Rom, ma anche persone appartenenti a diverse nazionalità. Le problematiche alloggiative sollevate da tale intervento hanno evidenziato la scarsa disponibilità di case alloggio e di centri di accoglienza per persone immigrate non solo nel territorio del Distretto. In questo ambito un punto di riferimento è rappresentato dalla Caritas, che attraverso i propri Sportelli e il Centro di ascolto è riuscita ad intercettare un vasto numero di utenti. Così pure il Centro di Orientamento e Ascolto, secondo quanto riportato nel Piano di Zona del 2012, ha sostenuto gli stranieri non in regola con le norme sul soggiorno soprattutto nell’accesso ai servizi sanitari. Infine un’azione importante sarebbe possibile attraverso attività di mediazione culturale all’interno dei servizi della Pubblica Amministrazione, ma sembra ancora difficile da garantire.

Nell’ambito delle attività di natura sociale e culturale, nel Piano 2012 vengono indicate alcune ipotesi di intervento, di differente tipo:

- potenziare il *Centro Informa stranieri* da utilizzare come *Segretariato sociale* che possa effettuare una “presa in carico leggera” dell’utenza straniera;
- ampliare la disponibilità di case alloggio e centri di accoglienza per stranieri;
- rinforzare le azioni di sostegno e promozione delle comunità straniere;
- attivare progetti di microcredito che favoriscano l’autoimprenditorialità e la fuoriuscita da situazioni di emergenza;
- avviare un progetto di mediazione sociale sul territorio che coinvolga in particolar modo le fasce giovanili della popolazioni, facilmente esposte in episodi di bullismo;
- ampliare gli interventi di alfabetizzazione di italiano;
- incrementare il numero di mediatori culturali all’interno dei servizi della Pubblica Amministrazione;
- avviare progetti di sviluppo imprenditoriale mirati;
- organizzare corsi di formazione e aggiornamento per assistenti familiari;
- istituire il *Consigliere comunale per gli immigrati*, almeno nei comuni più grandi.

Analisi del Distretto RM G4

Secondo il Piano di Zona del 2013 del Distretto RM G4, i principali bisogni espressi dall’utenza straniera dei servizi socio-sanitari sono quelli relativi alla ricerca abitativa, alla consulenza per la regolarizzazione del soggiorno e all’area legale in genere. Sul territorio ormai la presenza straniera è diventata un elemento caratterizzante in forma stabile, non sempre scevro di fenomeni, sporadici, di intolleranza e di conflittualità.

Nel Piano del 2014, sono riportati i dati relativi alla componente straniera della popolazione rispetto al totale dei residenti, come indicati nella Tabella seguente.

Popolazione straniera residente nei Comuni del Distretto RM G4, al 31.12.2013

COMUNI	TOTALE POPOLAZIONE	IMMIGRATI RESIDENTI
AFFILE	1.563	42
AGOSTA	1.767	91
ANTICOLI CORRADO	968	88
ARCINAZZO ROMANO	1.455	51
ARSOLI	1.670	181
BELLEGRA	2.963	136
CAMERATA NUOVA	487	12
CANTERANO	401	20
CERVERA DI ROMA	503	26
CINETO ROMANO	676	88
JENNE	407	6
MARANO EQUO	825	80
OLEVANO ROMANO	6.914	580
RIOFREDDO	790	82
ROCCA CANTERANO	202	8
ROCCA SANTO STEFANO	1.040	82
ROIATE	768	11
ROVIANO	1.427	115
SUBIACO	9.406	660
VALLEPIETRA	308	6
VALLINFREDA	316	27
VIVARO ROMANO	197	8
POPOLAZIONE TOTALE	35.053	2.400

Come si vede dalla Tabella, anche se per l'intero distretto la percentuale di cittadini stranieri non raggiunge il 7% sul totale della popolazione residente, la presenza appare fortemente diffusa sul territorio ed in alcuni Comuni (come Cineto Roma, Arsoli e Riofreddo) il rapporto tra popolazione straniera e autoctona supera il 10%. Si conferma anche per questo territorio che i principali paesi di provenienza degli stranieri residenti sono, in ordine di importanza: Romania, Albania, Polonia, Ucraina e Moldavia. Si assiste ad un significativo incremento di persone immigrate dall'America Latina (Ecuador, Colombia, Perù e Argentina). L'ambito in cui la componente straniera della popolazione si rende più visibile è sicuramente quello scolastico in cui, secondo i dati riferiti al 2013, sono più di 120 i minori stranieri sotto i 13 anni.

Analisi del Distretto RM G5

Anche nel caso del Distretto RM G5, i Piani di Zona del 2012 e del 2013 evidenziano non il bisogno complessivo che rientra nell'utenza dei servizi in generale, ma piuttosto due aree che richiederebbero un intervento specifico. Anzitutto si è riscontrata l'esigenza di una costante e strutturata attività di mediazione interculturale visto l'elevato numero di richieste di cittadini stranieri agli sportelli di accesso al sistema locale dei servizi. L'altro aspetto riguarda il fenomeno dell'abbandono scolastico soprattutto dei minori di etnia Rom, segnalato dai Servizi Sociali anche sulla base dei risultati di alcuni progetti sociali. Infine, il Piano del 2014 sottolinea la necessità di un sostegno di mediazione socioculturale volto all'inserimento dei minori in ambito socio-sanitario e scolastico specialmente per i nuclei ricongiunti.

Analisi del Distretto RM G6

La criticità maggiore rilevata nel Piano 2012 per l'area immigrati, è quella di proseguire sulla strada dell'integrazione socio-culturale sulla quale già si era molto lavorato. Il Distretto è infatti da molto tempo interessato da flussi migratori che hanno riguardato sia la popolazione italiana (migrazioni interne) che i cittadini provenienti dall'estero, in particolare non comunitari, secondo percorsi di medio lungo periodo e inserimento definitivo.

Il totale degli stranieri residenti nel Distretto al 31.12.2012 è di 7.086 persone, in aumento rispetto all'anno precedente che registrava 6.764 migranti pari all'8% della popolazione totale. Inoltre considerando i due sub-ambiti, nei paesi di pianura, si registrano le maggiori percentuali di presenza, soprattutto nei Comuni di Labico e di Valmontone (rispettivamente la componente straniera è pari al 10% e al 13% della popolazione residente). Più della metà degli stranieri (63%) provengono dagli Stati dell'Unione Europea; il resto si suddivide tra altri Stati Europei (13%) non appartenenti all'Unione, Africa (14%), America (8%) e Asia (2%).

I bisogni sociali maggiormente espressi dai 113 utenti stranieri che hanno usufruito di interventi dei Servizi Sociali comunali, hanno riguardato contributi economici e l'esenzione dal servizio mensa e/o dal servizio trasporto sempre per difficoltà economiche.

Nella Tabella sottostante vengono riportati alcuni indicatori della condizione sociale dei migranti articolati per singolo Comune del Distretto.

Alcuni indicatori della condizione degli Immigrati nel Distretto RM G6 anno 2014 (v.a. e %)

AREA DI INTERVENTO	Indicatori	COMUNI									DISTRETTO RM G6
		ARTENA	CARPINETO ROMANO	COLLEFERRO	CAVIGNANO	GORGA	LABICO	MONTELANICO	SEGNI	VALMONTONE	
IMMIGRAZIONE	Immigrati che hanno usufruito di interventi da parte del Servizio Sociale Comunale (specificare quali servizi): SEGRETARIATO SOCIALE	100	15	150	6	2	18	3	0	np	294
	Immigrati seguiti dal Servizio Sociale Comunale in collaborazione con il DSM	0	0	0	0	0	2	0	0	np	2
	Immigrati seguiti dal Servizio Sociale Comunale in collaborazione con il Ser.T.	0	1	0	0	1	1	0	0	np	3
	Minori immigrati seguiti dal Servizio Sportello aiuto alla famiglia	1	0	0	0	0	1	0	1	np	3
	Utenti inviati al CSI	0	0	0	0	0	2	0	0	np	2
	Lista di attesa	0	0	0	0	0	0	0	0	np	0

Fonte: Osservatorio Sociale dell'Ufficio di Piano, su dati Uffici Politiche Sociali.

Come si vede dalla Tabella, è il Segretariato Sociale che raccoglie la maggior parte delle richieste di aiuto dei cittadini stranieri.

L'utenza rilevata nell'area Distrettuale

Pochi sono gli interventi progettati per gli stranieri nel Distretto e ancora meno le informazioni relative all'utenza. La Tabella sottostante riporta quelli disponibili che danno quindi una misura solo indicativa della domanda sociale.

Numero degli utenti dei progetti relativi all'Immigrazione inseriti nei Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM G

Progetti	Anni		
	2012	2013	2014
Interculturiamoci (RM G4)	160		
Conoscere, orientare, sostenere: dai bisogni ai servizi -6 (RM G5)	158		88
SIOL Servizio Integrato Orientamento al Lavoro per Migranti (RM G1)	24		

Elenco dei progetti dell'area Distrettuale ASL RM G per Immigrati

Anno 2012

INTERCULTURIAMOCI (RM G4)

CONOSCERE, ORIENTARE, SOSTENERE: DAI BISOGNI AI SERVIZI -6 (RM G5)

Anno 2013

CONOSCERE, ORIENTARE E SOSTENERE, DAI BISOGNI AI SERVIZI (RM G5)

SIOL SERVIZIO INTEGRATO ORIENTAMENTO AL LAVORO PER MIGRANTI (RM G1)

Anno 2014

CONOSCERE, ORIENTARE E SOSTENERE, DAI BISOGNI AI SERVIZI (RM G5)

Finanziamento stanziato e Quadro economico relativo

La Tabella sottostante mostra l'entità delle richieste di finanziamento all'Ente regionale nell'ambito dell'area "immigrazione". Si tratta di richieste sporadiche e relative a progetti specifici, con durata annuale. Si consideri, nella lettura, quanto riportato nel Piano di Zona del Distretto RM G5, in cui si dice che i progetti sugli immigrati presentano la criticità di veder coinvolti nei finanziamenti varie amministrazioni che hanno tempi di programmazione e di erogazione diversi che mal si conciliano con le esigenze urgenti degli stranieri.

Gli impegni finanziari richiesti nei Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM G e relativi ai progetti per gli Immigrati

Progetti	Anni					
	2012		2013		2014	
	Totale	cofinanziamento	Totale	cofinanziamento	Totale	cofinanziamento
Conoscere, orientare, sostenere: dai bisogni ai servizi -6 (RM G5)			15.000,00		16.000,00	
Interculturiamoci (RM G4)	17.073,00					
SIOL Servizio Integrato Orientamento al Lavoro per Migranti (RM G1)			31.489,54			

I Bisogni degli Immigrati rilevati dai Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM H

Analisi del Distretto RM H1

L'analisi svolta nel Piano di Zona del 2012 e poi ripreso nel 2013, evidenzia la presenza in crescita di cittadini immigrati. L'incidenza percentuale degli stranieri sulla popolazione è in media pari all'8%, con punte che raggiungono il 10,5% nel Comune di Monte Compatri e nel Comune di Colonna. La provenienza della popolazione straniera è assai eterogenea: cittadini provenienti dai paesi dall'Unione Europea con - in generale - alti gradi di integrazione, e persone neocomunitarie a carico delle quali si manifestano in genere, i più gravi problemi di emarginazione. Ad esempio i cittadini rumeni, nazionalità con maggior numero di presenze hanno generalmente costituito sul territorio nuclei famigliari misti o ricongiunti, e stabilito rapporti stabili con i residenti storici, però, permane un'altra categoria di cittadini rumeni completamente isolata dalla comunità locale, composta di uomini soli, che non vivono in centri abitati, e che mostrano difficoltà di integrazione.

I minori stranieri che rappresentano il 9,9% della fascia di popolazione tra 0 e 5 anni ed il 7% della popolazione scolastica minorile, mostrano in molti casi problemi di inserimento scolastico e di integrazione con gli altri compagni, per lo più per la poca conoscenza pregressa della lingua italiana.

Il Piano di Zona del 2012, come anche quello del 2014, indicano la necessità di mettere in atto iniziative volte in primo luogo a favorire l'inclusione degli stranieri e contemporaneamente a diffondere la cultura di accoglienza e dell'integrazione nella popolazione autoctona.

Analisi del Distretto RM H2

Il Piano del 2012, ripreso successivamente nel 2013, del Distretto RM H2 evidenzia come l'area immigrazione sia considerata all'interno di quella relativa ai Minori e Famiglia; lì peraltro viene sottolineato che l'immigrazione presente tende a strutturarsi in nuclei familiari con figli, secondo il consolidato processo di stabilizzazione.

Il Piano del 2014 evidenzia come nel Comune di Lanuvio e nel Comune di Nemi la percentuale di stranieri residenti sia molto superiore rispetto al dato distrettuale. Inoltre, come si noterà nell'Area Famiglia e Minori, la presenza dei minori stranieri rappresenta il 20,77% del totale della popolazione straniera (in particolare nel Comune di Lanuvio, dove superano il 22,18%). L'impegno assunto dalla programmazione sociale è quello di creare occasioni di scambio e di conoscenza tra cittadini provenienti da diverse culture.

Analisi del Distretto RM H3

Dalle informazioni raccolte nel Piano di Zona del 2013, gli immigrati residenti risultano per buona parte ben inseriti nella realtà territoriale, secondo un processo di integrazione spontaneo e rapido. Su questo processo il Piano di Zona del 2014 si pone alcuni interrogativi per definire meglio le difficoltà e i bisogni sociali specifici della componente straniera della popolazione sui quali sembra importante lavorare. Gli ambiti principali sono:

- la consulenza, l'orientamento, l'informazione: anche la popolazione immigrata locale residente da tempo, incontra spesso difficoltà ad orientarsi nel sistema dei servizi e nel sistema normativo italiano;

- la necessità di integrazione linguistica e culturale, finalizzata anche alla fruizione dei diritti di cittadinanza;
- le risposte alla generale situazione di disagio economico-sociale, che tocca anche i nuclei familiari stranieri;
- l'inserimento dei minori stranieri nella scuola, con particolare riguardo per le problematiche didattico-linguistiche.

Analisi del Distretto RM H4

Secondo il Piano 2014, la popolazione immigrata è notevolmente aumentata nel corso degli anni nei due Comuni del Distretto RM H4. Per tale motivo i Comuni e alcuni Organismi locali del Terzo settore hanno definito specifici Progetti di intervento (peraltro in parte finanziati dalla Provincia di Roma con i Bandi legati al D.lgs 286 del 1998 secondo quanto riferito nel Piano del 2013). Nel Comune di Pomezia è attivo uno *Sportello "Immigrazione"* che svolge attività di ascolto, informazione e sostegno ai migranti di tutto il Distretto.

L'iniziativa principale, rivolta a questa fascia di popolazione, avviata dai Comuni di Ardea e Pomezia in collaborazione con l'Associazione "Crea" e condivisa con il Ministero dell'Interno, è l'apertura di uno sportello di orientamento ai servizi territoriali con la presenza di mediatori culturali presso i Comuni, il Consultorio familiare e il PUA. Obiettivo di tale progettualità è dare informazioni e orientare gli utenti stranieri dei servizi territoriali anche all'interno delle scuole.

Analisi del Distretto RM H5

Nel Lazio l'immigrazione è ormai un fenomeno strutturale e radicato territorialmente: il Piano di Zona del 2013 (ripreso in quello del 2014) del Distretto RM H5 nota che sul territorio presenta specifici bisogni e necessità.

Anzitutto uno dei problemi principali sembra essere legato al disagio abitativo. L'altra urgenza indicata frequentemente è quella dell'occupazione, con tutte le problematiche ad essa correlate, come ad esempio: condizioni di lavoro non regolari, lavoro nero e sfruttamento.

Il Piano registra una richiesta crescente di servizi erogati dai Comuni da parte degli immigrati in regola che evidenzia un progressivo radicamento delle famiglie straniere nel tessuto sociale del territorio. Il maggior numero di richieste riguardano i contributi economici ad integrazione del reddito, il contributo alloggiativo, il sostegno per le spese scolastiche, la partecipazione ai centri estivi comunali. L'ambito dei minori viene individuato anche in questo territorio, il più importante per favorire processi di integrazione socio-culturale, in considerazione del costante e continuo aumento degli alunni stranieri frequentanti le scuole del Distretto. Per loro, già dall'anno scolastico 2006/2007, è stato avviato un progetto di sostegno linguistico di alfabetizzazione della lingua italiana in ottica transculturale (finanziato ai sensi del D.Lgs 286/'98) in modo da contrastare il rischio di dispersione.

Le comunità con maggiore presenza di popolazione nei due Comuni sono quelle romena, albanese e marocchina.

Analisi del Distretto RM H6

Secondo il Piano di Zona del 2014 nel Distretto RM H6 continua costante l'incremento della popolazione straniera residente. Il flusso migratorio è aumentato esponenzialmente negli anni: a Nettuno si è passati da una presenza di 1.308 stranieri nel 2005 a 4.421 presenti alla fine del 2013. Nel Comune di Anzio l'aumento della presenza di cittadini stranieri è ancora più evidente: da 2.752 nel 2005, a 8.059 al 31 dicembre 2013. Tra le nazionalità maggiormente rappresentate nei due Comuni risultano i cittadini romeni, bulgari, tunisini ed indiani. Nel Comune di Anzio, in particolare nella zona di Lavinio stazione, è radicata da anni una comunità di indiani molto

numerosa, ma si stanno insediando anche cittadini di nazionalità cinese ed ultimamente sono pervenute richieste di mediatori linguistici cinesi da parte di alcune scuole dell'infanzia. L'aumento delle famiglie straniere e dei minori stranieri che frequentano regolarmente le scuole, fanno pensare alla stabilizzazione delle famiglie nel territorio.

Oltre a dati demografici ufficiali è da tener presente l'esistenza di un numero consistente, sia pure non quantificabile, di cittadini stranieri privi di residenza anagrafica che vivono stabilmente nel territorio dei due comuni. Il Responsabile del servizio S.T.P. (stranieri temporaneamente presenti) dell'ASL RM H6, ha affermato che presso l'Ambulatorio si presenta un consistente numero di stranieri che richiedono prestazioni sanitarie come non residenti.

Dal punto di vista degli interventi specifici, nel Distretto sono attive due strutture, non finanziate con il Fondo Nazionale delle Politiche Sociali gestito dalla Regione Lazio. Si tratta del Centro di accoglienza "Don Orione" ad Anzio gestito dall'Associazione di Volontariato "Mov. Campidoglio" sostenuto principalmente dai volontari e dalla Parrocchia, e lo "Sportello" rivolto ai cittadini stranieri di Nettuno, anch'esso espressione del volontariato. Infine dal mese di maggio 2014, è in funzione nel Comune di Nettuno, un Centro di accoglienza gestito da un Consorzio di cooperative denominato "Casa della solidarietà", autorizzato dalla Prefettura di Roma per 79 cittadini stranieri richiedenti asilo.

L'utenza rilevata nell'area Distrettuale

Gli unici interventi che nei Piani di Zona dei Distretti considerati hanno indicato il numero degli utenti, sono quelli relativi ad interventi di mediazione, soprattutto in ambiente scolastico. La Tabella sottostante non rappresenta quindi un quadro esaustivo dell'interventi che vedono coinvolti cittadini stranieri, che, come già detto afferiscono alle specifiche Aree di intervento. Si sottolinea, come evidenziato nel Piano di Zona del 2014 del Distretto RM H4, la criticità (sollevata dagli insegnanti di alcune scuole del territorio) riguardante la mancanza di continuità nella programmazione: ad esempio per i progetti attivati nelle scuole medie ed elementari del territorio di mediazione linguistico-culturale ed i percorsi educativi di intercultura. Questi sono stati riconosciuti come una risorsa importante sia per gli insegnanti sia per le famiglie di bambini stranieri, in quanto facilitavano l'ingresso, l'accoglienza e l'integrazione degli alunni stranieri nelle scuole.

Numero degli utenti dei progetti relativi all'Immigrazione inseriti nei Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM H

Progetti	Anni		
	2012	2013	2014
Mediazione nelle scuole (RM H1)	300		

Elenco dei progetti dell'area Distrettuale ASL RM H per Immigrati

Anno 2012

MEDIAZIONE NELLE SCUOLE (RM H1)

Anno 2012

MONDO DI BABELE (RM H3)

Finanziamento stanziato e Quadro economico relativo

La Tabella sottostante mostra l'andamento delle richieste di finanziamento all'Ente regionale nell'ambito dell'area "immigrazione". Si tratta di richieste saltuarie relative a due specifici progetti che riguardano l'attività di Mediazione culturale nelle scuole volte all'integrazione scolastica dei minori stranieri.

Gli impegni finanziari richiesti nei Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM H e relativi ai progetti per gli Immigrati

Progetti	Anni					
	2012		2013		2014	
	Totale	cofinanziamento	Totale	cofinanziamento	Totale	cofinanziamento
MEDIAZIONE NELLE SCUOLE (RM H1)	23.105,92		23.105,92			
MONDO DI BABELE (RM H3)			27.674,64	900,00		

4.3 Analisi dei bisogni relativi all'area "Disabilità e Disagio mentale"

I Piani di Zona della provincia di Roma nelle parti che riguardano le persone con disabilità fisica, sensoriale e il disagio mentale, risultano essere spesso lacunose di dati e informazioni certe circa la presenza di persone con disabilità in un territorio specifico, a causa soprattutto della carenza di informazioni fornite dalle Aziende Sanitarie Locali. Tuttavia i Piani di Zona analizzati offrono una raccolta informativa interessante che evidenzia il bisogno di intervento nel settore, a motivo del carico di impegno che la gestione di una disabilità comporta per l'intero nucleo familiare, soprattutto se quest'ultimo è composto da persone anziane. Tale situazione renderebbe necessario il potenziamento dei servizi esistenti, in particolare quelli destinati alle categorie in difficoltà, l'avvio di interventi di residenzialità, di presidi sanitari a carattere locale per la riabilitazione, e inoltre la continuità di iniziative quali i soggiorni estivi e quelle a sollievo dei familiari della persona disabile. Sembra inoltre necessario potenziare i servizi specifici per la Disabilità Adulta.

In relazione all'utenza psichiatrica e, più generalmente alla tutela della salute mentale, sembrano esistere due criticità evidenti, una rappresentata, contrariamente a ciò che avviene per la disabilità fisica, dal pregiudizio diffuso verso questo tipo di disagio, e quindi di carattere culturale, l'altra fa riferimento al significativo incremento dell'utenza, dovuto anche all'aumento globale della popolazione.

Circa l'intervento, sempre a livello generale, si deve notare che i Distretti hanno negli anni presentato una quantità e una varietà molto ampia di Progetti in quest'area. In particolare si tratta di interventi di tipo domiciliare, come *l'assistenza a casa degli utenti*, residenziale, come le *case famiglia*, e di interventi economici, come *sussidi o contributi*. Tutti i Distretti analizzati operano in questa Area.

I Bisogni delle persone con Disabilità e Disagio mentale rilevati dai Piani di Zona del Distretto RM D1

I Piani di Zona analizzati non descrivono i particolari bisogni specifici delle persone disabili o con un disagio mentale presenti nel territorio del Distretto RM D1. Tuttavia gli stessi documenti, in tutte e tre le annualità riportano Progetti relativi all'area e per tale motivo sono stati qui inseriti.

L'utenza rilevata nell'area Distrettuale

A partire dai dati raccolti dai progetti che insistono sulla tematica della Disabilità e del Disagio mentale, la Tabella sottostante evidenzia l'andamento dell'utenza dei singoli Progetti di intervento. Pur non rappresentando un quadro completo, tuttavia questa può dare la misura dell'impegno progettuale del Distretto in questo ambito.

Numero degli utenti dei progetti relativi alla Disabilità e al Disagio mentale inseriti nei Piani di Zona del Distretto RM D1

Progetti	anni		
	2012	2013	2014
ASSISTENZA INDIRETTA A DISABILI PSICHICI	3	17	
CASA FAMIGLIA PER DISABILI GRAVI	4	4	4
CONTRIBUTI A DISAGIATI PSICHICI	22		
FONDI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA E PER IL SOLLIEVO AI MALATI DI ALZHEIMER ED ALLE LORO FAMIGLIE	20		
PISCINA PER DISABILI	20	28	24
PROGETTO DI ATTIVITÀ SPORTIVE E CULTURALI PER DISABILI			14
PROVVIDENZE PER SOGGETTI DISAGIATI PSICHICI			41
SOGGIORNI PER DISABILI GRAVI	30		

A parte le informazioni contenute nei Piani di Zona e relative agli utenti dei singoli progetti/servizi, dalle statistiche elaborate dal Segretariato Sociale risultano aumentate nell'anno 2014, rispetto al 2013, le richieste di sostegno alla disabilità (104 utenti in valore assoluto) e quelle di assistenza domiciliare (54 disabili), di servizi quindi che affrontano il problema dell'assistenza alle generazioni che stanno invecchiando con l'obiettivo di evitare l'ospedalizzazione.

Per i disabili, i bisogni rilevati sono: inserimento lavorativo, trasporto, cure mediche e assistenza domiciliare. Il Terzo settore, attraverso i lavori del Tavolo tematico, e le Organizzazioni Sindacali, in sede di concertazione, hanno fatto inoltre presente la necessità di dare continuità, in accordo con le disposizioni regionali, ad alcuni servizi già attivati sul territorio con i finanziamenti dei Piani di Zona degli anni precedenti, quali:

1. *Casa Famiglia Disabili Gravi*, chiedendone la trasformazione in *Insieme Dopo di Noi*;

2. *Pronto Intervento Sociale*, con previsione di un incremento dei fondi;
3. *Piscina per Disabili*, aumentando i giorni di accesso alla piscina.

Dal Tavolo tematico distrettuale sono emerse anche nuove proposte quali: prevedere la copertura dei costi delle due *Case per Disagiati Psicici* presenti sul territorio, prevedere un servizio di *Pasti a domicilio* e un progetto di *Inclusione lavorativa – Tirocini per utenti adulti disabili*.

Si deve inoltre tener presente che i *Fondi per la Non Autosufficienza e per il Sollievo dei Malati di Alzheimer e dei loro familiari*, sono qui compresi in quanto tipo di demenza, ma verranno anche riportati negli interventi dell'Area Anziani-Persone Anziane, come Progetto specifico per la terza età.

Passando a considerare il gradimento rilevato per alcuni servizi, si nota l'importanza di alcune progettualità. In particolare il servizio di *Assistenza Domiciliare per Disabili Gravi* è attentamente monitorato dai Servizi Sociali professionali del Comune e della ASL, e si è riscontrato un elevato livello di soddisfazione da parte degli utenti e delle loro famiglie. Giudizio analogo rispetto al gradimento della *Casa famiglia disabili gravi*. Per quanto riguarda il progetto *Piscina per disabili*, a seguito della somministrazione di un questionario, è stato riscontrato un alto livello di soddisfazione da parte di tutte le persone coinvolte (utenti, familiari e operatori), in particolare per il corso di nuoto.

Elenco dei progetti relativi ai Disabili e le Persone con Disagio mentale del Distretto RM D1

Anno 2012

ASSISTENZA INDIRETTA A DISABILI PSICHICI

CASA FAMIGLIA PER DISABILI GRAVI

CONTRIBUTI A DISAGIATI PSICHICI

FONDI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA E PER IL SOLLIEVO AI MALATI DI ALZHEIMER ED ALLE LORO FAMIGLIE

PISCINA PER DISABILI

SOGGIORNI PER DISABILI GRAVI

Anno 2013

ASSISTENZA DOMICILIARE DISABILI GRAVI

CASA FAMIGLIA DISABILI GRAVI

PISCINA PER DISABILI

Anno 2014

ASSISTENZA DOMICILIARE MULTIUTENZA

CASA FAMIGLIA DISABILI GRAVI

DIMISSIONI OSPEDALIERE PROTETTE

PISCINA PER DISABILI

PROGETTO DI ATTIVITÀ SPORTIVE E CULTURALI PER DISABILI

PROGRAMMI DI AIUTO ALLA PERSONA GESTITI IN FORMA INDIRETTA PER LA DISABILITÀ GRAVE

PROVVIDENZE PER SOGGETTI DISAGIATI PSICHICI

Finanziamento stanziato e Quadro economico relativo

La Tabella sottostante mostra l'andamento delle richieste di finanziamento all'Ente regionale. Si tratta di una richiesta costante, sia rispetto ai singoli progetti, sia nell'entità assegnata agli stessi. Si evidenzia che sia per il Progetto della *Casa Famiglia*, sia per i *Fondi dell'Autosufficienza* e dell'*Assistenza domiciliare* risulta una compartecipazione alle spese dell'Ente locale.

Gli impegni finanziari richiesti nei Piani di Zona del Distretto RM D1 e relativi ai progetti per i Disabili e le Persone con Disagio mentale

Progetti	Anni					
	2012		2013		2014	
	Totale	cofinanziamento	Totale	cofinanziamento	Totale	cofinanziamento
ASSISTENZA DOMICILIARE					25.000,00	
ASSISTENZA DOMICILIARE DISABILI GRAVI			300.000,00	150.000,00		
ASSISTENZA INDIRETTA A DISABILI PSICHICI	50.000,00					
CASA FAMIGLIA PER DISABILI GRAVI	240.000,00	140.000,00	240.000,00	140.000,00	360.000,00	240.000,00
CONTRIBUTI A DISAGIATI PSICHICI	35.562,45					
DIMISSIONI OSPEDALIERE PROTETTE					25.000,00	
FONDI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA E PER IL SOLLIEVO AI MALATI DI ALZHEIMER ED ALLE LORO FAMIGLIE	237.242,34	150.000,00				
PISCINA PER DISABILI	15.000,00		15.641,02		15.408,00	
PROGETTO DI ATTIVITÀ SPORTIVE E CULTURALI PER DISABILI					5.000,00	
PROGRAMMI DI AIUTO ALLA PERSONA GESTITI IN FORMA INDIRETTA PER LA DISABILITÀ GRAVE					235.648,36	150.000,00
PROVVIDENZE PER SOGGETTI DISAGIATI PSICHICI					72.512,77	
SOGGIORNI PER DISABILI GRAVI	26.000,00	20.000,00				

I Bisogni delle persone con Disabilità e Disagio mentale rilevati dai Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM F

Analisi del Distretto RM F1

Secondo il Piano di Zona del Distretto RM F1 redatto nel corso del 2012 e ripreso nel 2014, la disabilità è una condizione trasversale all'età e alle categorie sociali, che include i portatori di handicap tradizionalmente intesi, ovvero con handicap psico-fisico fin dalla nascita, quanti diventano disabili in seguito ad incidenti, malattie invalidanti o comportamenti a rischio, e gli individui affetti da patologie miste con componenti sia psichiatriche sia organiche. Nell'elaborazione di politiche sociali dirette ai disabili, il Piano non può prescindere dalle profonde differenze esistenti tra i disabili in grado di vivere una vita completamente indipendente ed autonoma e quelli che soffrono di gravi patologie, anche psichiche, nei cui confronti le famiglie di origine mantengono un ruolo determinante, e a vantaggio dei quali si rendono indispensabili forme di sostegno domiciliare di tipo socioassistenziale ed educativo.

Il principale intervento di sollievo a vantaggio delle famiglie, oltretutto del disabile stesso, sembra essere rappresentato dal servizio di *Assistenza domiciliare integrata*, realizzato ai sensi della Legge numero 162 del 1998. Ci sono poi altri servizi che rispondono a bisogni della popolazione disabile dell'area, in particolare i *Centri Diurni per Disabili* che, secondo quanto previsto dalla Legge numero 104 del 1992 e dalla Legge Regionale numero 38 del 1996, consistono in spazi strutturati in modo da favorire il processo di crescita e di integrazione sociale delle persone temporaneamente o permanentemente disabili. I Centri Diurni, proprio perché destinati al recupero delle capacità fisiche ed intellettuali residue, assolvono ad una funzione socio-educativa per il singolo individuo e, nel contempo, costituiscono un supporto determinante per le famiglie degli utenti.

Analisi del Distretto RM F2

Nell'ambito del disagio legato alle condizioni di handicap, il Piano di Zona del 2013 del Distretto RM F2 denuncia quanto sia difficile avere una esatta quantificazione del problema e delle sue caratteristiche, per la complessità del fenomeno, per le sue numerose articolazioni e per la mancanza di una base dati unitaria. Tuttavia, nelle tre annualità considerate sono riportati, in sintesi, i bisogni emergenti nell'area di interesse. Nell'anno 2012, sembra prevalente la necessità di una presa in carico più incisiva della disabilità grave, soprattutto quella caratterizzata da gravi disturbi comportamentali e dalla presenza nel nucleo di più disabili (2 o 3). A questa situazione si collega il mantenimento dei livelli di autonomia conseguiti in ambito scolastico ed il loro rafforzamento, senza dimenticare l'accoglienza residenziale per quei disabili che non possono più essere seguiti dai propri familiari. Nel 2013 in ambedue i Comuni, il principale bisogno sembra essere legato alla necessità di una maggiore integrazione scolastica, e per tale motivo uno dei servizi più importanti riguarda l'*Assistenza educativa scolastica*. Nel 2014 le criticità maggiori riguardano l'avvio di strutture per la residenzialità e la semi residenzialità: molti dei ragazzi disabili hanno genitori anziani oppure presentano patologie non gestibili in famiglia e per loro è indispensabile realizzare *Case-famiglia* dove possano andare a vivere autonomamente con il sostegno di operatori qualificati.

Nella linea dell'integrazione degli interventi, sociali e sanitari, il Piano del 2014 si impegna a lavorare per cercare di realizzare una Unità operativa stabile referente per l'area della disabilità adulta, composta da più figure professionali. Si tratta di una unità strategica in assenza della quale la rete dei progetti e dei servizi messa in campo potrebbe rischiare di non raggiungere i propri obiettivi, mancando un interlocutore multispecialistico che accompagni la famiglia nell'arco della vita adulta del disabile, supportandola nell'individuazione degli obiettivi evolutivi più adeguati e delle attività riabilitative più idonee.

Analisi del Distretto RM F3

Nel territorio del Distretto RM F3 il Piano di Zona del 2012 rileva un buon grado di integrazione sociale delle persone con disabilità, con handicap psico-fisico di vario grado, in parte dovuto alle strategie delle amministrazioni locali che da anni favoriscono le iniziative in questa area, dall'altro alla competenza del Terzo settore nel promuovere una cultura delle abilità diverse, in chiave innovativa e di partecipazione sociale.

Pertanto negli ultimi due anni si è aperto un ampio dibattito circa la qualità della vita delle persone con disabilità e sulle reali possibilità di fruizione di servizi offerti sul territorio, dibattito che ha trovato una sede istituzionale all'interno del Tavolo tematico. Come prima azione comune, si è proceduto ad una ricognizione quali-quantitativa che ha incluso una ricerca specifica sulla disabilità partendo dalla rilevazione dei dati in possesso dei Servizi Sociali di ciascun Comune e quelli dei servizi sanitari di competenza (in particolare CAD e TSMREE).

Le analisi svolte hanno messo in luce le due principali criticità relative alla disabilità: la rappresentatività numerica molto elevata dell'utenza e la complessità dell'universo analizzato, in relazione alle variabili di riferimento (gravità della patologia, età, situazione socio-ambientale presenza di rete, ecc.). Ne è conseguito l'impegno a studiare e mettere in atto strategie differenziate che prevedano una gamma di servizi/interventi integrati sulla base della progettazione e elaborazione dei P.A.I. (Piani di assistenza individualizzati). Inoltre si è rilevata già nel 2012 la necessità di dotare il Distretto RM F3 di un Presidio sanitario locale per la riabilitazione, e di dare continuità ai soggiorni estivi per persone con disabilità, già sperimentati a decorrere dal 2010 e previsti dalla DGR 501 del 2001.

In relazione all'utenza psichiatrica e, più generalmente alla tutela della salute mentale, sembrano essere evidenti due criticità: una rappresentata, contrariamente a ciò che avviene per l'handicap, dal pregiudizio diffuso verso il disagio mentale, l'altra dal significativo incremento del *target* nel Distretto. Se per contrastare le diverse forme di preclusione sono in atto strategie sociali *ad hoc* (es. *Progetto Integrazione disabili mentali lievi – CDR RM F3 DSM*) ed una stretta collaborazione con la Consulta dipartimentale per la salute mentale, per sostenere il cospicuo aumento dell'utenza le scelte da operare sono sicuramente strutturali.

Una problematica importante è quella dell'inserimento sociale e lavorativo dei soggetti affetti da patologie psichiatriche, anche se lievi e ben compensate, e delle persone con disabilità. Per questi utenti sono stati già attivati nel Distretto interventi atti a promuovere l'integrazione, soprattutto attraverso la corretta informazione e la realizzazione di eventi pubblici e *stage* ad utenza mista. Inoltre appare urgente diffondere la buona prassi, sperimentata dai Centri per l'impiego, del bilancio di competenze rivolto a persone con disabilità, al fine di progettare ingressi lavorativi mirati e forme di *tutoring*.

Analisi del Distretto RM F4

Come già messo in evidenza in altri territori, sulle informazioni socio-demografiche relative alla popolazione con disabilità pesa la carenza di informazioni fornite dalla Azienda Sanitaria Locale. Per tale motivo, il Piano di Zona del Distretto RM F4 nel 2012 evidenzia che i dati forniti non sono

del tutto rappresentativi della popolazione disabile residente, anche se frutto di una prima raccolta informativa effettuata dal Servizio Sociale Distrettuale e Comunale. Da un lato appare necessario un monitoraggio quantitativo e qualitativo degli interventi fruiti da ciascun utente, dall'altro un'indagine effettuata nel territorio rileva che le risorse e i servizi in esso presenti, in particolare quelli destinati alle categorie in difficoltà, non sono sufficienti e che le iniziative si presentano isolate e non collegate in rete. Si sottolinea, inoltre, l'assenza di interventi per la residenzialità.

Nel Piano del 2013 si dice che, in attesa dell'attuazione del Servizio Disabili Adulti della ASL RM F, per realizzare interventi in integrazione socio-sanitaria, è stata avviata l'Unità Valutativa Multidimensionale che, attraverso il Punto Unico di Accesso (PUA), istituito presso la sede ASL di Campagnano di Roma, collabora con l'Ufficio di Piano nella presa in carico dei soggetti.

Le prime esperienze condotte hanno portato ad allineare l'approccio del Distretto in materia di disabilità alle indicazioni dell'OMS attraverso "La Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute" (ICF), finalizzata a fornire un'ampia analisi dello stato di salute degli individui. In essa si pone in correlazione la salute dell'individuo con il suo ambiente e si arriva alla definizione di disabilità intesa come una condizione di salute in un ambiente sfavorevole. L'approccio innovativo della classificazione ICF è determinato:

- *dal descrivere lo stato di salute* delle persone in relazione ai loro ambiti esistenziali (sociale, familiare, lavorativo) per arrivare a cogliere le difficoltà che nel contesto socio-culturale di riferimento possono causare disabilità;
- *dall'approccio universale* secondo cui la disabilità non viene considerata un problema di un gruppo minoritario all'interno di una comunità, ma un'esperienza che tutti, nell'arco della vita, possono sperimentare.

Tale concetto di disabilità vuole quindi evidenziare non i *deficit* e gli handicap che rendono precarie le condizioni di vita delle persone, ma vuole prendere in esame un concetto di disabilità inserito in un *continuum multidimensionale*.

Secondo la letteratura a riguardo, ancora oggi è difficile stimare la presenza di persone con disabilità in un territorio specifico poiché la classificazione ICF, anche se considerata un ottimo strumento scientifico, trova difficoltà ad essere accolta, utilizzata e resa fruibile nei molteplici contesti sociosanitari. Inoltre, sulle relazioni demografiche relative alla popolazione con disabilità, pesano generalmente la carenza di informazioni fornite dalle Aziende Sanitarie Locali. Risulta pertanto evidente la difficoltà ad ottenere dati statistici attendibili che permettano di identificare più chiaramente il *target* di riferimento.

L'utenza rilevata nell'area Distrettuale

Pur non rappresentando un quadro esaustivo, la Tabella sottostante rappresenta un tentativo di descrivere i progetti dell'Area, a partire dai dati raccolti sull'utenza degli stessi. Nel caso studiato ci sono buoni elementi per valutare l'andamento dell'utenza dei singoli Progetti di intervento. Si consideri che la diminuzione e/o l'aumento del numero di utenti registrato potrebbe essere anche attribuito all'incremento (o decremento) delle disponibilità economiche del progetto stesso.

Numero degli utenti dei progetti relativi alla Disabilità e al Disagio mentale inseriti nei Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM F

Progetti	anni		
	2012	2013	2014
ALZHEIMER ED ANZIANI CON DETERIORAMENTO COGNITIVO-ASSISTENZA DOMICILIARE E CENTRO (RM F3)			27
ASSEGNI DI CURA (RM F1)			72
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA – ADI (RM F2)	32	32	
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA/STAR BENE A CASA (RM F2)			21
ASSISTENZA DOMICILIARE ED IN CENTRO A SOSTEGNO DELLA DISABILITÀ ADULTA, ATTRAVERSO INTERVENTI INDIVIDUALI IN FORMA INDIRECTA (RM F3)			48
SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOVRACOMUNALE (RM F3)	24		
CENTRI DIURNI SOCIO – RIABILITATIVI PER DISABILI ADULTI “I GRASOLI”(RM F1)	18	20	20
INTERVENTI A FAVORE DEI DISAGIATI PSICHICI (D.G.R. 155/2012) (RM F4)	24		
INTERVENTI DI AIUTO IN FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE – EX LEGGE NUMERO 162 DEL 1998 (RM F4)	17		
INTERVENTI DI SOSTEGNO AI DISABILI GRAVI, DISABILI INSERITI IN NUCLEI FAMILIARI MULTIPROBLEMATICI E MINORI PORTATORI DI BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI (RM F2)			60
INTERVENTI DI SOSTEGNO AI DISAGIATI PSICHICI (RM F1)	22		
INTERVENTI DI SOSTEGNO ALLA DISABILITÀ GRAVE E/O A DISABILI INSERITI IN NUCLEI FAMILIARI MULTIPROBLEMATICI (RM F2)	30	30	
INTERVENTI INDIVIDUALI A SOSTEGNO DELLA DISABILITA' ADULTA, IN FORMA INDIRECTA (RM F3)	40		
INTERVENTI PER DISAGIATI PSICHICI (RM F3)			14
ISTITUZIONE DEL SERVIZIO DI AIUTO ALLE PERSONE DISABILI IN SITUAZIONE DI GRAVITÀ (RM F1)	85		
ISTITUZIONE DELL'UNITÀ OPERATIVA TUTELE LEGALI, CURATELE E AMMINISTRAZIONI DI SOSTEGNO (RM F1)	62	62	
INTERVENTI LEGGE REGIONALE NUMERO 20/2006: ADI/STAR BENE A CASA E NELLA COMUNITA (RM F2)			41
PROGETTO ATTIVAMENTE (RM F2)	15	25	25
PROGETTO PER LA GESTIONE DEI TRE CENTRI DIURNI SOCIO-RIABILITATIVI PER DISABILI (RM F4)	48	48	
PROVVIDENZE PER SOGGETTI DISAGIATI PSICHICI (RM F1)			30
PSICHIATRIA - INTERVENTI A FAVORE DI SOGGETTI CON DISAGIO PSICHICO (RM F3)	86		
SERVIZIO A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE – ARTICOLO 3 COM. 3 L.104/92 (RM F1)			23
SERVIZIO CENTRI DIURNI SOCIO-RIABILITATIVI PER DISABILI			44

(RM F4)			
SERVIZIO PER L'AUTONOMIA E PER L'INTEGRAZIONE SOCIALE DELLA PERSONA CON DISABILITÀ IN SITUAZIONE DI PARTICOLARE GRAVITÀ (RM F4)			21
SOGGIORNI ESTIVI IN LUOGHI DI VILLEGGIATURA PER DISABILI IN ETA' EVOLUTIVA E ADULTI (RM F4)	31		
STRADA PER L'AUTONOMIA/CENTRO DIURNO (RM F2)	20	18	
STRADA PER L'AUTONOMIA/LABORATORIO PROTETTO CON BORSE LAVORO (RM F2)	16		15
UNITÀ OPERATIVA TUTELE LEGALI, CURATELE E AMMINISTRAZIONI DI SOSTEGNO (RM F1)			62

Anche se le informazioni raccolte nella Tabella riguardano solo alcuni progetti e solo alcune annualità, tuttavia il lungo elenco di progetti allegati o comunque descritti nei Piani evidenzia la quantità di interventi dei Distretti per dare risposte alle condizioni di rischio delle persone con Disabilità o Disagio mentale.

I Piani analizzati riportano anche alcune altre informazioni relative agli Interventi individuali a sostegno della *Disabilità adulta* che, seppure in forma indiretta, hanno riguardato 43 utenti nel 2014. Così pure il servizio di *Assistenza Domiciliare sovra comunale* del Distretto RM F3 rivolto ad un utenza mista tra disabili, anziani e minori, nel 2012 ha riguardato 24 utenti. Inoltre, facendo riferimento agli Interventi a favore di soggetti con disagio psichico svolti dai servizi per la Psichiatria della ASL, sempre nell'anno 2014 si dice che gli utenti dell'*Assistenza domiciliare* sono stati 5, quelli dei *Soggiorni sollievo* 12, quelli del *Progetto "Essere Insieme"* 69. Considerando invece i dati forniti dal CAD Distretto RM F3, relativi a pazienti in carico nell'anno 2010, questi ammontano a 1.328, con una netta predominanza delle donne in tutti i territori. Sempre considerando l'anno 2010, anche in base ai dati epidemiologici rilevati dal NUVEQ del DSM, il C.S.M. del Distretto RM F3 nell'anno 2010 ha registrato numeri molto alti di utenti (utenti prevalenti 783 e utenti incidenti 551), con gravi forme di disagio (psicosi schizofreniche e schizoaffettive per 158 persone, psicosi affettive 138 persone, disturbi di personalità 39 persone, disturbi d'ansia e umore 310 persone, demenze e ritardo mentale 60 persone, e 4 casi non psichici ma in condizione di rischio). Si consideri anche che il centro Diurno Riabilitativo RM F3 del Dipartimento di Salute mentale, nell'anno 2010, ha avuto in carico 42 utenti, che hanno frequentato le attività organizzate per 2.519 volte.

Dal punto di vista dei servizi-progetti attivati, l'esperienza dei *Centri diurni* sembra essere ben standardizzata e riconosciuta. Il *Servizio Assistenza Domiciliare Sovracomunale* del Distretto RM F2, servizio finanziato a sé fino all'anno 2012, nel Piano di Zona 2013, è stato rimodulato in filiera andando ad integrare il "*progetto Alzheimer ed anziani con deterioramento cognitivo - Assistenza domiciliare e in centro diurno*" ed il progetto "*Interventi individuali a sostegno della disabilità adulta in forma indiretta*". In questo modo il Distretto RM F2 ha potuto mantenere il LIVEAS Assistenza domiciliare distrettuale e contestualmente implementare i due servizi specializzando gli interventi: *Interventi individuali a sostegno della disabilità adulta, in forma indiretta* e *Psichiatria-Interventi a favore di soggetti con disagio psichico*.

Elenco dei progetti dell'area Distrettuale ASL RM F per Disabili e Persone con Disagio mentale

Anno 2012

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA – ADI (RM F2)
ASSISTENZA DOMICILIARE SOVRACOMUNALE (PLURIUTENZA) (RM F3)
CENTRI DIURNI SOCIO – RIABILITATIVI PER DISABILI ADULTI (RM F1)
CONTRIBUTI DISAGIATI PSICHICI (RM F2)
INTERVENTI A FAVORE DEI DISAGIATI PSICHICI (D.G.R. NUMERO 155 DEL 2012) (RM F4)
INTERVENTI DI AIUTO IN FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE – EX LEGGE NUMERO 162 DEL 1998 (RM F4)
INTERVENTI DI SOSTEGNO AI DISAGIATI PSICHICI (RM F1)
INTERVENTI DI SOSTEGNO ALLA DISABILITÀ GRAVE E/O A DISABILI INSERITI IN NUCLEI FAMILIARI MULTIPROBLEMATICI (RM F2)
INTERVENTI INDIVIDUALI A SOSTEGNO DELLA DISABILITA' ADULTA, IN FORMA INDIRETTA (RM F3)
ISTITUZIONE DEL SERVIZIO DI AIUTO ALLE PERSONE DISABILI IN SITUAZIONE DI GRAVITÀ (RM F1)
ISTITUZIONE DELL'UNITÀ OPERATIVA TUTELE LEGALI, CURATELE E AMMINISTRAZIONI DI SOSTEGNO (RM F1)
PROGETTO ALZHEIMER E ANZIANI CON DETERIORAMENTO COGNITIVO (RM F3)
PROGETTO ATTIVAMENTE (RM F2)
PROGETTO PER LA GESTIONE DEI TRE CENTRI DIURNI SOCIO-RIABILITATIVI PER DISABILI (RM F4)
PSICHIATRIA - INTERVENTI A FAVORE DI SOGGETTI CON DISAGIO PSICHICO (RM F3)
SOGGIORNI ESTIVI IN LUOGHI DI VILLEGGIATURA PER DISABILI IN ETA' EVOLUTIVA E ADULTI (RM F4)
STRADA PER L'AUTONOMIA/CENTRO DIURNO (RM F2)
STRADA PER L'AUTONOMIA/LABORATORIO PROTETTO CON BORSE LAVORO (RM F2)

Anno 2013

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA/STAR BENE A CASA (RM F2)
CENTRI DIURNI SOCIO – RIABILITATIVI PER DISABILI ADULTI (RM F1)
INTERVENTI DI SOSTEGNO ALLA DISABILITÀ GRAVE E/O A DISABILI INSERITI IN NUCLEI FAMILIARI MULTIPROBLEMATICI (RM F2)
INTERVENTI INDIVIDUALI A SOSTEGNO DELLA DISABILITÀ ADULTA, IN FORMA INDIRETTA (RM F3)
ISTITUZIONE DELL'UNITÀ OPERATIVA TUTELE LEGALI, CURATELE E AMMINISTRAZIONI DI SOSTEGNO (RM F1)
PROGETTO ALZHEIMER E ANZIANI CON DETERIORAMENTO COGNITIVO (RM F3)
PROGETTO ATTIVAMENTE (RM F2)
PROGETTO PER LA GESTIONE DEI TRE CENTRI DIURNI SOCIO-RIABILITATIVI PER DISABILI (RM F4)
PSICHIATRIA – INTERVENTI A FAVORE DI SOGGETTI CON DISAGIO PSICHICO (RM F3)
SERVIZIO A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE – ARTICOLO 3 COMMA 3 LEGGE NUMERO 104 DEL 1992 (RM F4)
STRADA PER L'AUTONOMIA/CENTRO DIURNO (RM F2)

Anno 2014

ALZHEIMER ED ANZIANI CON DETERIORAMENTO COGNITIVO-ASSISTENZA DOMICILIARE E CENTRO (RM F3)
ASSEGNI DI CURA (RM F1)
ASSISTENZA DOMICILIARE ED IN CENTRO A SOSTEGNO DELLA DISABILITÀ ADULTA, ATTRAVERSO INTERVENTI INDIVIDUALI IN FORMA INDIRETTA (RM F3)

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA/STAR BENE A CASA (RM F2)
ATTIVAMENTE (RM F2)
CENTRI DIURNI PER DISABILI – I GIRASOLI (RM F1)
INTERVENTI DI SOSTEGNO AI DISABILI GRAVI, DISABILI INSERITI IN NUCLEI FAMILIARI
MULTIPROBLEMATICI E MINORI PORTATORI DI BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI (RM F2)
INTERVENTI LEGGE REGIONALE NUMERO 20 DEL 2006 (RM F3)
INTERVENTI LEGGE REGIONALE NUMERO 20 DEL 2006: ADI/STAR BENE A CASA E NELLA
COMUNITA (RM F2)
INTERVENTI PER DISAGIATI PSICHICI (RM F3)
ISTITUZIONE DELL'UNITÀ OPERATIVA TUTELE LEGALI, CURATELE E AMMINISTRAZIONI DI
SOSTEGNO (RM F1)
PROVVIDENZE PER SOGGETTI DISAGIATI PSICHICI (RM F1)
PROVVIDENZE PER SOGGETTI DISAGIATI PSICHICI (RM F2)
PROVVIDENZE PER SOGGETTI DISAGIATI PSICHICI (RM F4)
PSICHIATRIA- INTERVENTI A FAVORE DI SOGGETTI CON DISAGIO PSICHICO: ASSISTENZA
DOMICILIARE E SOSTEGNI DI SOLLIEVO (RM F3)
SERVIZIO CENTRI DIURNI SOCIO-RIABILITATIVI PER DISABILI (RM F4)
SERVIZIO PER L'AUTONOMIA E PER L'INTEGRAZIONE SOCIALE DELLA PERSONA CON DISABILITÀ IN
SITUAZIONE DI PARTICOLARE GRAVITÀ (RM F4)
STRADA PER L'AUTONOMIA/CENTRO DIURNO PER DISABILI (RM F2)

Finanziamento stanziato e Quadro economico relativo

La Tabella sottostante mostra l'andamento delle richieste di finanziamento all'Ente regionale. Si tratta di una richiesta costante, che ha subito nel tempo un lieve incremento nel caso del numero dei progetti finanziati, tuttavia anche una diminuzione significativa dell'importo dei progetti maggiormente strutturati. Inoltre si evidenzia un notevole impegno di cofinanziamento da parte dei Comuni soprattutto nell'anno 2013.

Gli impegni finanziari richiesti nei Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM F e relativi ai progetti per i Disabili e le Persone con Disagio mentale

PROGETTI	Anni					
	2012		2013		2014	
	Totale	cofinanziamento	totale	cofinanziamento	Totale	cofinanziamento
ASSISTENZA DOMICILIARE ED IN CENTRO A SOSTEGNO DELLA DISABILITÀ ADULTA, ATTRAVERSO INTERVENTI INDIVIDUALI IN FORMA INDIRETTA (RM F3)					176.711,53	169.001,60
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA – ADI (RM F2)	81.924,00		146.000,00		126.000,00	
CENTRI DIURNI SOCIO – RIABILITATIVI PER DISABILI ADULTI (RM F1)	180.000,00		190.000,00			
CONTRIBUTI DISAGIATI PSICHICI (D.G.R. 155/2012) (RM F2)	55.000,00					
INTERVENTI A FAVORE DEI DISAGIATI PSICHICI (D.G.R. 155/2012) (RM F4)	104.856,78					
INTERVENTI DI AIUTO IN FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE – EX LEGGE NUMERO 162 DEL 1998 (RM F4)	33.401,60			105.339,24		
INTERVENTI DI SOSTEGNO AI DISAGIATI PSICHICI (RM F1)	80.000,00					
INTERVENTI DI SOSTEGNO ALLA DISABILITÀ GRAVE E/O A DISABILI INSERITI IN NUCLEI FAMILIARI MULTIPROBLEMATICI (RM F2)	130.000,00		174.159,00		184.159,00	
INTERVENTI INDIVIDUALI A SOSTEGNO DELLA DISABILITÀ ADULTA, IN FORMA INDIRETTA (RM F3)	296.898,17	222.400,21	277.060,90	186.208,60		
INTERVENTI LEGGE REGIONALE NUMERO 20/2006: ADI/STAR BENE A CASA E NELLA COMUNITÀ (RM F2)					112.790,28	
ISTITUZIONE DEL SERVIZIO DI AIUTO ALLE PERSONE DISABILI IN SITUAZIONE DI GRAVITÀ (RM F1)	48.000,00					
ISTITUZIONE DELL'UNITÀ OPERATIVA TUTELE LEGALI, CURATELE E AMMINISTRAZIONI DI SOSTEGNO (RM F1)	130.000,00		130.000,00			
PROGETTO ALZHEIMER E ANZIANI CON DETERIORAMENTO COGNITIVO (RM F3)	86.965,99		86.695,99			
PROGETTO ALZHEIMER ED ANZIANI CON DETERIORAMENTO COGNITIVO-ASSISTENZA DOMICILIARE E CENTRO (RM F3)	126.695,99				126.695,08	
PROGETTO ATTIVAMENTE (RM F2)	75.451,00		80.000,00		80.000,00	
PROGETTO PER LA GESTIONE DEI TRE CENTRI DIURNI SOCIO-RIABILITATIVI PER DISABILI (RM F4)	339.076,00			368.133,00	409.019,50	
PROGETTO SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOVRACOMUNALE (PLURIUTENZA) (RM F3)	120.557,66		113.450,00			

Rapporto sulla Condizione Sociale della provincia di Roma
Anni 2012-2014

PROVVIDENZE PER DISAGIATI PSICHICI (RM F2)					80.224,67	
PROVVIDENZE PER DISAGIATI PSICHICI (RM F4)					109.796,00	
PSICHIATRIA - INTERVENTI A FAVORE DI SOGGETTI CON DISAGIO PSICHICO (RM F3)	74.000,00		59.085,00	19.800,00	56.798,57	
SERVIZIO PER L'AUTONOMIA E PER L'INTEGRAZIONE SOCIALE DELLA PERSONA CON DISABILITÀ IN SITUAZIONE DI PARTICOLARE GRAVITÀ (RM F4)					140.387,12	
SOGGIORNI ESTIVI IN LUOGHI DI VILLEGGIATURA PER DISABILI IN ETA' EVOLUTIVA E ADULTI (RM F4)	118.648,00	28.238,00				
STRADA PER L'AUTONOMIA/CENTRO DIURNO (RM F2)	145.254,44		146.000,00			
STRADA PER L'AUTONOMIA/LABORATORIO PROTETTO CON BORSE LAVORO (RM F2)	89.745,56				146.000,00	

I Bisogni delle persone con Disabilità e Disagio mentale rilevati nei Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM G

Analisi del Distretto RM G1

Il Piano di Zona del 2013 relativo al Distretto RM G1 riporta quanto raccolto, nel triennio 2010 – 2012, dallo *“Sportello del cittadino con disabilità”* per la lettura del bisogno delle persone con disabilità che vivono sul territorio. La fonte, unita alle informazioni assunte dal Tavolo Tecnico GILD (Gruppo Integrato di Lavoro per la Disabilità), mostra come si stia mantenendo una prevalenza di richieste provenienti dai cittadini residenti nel Comune di Monterotondo, fattore legato sia al maggior numero di abitanti presenti, sia alla facilità di accesso a tale servizio. Per tali ragioni il Piano ipotizza la creazione di più sedi dello Sportello nei Comuni di Mentana e Fonte Nuova.

In particolare, entrando nella tipologia di disabilità, si è assistito ad un incremento di richieste da parte di persone che presentano una disabilità di tipo sia psichico sia fisico. Si tratta generalmente di situazioni di disabilità sopraggiunte con la progressione della malattie (ad esempio la sclerosi multipla o il tumori) oppure per incidenti stradali, soprattutto per i giovani.

Da quanto emerge dai dati, la domanda principale espressa dal cittadino con disabilità è legata ad un bisogno lavorativo. In alcuni casi viene espressa la richiesta diretta di un inserimento lavorativo, in altri invece si manifesta con la domanda di un sostegno rispetto all'individuazione di un percorso lavorativo adatto alle proprie esigenze. Il bisogno sembra essere correlato con l'età: molte persone ultra quarantenni, oltre ad avere una disabilità, spesso si sono trovate ad essere escluse dal mondo del lavoro, con effetti di peggioramento della propria situazione (disagio economico, abitativo, lavorativo etc.). Lo *Sportello* aiuta anche nell'accesso ai servizi socio-educativi, con informazioni in merito alle Leggi che tutelano la persona con disabilità (ad es. Legge numero 104 del 1992; Legge numero 68 del 1999).

Dal punto di vista degli interventi, già il Piano di Zona del 2012 evidenziava come risultasse fondamentale consolidare i servizi e le procedure promosse a livello distrettuale e proseguire il processo di rendere uniformi le prestazioni offerte dai Comuni del Distretto, al fine di garantire a tutte le persone con disabilità, indipendentemente dalla residenza anagrafica, uguali possibilità di accesso ai Servizi Sociali.

Analisi del Distretto RM G2

I Piani di Zona del 2012 e del 2013 del Distretto RM G2, più che il bisogno sociale delle persone con Disabilità e Disagio mentale hanno fatto emergere le difficoltà del sistema di intervento. Si afferma infatti che se da una parte «le maggiori possibilità di cura e il cambiamento culturale, avviato con il processo di de-istituzionalizzazione, hanno determinato un miglioramento della qualità della vita ed un aumento dell'età media delle persone con disabilità», dall'altra parte però, «nell'ambito del Distretto Sanitario, non si è ancora riusciti ad avere un quadro completo del fenomeno che supporti adeguatamente la programmazione degli interventi e a tale carenza, si aggiunge la scarsità delle risorse finanziarie che impedisce la realizzazione di servizi pienamente rispondenti alla domanda emergente».

A tale riguardo, sembra essere vitale il ruolo delle Organizzazioni di volontariato operanti sul territorio che, di fatto, con le loro attività, prevalentemente *Centri Diurni*, svolgono una funzione pubblica-sociale. Si evidenziano anche alcune eccezioni: nel territorio del Comune di Palombara Sabina è attivo da anni un *Centro Diurno intercomunale – Centro “Raffaella D’Angelo”* - finanziato anche con i fondi della Provincia di Roma e con i fondi del Piano di Zona, che nel 2012 ha ospitato 22 utenti provenienti da vari Comuni del Distretto. Tale struttura non riesce a soddisfare l’intera domanda di un territorio con un bacino d’utenza così vasto. Grazie alla collaborazione con alcune organizzazioni operanti da anni nel territorio del Distretto, è stato attivato, nel territorio del Comune di Guidonia Montecelio, un nuovo *Centro Diurno Intercomunale per disabili*, già inserito nel Piano di Zona per l’anno 2005 e 2006, di 50 posti destinato a disabili adulti.

Accanto alla realizzazione di strutture a carattere semiresidenziale, è stato oggetto delle scelte di interventi per la disabilità sul territorio anche l’ampliamento dei servizi di *Assistenza domiciliare (ADH)* soprattutto per evitare l’istituzionalizzazione delle persone. L’esiguità delle risorse ha permesso di soddisfare meno del 50% delle domande pervenute ai Servizi Sociali.

Una informazione raccolta dagli organismi del Terzo settore evidenzia come stia aumentando la percentuale degli adolescenti affetti da forme di disagio psichico.

Analisi del Distretto RM G3

Il Piano Sociale di Zona del Distretto RM G3 per l’anno 2012 compie un’articolata disamina sulle condizioni di disagio sia delle persone con disabilità sia fisica che psichica.

Iniziando con la disabilità fisica, il Piano più che riferire dei bisogni sociali espressi dai disabili presenti nel territorio, cerca di approfondire le carenze del sistema di intervento, che ha un impatto diretto sull’utenza. La preoccupazione principale sembra essere di natura sistemica ed è legata alla carenza di una rete di comunicazione tra i vari servizi e le varie strutture operanti nel territorio, con effetti sulla possibilità di una programmazione integrata. A questa si associano le problematiche di carattere economico che si mostrano anche come forme di assenza di tutela dei pazienti (ad esempio, l’igiene degli edifici utilizzati dai disabili). Sembrano poi essere poco attuate le disposizioni relative alla Legge numero 162 del 1998 riguardante l’assistenza indiretta, in base alla quale l’importo previsto per l’assistenza al disabile può essere erogato direttamente al disabile interessato che può provvedere direttamente alla scelta della persona che lo assiste. Altre necessità evidenziate riguardano il numero di operatori messi a disposizione nei servizi sanitari e l’assenza di interventi a carattere multidisciplinare o in forma integrata (ad esempio viene garantita la presenza di un insegnante di sostegno durante l’attività scolastica per i portatori di handicap, ma non lo scuolabus; oppure sono previsti corsi di formazione ma al loro interno non sono previsti tirocini in azienda). Infine viene rilevata l’importanza di affrontare il tema del “dopo di noi” allo scopo di prevenire l’inserimento di disabili adulti in strutture ospedaliere.

Rispetto invece al disagio psichico, l’esperienza sul territorio è legata al *Centro Diurno per Disagiati psichici* denominato “*La Fenice*” di Tivoli che, per mancanza di finanziamenti, è stato chiuso. Si ricorda che questo progetto, in quanto Laboratorio preformativo per persone con problemi psichiatrici, era inserito nel Piano Distrettuale per la Non autosufficienza, e ha rappresentato una “struttura intermedia”, oltre al *Centro di Salute Mentale* e alle *Case di cura*

per il disagio psichico, risorsa importante per il reinserimento sociale e lavorativo per pazienti *drop-out* a rischio di isolamento.

Sulla base delle esperienze condotte, il Piano Sociale di Zona del 2012 contiene alcune proposte indicate come prioritarie:

- lavorare con la comunità affinché non si consideri il disagio psichico una forma di disabilità e di pericolo (insicurezza percepita);
- attuare 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;
- attuare corsi mirati alla formazione dei pazienti per l'inserimento lavorativo;
- definire 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);
- definire 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 nuove filiere progettuali ad alto impatto di inclusione.

Analisi del Distretto RM G4

Un quadro più completo del bisogno sociale relativo alle persone con disabilità, lo si ha nel Piano di Zona del 2014, laddove si evidenzia che nel territorio del Distretto RM G4 si rileva ancora una difficoltà relativa all'integrazione sociale delle persone con disabilità (con handicap psico-fisico di vario grado), nonostante gli interventi attuati dalle Amministrazioni locali e la competenza degli organismi del Terzo settore.

Pertanto negli ultimi anni si è aperto un ampio dibattito sulla qualità della vita delle persone con disabilità e sulle reali possibilità di fruizione di servizi offerti sul territorio, dibattito che ha trovato una sede istituzionale nel relativo Tavolo tematico.

Anche in questo Distretto si è cercato di effettuare una ricognizione quali-quantitativa sugli utenti in carico dei Servizi Sociali di ciascun Comune e quelli dei servizi sanitari di competenza. Inoltre si è cercato di mettere in atto strategie differenziate prevedendo una gamma di servizi/interventi che vanno dall'erogazione di contributi economici alla realizzazione di percorsi formativi e professionalizzanti per i pazienti in grado di recuperare alcune delle abilità sociali. Infine si è puntato molto sull'elaborazione dei P.A.I. (Piano di assistenza individualizzato) e l'istituzione di Unità Valutative Congiunte.

Rispetto all'utenza psichiatrica e più generalmente alla tutela della salute mentale, il Piano del 2014 mostra due criticità evidenti: una rappresentata dal pregiudizio diffuso verso il disagio mentale, l'altra dal significativo incremento del numero di utenti, dovuto anche alla presenza nella struttura ospedaliera di Subiaco del *Reparto di Diagnosi e Cura* che accoglie sempre di più un'utenza di età compresa tra i venti e i trenta anni.

Analisi del Distretto RM G5

Il Piano di Zona del 2012 e del 2013 del Distretto RM G5 aiuta a enucleare i problemi che le persone residenti vivono quotidianamente e che pesano in maniera grave sulle persone disabili. Si tratta di aspetti che hanno a che fare con i servizi territoriali nelle loro diverse articolazioni (*Assistenza domiciliare, Servizi riabilitativi, Attività integrative diurne e socializzanti, Inserimento lavorativo, Integrazione scolastica*, etc.) le quali, pur essendo di qualità, non sono sufficienti a

rispondere alla domanda di prestazioni. Inoltre gli stessi servizi spesso non sono raggiungibili se non attraverso l'uso di mezzi propri, il che compromette il grado di autonomia del disabile o della famiglia.

Dal punto di vista degli attori, gli organismi di volontariato e l'associazionismo stentano a dare risposte per attività integrative in particolare per quelle socializzanti e di mutuo-aiuto. L'integrazione si ha soprattutto tra Comuni e ASL, per cui, ad esempio l'inserimento lavorativo dei disabili passa attraverso interventi dei Comuni sotto forma di *"Borse lavoro"* piuttosto che costituire interventi programmati che coinvolgono gli enti predisposti quali i *Centri per l'impiego, le Scuole di formazione professionale, gli Sportelli tematici*.

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

Molti insegnanti di sostegno delle Scuole superiori ad indirizzo tecnico, in occasione dei Tavoli tematici, hanno più volte segnalato la grande difficoltà ad avere una rete di riferimento per l'attivazione di percorsi e tirocini formativi finalizzati all'inserimento lavorativo: l'inserimento nel mondo del lavoro, infatti, appare una meta difficilissima da raggiungere per chi vive una forma di disabilità sul territorio. Anche il dettato della Legge numero 68 del 1999 che disciplina il collocamento per le persone disabili, sembra essere disatteso.

In alcuni casi pazienti del DSM sono anche disabili fisici, per alcuni di loro si rendono necessari interventi di *Assistenza domiciliare*.

In sintesi, il Piano di Zona del 2014 evidenzia i principali bisogni dell'area:

- Carenza di servizi domiciliari,
- Irraggiungibilità dei servizi,
- Assenza di servizi di sostegno e sollievo per le famiglie,
- Carenza di interventi di volontariato e associazionismo tra utenti,
- Mancanza di un Osservatorio sulla disabilità,
- Rafforzamento del sistema integrato,
- Inserimento lavorativo.

Analisi del Distretto RM G6

Il Piano di Zona del 2012 già evidenzia per il Distretto RM G6 un aumento del numero delle persone con disabilità anche rispetto all'anno 2009, tranne che per il numero di utenti disabili seguiti in integrazione con i Servizi della ASL.

I Comuni con un numero maggiore di disabilità certificate sono quelli con il numero di residenti maggiore, tra i quali spicca il Comune di Segni. Il maggior numero di invalidi civili si registra nei comuni di Colleferro e Valmontone, e questo accade anche per l'indennità di accompagnamento. Il 51% dei disabili gravi "certificati" sono anziani ultrasessantacinquenni, il 42% sono adulti (diciotto – sessantaquattro anni) ed l'8% sono minori (zero – diciassette anni). Il numero di tessere per patologia nel 2012 comprendono 2.320 esenzioni dal *ticket* sanitario per patologia cronica e 52 esenzioni *ticket* per patologia rara. Le tessere "ENI" per stranieri comunitari, rilasciate nell'anno 2011, sono state 66, in diminuzione rispetto agli anni precedentemente osservati.

Passando alla programmazione degli interventi, il Piano di Zona del 2013 ha previsto l'apertura di un *Centro Diurno Socio-Educativo per persone diversamente abili* e il progetto operativo *"Servizio*

integrato di assistenza per l'aiuto ed il sostegno a persone con handicap grave ed alle loro famiglie (Legge numero 162 del 1998)". Tali progetti vengono ripresentati anche nel Piano di Zona annualità 2013. Per tali progetti, nel Piano del 2014 viene calcolato il bisogno espresso, sulla base del numero degli utenti in carico ai Servizi Sociali Comunali; si tratta di 23 utenti già inseriti in *Centri semiresidenziali*, 5 in *Centri residenziali*, 54 in carico alla *Legge numero 162 del 1998*, 88 utenti A.E.C., 8 utenti del *Servizio Assistenza Educativo-Domiciliare per minori* e 71 utenti che hanno usufruito di *Prestazioni sociali agevolate*. Oltre al fabbisogno indicato, nella Tabella sottostante, predisposta dall'Osservatorio del Distretto, sono riportati alcuni indicatori circa gli utenti in carico ai Servizi sociali, per singolo Comune.

Alcuni indicatori della condizione dei Disabili nel Distretto RM G6 anno 2014 (v.a. e %)

AREA DI INTERVENTO	Indicatori	COMUNI									DISTRETTO RMG6
		ARTENA	CARPINETO ROMANO	COLLEFERRO	GAVIGNANO	GORGA	LABICO	MONTELANICO	SEGNI	VALMONTONE	
DISABILI	Disabili in carico al Servizio Sociale Comunale (n. totale)	50	15	22	2	7	18	7	32	25	178
	Inseriti in centri semiresidenziali	10	0	3	0	0	5	1	3	1	23
	Inseriti in centri residenziali	1	2			0	1	0	1		5
	In carico alla L.162/98	7	3	6	1	4	4	4	13	12	54
	In lista di attesa L. 162/98	0	0	2	0	1		0	0	3	6
	Disabili in AEC	22	1	22	2	0	16	0	5	20	88
	Assistenza Educativo-Domiciliare (Sportello Aiuto alla famiglia)	5	0	9	3	0	4	0	2	5	28
	Utenti seguiti in integrazione con l'ASL	5	0	8	4	0	4	4	7	10	42

Fonte: Osservatorio Sociale dell'Ufficio di Piano su dati Servizi Sociali Comunali.

L'utenza rilevata nell'area Distrettuale

Anche se non è completa per tutti i progetti, la Tabella sottostante rappresenta un quadro molto ricco di elementi informativi circa l'utenza dei Progetti che riguardano la Disabilità e il Disagio mentale nell'Area distrettuale ASL RM G. In particolare per più di qualcuno dei progetti indicati è possibile cogliere l'andamento del numero degli utenti nelle tre annualità. Si consideri che la diminuzione e/o l'aumento del numero di utenti registrato potrebbe essere anche attribuito all'incremento (o decremento) delle disponibilità economiche del progetto stesso.

Numero degli utenti dei progetti relativi alla Disabilità e al Disagio mentale inseriti nei Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM G

Progetti	Anni		
	2012	2013	2014
ASSISTENZA DOMICILIARE A SOGGETTI DISABILI (ADH) (RM G1)			34
ASSISTENZA DOMICILIARE A SOGGETTI DISABILI (ADH) (RM G2)	88	80	
ASSISTENZA DOMICILIARE DISTRETTUALE (MULTIUTENZA) (RM G3)			425
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (MULTIUTENZA) (RM	160		206

G4)			
ASSISTENZA DOMICILIARE DISTRETTUALE (RM G5)	80	80	84
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (RM G6)			240
ASSISTENZA DOMICILIARE PER I DISABILI GRAVI - LEGGE NUMERO 162 del 1998 (RM G1)	24	28	30
ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATA MINORI CON DISABILITÀ GRAVE UTENTI (RM G4)			40
CASA FAMIGLIA PER PERSONE CON PROBLEMATICHE PSICO – SOCIALI (RM G2)	10		
CENTRI DIURNI DISABILI ADULTI (RM G4)			30
CENTRI OCCUPAZIONALI DIURNI PER DISABILI (RM G4)	30		
CENTRO ATTIVITA' LABORATORIALI (RM G2)	15		
CENTRO DIURNO DISABILI ADULTI (CDDA) (RM G5)	16	16	
CENTRO DIURNO DISAGIATI PSICHICI – CAVE (RM G5)	15		
CENTRO DIURNO DISAGIATI PSICHICI IL QUADRIFOGLIO (RM G5)		15	
CENTRO DIURNO MALATI PSICHICI (RM G4)			20
CENTRO DIURNO PER DISABILI "INSIEME" (RM G2)		41	29
CENTRO DIURNO SOCIO EDUCATIVO PER DISABILI (RM G6)			32
CENTRO DIURNO SOCIO-EDUCATIVO PER PERSONE DIVERSAMENTE ABILI (RM G6)	32	32	
CENTRO PER L'ORIENTAMENTO AL LAVORO PER PERSONE CON DISABILITÀ (RM G1)	58		
CENTRO SOCIO EDUCATIVO RIABILITATIVO DIURNO INTERCOMUNALE "SPAZIO GIOVANI" NEL COMUNE DI FONTE NUOVA (RM G1)		12	10
CSERDI - CENTRO SOCIO RIABILITATIVO EDUCATIVO DIURNO INTERCOMUNALE (RM G1)	81	62	50
EROGAZIONE PROVVIDENZE ECONOMICHE A FAVORE DI PERSONE CON SOFFERENZA PSICHICA ASSISTITE DAL CENTRO SALUTE MENTALE ASL RM G/DISTRETTO RM G4 (RM G4)	17		
EROGAZIONE PROVVIDENZE ECONOMICHE A FAVORE DI PERSONE CON SOFFERENZA PSICHICA ASSISTITE DAL CENTRO SALUTE MENTALE ASL RM G, DISTRETTO RM G6 – COLLEFERRO (RM G6)	51	38	
EROGAZIONE PROVVIDENZE ECONOMICHE A FAVORE DI PERSONE CON SOFFERENZA PSICHICA ASSISTITE DAL CENTRO SALUTE MENTALE ASL RM G DISTRETTO RM G1 – MONTEROTONDO-MENTANA- FONTE NUOVA (RM G1)			37
INSIEME DOPO DI NOI (RM G1)			8
INTERVENTI A FAVORE DEI DISABILI GRAVI – LEGGE NUMERO 162 DEL 1998 (RM G2)		35	35
INTERVENTI A FAVORE DEI DISABILI GRAVI – LEGGE NUMERO 162 DEL 1998 (RM G5)	26		
INTERVENTI A FAVORE DEI DISAGIATI PSICHICI (RM G5)	54		
INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA SLA (RM G3)			5

INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE CON SOFFERENZA PSICHICA. EROGAZIONE PROVVIDENZE ECONOMICHE A FAVORE DI PERSONE CON SOFFERENZA PSICHICA ASSISTITE DAL CENTRO SALUTE MENTALE ASL RM G DISTRETTO RM G3 – DISTRETTO DI TIVOLI (RM G3)	38		
PROVVIDENZE PER SOGGETTI DISAGIATI PSICHICI (RM G2)			44
PROVVIDENZE PER SOGGETTI DISAGIATI PSICHICI (RM G3)			40
PROVVIDENZE PER SOGGETTI DISAGIATI PSICHICI (RM G4)			20
PROVVIDENZE PER SOGGETTI DISAGIATI PSICHICI (RM G6)			40
SERVIZIO ACCOMPAGNAMENTO DISABILI (RM G5)	27		
SERVIZIO INTERVENTI A FAVORE DI DISABILI GRAVI (LEGGE NUMERO 162 DEL 1998) (RM G2)		23	
SERVIZIO INTEGRATO DISABILI GRAVI – LEGGE NUMERO 162 DEL 1998 (RM G5)			25
SERVIZIO INTEGRATO DISABILI GRAVI - LEGGE NUMERO 162 DEL 1998 (RM G6)	56	51	54
TIROCINI ATIPICI PER GIOVANI E ADULTI DISABILI. AZIONI D'INTEGRAZIONE SOCIALE (RM G3)	30		30

Nella lettura della Tabella precedente si deve ricordare che in alcuni casi (come nel Distretto RM G4) l'*Assistenza domiciliare integrata* viene svolta per un gruppo ampio di utenti che riguarda anche Minori e Anziani. Alle informazioni sull'utenza dei Progetti, alcuni Piani di Zona riportano dati di fonte sanitaria. Ad esempio, secondo i dati raccolti nel Piano di Zona del Distretto RM G4 nell'anno 2014, i pazienti ricoverati al 31 dicembre 2013 presso il reparto *SPDC* dell'*Ospedale* di Subiaco sono stati 295 (dei quali 152 Maschi e 143 Femmine), e facendo riferimento alle cartelle cliniche attive del *Centro Salute Mentale* (CSM RM G4), nello stesso periodo si sono contate 263 diagnosi relative a disturbi d'ansia e d'umore, 139 psicosi schizofreniche e schizoaffettive, 68 psicosi affettive, 57 demenze e ritardo mentale, 18 disturbi di personalità.

Dal punto di vista dei servizi-progetti attivati, l'esperienza dei *Centri diurni* sembra essere ben standardizzata e riconosciuta anche da un percorso di valutazione del gradimento. In particolare, per quanto riguarda il *CSERDI - Centro Socio Educativo Riabilitativo Diurno Intercomunale del Distretto RM G1*, secondo la valutazione che ha visto coinvolti i destinatari diretti e indiretti del servizio, gestito dalla Cooperativa Sociale Il Pungiglione, si sono avute indicazioni relative alla struttura. Sembra essere necessaria una riqualificazione degli spazi interni e l'ampliamento degli spazi a disposizione sul territorio distrettuale. Con tale finalità si è provveduto alla riqualificazione partecipata con tutti gli utenti degli spazi laboratoriali di *Via Don Milani*, rendendoli più accessibili, e adatti agli specifici processi di lavorazione. Inoltre è stato possibile fruire della *Ludoteca Comunale* anche il giovedì mattina per l'accoglienza, e grazie al lavoro con la rete socio-sanitaria di riferimento si è ottenuta la possibilità di lavorare per il *Percorso di Autonomia* e le attività per i Giovani, sia nei *Centri di Aggregazione Giovanile* di Mentana e Fonte Nuova, sia nell'*Istituto Comprensivo Via Paribeni* a Mentana. La dislocazione sul territorio viene ritenuto un importante elemento di qualità per i cittadini a cui il servizio si rivolge. Gli operatori sostengono che il Servizio sia gradito agli utenti, che vanno volentieri e partecipano attivamente alle attività proposte, riconoscendo il *Centro* come un proprio spazio di vita, punto di forza e prima acquisizione della consapevolezza della possibilità e capacità di scelta. Opinioni analoghe

da parte delle famiglie che in generale riconoscono il valore dell'intervento realizzato. Sempre nel Distretto RM G1, anche i risultati del gradimento relativo allo *Spazio Giovani* sono positivi. Invece, considerando il gradimento del *Centro diurno socio educativo per disabili* del Distretto RM G6, il *feedback* positivo è stato raccolto dai famigliari degli utenti tramite il Servizio Sociale Professionale.

Circa il gradimento relativo al Servizio di *Assistenza domiciliare Legge Regionale numero 20/2006* e al Servizio di *Assistenza domiciliare per disabili gravi ex Legge numero 162 del 1998* nel Distretto RM G1, si afferma che il servizio è stato accolto positivamente dai cittadini con disabilità, come ulteriore risposta territoriale all'importante bisogno di cura e partecipazione alla vita di comunità; in particolare si apprezza la gestione distrettuale del servizio ed il collegamento con il *Servizio SAD 162*. Nel Distretto RM G2 l'utenza in carico al servizio di *Assistenza Domiciliare a soggetti Disabili (ADH)* ha gradito gli interventi pur lamentando la scarsità di ore di assistenza a disposizione. I Servizi Sociali dei singoli comuni del Distretto hanno ricevuto lamentele da tutti gli utenti in lista d'attesa. In misura analoga, risulta alto anche il gradimento dell'*Assistenza Domiciliare Integrata del Distretto RM G4* con riscontri positivi sul servizio, dimostrato da una costante crescita di richiesta e specializzazione degli interventi. Anche nel Distretto RM G6, benché non siano state effettuate indagini di *customer satisfaction*, dal monitoraggio del Servizio di *Assistenza Domiciliare Integrata* svolto sia dall'Osservatorio Sociale, sia dai Servizi Sociali comunali, non si sono rilevate criticità o lamentele da parte dell'utenza.

Elenco dei progetti dell'area Distrettuale ASL RM G per Disabili e Persone con Disagio mentale

Anno 2012

ASSISTENZA DOMICILIARE – LEGGE NUMERO 162 DEL 1998 (RM G1)

ASSISTENZA DOMICILIARE A SOGGETTI DISABILI (RM G2)

ASSISTENZA DOMICILIARE AI DIVERSAMENTE ABILI (RM G3)

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (MULTIUTENZA) (RM G4)

ASSISTENZA DOMICILIARE (MULTIUTENZA) (RM G5)

CASA ALLOGGIO PER DIVERSAMENTE ABILI "LA NOSTRA CASA"(RM G4)

CASA FAMIGLIA PER PERSONE CON PROBLEMATICHE PSICO – SOCIALI (RM G2)

CENTRI OCCUPAZIONALI DIURNI PER DISABILI (RM G4)

CENTRO ATTIVITA' LABORATORIALI (RM G1)

CENTRO DIURNO DISABILI ADULTI (CDDA) (RM G5)

CENTRO DIURNO DISAGIATI PSICHICI – CAVE (RM G5)

CENTRO DIURNO SOCIO-EDUCATIVO PER PERSONE DIVERSAMENTE ABILI (RM G6)

CENTRO PER L'ORIENTAMENTO AL LAVORO PER PERSONE CON DISABILITÀ (RM G1)

CSEDI - CENTRO SOCIO RIABILITATIVO EDUCATIVO DIURNO INTERCOMUNALE E PERCORSO ALL'AUTONOMIA (RM G1)

EROGAZIONE PROVVIDENZE ECONOMICHE A FAVORE DI PERSONE CON SOFFERENZA PSICHICA ASSISTITE DAL CENTRO SALUTE MENTALE ASLRMG/DISTRETTO RMG4 (RM G4)

EROGAZIONE PROVVIDENZE ECONOMICHE A FAVORE DI PERSONE CON SOFFERENZA PSICHICA ASSISTITE DAL CENTRO SALUTE MENTALE ASL RMG, DISTRETTO RMG6 – COLLEFERRO (RM G6)

INTERVENTI A FAVORE DEI DISABILI GRAVI – LEGGE NUMERO 162 DEL 1998 (RM G5)

INTERVENTI A FAVORE DEI DISAGIATI PSICHICI (RM G5)

INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE CON SOFFERENZA PSICHICA. “EROGAZIONE PROVVIDENZE ECONOMICHE A FAVORE DI PERSONE CON SOFFERENZA PSICHICA ASSISTITE DAL CENTRO SALUTE MENTALE ASLRMG DISTRETTO RMG3 – DISTRETTO DI TIVOLI (RM G3)

INTERVENTI IN FAVORE DEI DISABILI GRAVI (RM G2)

SERVIZIO ACCOMPAGNAMENTO DISABILI (RM G5)

SERVIZIO INTEGRATO DISABILI GRAVI - LEGGE NUMERO 162 DEL 1998 (RM G6)

SOSTENERE LA GRAVE DISABILITÀ (INTERVENTI DI CUI ALLA LEGGE NUMERO 162 DEL 1998) (RM G3)

TIROCINI ATIPICI PER GIOVANI E ADULTI DISABILI. AZIONI D’INTEGRAZIONE SOCIALE (RM G3)

Anno 2013

ACCOMPAGNAMENTO CENTRI RIABILITAZIONE EX ARTICOLO 26 (RM G5)

ALLOGGIO PER PERSONE CON PROBLEMATICHE PSICO – SOCIALI (RM G2)

ASSISTENZA DOMICILIARE AI DIVERSAMENTE ABILI (RM G3)

ASSISTENZA DOMICILIARE DISTRETTUALE (RM G5)

CDDA (CENTRO DIURNO DISABILI ADULTI) (RM G5)

CENTRI DIURNI PER DISABILI (RM G4)

CENTRO SOCIO EDUCATIVO RIABILITATIVO DIURNO INTERCOMUNALE (RM G1)

CENTRO PER L’ORIENTAMENTO DEL CITTADINO DISABILE (RM G1)

CENTRO SOCIO EDUCATIVO RIABILITATIVO DIURNO INTERCOMUNALE “SPAZIO GIOVANI” NEL COMUNE DI FONTE NUOVA (RM G1)

CENTRO DIURNO PER DISABILI “INSIEME” (RM G2)

CENTRO DIURNO DISAGIATI PSICHICI IL QUADRIFOGLIO (RM G5)

CENTRO DIURNO SOCIO-EDUCATIVO PER PERSONE DIVERSAMENTE ABILI (RM G6)

EROGAZIONE PROVVIDENZE ECONOMICHE A FAVORE DI PERSONE CON SOFFERENZA PSICHICA ASSISTITE DAL CENTRO SALUTE MENTALE ASLRMG DISTRETTO RMG1 – MONTEROTONDO-MENTANA- FONTE NUOVA (RM G1)

INTERVENTI A FAVORE DEI DISABILI GRAVI – L.R. 162/98 (RM G5)

PROGETTO ABITAZIONE SUPPORTATE DISTRETTO RM G2 – PER PERSONE CON PROBLEMATICHE PSICO-SOCIALI (RM G2)

SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE PER I DISABILI GRAVI - LEGGE NUMERO 162 DEL 1998 (RM G1)

SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE A SOGGETTI DISABILI (ADH) (RM G2)

SERVIZIO INTERVENTI A FAVORE DI DISABILI GRAVI (LEGGE NUMERO 162 DEL 1998) (RM G2)

SERVIZIO CENTRO DIURNO PER PERSONE DISABILI “RAFFAELLA D’ANGELO” (RM G2)

SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (RM G4)

SERVIZIO INTEGRATO DISABILI GRAVI - LEGGE NUMERO 162 DEL 1998 (RM G6)

SOSTEGNO PSICOLOGICO DOMICILIARE A PAZIENTI AFFETTI DA SLA E/O ALZHEIMER (RM G4)

SOSTENERE LA GRAVE DISABILITÀ (INTERVENTI DI CUI ALLA LEGGE NUMERO 162 DEL 1998) (RM G3)

Anno 2014

ABITAZIONI SUPPORTATE PER PERSONE CON PROBLEMATICHE PSICOSOCIALI (RM G2)

ASSISTENZA DOMICILIARE A SOGGETTI DISABILI (ADH) (RM G2)

ASSISTENZA DOMICILIARE DISTRETTUALE (MULTIUTENZA) (RM G3)

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (RM G4)

ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATA MINORI CON DISABILITÀ GRAVE (RM G4)

ASSISTENZA DOMICILIARE DISTRETTUALE (RM G5)
ASSISTENZA RIABILITATIVA SOCIALE AI MALATI PSICHIATRICI (RM G3)
CENTRI DIURNI DISABILI ADULTI (RM G4)
CENTRO DIURNO PER DISABILI "INSIEME" (RM G2)
CENTRO DIURNO MALATI PSICHICI (RM G4)
CENTRO DIURNO SOCIO EDUCATIVO PER DISABILI (RM G6)
CSERDI - CENTRO SOCIO EDUCATIVO RIABILITATIVO DIURNO INTERCOMUNALE (RM G1)
EROGAZIONE PROVVIDENZE ECONOMICHE A FAVORE DI PERSONE CON SOFFERENZA PSICHICA
ASSISTITE DAL CENTRO SALUTE MENTALE ASLRMG DISTRETTO RMG1 – MONTEROTONDO-
MENTANA- FONTE NUOVA (RM G1)
INSIEME DOPO DI NOI (RM G1)
INTERVENTI A FAVORE DEI DISABILI GRAVI (LEGGE NUMERO 162 DEL 1998) (RM G2)
INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA SLA (RM G3)
INTERVENTI LEGGE REGIONALE NUMERO 20/2006 (RM G3)
INTERVENTI LEGGE REGIONALE NUMERO 20/2006 "SERVIZIO INTEGRATO DISABILI GRAVI -
LEGGE NUMERO 162 DEL 1998" (RM G6)
LEGGE NUMERO 162 DEL 1998, DISABILITÀ GRAVE (RM G5)
PIANO INTERDISTRETTUALE AMBITO ROMA G IN FAVORE DELLE PERSONE AFFETTE DA
ALZHEIMER E LORO FAMILIARI (RM G3)
PROVVIDENZE PER SOGGETTI DISAGIATI PSICHICI (RM G2)
PROVVIDENZE PER I DISAGIATI PSICHICI (RM G3)
PROVVIDENZE PER SOGGETTI DISAGIATI PSICHICI (RM G4)
PROVVIDENZE PER SOGGETTI DISAGIATI PSICHICI (RM G6)
SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE LEGGE REGIONALE NUMERO 20 DEL 2006 (RM G1)
SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE PER DISABILI GRAVI - LEGGE NUMERO 162 DEL 1998
(RM G1)
SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (RM G6)
SERVIZIO "LIS" (RM G6)
SOSTENERE LA GRAVE DISABILITÀ (LEGGE 162/98) (RM G3)

Finanziamento stanziato e Quadro economico relativo

La Tabella sottostante mostra l'andamento delle richieste di finanziamento all'Ente regionale. Si tratta di una richiesta costante, che ha subito nel tempo un lieve incremento nel caso del numero dei progetti finanziati, tuttavia una diminuzione significativa dell'importo dei progetti maggiormente strutturati tra il 2013 e il 2014, anno per il quale si evidenziano quote rilevanti di cofinanziamento da parte degli Enti locali. Inoltre si evidenzia un notevole impegno di cofinanziamento da parte dei Comuni soprattutto nell'anno 2013.

I Servizi o gli interventi maggiormente finanziati sono quelli relativi all'Assistenza Domiciliare (nei suoi vari tipi) e i Centri diurni, mentre nell'ultima annualità considerata ci sono anche quote significative di finanziamento destinate all'erogazione di provvidenze economiche a favore di specifici destinatari.

Gli impegni finanziari richiesti nei Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM G e relativi ai progetti per i Disabili e le Persone con Disagio mentale

PROGETTI	Anni					
	2012		2013		2014	
	Totale	cofinanziamento	Totale	cofinanziamento	Totale	cofinanziamento
ACCOMPAGNAMENTO CENTRI DI RIABILITAZIONE EX ARTICOLO 26 (RM G5)			30.000,00			
ALLOGGIO PER PERSONE CON PROBLEMATICHE PSICO – SOCIALI (RM G2)			210.000,00		100.000,00	
ASSISTENZA DOMICILIARE – LEGGE NUMERO 162 DEL 1998 (RM G1)	193.000,00				150.747,00	
ASSISTENZA DOMICILIARE – LEGGE REGIONALE NUMERO 20 DEL 2006 (RM G1)					150.204,97	
ASSISTENZA DOMICILIARE AI DIVERSAMENTE ABILI (RM G2)	370.000,00	107.457,00	345.000,00		345.000,00	
ASSISTENZA DOMICILIARE AI DIVERSAMENTE ABILI (RM G3)	519.901,00	116.263,00	519.901,00	116.263,00		
ASSISTENZA DOMICILIARE ADULTI, DISABILITÀ, EDUCATIVA MINORI E ADOLESCENTI (RM G4)	429.906,00		245.026,00		550.000,00 12.480,00	
ASSISTENZA DOMICILIARE DISTRETTUALE (RM G3)					651.663,00	
ASSISTENZA DOMICILIARE DISTRETTUALE (RM G5)			330.000,00			
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (RM G6)					1.015.730,98	324.394,61
ASSISTENZA RIABILITATIVA SOCIALE AI MALATI PSICHIATRICI (RM G3)					48.560,20	
CASA ALLOGGIO PER DIVERSAMENTE ABILI “LA NOSTRA CASA”(RM G4)	148.457,20					
CASA FAMIGLIA PER PERSONE CON PROBLEMATICHE PSICO – SOCIALI (RM G2)	138.000,00	78.000,00				
CENTRI DIURNI PER DISABILI (RM G4)			280.065,81	80.325,00	267.203,20	
CENTRI OCCUPAZIONALI DIURNI PER DISABILI (RM G4)	274.128,00					
CENTRO ATTIVITA' LABORATORIALI (RM G1)	33.555,40					
CENTRO SOCIO EDUCATIVO RIABILITATIVO DIURNO INTERCOMUNALE “SPAZIO GIOVANI” NEL COMUNE DI FONTE NUOVA (RM G1)			33.555,40			
CENTRO DIURNO PER DISABILI “INSIEME” (RM G2)			50.000,00		50.000,00	
CENTRO DIURNO PER DISAGIATI PSICHICI – LEGGE REGIONALE NUMERO 20 DEL 2006 (RM G3)					83.897,00	
CENTRO DIURNO MALATI PSICHICI (RM G4)					12.480,00	
CENTRO DIURNO DISABILI ADULTI (CDDA) (RM G5)			90.004,29			
CENTRO DIURNO DISAGIATI PSICHICI – CAVE (RM G5)						
CENTRO DIURNO DISAGIATI PSICHICI IL QUADRIFOGLIO (RM G5)			30.000,00			
CENTRO DIURNO SOCIO-EDUCATIVO PER PERSONE DIVERSAMENTE ABILI (RM G6)			234.967,00	134.967,00	234.967,00	134.967,00
CENTRO PER L'ORIENTAMENTO AL LAVORO PER PERSONE CON DISABILITÀ (RM G1)	206.960,00	206.960,00	206.960,00	206.960,00		
CSERDI - CENTRO SOCIO RIABILITATIVO EDUCATIVO DIURNO INTERCOMUNALE (RM G1)	414.440,00	385.320,00	443.560,00	414.440,00	831.511,11	446.710,11

Rapporto sulla Condizione Sociale della provincia di Roma
Anni 2012-2014

EROGAZIONE PROVVIDENZE ECONOMICHE A FAVORE DI PERSONE CON SOFFERENZA PSICHICA ASSISTITE DAL CENTRO SALUTE MENTALE ASLRMG DISTRETTO RMG1 – MONTEROTONDO-MENTANA- FONTE NUOVA (RM G1)			94.000,00		93.217,58	
EROGAZIONE PROVVIDENZE ECONOMICHE A FAVORE DI PERSONE CON SOFFERENZA PSICHICA ASSISTITE DAL CENTRO SALUTE MENTALE ASLRMG/DISTRETTO RMG4 (RM G4)	37.000,00					
EROGAZIONE PROVVIDENZE ECONOMICHE A FAVORE DI PERSONE CON SOFFERENZA PSICHICA ASSISTITE DAL CENTRO SALUTE MENTALE ASL RMG, DISTRETTO RMG6 – COLLEFERRO (RM G6)						
INSIEME DOPO DI NOI (RM G1)					382.425,41	359.161,00
INTERVENTI A FAVORE DEI DISABILI GRAVI – LEGGE NUMERO 162 DEL 1998 (RM G5)			100.000,00			
INTERVENTI A FAVORE DEI DISAGIATI PSICHICI (RM G5)						
INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE CON SOFFERENZA PSICHICA. “EROGAZIONE PROVVIDENZE ECONOMICHE A FAVORE DI PERSONE CON SOFFERENZA PSICHICA ASSISTITE DAL CENTRO SALUTE MENTALE ASLRMG DISTRETTO RMG3 – DISTRETTO DI TIVOLI (RM G3)	100.000,00					
INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA SLA (RM G3)					50.868,08	
INTERVENTI IN FAVORE DEI DISABILI GRAVI (RM G2)	88.000,00				70.000,00	
PIANO INTERDISTRETTUALE AMBITO ROMAG IN FAVORE DELLE PERSONE AFFETTE DA ALZHAIMER E LORO FAMILIARI (RM G3)					622.187,00	
PROGETTO ABITAZIONE SUPPORTATE DISTRETTO RM G2 – PER PERSONE CON PROBLEMATICHE PSICO-SOCIALI (RM G2)			12.000,00			
PROVVIDENZE PER SOGGETTI DISAGIATI PSICHICI (RM G2)					126.888,90	
PROVVIDENZE PER SOGGETTI DISAGIATI PSICHICI (RM G3)					88.605,02	
PROVVIDENZE PER SOGGETTI DISAGIATI PSICHICI (RM G4)					37.082,17	
PROVVIDENZE PER SOGGETTI DISAGIATI PSICHICI (RM G5)					86.171,35	
PROVVIDENZE PER SOGGETTI DISAGIATI PSICHICI (RM G6)					80.175,04	
SERVIZIO “LIS” (RM G6)					2.000,00	
SERVIZIO ACCOMPAGNAMENTO DISABILI (RM G5)						
SERVIZIO INTEGRATO DISABILI GRAVI - LEGGE NUMERO 162 DEL 1998 (RM G1)			193.000,00			
SERVIZIO INTEGRATO DISABILI GRAVI - LEGGE NUMERO 162 DEL 1998 (RM G2)			70.000,00			
SERVIZIO INTEGRATO DISABILI GRAVI - LEGGE NUMERO 162 DEL 1998 (RM G5)					100.000,00	
SERVIZIO INTEGRATO DISABILI GRAVI - LEGGE NUMERO 162 DEL 1998 (RM G6)			296.000,00	75.059,59	296.000,00	152.582,45
SOSTENERE LA GRAVE DISABILITÀ (INTERVENTI DI CUI ALLA LEGGE NUMERO 162 DEL 1998) (RM G3)	79.187,00		79.187,00		79.187,00	
TIROCINI ATIPICI PER GIOVANI E ADULTI DISABILI. AZIONI D’INTEGRAZIONE SOCIALE (RM G3)	40.000,00	12.774,11			50.000,00	12.774,11

I Bisogni delle persone con Disabilità e Disagio mentale rilevati nei Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM H

Analisi del Distretto RM H1

Secondo quanto riportato dal Piano di Zona del 2012, ripreso nel 2013 e in parte nel 2014, relativo al Distretto RM H1, le due aree di approfondimento della presente sezione sono separate e si riferiscono a Tavoli di coprogettazione differenti.

Cominciando quindi dalla Disabilità fisica, il Piano definisce il bisogno degli utenti a partire dai servizi offerti, e in particolare il principale intervento richiesto è quello dell'*Assistenza domestica*, a cui segue il *Recupero di autonomia*, l'*Inserimento lavorativo*, nei casi in cui il livello di disabilità lo consenta, e il *Sollievo alle famiglie*.

Molto sentito sembra essere il problema dell'*Inserimento scolastico dei minori disabili*: nel Distretto ci sono circa 150 studenti delle scuole elementari e medie inferiori che hanno necessità dell'*Assistenza Educativa scolastica*, un *trend* in continua crescita pari a più 6% ogni anno. Risulta davvero complesso soddisfare le esigenze di tutta l'utenza viste le carenze finanziarie dei bilanci comunali: il fabbisogno orario segnalato dalle scuole supera mediamente di oltre il 22% la disponibilità delle risorse assegnate dai bilanci comunali e pertanto per non escludere utenti, si è scelto di diminuire le ore *pro capite*.

Anche se ormai consolidato nei progetti di intervento, tuttavia le circa 60 persone richiedenti l'*Inserimento lavorativo* hanno trovato solo una parziale risposta nelle trenta *Borse lavoro* messe a disposizione dall'Ufficio di Piano. Nel settore orientamento al lavoro anche il Terzo settore locale risulta essere molto attivo con l'organizzazione di *Corsi di formazione* specifici.

Passando a considerare gli interventi relativi alle persone con Disagio mentale, il Piano del 2012 fa presente che non ci sono nel territorio *Centri o strutture residenziali* per questo tipo di problema e le soluzioni trovate, per solito, rispondono solamente a situazioni di emergenza e non rappresentano una progettualità definita.

Rispetto al tema del disagio psichico, fenomeno che mostra la sua rilevanza soprattutto in concomitanza di altre problematiche sociali all'interno dei nuclei familiari quali l'assenza di lavoro o la conflittualità intergenitoriale, il Distretto ha lavorato su alcuni progetti sia nel 2012 che nel 2013. Ha infatti previsto attività laboratoriali per favorire l'autonomia e la terapia occupazionale e ha sostenuto quanto previsto dal Regolamento numero 1 del 2000 per l'erogazione delle provvidenze economiche di cui all'articolo 8 della Legge Regionale numero 49 del 1983.

Analisi del Distretto RM H2

Come già evidenziato in altri territori, il Piano di Zona del 2014 del Distretto RM H2 rileva che, rispetto al tema della Disabilità, esistono poche fonti statistiche, risulta difficile avere un confronto tra l'utenza potenziale e l'utenza effettiva e non sono presenti dati e informazioni che rilevino in maniera uniforme la percentuale ed il tipo di patologie più ricorrenti. Il Piano evidenzia il limite della programmazione in questa area che risponde solo all'utenza che "riesce ad arrivare ai servizi" e che riesce a fare emergere i propri bisogni..

Nel 2012 e 2013 gran parte delle richieste e dei bisogni emersi riguardano i minori disabili seguiti nelle scuole con l'*Assistenza Educativo-culturale* attraverso l'impegno dei Comuni a sostenere il costo dell'educatore a scuola ed anche, in alcuni casi, a domicilio dello studente con disabilità.

A livello, invece, di disabilità adulta, gli elementi informativi a disposizione sottolineano la rilevanza del momento in cui il minore conclude il proprio percorso scolastico e, anziché essere nelle condizioni di inserirsi nel mondo del lavoro, di solito rimane a casa e richiede il Sostegno domiciliare secondo quanto previsto dalla Legge numero 162 del 1998. I servizi distrettuali hanno promosso azioni volte all'inserimento nei Centri diurni (distrettuali e extra-distrettuali) e l'attivazione delle Borse lavoro a sostegno dell'autonomia.

Infine i Servizi di tutela della salute mentale e di Riabilitazione dell'età evolutiva, strettamente connessi con gli approfondimenti dell'area Famiglia e Minori, secondo il Piano del 2014 mostrano una situazione di difficoltà soprattutto per quanto riguarda la riabilitazione dei minori con problematiche psichiatriche.

Analisi del Distretto RM H3

A differenza degli altri Piani sociali, il Piano di Zona del 2013 e 2014 del Distretto RM H3 suddivide l'area Disabilità e Disagio mentale secondo i differenti tipi di utenti e per fasce di età.

Per i minori tra 0 e 3 anni è molto consolidato il lavoro di collaborazione tra servizi sanitari e servizi sociali, sulla base di progetti individuali sul bambino.

Per i minori in età scolare, 3-18 anni, i servizi preposti definiscono un progetto di intervento che da una parte punta all'inserimento scolastico rivolto alla socializzazione del minore, e dall'altra al sostegno alle famiglie. La problematica maggiore sembra essere rappresentata dalla suddivisione delle competenze per il sostegno dei disabili nell'inserimento scolastico: nonostante quanto previsto dal Ministero dell'Istruzione, sono ancora i Comuni che si fanno carico della risposta, sostenendo la spesa con fondi propri.

Le criticità maggiori si presentano al momento dell'uscita del disabile dalla scuola. Al di fuori del circuito scolastico, diventa più difficile soddisfare le esigenze quotidiane della persona diversamente abile e pertanto si tende a lasciare il ragazzo a scuola il più lungo possibile. Una generalizzazione sui casi è obiettivamente difficile, e a tal riguardo il Piano di Zona del 2013 chiarisce che il progetto di intervento sul disabile è strettamente legato alle sue capacità ed alle possibilità di un inserimento lavorativo protetto ai sensi della Legge numero 68 del 1999, o, in alternativa, in una struttura di tipo semiresidenziale/residenziale, servizi che presentano tuttavia difficoltà di accesso e lunghe liste di attesa. La terza alternativa possibile, messa in campo nel territorio, riguarda le prestazioni domiciliari, ma anche per questo intervento è necessario prevedere un'alta flessibilità e livello di personalizzazione.

Analisi del Distretto RM H4

Nel 2013 e nel 2014, il Piano di Zona del Distretto RM H4, relativamente ai bisogni dell'area Disabilità evidenzia fondamentalmente due problematiche. Anzitutto, nonostante la presenza sul territorio del *Centro Diurno Disabili adulti "Raggio di sole"*, una buona parte della popolazione disabile non sembra trovare adeguate risposte in termini di socializzazione e di opportunità lavorative. Il Tavolo tematico ha inoltre evidenziato la carenza di strutture residenziali e semiresidenziali per situazioni di emergenza, così come la necessità di progettare il cosiddetto servizio "dopo di noi".

Nel Distretto, inoltre, pur essendo previsti i *Soggiorni estivi*, questi riguardano solo i minori, con esclusione quindi della fascia adulta.

Infine, nel Piano del 2014 si aggiunge che gli interventi/servizi che il Distretto fornisce, sono essenzialmente l'Assistenza domiciliare, il Sostegno alla genitorialità, l'Assistenza educativa scolastica, interamente a carico dei bilanci comunali, ma anche un *Centro diurno per malati di Alzheimer* che rappresenta un elemento di unicità nell'intero territorio provinciale.

Analisi del Distretto RM H5

All'interno del Piano di Zona del 2012, del 2013 e parzialmente anche del 2014 del Distretto RM H5, il settore delle persone disabili è stato tra quelli che ha avuto una maggiore evoluzione e diversificazione dei servizi, rispondendo progressivamente alle molteplici necessità degli utenti e delle loro famiglie. Secondo il Piano, il significativo ampliamento dell'offerta ha consentito non solo di aumentare il numero dei fruitori dei servizi sul territorio, ma anche di migliorare la qualità complessiva dell'intervento.

Non si ha un dato certo circa il numero dei disabili adulti presenti nel territorio. Per i minori, la presenza del Servizio ASL TSMREE e degli Istituti Scolastici permette di avere maggiori dettagli sull'utenza, ma per gli adulti, mancando un Servizio dedicato, viene meno la possibilità di osservazione e quindi di analisi. Gli interventi, pertanto, risultano mirati e organici rispetto ai minori, mentre per gli adulti sembra emergere una sostanziale difficoltà di progettazione sistematica.

Ai Servizi Territoriali per la Tutela della Salute Mentale e la Riabilitazione in Età Evolutiva (TSMREE) (ex UONPI) del Distretto RM H5, le cartelle aperte sono più di 2.300 e c'è una richiesta di presa in carico di circa 300 nuovi utenti l'anno. Questo probabilmente è dovuto ad una aumentata sensibilità delle famiglie nei riguardi dei problemi dei bambini e ad una maggiore risposta ed interazione proficua con le scuole, ma anche ad una riorganizzazione interna del servizio. Superati i diciotto anni, il percorso presso il TSMREE si interrompe e l'utente, mancando il servizio dedicato, si rivolge ad altri servizi quali il DSM, il CAD, i Servizi Sociali comunali o, come avviene in molti casi, si disperde. Nel 2013 risultavano in lista d'attesa al TSMREE 85 utenti e 139 per la riabilitazione. Le carenze dei servizi si combinano anche con le difficoltà di spostamento dalla campagna verso il centro abitato, mancando i trasporti attrezzati per i disabili e date le barriere architettoniche e paesaggistiche che presenta il territorio.

Nel corso dell'anno 2011 sono stati seguiti circa 130 minori frequentanti le varie scuole del territorio del Comune di Velletri e circa 40 del Comune di Lariano. Negli ultimi anni, anche grazie a provvedimenti specifici, si è assistito ad un incremento cospicuo di investimenti e di personale impiegato nell'inserimento dei portatori di handicap in ambito scolastico. Sono presenti nel territorio distrettuale, insistenti nel comune di Velletri, un *Centro Diurno Disabili adulti di medio e grave entità* e la *Casa famiglia "La Coccinella"*, struttura residenziale per disabili adulti che può ospitare fino ad 8 utenti. Altro servizio sul territorio Distrettuale, erogato dai due Comuni da anni e ormai consolidatosi nel tempo è l'*Assistenza specialistica a favore di alunni disabili appartenenti alle scuole primarie e medie*.

Analisi del Distretto RM H6

Nell'area della disabilità, il Piano di Zona del 2014 del Distretto RM H6 evidenzia anzitutto come la richiesta di prestazioni ai servizi socio - sanitari del Distretto continui a crescere, ma come non sia ancora possibile avere un dato complessivo del numero dei potenziali utenti disabili. I dati sono parziali e rilevano in maniera separata l'utenza dei vari servizi specialistici che si occupano di disabilità.

Un primo indicatore riguarda gli alunni disabili per i quali è stata attivata l'*Assistenza specialistica* erogata dai Comuni nell'anno scolastico 2013/2014 nelle scuole del territorio: sono stati 101 a

Nettuno e 112 ad Anzio. E' da evidenziare che sono già 11 le nuove richieste per l'attivazione di assistenza.

Il servizio di *Assistenza Domiciliare ai disabili* rimane un punto di forza per il Distretto, affidato dal Comune di Anzio, in qualità di ente capofila, alla Cooperativa Sociale "Auxilium". Il servizio si suddivide in: *Assistenza Domiciliare Sociale (SAD)* e *Assistenza Domiciliare di Base (ADB)* per l'assistenza "leggera". Secondo il documento, la lista d'attesa al 31 dicembre 2013 riguardava 102 utenti di cui 21 disabili, mentre le ore erogate nel corso del 2013 sono state complessivamente 37.465 (sia per anziani sia per disabili) con le quali è stato possibile assistere complessivamente 119 utenti (di cui 48 anziani e 71 disabili).

Passando ad un altro servizio, risulta oneroso per gli Enti locali sostenere le spese relative agli inserimenti in Strutture di tipo socio-assistenziale per i disabili adulti. Il Comune di Anzio integra le rette per 5 utenti, mentre Nettuno ne assiste 8 di cui 4 in regime semi-assistenziale. Il Comune di Anzio, inoltre, compartecipa alle rette per 11 disabili inseriti in strutture *ex articolo 26*.

Nel Distretto è stato attivato nel mese di aprile 2003 il *Centro Diurno "La Girandola"* rivolto a 10 disabili adulti residenti. Il centro dal 17 settembre 2012 è stato trasferito e rinnovato configurandosi come una struttura semiresidenziale di tipo socio assistenziale in base alla normativa regionale (Legge Regionale numero 41 del 2003 e DGRL numero 1305 del 2004). Nel corso del 2013 sono stati accolti 18 disabili adulti medio gravi con età compresa tra i diciotto e i sessantacinque anni. Tale iniziativa, oltre al naturale valore in termini d'integrazione, rappresenta anche un'importante compartecipazione dell'Azienda USL RM H ai costi di gestione del progetto. Infatti l'ente sanitario si fa carico non solo dei costi dei locali (manutenzione ordinaria, pulizie, somministrazione dei pasti, utenze), ma anche di quelli relativi al personale.

L'utenza rilevata nell'area Distrettuale

Le informazioni relative agli utenti dei numerosi progetti dell'area Distrettuale della ASL RM H, sono contenute nella Tabella sottostante. Su questa base informativa è possibile notare che per alcuni Progetti il numero degli utenti non è variato, elemento che fa ritenere come si stiano configurando nell'aspetto dei Servizi essenziali.

Numero degli utenti dei progetti relativi alla Disabilità e al Disagio mentale inseriti nei Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM H

Progetti	anni		
	2012	2013	2014
A.D.I. ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (RM H2)			48
APPARTAMENTO AUTOGESTITO – DISAGIATI PSICHICI FEMMINILE (RM H2)	2		
APPARTAMENTO AUTOGESTITO – DISAGIATI PSICHICI MASCHILE (RM H2)	1		
ASSISTENZA DOMICILIARE (S.A.D. E A.D.B.) (RM H6)			119
ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD) E ASSISTENZA DOMICILIARE DI BASE PER DISABILI (ADB) (RM H6)		73	
ASSISTENZA DOMICILIARE AD ALTA INTENSITÀ PER DIMISSIONI OSPEDALIERE (RM H4)		80	
ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA (RM H5)		6	

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (RM H2)	60		
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATIVA EX LEGGE NUMERO 162 DEL 1998 (RM H1)	13	13	34
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATIVA EX LEGGE NUMERO 162 DEL 1998 (RM H2)	45	48	48
ASSISTENZA DOMICILIARE PER PERSONE AFFETTE DA PATOLOGIE ONCOLOGICHE E PATOLOGIE COMPLESSE, GRAVEMENTE INVALIDANTI E/O PROGRESSIVE (RM H3)		66	
ASSISTENZA DOMICILIARE POST OSPEDALIERA - INTERVENTI LEGGE REGIONALE NUMERO 20 DEL 2006 (RM H1)			48
ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE ANZIANI, ADULTI, DISABILI E MINORI (RM H5)	154	148	
ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD) E ASSISTENZA DOMICILIARE DI BASE (ADB) MULTIUTENZA (RM H6)		150	
ATTIVITÀ DIURNE DISABILI ADULTI (RM H5)	15	18	
ATTIVITÀ ESTIVE DIURNE PER GIOVANI ADULTI DISABILI (RM H5)			16
AUTONOMIA E LIBERTÀ (RM H1)	6	6	6
CASA FAMIGLIA "LA COCCINELLA" (RM H5)			7
CASA FAMIGLIA PER PERSONE ADULTE CON DISAGIO PSICHICO (RM H3)		5	
CENTRI SEMIRESIDENZIALI PER DISABILI ADULTI (RM H3)		16	
CENTRO DIURNI DISABILI GRAVI ADULTI DISTRETTUALE "IL GIRASOLE" (RM H2)	15	15	15
CENTRO DIURNO DISABILI ADULTI (RM H6)		20	
CENTRO DIURNO DISABILI ADULTI "VILLA ALBANI" ANZIO (RM H6)			12
CENTRO DIURNO PER DISABILI ADULTI (RM H1)	9	9	10
CENTRO DIURNO PER DISABILI ADULTI "RAGGIO DI SOLE" (RM H4)		18	20
CENTRO DIURNO PER DISAGIATI PSICHICI VOLO LIBERO (RM H2)	25	25	25
CENTRO DIURNO PER DIVERSAMENTE ABILI "L'ISOLA CHE C'E'" (RM H2)	16	16	16
CENTRO DIURNO PER UTENTI AFFETTI DA DEMENZA (RM H1)			17
IN AUTONOMIA (RM H1)		12	12
INSIEME DOPO DI NOI (RM H1)			6
INTERVENTI DI AIUTO ALLE PERSONE DISABILI IN SITUAZIONE DI GRAVITÀ LEGGE NUMERO 162 DEL 1998 (RM H3)		13	
INTERVENTI LEGGE REGIONALE NUMERO 20 DEL 2006 (RM H2)			90
INTERVENTI LEGGE REGIONALE NUMERO 20 DEL 2006 (RM H3)			36
INTERVENTI LEGGE REGIONALE NUMERO 20 DEL 2006 (RM H6)			27
LABORATORI CENTRO DIURNO DSM (RM H5)			25

LABORATORI DSM (RM H5)	22	22	
LABORATORIO SOCIALE (RM H1)	16	16	16
PIANI DI ASSISTENZA INDIVIDUALI PER DISABILI GRAVI (RM H4)		10	4
PROVVIDENZE PER DISAGIATI PSICHICI (RM H1)			54
PROVVIDENZA PER DISAGIATI PSICHICI (RM H3)			35
PROVVIDENZA PER DISAGIATI PSICHICI (RM H4)			24
PROVVIDENZE PER SOGGETTI DISAGIATI PSICHICI (RM H6)			44
SERVIZI DIURNI PER DISAGIATI PSICHICI (RM H1)	18	18	18
SOSTEGNO FREQUENZA CENTRO INSIEME UGUALI (RM H1)	11	11	12

Anche se si tratta di sei distinti Distretti socio-sanitari, tuttavia non si può non considerare l'abbondanza di Progetti allegati o comunque descritti nei Piani dell'area Distrettuale ASL RM H. Dal punto di vista dei servizi-progetti attivati, l'esperienza dei *Centri diurni* sembra essere riconosciuta in termini positivi, anche se, per quanto riguarda il Distretto RM H6, ci sono state, da parte di alcuni genitori di giovani disabili già frequentanti l'ex *Centro la "Girandola"*, difficoltà ad accettare per i propri figli sia gli operatori del Distretto Sanitario, sia la sistemazione nei nuovi locali del *Centro Diurno Disabili Adulti "Villa Albani"* di Anzio.

Rispetto al Servizio di *Assistenza Domiciliare* del Distretto RM H6, il Referente Tecnico Distrettuale unitamente al Direttore Esecutivo del Progetto ha effettuato degli incontri con gli utenti e i loro familiari nei quali è stato consegnato un questionario al fine di valutare il gradimento del servizio, e il riscontro è stato positivo.

Facendo invece riferimento al Gradimento delle *Provvidenze per disagiati psichici* promosse dal Distretto RM H3 nel 2014, si è osservato che nei progetti rivolti ad utenti che frequentano il *DSM* o il *Centro Diurno* e che hanno beneficiato di reinserimento socio-lavorativo o di contributi economici in caso di severe problematiche economiche, sono emersi cinque aspetti: una maggiore *compliance* al programma terapeutico-riabilitativo, una significativa riduzione dei ricoveri presso strutture psichiatriche, una attivazione nei processi socio-relazionali soprattutto con i propri familiari, autonomia e miglioramento della qualità della vita quotidiana dell'utente e l'accrescimento della propria autostima e il miglioramento del quadro psicopatologico (elemento peraltro riscontrato anche nel Distretto RM H5).

Si ricorda infine che le misure di *Assistenza domiciliare* in molti territori riguardano l'utenza disabile, ma anche quella degli anziani e dei minori.

Elenco dei progetti dell'area Distrettuale ASL RM H per Disabili e Persone con Disagio mentale

Anno 2012

APPARTAMENTO AUTOGESTITO – DISAGIATI PSICHICI FEMMINILE (RM H2)

APPARTAMENTO AUTOGESTITO – DISAGIATI PSICHICI MASCHILE (RM H2)

ASSISTENZA DOMICILIARE AD ALTA INTERNSITÀ NELLE DIMISSIONI OSPEDALIERE (RM H4)

ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA (RM H5)

ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA LEGGE 162/98 (RM H3)

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (RM H2)

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA DISABILI ED ANZIANI (RM H6)

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA PER DISABILI GRAVI – PIANI DI ASSISTENZA INDIVIDUALI (RM H4)

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATIVA EX LEGGE NUMERO 162 DEL 1998 (RM H1)
ASSISTENZA DOMICILIARE PER PERSONE AFFETTE DA PATOLOGIE ONCOLOGICHE E PATOLOGIE
COMPLESSE, GRAVEMENTE INVALIDANTI E/O PROGRESSIVE (RM H3)
ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE ANZIANI, ADULTI, DISABILI E MINORI (RM H5)
ATTIVITÀ DIURNE DISABILI ADULTI (RM H5)
AUTONOMIA E LIBERTÀ (RM H1)
CENTRI DIURNI HANDICAP (RM H3)
CENTRO DIURNO DISABILI ADULTI (RM H4)
CENTRO DIURNO DISABILI GRAVI ADULTI DISTRETTUALE "IL GIRASOLE" (RM H2)
CENTRO DIURNO PER DISABILI ADULTI (RM H1)
CENTRO DIURNO PER DISAGIATI PSICHICI VOLO LIBERO (RM H2)
CENTRO DIURNO PER DIVERSAMENTE ABILI "L'ISOLA CHE C'E'" (RM H2)
COMUNITÀ ALLOGGIO PER DISABILI PSICHICI (RM H3)
CONTRIBUTI A FAVORE DI DISAGIATI PSICHICI REGOLAMENTO N. 1/100 (RM H3)
IN AUTONOMIA (RM H1)
LABORATORI DISABILI ADULTI (RM H5)
LABORATORIO SOCIALE (RM H1)
LEGGE NUMERO 162 DEL 98 – ASSISTENZA DOMICILIARE DISABILI GRAVI (RM H2)
REINSERIMENTO SOCIALE DEI DISAGIATI PSICHICI (RM H4)
SERVIZI DIURNI PER DISAGIATI PSICHICI (RM H1)
SOSTEGNO FREQUENZA CENTRO INSIEME UGUALI (RM H1)

Anno 2013

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATIVA EX LEGGE NUMERO 162 DEL 1998 (RM H1)
ASSISTENZA DOMICILIARE PER PERSONE AFFETTE DA PATOLOGIE ONCOLOGICHE E PATOLOGIE
COMPLESSE, GRAVEMENTE INVALIDANTI E/O PROGRESSIVE (RM H3)
ASSISTENZA DOMICILIARE AD ALTA INTENSITÀ PER DIMISSIONI OSPEDALIERE (RM H4)
ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA (RM H5)
ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE ANZIANI, ADULTI, DISABILI E MINORI (RM H5)
ASSISTENZA DOMICILIARE-SAD E ASSISTENZA DOMICILIARE DI BASE-ADB MULTIUTENZA (RM H6)
ATTIVITÀ DIURNE GIOVANI DISABILI ADULTI (RM H5)
AUTONOMIA E LIBERTÀ' (RM H1)
CASA FAMIGLIA PER PERSONE ADULTE CON DISAGIO PSICHICO (RM H3)
CENTRI SEMIRESIDENZIALI PER DISABILI ADULTI (RM H3)
CENTRO DIURNO PER DISABILI ADULTI (RM H1)
CENTRO DIURNO DISTRETTUALE DISABILI GRAVI ADULTI " IL GIRASOLE" (RM H2)
CENTRO DIURNO DISTRETTUALE PER DIVERSAMENTE ABILI "L'ISOLA CHE C'E'" (RM H2)
CENTRO DIURNO PER DISABILI ADULTI "RAGGIO DI SOLE" (RM H4)
CENTRO DIURNO PER DISAGIATI PSICHICI "IL VOLO LIBERO" (RM H2)
CENTRO DIURNO DISABILI ADULTI (RM H6)
IN AUTONOMIA (RM H1)
INTERVENTI DI AIUTO ALLE PERSONE DISABILI IN SITUAZIONE DI GRAVITA' LEGGE NUMERO 162
DEL 1998 (RM H3)
LEGGE NUMERO 162 DEL 1998 (ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA DISABILI GRAVI) (RM H2)
LABORATORI CENTRO DIURNO DSM (RM H5)
LABORATORIO SOCIALE (RM H1)
PIANI DI ASSISTENZA INDIVIDUALI PER DISABILI GRAVI (RM H4)

REINSERIMENTO SOCIALE DI DISAGIATI PSICHICI - "IN AUTONOMIA" (RM H4)
SERVIZI DIURNI PER DISAGIATI PSICHICI (RM H1)
SOSTEGNO ALL'ABITARE PER PERSONE CON DISAGIO PSICHICO (RM H3)
SOSTEGNO FREQUENZA CENTRO INSIEME UGUALI (RM H1)

Anno 2014

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATIVA PER DISABILI GRAVI (RM H1)
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATIVA EX LEGGE NUMERO 162 DEL 1998 - INTERVENTI LEGGE REGIONALE NUMERO 20 DEL 2006 (RM H1)
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (RM H2)
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA DISABILI GRAVI EX LEGGE NUMERO 162 DEL 1998 (RM H2)
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (RM H4)
ASSISTENZA DOMICILIARE POST OSPEDALIERA - INTERVENTI LEGGE REGIONALE NUMERO 20 DEL 2006 (RM H1)
ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE MULTIUTENZA (RM H5)
ASSISTENZA DOMICILIARE (S.A.D. E A.D.B.) (RM H6)
ASSISTENZA ONCOLOGICA (RM H3)
ATTIVITA' ESTIVE DIURNE PER GIOVANI ADULTI DISABILI (RM H5)
AUTONOMIA E LIBERTA' (RM H1)
CASA FAMIGLIA "LA COCCINELLA" (RM H5)
CENTRI SEMIRESIDENZIALI DISABILI (RM H3)
CENTRO DIURNO PER DISABILI ADULTI (RM H1)
CENTRO DIURNO PER UTENTI AFFETTI DA DEMENZA (RM H1)
CENTRO DIURNO DISABILI GRAVI "L'ISOLA CHE C'E'" (RM H2)
CENTRO DIURNO DISAGIATI PSICHICI "VOLO LIBERO" (RM H2)
CENTRO DIURNO DISTRETTUALE DISABILI GRAVI ADULTI "IL GIRASOLE" (RM H2)
CENTRO DIURNO PER DISABILI ADULTI -RAGGIO DI SOLE (RM H4)
CENTRO DIURNO DISABILI ADULTI "VILLA ALBANI" ANZIO (RM H6)
IN AUTONOMIA (RM H1)
IN AUTONOMIA (RM H4)
INSIEME DOPO DI NOI (RM H1)
INTERVENTI LEGGE REGIONALE NUMERO 20 DEL 2006 (CENTRO DIURNO PER PERSONE AFFETTE DA ALZHEIMER E ALTRE DEMENZE) (RM H4)
INTERVENTI LEGGE REGIONALE NUMERO 20 DEL 2006 (RM H2)
INTERVENTI LEGGE REGIONALE NUMERO 20 DEL 2006 (RM H3)
INTERVENTI LEGGE REGIONALE NUMERO 20 DEL 2006 (RM H6)
LABORATORI CENTRO DIURNO DSM (RM H5)
LABORATORIO SOCIALE (RM H1)
PIANI DI ASSISTENZA INDIVIDUALI PER DISABILI GRAVI (RM H4)
PROVVIDENZA PER DISAGIATI PSICHICI (RM H3)
PROVVIDENZE PER DISAGIATI PSICHICI (RM H1)
PROVVIDENZE PER DISAGIATI PSICHICI (RM H4)
PROVVIDENZE PER SOGGETTI DISAGIATI PSICHICI (RM H2)
PROVVIDENZE PER SOGGETTI DISAGIATI PSICHICI (RM H6)
SERVIZI DIURNI PER DISAGIATI PSICHICI (RM H1)
SOSTEGNO ALLA FREQUENZA CENTRO INSIEME UGUALI (RM H1)

Finanziamento stanziato e Quadro economico relativo

La Tabella sottostante mostra l'andamento delle richieste di finanziamento all'Ente regionale. Si tratta di una richiesta costante, che ha subito nel tempo un lieve incremento nel caso del numero dei progetti finanziati, e anche un aumento dell'importo dei progetti di *Assistenza Domiciliare*, anche con compartecipazione degli Enti locali. L'altra voce di costo maggiormente finanziata è quella relativa ai *Centri Diurni*.

Gli impegni finanziari richiesti nei Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM H e relativi ai progetti per i Disabili e le Persone con Disagio mentale

PROGETTI	Anni					
	2012		2013		2014	
	Totale	cofinanziamento	Totale	cofinanziamento	Totale	cofinanziamento
APPARTAMENTO AUTOGESTITO – DISAGIATI PSICHICI FEMMINILE (RM H2)	45.335,30	34.035,30				
APPARTAMENTO AUTOGESTITO – DISAGIATI PSICHICI MASCHILE (RM H2)	37.020,00	22.520,00				
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATIVA EX LEGGE NUMERO 162 DEL 1998 - INTERVENTI LEGGE REGIONALE NUMERO 20/2006 (RM H1)					130.009,08	
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATIVA EX LEGGE NUMERO 162 DEL 1998 (RM H1)	56.243,00				200.000,00	100.000,00
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATIVA PER DISABILI GRAVI (RM H1)					56.243,51	
ASSISTENZA DOMICILIARE POST OSPEDALIERA - INTERVENTI LEGGE REGIONALE NUMERO 20 DEL 2006 (RM H1)					115.139,84	50.000,00
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA DISABILI GRAVI EX LEGGE NUMERO 162 DEL 1998 (RM H2)	236.437,80	160.974,27	56.243,00	217.772,61	268.072,92	165.309,00
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (RM H2)	373.979,80	179.907,53	288.538,15	83.762,71	372.199,64	59.528,56
ASSISTENZA DOMICILIARE PER PERSONE AFFETTE DA PATOLOGIE ONCOLOGICHE E PATOLOGIE COMPLESSE, GRAVEMENTE INVALIDANTI E/O PROGRESSIVE (RM H3)	306.000,00	12.000,00	303.000,00	3.000,00	302.850,00	2.850,00
ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA EX LEGGE NUMERO 162 DEL 1998 (RM H3)	64.000,00	12.000,00				
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (RM H4)					706.805,00	112.400,00
ASSISTENZA DOMICILIARE AD ALTA INTENSITÀ PER DIMISSIONI OSPEDALIERE (RM H4)	248.200,00	78.200,00	248.200,00	78.200,00		
ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE ANZIANI, ADULTI, DISABILI E MINORI (RM H5)	651.216,62	308.020,00	733.521,60	234.000,00	699.650,28	170.000,00
ASSISTENZA DOMICILIARE (S.A.D. E A.D.B.) (RM H6)	750.000,00	89.764,00	746.309,83		750.000,00	
ATTIVITÀ DIURNE GIOVANI DISABILI ADULTI (RM H5)	17.600,00	600,00	21.450,00			

Rapporto sulla Condizione Sociale della provincia di Roma
Anni 2012-2014

ATTIVITA' ESTIVE DIURNE PER GIOVANI ADULTI DISABILI (RM H5)					20.000,00	
AUTONOMIA E LIBERTA' (RM H1)	73.000,00		73.000,00		73.000,00	
CASA FAMIGLIA "LA COCCINELLA" (RM H5)					359.160,00	47.929,92
CASA FAMIGLIA PER PERSONE ADULTE CON DISAGIO PSICHICO (RM H3)			45.432,00	2.100,00		
CENTRI SEMIRESIDENZIALI PER DISABILI ADULTI (RM H3)			154.200,00	4.200,00		
CENTRO DIURNO DISABILI ADULTI (RM H4)	196.000,00	116.000,00				
CENTRO DIURNO DISABILI ADULTI (RM H6)			384.974,12	316.191,46		
CENTRO DIURNO DISABILI ADULTI "VILLA ALBANI" ANZIO (RM H6)					374.000,00	274.000,00
CENTRO DIURNO DISABILI GRAVI "L'ISOLA CHE C'E'" (RM H2)	108.884,50	7.608,92	172.613,21	7.608,92	210.644,20	39.788,42
CENTRO DIURNO DISAGIATI PSICHICI "VOLO LIBERO" (RM H2)	267.000,00	153.000,00	267.000,00	153.000,00	272.904,76	153.000,00
CENTRO DIURNO DISTRETTUALE DISABILI GRAVI ADULTI "IL GIRASOLE" (RM H2)	161.805,12	40.609,03	162.478,66	40.690,03	264.635,42	99.656,76
CENTRO DIURNO DISTRETTUALE DISABILI GRAVI ADULTI "IL GIRASOLE" (RM H2)	60.853,94	19.490,37				
CENTRO DI PRIMA ACCOGLIENZA DIURNO "IL GIRASOLE" (RM H1)	132.368,00	12.368,00				
CENTRO DIURNO DISTRETTUALE PER DIVERSAMENTE ABILI "L'ISOLA CHE C'E'" (RM H2)	73.489,54	9.760,83				
CENTRO DIURNO PER DISABILI ADULTI (RM H1)	227.904,00	127.904,00	227.904,00	127.904,00	227.904,00	127.904,00
CENTRI DIURNI HANDICAP, CENTRI SEMIRESIDENZIALI DISABILI (RM H3)	144.000,00	7.000,00			154.100,00	4.100,00
CENTRO DIURNO PER DISABILI ADULTI "RAGGIO DI SOLE" (RM H4)			196.000,00	116.000,00	196.000,00	116.000,00
CENTRO DIURNO PER UTENTI AFFETTI DA DEMENZA (RM H1)					168.100,00	78.100,00
COMUNITA' ALLOGGIO PER DISABILI PSICHICI (RM H3)	148.000,00	18.000,00				
CONTRIBUTI IN FAVORE DI DISAGIATI PSICHICI REGOLAMENTO NUMERO 1/100 (RM H3)	82.000,00					
IN AUTONOMIA (RM H1)	89.600,00	19.600,00	89.600,00	19.600,00	89.600,00	19.600,00
IN AUTONOMIA (RM H4)			158.496,00	58.496,00	158.496,00	58.496,00
INSIEME DOPO DI NOI (RM H1)					273.422,56	40.000,00
INTERVENTI DI AIUTO ALLE PERSONE DISABILI IN SITUAZIONE DI GRAVITA' - LEGGE NUMERO 162 DEL 1998 (RM H3)			53.000,00	3.000,00	216.765,03	8.073,00
INTERVENTI LEGGE REGIONALE NUMERO 20 DEL 2006 (RM H3)					454.494,06	5.200,00
INTERVENTI LEGGE REGIONALE NUMERO 20 DEL 2006 (CENTRO DIURNO PER PERSONE AFFETTE DA ALZHEIMER E ALTRE DEMENZE) (RM H4)					51.500,00	9.000,00
INTERVENTI LEGGE REGIONALE NUMERO 20 DEL 2006 (RM H6)					157.471,21	
LABORATORI CENTRO DIURNO DSM (RM H5)			14.780,00			
LABORATORI DISABILI ADULTI (RM H5)	7.470,00					
LABORATORIO SOCIALE (RM H1)	96.720,00	6.720,00	81.720,00	6.720,00	81.720,00	6.720,00

Rapporto sulla Condizione Sociale della provincia di Roma
Anni 2012-2014

PIANI DI ASSISTENZA INDIVIDUALI PER DISABILI GRAVI -ADI (RM H4)	412.400,00	112.400,00	706.805,00	112.400,00	706.805,00	112.400,00
PROVVIDENZE PER DISAGIATI PSICHICI (RM H1)					98.000,16	
PROVVIDENZE PER SOGGETTI DISAGIATI PSICHICI (RM H2)					112.154,66	
PROVVIDENZA PER DISAGIATI PSICHICI (RM H3)					84.286,78	2.500,00
PROVVIDENZE PER DISAGIATI PSICHICI (RM H4)					107.837,77	
PROVVIDENZE PER SOGGETTI DISAGIATI PSICHICI (RM H6)					106.413,24	
REINSERIMENTO SOCIALE PER DISAGIATI PSICHICI (RM H4)	158.496,00	100.000,00				
SERVIZI DIURNI PER DISAGIATI PSICHICI (RM H1)	158.000,00	100.000,00	158.000,00	100.000,00	158.000,00	100.000,00
SOSTEGNO ALL'ABITARE PER PERSONE CON DISAGIO PSICHICO (RM H3)			45.050,00	5.050,00		
SOSTEGNO ALLA FREQUENZA CENTRO INSIEME UGUALI (RM H1)	146.340,00	39.420,00	146.340,00	39.420,00	146.340,00	39.420,00

4.4 Analisi dei bisogni relativi all'area "Famiglie e Minori"

Rispetto alla tematica relativa alla Famiglia e Minori è difficile tentare una sintesi della complessità dei bisogni sociali rilevati dalle tre annualità dei diciassette Piani di Zona della provincia di Roma. L'elemento comune è che i bisogni dei Minori rispecchiano condizioni di disagio dei nuclei, in maniera diretta e amplificata, così pure situazioni di vulnerabilità della coppia, che tendenzialmente venivano "ammortizzate" in periodi precedenti, a causa della situazione di crisi economica, esplodono e investono tutto il nucleo. Ritardi nei pagamenti del canone di affitto o di mutuo, licenziamento o periodi prolungati di mobilità, non sono più compensati dal supporto/sostegno della rete familiare allargata e si riversano sui Servizi Sociali, che mostrano evidenti segni di impotenza.

Inoltre nell'area sta emergendo molto forte la dimensione transculturale con la presenza di un numero di minori stranieri, in alcuni casi, superiore ai minori con cittadinanza italiana.

La situazione di crisi del sistema locale di intervento si mostra laddove diventano più frequenti le richieste, da parte delle Autorità Giudiziarie, di indagini o di allontanamenti con conseguente urgenza di collocamento del minore o di un componente del nucleo, in strutture idonee non presenti nell'area Distrettuale.

La domanda principale che sembra essere inevasa è anche quella di strutture per la prima infanzia, quali asili nido. Inoltre gli operatori, in quasi tutti i Distretti, evidenziano l'emergere di problematiche di disagio degli adolescenti, che "impongono", in senso ampio, un lavoro di rete con le strutture scolastiche e le altre agenzie di socializzazione.

Elevato è il numero delle progettualità presentate nell'ambito della cura e assistenza a minori (bambini, adolescenti, giovani) e ai nuclei familiari (famiglie unipersonali, genitori stranieri, coppie in situazione di crisi). Sicuramente le progettualità avviate con i finanziamenti della Legge numero 285 del 1997 stanno assumendo la connotazione di servizi permanenti. I *Centri di aggregazione* e i *Centri per la Famiglia* o le misure per promuovere e sostenere l'*Affidamento* sono interventi comuni in molte aree.

Il peso economico maggiore lo hanno, però, gli interventi di *Assistenza Domiciliare*, attività in cui generalmente non si aiutano solo i minori, ma si attuano interventi di sostegno alla genitorialità.

Un'azione specifica nei Piani di Zona del 2014 ha riguardato la promozione di interventi a tutela dei minori vittime di maltrattamenti e abusi.

I Bisogni delle Famiglie e dei Minori rilevati dal Piano di Zona del Distretto RM D1

I bisogni maggiormente rilevati dal Piano Sociale di Zona del 2014 del Distretto RM D1, sono legati a due gravi situazioni: crisi familiari determinate da problematiche economiche e da difficoltà relazionali intra ed extra familiari, e l'accrescersi della complessità della realtà giovanile. Sulle due problematiche si enucleano differenti richieste, sintetizzabili, sempre a livello generale in tre ambiti di intervento: scolastico (che implica servizi di *Trasporto, Esonero mensa e Contributo libri, Inserimento ed Esonero asilo nido, Inserimento scolastico*), tutela (e quindi *Assegno di maternità e Assegno al nucleo familiare*) e condizione sociale (*Ascolto e sostegno, Informazione e orientamento, Aiuti alimentari, Aiuto alloggiativo, Inserimento lavorativo, Centri ricreativi, Soggiorni estivi*).

Il Tavolo tematico Minori pur valutando positivamente le progettualità finanziate dal Piano di Zona 2013, ritiene necessario prorogare le attività del *Centro Diurno Dedalo*, implementandolo per abbassare la lunga lista di attesa. Infine il Piano del 2014 rinnova la richiesta dell'apertura di un *Centro Famiglie*.

L'utenza rilevata nel Distretto

Sono pochi gli elementi informativi relativi agli utenti dei Progetti nell'Area Famiglia e Minori del Distretto D1, tuttavia la Tabella sottostante riporta in maniera evidente l'articolazione degli ambiti progettuali promossi.

Numero degli utenti dei progetti relativi alla Famiglia e ai Minori inseriti nei Piani di Zona del Distretto RM D1

Progetti	anni		
	2012	2013	2014
ASSEGNO DI BASE PER CONTRIBUIRE ALLE SPESE ED ALLE PRESTAZIONI DI OGNI NATURA			17
PROGETTUALITÀ PER MINORI-CENTRO DIURNO DEDALO			50
PROGETTUALITÀ IN FAVORE DI MINORI (Centro diurno Dedalo - ATTIVITÀ ED INTERVENTI CON FINALITÀ PSICO PEDAGOGICHE E/O TERAPEUTICHE In-ventum)		146	
RETE ROSA			3
RETI TERRITORIALI PER LA PROMOZIONE DI INTERVENTI A TUTELA DEI MINORI VITTIME DI MALTRATTAMENTI E ABUSI			26
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE			14

Le poche informazioni raccolte nella Tabella precedente potrebbero non dare una misura adeguata della rilevanza del fenomeno nell'Area, tuttavia l'elenco dei progetti allegati o

comunque descritti nei Piani evidenzia come l'area minori-famiglia stia diventando critica nell'offerta di servizi a carattere territoriale, in particolare dall'anno 2014.

Il Distretto RM D1 sembra aver privilegiato non tanto o non soltanto l'erogazione di contributi di carattere economico, ma anche l'avvio di *Centri* e strutture diurne.

Considerato il gradimento da parte dell'utenza, tali attività sono valutate in maniera positiva. In particolare già nel Piano del 2013, riguardo la Progettualità in favore dei Minori (*Centro Diurno "Dedalo"* ed *Attività ed interventi con finalità psico pedagogiche e/o terapeutiche "In-ventum"*), entrambi i progetti sono stati oggetto di attento monitoraggio da parte del Servizio sociale professionale, sia del Comune sia della ASL, attraverso la compilazione di schede di valutazione e di colloqui con i minori coinvolti e le loro famiglie. Gli intervistati hanno riscontrato un alto grado di soddisfazione sia nel 2013 sia nel 2014. Anche la *"Rete Rosa"* ha mostrato come il servizio sia venuto incontro a specifiche esigenze dei cittadini soddisfacendole in pieno e anche i beneficiari dell'*Assegno di base per contribuire alle spese ed alle prestazioni di ogni natura* lo considerano un supporto finanziario fondamentale.

Elenco dei progetti del Distretto RM D1 per Minori e Famiglie

Anno 2012

PROGETTUALITÀ IN FAVORE DI MINORI

Anno 2013

PROGETTUALITÀ IN FAVORE DI MINORI (Centro diurno *Dedalo* - ATTIVITÀ ED INTERVENTI CON FINALITÀ PSICO PEDAGOGICHE E/O TERAPEUTICHE *In-ventum*)
RETE ROSA

Anno 2014

ASSEGNO DI BASE PER CONTRIBUIRE ALLE SPESE ED ALLE PRESTAZIONI DI OGNI NATURA
ASSISTENZA DOMICILIARE MULTIUTENZA
PROGETTUALITÀ PER MINORI-CENTRO DIURNO DEDALO
RETE ROSA
RETI TERRITORIALI PER LA PROMOZIONE DI INTERVENTI A TUTELA DEI MINORI VITTIME DI MALTRATTAMENTI E ABUSI
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE

Finanziamento stanziato e Quadro economico relativo

La Tabella sottostante mostra l'andamento delle richieste di finanziamento all'Ente regionale. Si tratta di una richiesta costante, che ha subito nel tempo un lieve incremento soprattutto nel numero di Progetti attivati, con un notevole impegno di cofinanziamento da parte dei Comuni nell'anno 2014.

Gli impegni finanziari richiesti nei Piani di Zona del Distretto RM D1 e relativi ai progetti per i Minori e la Famiglia

Progetti	Anni					
	2012		2013		2014	
	Totale	cofinanziamento	Totale	cofinanziamento	Totale	cofinanziamento
ASSEGNO DI BASE PER CONTRIBUIRE ALLE SPESE ED ALLE PRESTAZIONI DI OGNI NATURA					79.192,00	7.500,00
ASSISTENZA DOMICILIARE					25.000,00	
PROGETTUALITÀ IN FAVORE DI MINORI	120.000,00	50.000,00				
PROGETTUALITA' IN FAVORE DI MINORI (CENTRO DIURNO DEDALO - ATTIVITA' ED INTERVENTI CON FINALITA' PSICO PEDAGOGICHE E/O TERAPEUTICHE IN-VENTUM			101.620,00	25.000,00	160.000,00	34.170,00
RETE ROSA			7.500,00		35.000,00	20.000,00
RETI TERRITORIALI PER LA PROMOZIONE DI INTERVENTI A TUTELA DEI MINORI VITTIME DI MALTRATTAMENTI E ABUSI					237.803,00	200.000,00
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE					625.461,00	500.000,00

I Bisogni delle Famiglie e dei Minori rilevati dai Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM F

Analisi del Distretto RM F1

Il Piano Sociale di Zona del Distretto RM F1 redatto nel 2012 (e ripreso nel 2014), rappresenta un documento importante di indirizzo delle politiche sulla famiglia e sui minori. Anzitutto, richiamando l'esigibilità dei diritti e la costruzione di opportunità per tutti i cittadini, sottolinea il livello di integrazione raggiunto tra interventi sociali, sanitari e azioni educative, scolastiche e promozionali. Gli obiettivi perseguiti da tutti i Progetti implementati sono essenzialmente sei:

- Migliorare il rapporto genitori/figli;
- Favorire un sereno sviluppo psico-affettivo dei figli;
- Promuovere il dialogo tra gli ex-coniugi al fine di costruire un progetto genitoriale solido;
- Sostenere le famiglie nelle loro funzioni di cura e di educazione dei figli;
- Tutelare i minori appartenenti a nuclei familiari multiproblematici con servizi di qualità, al fine di offrire loro opportunità di crescita;
- Promuovere politiche di intervento volte a garantire il diritto del minore a vivere nella propria famiglia.

In tale contesto si colloca l'implementazione di servizi di supporto e consulenza al nucleo familiare, tra cui: il *Supporto alla famiglia – Segretariato Sociale – Servizio Sociale Professionale*; gli *Interventi educativi*; lo *Spazio adolescenti*; la *Mediazione familiare*; l'*Accompagnamento al tirocinio formativo per adolescenti*; gli *Interventi di integrazione del reddito*.

Analisi del Distretto RM F2

L'area Famiglia e Minori descritta nei Piani di Zona del 2012 e del 2013 del Distretto RM F2 è caratterizzata da un incremento del numero di casi di famiglie multiproblematiche e di denunce relative ad abusi sui minori. Partendo dai bisogni principali evidenziati, il Documento si è concentrato su quattro aree di intervento, che sono:

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

Tuttavia, nonostante le intenzioni e la numerosità degli interventi realizzati, il Piano del 2014 evidenzia che i nuclei familiari coinvolti, ed in particolare i minori all'interno dei nuclei multiproblematici presi in carico, segnalano ancora grandi difficoltà. Le famiglie sono sempre più prive di una rete parentale allargata, che possa supportarle nei momenti di difficoltà e la

solitudine acuisce i disagi e le difficoltà. Complessivamente i due progetti, uno appartenente all'area dei servizi essenziali *"Assistenza domiciliare e di gruppo ai minori in condizioni di disagio"* e l'altro appartenente alla *"Tutela dei minori"*, da una parte mostrano la loro rilevanza e dall'altra i propri limiti a causa delle risorse a disposizione. Il numero dei casi annualmente si mantiene stabile, tuttavia quello che è cambiato in pochi anni è stata la condizione di vita delle famiglie, divenuta sempre più complessa, che richiede un numero superiore di interventi e più articolati. Infine i Servizi Sociali territoriali segnalano l'aumento del numero delle famiglie, che versano in situazioni gravi, multiproblematiche, che richiedono interventi coordinati ed integrati tra servizi del territorio.

Analisi del Distretto RM F3

Nei tre Piani di Zona analizzati del Distretto RM F3, la chiave di lettura della condizione delle Famiglie e dei Minori del territorio sembra essere la mancanza di relazioni all'interno del nucleo e più in generale la comunicazione con l'ambiente esterno. Da una parte, si dice già nel Piano del 2012 (e viene ripreso in quello del 2013 e del 2014) che esiste una forte domanda da parte delle famiglie di informazioni sulle varie fasi di crescita dei figli e sulle tematiche legate alla preadolescenza e alla adolescenza; dall'altra appare urgente la prevenzione e la diffusione di informazioni sulle principali problematiche legate al disagio minorile e giovanile.

La promozione del servizio *"Sportello Famiglia"* ha permesso, già dal 2010, di raggiungere un numero elevato di destinatari, gettando le basi della rete territoriale a sostegno della famiglia, i cui punti nodali sono costituiti dai Servizi Sociali e dal Consultorio della ASL.

Una realtà sempre più presente è quella dei nuclei monoparentali, madre-figlio, con problemi di sostentamento del nucleo e di conciliazione degli orari, che richiederebbero strutture per minori, soprattutto in età non scolare, che sul territorio di fatto non esistono.

Il Piano evidenzia che il tessuto sociale dei paesi si mostra accogliente e protettivo verso i minori nella fascia d'età da 0 a 6 anni, anche stranieri; dal primo ciclo scolastico, invece, si riscontrano frequenti episodi di bullismo e di sopraffazione, sui quali intervengono le *Scuole* e i *Centri di aggregazione per minori*, oltre alcuni Progetti del Terzo settore.

A partire dalla preadolescenza invece, si cominciano a rilevare diffuse problematiche relative all'identità di genere, all'appartenenza al gruppo ed alla relazione con gli altri membri della famiglia. Il Piano evidenzia una forte ed esplicita necessità, nei giovanissimi, di modelli educativi di riferimento certi ed adeguati, portatori di valori positivi e significativi.

I minori adolescenti presentano caratteristiche simili a quelle dei coetanei, che abitano gli altri Distretti laziali: sono conformisti e si danno ruoli e regole severe nel gruppo di riferimento, al limite del settarismo, pur seguendo modelli di comportamento velleitari ed utilitaristici; hanno difficoltà nella relazione con gli adulti di riferimento, i genitori e gli insegnanti, sono disorientati nelle relazioni tra pari e con l'altro sesso. E' molto diffusa la cultura dello "sballo leggero" con il consumo di *hashish* e *marijuana*, in genere senza la percezione della trasgressione; molto diffuso l'uso di alcool, tollerato dalle famiglie per motivi legati alla tradizione locale.

Gruppetti di minorenni fanno uso di sostanze psicotrope sintetiche e/o cocaina, ma in genere saltuariamente e per periodi brevi, mentre sono rilevanti tra le ragazzine minorenni, disturbi dell'alimentazione.

A fronte di un scenario così critico, un dato positivo su cui poter basare un piano d'intervento sostanziale, è la crescente consapevolezza dei minori riguardo le proprie difficoltà nel processo di crescita e una conseguente ricerca di spazi di ascolto e di adulti competenti di riferimento; sia si tratti di "crisi di passaggio", sia di problematiche più complesse, hanno la disponibilità ad

accettare supporto, una volta entrati in una relazione di fiducia, come rilevato attraverso interviste ad insegnanti, operatori sociali ASL e del Terzo settore, referenti C.I.C.

Nel Piano del 2013, si afferma che i Servizi Sociali dei cinque Comuni componenti il Distretto, segnalano che il puro dato numerico rilevato non “fotografa” in pieno la realtà, soprattutto per la presenza di famiglie multiproblematiche. A fronte di una situazione comune, il territorio ha aderito al progetto di *Polo interdistrettuale RM F3 - RM F4 per l’affidamento familiare*, promosso dalla Provincia di Roma, al fine di promuoverne la cultura sul territorio e offrire, attraverso questo istituto, una valida risorsa all’intervento sociale.

Analisi del Distretto RM F4

Le analisi condotte sul Distretto RM F4 nei Piani di Zona degli anni 2012, 2013 e 2014 presentano elementi analoghi rispetto al Distretto RM F3, territorialmente contiguo.

Anzitutto si afferma l’esplicita necessità del Distretto di supportare principalmente la comunicazione e la relazione all’interno del nucleo, anche in considerazione delle richieste formative, da parte delle famiglie, sulle varie fasi di crescita dei figli e sulle tematiche legate alla preadolescenza e alla adolescenza. Tale complesso di azioni, che ha una valenza più culturale che sociale, implica strategie condivise sul territorio tra tutti i servizi coinvolti, secondo un approccio progettuale rispetto al nucleo (o minore) preso in carico. Anche in questo territorio, il servizio “*Sportello Famiglia*” si è rivelato vincente come servizio di riferimento per l’utenza.

Rispetto ai minori, tralasciando le considerazioni relative ai minori nella fascia d’età da 0 a 6 anni, che, come nel Distretto RM F3, risultano maggiormente accolti, i problemi emergono connessi ai fenomeni di bullismo, alle problematiche relative all’identità di genere, all’appartenenza al gruppo ed alla relazione con gli altri membri della famiglia. Si tratta di caratteristiche simili a quelle dei coetanei che abitano in altri Distretti, ma che sul territorio mostrano segnali di ricerca di spazi di ascolto e di adulti competenti di riferimento.

Nel 2013, il Piano rileva come sia possibile notare una leggera diminuzione della popolazione minorile (-1%) nel biennio 2010-2012, che inverte notevolmente il *trend* di crescita registrato negli ultimi anni (8% nel solo biennio 2007-2009). Chiaramente il dato è in media, anche perché è netto il divario tra i comuni in cui il *trend* di variazione è in positivo, tra i quali spicca Torrita Tiberina che registra un aumento dell’11,3%, seguito dai Comuni di Riano (+5,4%), Capena (+4,6%), Ponzano Romano (+3%) e Nazzano (2,8%), e quelli in cui il *trend* è negativo, quali Sant’Oreste (-6,3%), Magliano Romano (-5,3%), Morlupo (-5%) fino al -8% di Civitella San Paolo e (-9,4%) del Comune di Castelnuovo di Porto. In ogni caso, secondo il Piano del 2014 i minori residenti nel territorio distrettuale al 01/01/2012 sono 20.271, pari al 20% della popolazione totale, segnando un’incidenza percentuale superiore al dato provinciale (che è 17,7%) ed a quello registrato nell’*hinterland* romano (che invece è 19%).

Forse proprio la presenza quantitativamente rilevante di minori fa sì che sia forte la domanda di strutture e servizi per l’infanzia e l’adolescenza nel territorio distrettuale. Di fronte al bisogno sempre più pressante, si continua a registrare una carenza di strutture e spazi di aggregazione e socializzazione per la prevenzione del disagio minorile, in particolare l’assenza di strutture residenziali. Si deve tener presente che la scarsa efficienza della rete viaria rende difficile la relazione tra i ragazzi dei diversi comuni, così come la dimensione dei comuni (per la maggior parte piccoli/medio-piccoli) non consente di sostenere la spesa per l’istituzione di strutture di socializzazione.

L'utenza rilevata nell'area Distrettuale

La Tabella sottostante non rappresenta un quadro esaustivo del bisogno sociale relativo all'Area della Famiglia e dei Minori nell'area Distrettuale ASL RM F. Tuttavia fornisce alcuni elementi per analizzare l'andamento dell'utenza di alcuni Progetti di intervento. Si consideri che la diminuzione e/o l'aumento del numero di utenti registrato potrebbe essere anche attribuito all'incremento (o decremento) delle disponibilità economiche del progetto stesso e non ad una variazione della domanda sociale. Ancora una premessa di ordine generale come guida alla lettura della Tabella: il puro dato numerico rilevato non "fotografa" a pieno la realtà inerente le famiglie multiproblematiche, ma solo dà la misura dell'entità del servizio offerto, partendo dal numero degli utenti così come riportato nei Piani di Zona.

Numero degli utenti dei progetti relativi alla Famiglia e ai Minori inseriti nei Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM F

Progetti	anni		
	2012	2013	2014
AFFIDAMENTO FAMILIARE –ATTIVITÀ E SERVIZI PER IL SOSTEGNO E LA DIFFUSIONE DELL’AFFIDAMENTO FAMILIARE (RM F4)			70
ASSEGNI DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI (RM F1)			21
ASSEGNI DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI (RM F3)			13
AFFIDAMENTO FAMILIARE - ASSEGNI DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI (RM F4)			18
ASSISTENZA DOMICILIARE E DI GRUPPO AI MINORI (RM F4) MINORI			109
ASSISTENZA DOMICILIARE E DI GRUPPO AI MINORI (RM F4) FAMIGLIE			91
ATTIVITÀ E SERVIZI PER IL SOSTEGNO E LA DIFFUSIONE DELL’AFFIDAMENTO FAMILIARE (RM F3)			9
CASA FAMIGLIA MINORI (RM F3)	5	5	
CASA FAMIGLIA MINORI SOVRACOMUNALE ALIANTE (RM F3)			4
CENTRO SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ E TUTELA DELLE RELAZIONI FAMILIARI (RM F1)	130	130	75
CONSULTORI ASL RMF3: CONSULENZE PSICO-SOCIALI (RM F3)		807	
CONSULTORI ASL RMF3: INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA (RM F3)		6	
CONSULTORI ASL RMF3: SPAZIO GIOVANI (RM F3)		290	
CONSULTORI ASL RMF3: TRIBUNALE MINORI (RM F3)		170	
EDUCATIVA TERRITORIALE (RM F2)		100	
POLLICINO/EQUIPE MULTI PROFESSIONALE PER AZIONI DI CONTRASTO AL DISAGIO MINORILE (RM F2)	300	300	
EQUIPE MULTIPROFESSIONALE PER AZIONI DI CONTRASTO AL DISAGIO MINORILE (RM F4)			155
PROGETTO DI A.T.F.L.A. (ACCOMPAGNAMENTO AL TIROCINIO FORMATIVO -LAVORATIVO PER ADOLESCENTI), DENOMINATO "BUSSOLA" (RM F1)	145	145	145
PROGETTO SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOVRACOMUNALE (RM F3)	24		
SERVIZIO DI EDUCATIVA DOMICILIARE PER L’INTEGRAZIONE E IL SOSTEGNO DEI MINORI IN FAMIGLIA (RM F4)			28

SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE (RM F1)			37
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE (RM F4)		21	15
SPORTELLLO DI PREVENZIONE VIOLENZA SULLE DONNE (RM F4)			9
SPORTELLLO FAMIGLIA (RM F1)		200	
SPORTELLLO FAMIGLIA (RM F3)	205		
TUTELA DEI MINORI E SUPPORTO ALLE RELAZIONI FAMILIARI-ASSISTENZA DOMICILIARE (RM F3)			13
TUTELA DEI MINORI E SUPPORTO ALLE RELAZIONI FAMILIARI-SPORTELLLO FAMIGLIA (RM F3)			94
UN ARCOBALENO DI INTERVENTI EDUCATIVI. SOSTEGNO ALLA FAMIGLIA E AL MINORE (RM F1)	327	327	335

Rispetto all'utenza, nel Piano sono contenute altre informazioni del Distretto RM F2 del 2014. Si afferma che i nuclei in carico alle Assistenti Sociali comunali nel 2013 sono rispettivamente 120 per il comune di Cerveteri e 147 per Ladispoli. La somma degli invii da parte del Tribunale dei Minori, della Procura della Repubblica presso il T.M., del Tribunale Ordinario, della Corte di Appello e delle Forze dell'Ordine (prevalentemente dei Carabinieri) è pari a 205 nuclei. Segue la Scuola dell'obbligo (elementari e medie), con 28 invii, la maggior parte dei quali relativi al comune di Ladispoli. I minori inseriti in casa famiglia nel 2013 sono stati complessivamente 28, di cui 10 residenti a Cerveteri e 18 a Ladispoli. Gli incontri protetti, disposti dall'Autorità Giudiziaria, sono stati 12 nel Distretto RM F2, 6 per ciascun Comune. Nelle famiglie prese in carico c'è una elevata conflittualità fra i coniugi, che coinvolge 88 nuclei (56%) e rappresenta la dinamica che più influisce sulla composizione del disagio familiare e dei minori. In particolare i casi di maltrattamenti e violenza fisica hanno coinvolto 36 donne su 101, le violenze psicologiche sono state subite da 52 donne e nel 2013 si è verificato un caso di violenza sessuale ed un femminicidio. È stata riscontrata un'incapacità genitoriale in 75 nuclei, mentre le situazioni di incuria genitoriale riguardano 30 nuclei familiari. Rispetto alla situazione socio-sanitaria, in 27 nuclei è presente un problema psichico in uno dei due genitori, mentre in 7 è stato riscontrato un problema rilevante di salute fisica. Attraverso l'esperienza accumulata nei servizi di mediazione sociale, si osserva l'incremento delle problematiche legate alle dipendenze nel nucleo di giovani coppie (classi di età 20-29 e 30-39). Le madri che hanno un problema con le sostanze sono 12, i padri sono 21; in 6 nuclei, il problema riguarda entrambi i genitori.

Facendo riferimento al Distretto RM F3, dall'attività del *Consultorio ASL RMF3* al 31 dicembre 2013 nelle sedi di Anguillara S., Manziana e Bracciano (dati che rappresentano solo parzialmente il livello della domanda in termini sia di consulenza sia di presa in carico), si evince che gli utenti in totale sono stati 93, mentre i minori assistiti a vario titolo dal Servizio sociale comunale nell'anno 2013 sono stati 258, e gli utenti in carico del T.S.M.R.E.E. – ASL RM/F Distretto RM F3 sono stati 593 (di cui nuovi 234). Passando invece a considerare gli interventi, sempre nello stesso anno di riferimento e nello stesso Distretto RM F3, il numero di minori certificati ai fini del sostegno didattico è stato di 214, gli Assegni di base ad integrazione dei contributi Comunali per *Affidamento familiare* sono stati 26 (nel Distretto RM F4 ha riguardato 33 minori), e il *Sostegno agli oneri relativi ai minori inseriti in strutture di tipo familiare* ha riguardato 13 minori.

Anche nell'area Distrettuale RM F sembrano essere due i tipi di servizi-interventi attivati. Anzitutto i *Centri per famiglie* sia di orientamento sia di sostegno (presenti nei vari anni e con denominazioni e progetti differenti nel Distretto RM F1, nel Distretto RM F3 e nel Distretto RM F4), che come rilevato dall'indagine sul gradimento svolta nel 2013, riferita nel Piano 2014, sembra essere un servizio molto apprezzato.

La progettazione del 2014 vede una certa convergenza dei Distretti lungo tre ulteriori linee di finanziamento, che presuppongono piani di azione specifici. Si tratta dei progetti relativi ad *"Affidamento familiare - Assegni di base e sussidi integrativi"* (promosso nel Distretto RM F1, RM F2 e RM F4) con un servizio supplementare, nel Distretto RM F4, di attività per il sostegno e la diffusione dell'affidamento familiare. Sia nel Distretto RM F1 che in quello RM F2, per tale servizio si sono ricevuti riscontri positivi da parte dell'utenza, con la quale i Servizi hanno un costante contatto, sia per quanto attiene l'aspetto economico che il sostegno psico-sociale fornito alle famiglie affidatarie. Sporadiche lamentele (in particolare nel Distretto RM F1) sono state presentate rispetto ai ritardi nella liquidazione del fondo da parte della Regione. Un'esperienza interessante riguarda il Distretto RM F4, in cui l'Ufficio di Piano di Zona ha avviato un percorso di incontri con le famiglie affidatarie dei minori residenti nel territorio distrettuale. L'utenza contattata ha mostrato un riscontro positivo dell'intervento; le famiglie affidatarie hanno, altresì, riportato la necessità di confrontarsi su tematiche specifiche riguardanti prevalentemente la figura di "genitori affidatari" nel percorso di crescita del minore. La valutazione del gradimento ha fatto emergere la necessità di sostenere i minori e le famiglie stesse in un percorso psico-terapeutico.

Altri progetti comuni sono le *"Reti territoriali per la promozione di interventi a tutela dei minori vittime di maltrattamenti e abusi"* (promosso nel Distretto RM F2, RM F3 e RM F4) ed il *"Sostegno agli oneri relativi ai minori inseriti in strutture di tipo familiare"*, promossi in tutti e quattro i Distretti dell'Area.

Elenco dei progetti dell'area Distrettuale ASL RM F per Minori e Famiglie

Anno 2012

ASSISTENZA DOMICILIARE EDUCATIVA A FAVORE DI MINORI (RM F4)

CASA FAMIGLIA MINORI (RM F3)

CENTRO SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ E TUTELA DELLE RELAZIONI FAMILIARI (RM F1)

EDUCATIVA TERRITORIALE (RM F2)

POLLICINO/EQUIPE MULTI PROFESSIONALE PER AZIONI DI CONTRASTO AL DISAGIO MINORILE (RM F2)

PROGETTO DI A.T.F.L.A. (ACCOMPAGNAMENTO AL TIROCINIO FORMATIVO -LAVORATIVO PER ADOLESCENTI), DENOMINATO "BUSSOLA" (RM F1)

PROGETTO SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOVRACOMUNALE (RM F3)

SPORTELLLO FAMIGLIA (RM F3)

TUTELA DEI MINORI E SUPPORTO ALLE RELAZIONI FAMILIARI –SPORTELLLO FAMIGLIA (RM F3)

UN ARCOBALENO DI INTERVENTI EDUCATIVI. SOSTEGNO ALLA FAMIGLIA E AL MINORE (RM F1)

Anno 2013

ASSISTENZA DOMICILIARE EDUCATIVA A FAVORE DI MINORI (RM F4)

CASA FAMIGLIA MINORI SOVRACOMUNALE ALIANTE (RM F3)

CENTRO SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ E TUTELA DELLE RELAZIONI FAMILIARI (RM F1)

EDUCATIVA TERRITORIALE (RM F2)

EQUIPE MULTIPROFESSIONALE PER AZIONI DI CONTRASTO AL DISAGIO MINORILE (RM F2)
PROGETTO DI A.T.F.L.A. (ACCOMPAGNAMENTO AL TIROCINIO FORMATIVO -LAVORATIVO PER ADOLESCENTI), DENOMINATO "BUSSOLA" (RM F1)
SPORTELLO PREVENZIONE VIOLENZA SULLE DONNE: LA CRISALIDE E LA FARFALLA (RM F2)
SUPPORTO ALLA FAMIGLIA (RM F1)
TUTELA DEI MINORI E SUPPORTO ALLE RELAZIONI FAMILIARI-SPORTELLO FAMIGLIA (RM F3)
UN ARCOBALENO DI INTERVENTI EDUCATIVI. SOSTEGNO ALLA FAMIGLIA E AL MINORE (RM F1)

Anno 2014

ACCOMPAGNAMENTO AL TIROCINIO FORMATIVO PER ADOLESCENTI, DENOMINATO "BUSSOLA" (RM F1)
AFFIDAMENTO FAMILIARE - ASSEGNI DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI (RM F4)
AFFIDAMENTO FAMILIARE- ASSEGNI DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI (RM F2)
AFFIDAMENTO FAMILIARE - ATTIVITÀ E SERVIZI PER IL SOSTEGNO E LA DIFFUSIONE DELL’AFFIDAMENTO FAMILIARE (RM F2)
AFFIDAMENTO FAMILIARE-ASSEGNI DI BASE AD INTEGRAZIONE DEI CONTRIBUTI COMUNALI (RM F3)
ASSEGNI DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI (RM F1)
ASSISTENZA DOMICILIARE E DI GRUPPO AI MINORI (RM F2)
ASSISTENZA DOMICILIARE EDUCATIVA (RM F1)
ATTIVITÀ E SERVIZI PER IL SOSTEGNO E LA DIFFUSIONE DELL’AFFIDAMENTO FAMILIARE (RM F3)
CASA FAMIGLIA MINORI SOVRACOMUNALE ALIANTE (RM F3)
CENTRO SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ E TUTELA DELLE RELAZIONI FAMILIARI (RM F1)
EQUIPE MULTIPROFESSIONALE PER AZIONI DI CONTRASTO AL DISAGIO MINORILE (RM F2)
RETI TERRITORIALI PER LA PROMOZIONE DI INTERVENTI A TUTELA DEI MINORI VITTIME DI MALTRATTAMENTI E ABUSI (RM F2)
RETI TERRITORIALI PER LA PROMOZIONE DI INTERVENTI A TUTELA DEI MINORI VITTIME DI MALTRATTAMENTI E ABUSI (RM F3)
RETI TERRITORIALI PER LA PROMOZIONE DI INTERVENTI A TUTELA DEI MINORI VITTIME DI MALTRATTAMENTI E ABUSI (RM F4)
SERVIZIO DI EDUCATIVA DOMICILIARE PER L’INTEGRAZIONE E IL SOSTEGNO DEI MINORI IN FAMIGLIA (RM F4)
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE (RM F1)
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE (RM F2)
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE (RM F3)
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE (RM F4)
SPORTELLO DI PREVENZIONE VIOLENZA SULLE DONNE (RM F2)
TUTELA DEI MINORI E SUPPORTO ALLE RELAZIONI FAMILIARI-SPORTELLO FAMIGLIA (RM F3)
UN ARCOBALENO DI INTERVENTI EDUCATIVI. SOSTEGNO ALLA FAMIGLIA E AL MINORE (RM F1)

Finanziamento stanziato e Quadro economico relativo

La Tabella sottostante mostra l’andamento delle richieste di finanziamento all’Ente regionale. Si tratta di una richiesta costante, che ha subito nel tempo un lieve incremento soprattutto nella tipologia di servizi attivati sulla base delle linee di finanziamento regionali. Alcuni progetti hanno mantenuto, tuttavia, una richiesta di finanziamento costante, anche se differenziandosi per la

quantità finanziaria. Inoltre, come evidenziato nel Piano del Distretto RM F1, alcuni progetti finanziati con i fondi regionali 2013, ed ancora attivi nel 2014, non hanno visto ripresentate le proprie schede progetto, poiché i finanziamenti non erano ancora esauriti. Inoltre si evidenzia un notevole impegno di cofinanziamento da parte dei Comuni soprattutto nell'anno 2014.

Gli impegni finanziari richiesti nei Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM F e relativi ai progetti per i Minori e la Famiglia

Progetti	Anni					
	2012		2013		2014	
	Totale	cofinanziamento	totale	cofinanziamento	Totale	cofinanziamento
ACCOMPAGNAMENTO AL TIROCINIO FORMATIVO PER ADOLESCENTI, DENOMINATO "BUSSOLA" (RM F1)					184.103,00	
AFFIDAMENTO FAMILIARE - ASSEgni DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI (RM F2)					64.867,00	
AFFIDAMENTO FAMILIARE - ASSEgni DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI (RM F3)					20.000,00	
AFFIDAMENTO FAMILIARE - ASSEgni DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI (RM F4)					74.490,00	
AFFIDAMENTO FAMILIARE –ATTIVITÀ E SERVIZI PER IL SOSTEGNO E LA DIFFUSIONE DELL’AFFIDAMENTO FAMILIARE (RM F2)					13.100,00	
ASSEgni DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI (RM F1)					154.873,00	90.910,00
ASSISTENZA DOMICILIARE EDUCATIVA (RM F1)					90.207,00	
ASSISTENZA DOMICILIARE EDUCATIVA A FAVORE DI MINORI (RM F4)	117.888,00		172.000,00			
ASSISTENZA DOMICILIARE E DI GRUPPO AI MINORI (RM F4)					138.007,06	
ATTIVITÀ E SERVIZI PER IL SOSTEGNO E LA DIFFUSIONE DELL’AFFIDAMENTO FAMILIARE (RM F3)					16.500,00	
CASA FAMIGLIA MINORI SOVRACOMUNALE ALIANTE (RM F3)	149.000,00	70.263,00	90.320,00		149.000,00	24.000,00
CENTRO SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ E TUTELA DELLE RELAZIONI FAMILIARI (RM F1)	115.000,00		121.000,00		105.000,00	
EDUCATIVA TERRITORIALE (RM F2)	134.190,00		138.007,06			
EQUIPE MULTI PROFESSIONALE PER AZIONI DI CONTRASTO AL DISAGIO MINORILE – POLLICINO (RM F2)	100.810,00		125.193,40		125.193,40	
PROGETTO DI A.T.F.L.A. (ACCOMPAGNAMENTO AL TIROCINIO FORMATIVO -LAVORATIVO PER ADOLESCENTI), DENOMINATO "BUSSOLA" (RM F1)	120.724,80		140.724,80			
PROGETTO SPORTELLO PREVENZIONE VIOLENZA SULLE DONNE: LA CRISALIDE E LA FARFALLA (RM			10.000,00			

Rapporto sulla Condizione Sociale della provincia di Roma
Anni 2012-2014

F2)						
RETI TERRITORIALI PER LA PROMOZIONE DI INTERVENTI A TUTELA DEI MINORI VITTIME DI MALTRATTAMENTI E ABUSI (RM F2)					38.388,00	
RETI TERRITORIALI PER LA PROMOZIONE DI INTERVENTI A TUTELA DEI MINORI VITTIME DI MALTRATTAMENTI E ABUSI (RM F3)					27.447,00	
RETI TERRITORIALI PER LA PROMOZIONE DI INTERVENTI A TUTELA DEI MINORI VITTIME DI MALTRATTAMENTI E ABUSI (RM F4)					54.672,00	
SERVIZIO DI EDUCATIVA DOMICILIARE PER L'INTEGRAZIONE E IL SOSTEGNO DEI MINORI IN FAMIGLIA (RM F4)					226.256,74	
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE (RM F1)					951.214,00	840.272,00
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE (RM F2)					553.798,53	441.008,25
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE (RM F3)					63.263,00	
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE (RM F4)					130.358,00	
SPORTELLO DI PREVENZIONE VIOLENZA SULLE DONNE (RM F2)					20.000,00	
SPORTELLO FAMIGLIA (RM F3)	50.000,00					
TUTELA DEI MINORI E SUPPORTO ALLE RELAZIONI FAMILIARI-SPORTELLO FAMIGLIA (RM F3)	87.000,00	14.352,00	136.073,00		106.080,00	
UN ARCOBALENO DI INTERVENTI EDUCATIVI. SOSTEGNO ALLA FAMIGLIA E AL MINORE (RM F1)	130.000,00		130.000,00		184.800,00	

I Bisogni delle Famiglie e dei Minori rilevati dai Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM G

Analisi del Distretto RM G1

Dagli incontri preparatori del Piano di Zona del 2012 sono emerse una serie di esigenze, condivise da molti operatori del territorio, articolate secondo l'ambito di azione. Anzitutto si è evidenziata la carenza di servizi riguardanti la prima infanzia e la preadolescenza (dall'*Asilo nido* a *Spazi di accoglienza diurna per gli adolescenti*, in orari post-extrascolastici). Rispetto alle scuole, si è evidenziata la mancanza di coordinamento tra istituti scolastici e la necessità di promuovere un'azione di sistema che promuova l'integrazione. Relativamente ai servizi per le dipendenze, si è vista la necessità di integrare nella rete territoriale il progetto dell'Associazione "*Chelidon*", soprattutto nell'area della prevenzione. Nell'area del sostegno allo studio, da una piccola indagine della Cooperativa "*Ricreazione*" è emersa la domanda delle famiglie di un aiuto nel sostegno allo studio dei figli anche nelle scuole elementari, richiesta che evidenzia un bisogno di sostegno alla cura dei figli. Infine rispetto alle Aggregazione giovanili, la necessità di elaborare interventi più vicini alle nuove modalità e tecnologie utilizzate dai giovani (strada, *social network*, luoghi e linguaggi nuovi, etc.).

Le esigenze di programmazione individuate nel 2012 sono state arricchite con il quadro generale relativo ai nuclei familiari del territorio, riportato nel Piano del 2013 sempre nel Distretto RM G1. Sembra infatti evidente che la complessità dei fenomeni sociali e la situazione di crisi incida sulla famiglia, che mostra segni di difficoltà nello svolgere il lavoro di cura, che potrebbero essere in parte compensati da un'azione di rete e di condivisione tra famiglie.

Una soluzione ulteriore chiamerebbe in causa la definizione di sistemi integrati di servizi ed interventi, ma proprio il Piano di Zona del 2013 sembra denunciare due difficoltà che rendono ancora impegnativo lo sviluppo delle potenzialità esistenti sul territorio. Si tratta da una parte della scarsa partecipazione dei rappresentanti dei Comuni di Mentana e Monterotondo, e dall'altra della difficoltà di reperire dati e informazioni su cui fondare l'analisi del bisogno dei nuclei.

Il Piano di Zona del 2013 nella parte descrittiva, approfondisce anche due Progetti in termini valutativi. Il primo, il Progetto "*Eurialo*", servizio rivolto a minori e attivo in tutti e tre i Comuni che compongono il Distretto RM G1, sta accogliendo nel territorio di Mentana ragazzi di età superiore ai diciotto anni, non previsti dal *target* progettuale. Si tratta di ragazzi tra i diciotto e i venticinque anni che non studiano, non lavorano e non sono orientati alla ricerca di un lavoro, ma che trovano nel Progetto un riferimento e la relazione con gli operatori. Sembra quindi essere emerso un bisogno specifico di interventi di comunità per giovani. L'altro Progetto del Distretto, il "*Centro per le famiglie*", che ha lavorato nel 2013 sui gruppi di sostegno alla genitorialità, ha fatto emergere richieste di supporto dei genitori soprattutto per la fascia due- cinque anni. Si consideri, nella carenza di strutture per l'infanzia, che sul territorio un solo comune su tre ha un *Asilo nido* comunale, mentre a Fonte Nuova dovrebbe aprire un *Nido comunale* nel 2014.

Il Piano del 2013 conclude con le principali necessità emerse, che risultano essere:

- carenza di servizi comunali per la prima infanzia nei Comuni di Mentana e Fonte Nuova,
- carenza di servizi che diano sostegno e supporto ai genitori nelle varie fasi di crescita dei figli (prima infanzia, adolescenza...),

- necessità di supporto alle scuole come agenzie educative, impegnate nel gestire le complessità derivanti dalla trasformazione delle famiglie che sempre più delegano la cura dei figli,
- scarsità di spazi pubblici attrezzati,
- necessità di rendere più fruibili i servizi,
- necessità di consolidare la rete dei servizi pubblici e privati del territorio rivolti all'infanzia e alla famiglia,
- maggiore sensibilizzazione dei cittadini su alcuni temi riguardanti l'infanzia.

Rispetto all'ultima necessità evidenziata nel Piano 2013, un elemento informativo maggiore emerge dal Piano del 2014, nel quale si nota che la partecipazione dei cittadini alle attività promosse dal Distretto, sembra essere concentrata prevalentemente sul territorio del Comune capofila e non diffusa. Quest'ultimo evidenzia come la crisi economica stia costringendo i Servizi a rispondere alle emergenze trascurando le progettualità di medio periodo.

Analisi del Distretto RM G2

La lettura del bisogno emergente nell'area Minori e Famiglia condotta nel Piano del 2012 del Distretto RM G2 (poi ripresa anche nel Piano del 2013), ha evidenziato la necessità di attivare servizi di sostegno alla relazione genitori-figli in una dimensione di corresponsabilizzazione dei genitori nella cura e nell'educazione dei figli e nella formazione della loro personalità sotto l'aspetto psicologico, sociale e culturale. Per questo motivo il Piano di Zona distrettuale ha, da anni, previsto la realizzazione di progetti, finanziati con i fondi ex Legge numero 285 del 1997, che prevedessero attività di *Assistenza domiciliare educativa* e attività di carattere ricreativo (*Centri ricreativi*) che accompagnassero i nuclei presi in carico.

Si evidenzia a livello distrettuale una carenza di servizi per la primissima infanzia (0-3 anni) (*Asili nido, Ludoteche*) e si sottolinea l'assenza di *Centri di orientamento e formazione professionale* e di *Servizi di integrazione* anche per i minori stranieri, che frequentano le scuole del territorio.

Anche nel 2014 la maggiore richiesta di intervento segnalata dai Servizi Sociali e dal Terzo settore attivo nel territorio, continua ad essere il *Sostegno alla genitorialità*, al fine di evitare l'allontanamento dei minori dall'ambiente familiare.

In controtendenza rispetto all'alto grado di istituzionalizzazione in strutture residenziali per minori registrato nel 2012, il Piano del 2014 indica la necessità di realizzare *Centri ricreativi diurni* per minori, al fine di tutelarne un adeguato percorso educativo, senza necessariamente prevederne l'allontanamento dal nucleo. Ma, a seguito di un riscontro delle effettive risorse economiche a disposizione, si è potuto programmare esclusivamente un ampliamento dei servizi di *Assistenza domiciliare educativa per minori* ed un incremento degli *Inserimenti in strutture diurne* già esistenti. Sempre nel Piano 2014, ci si impegna a sostenere le scuole, attraverso attività formativa specifica, nella gestione dei casi multiproblematici.

Analisi del Distretto RM G3

L'ambito dei minori e delle famiglie è sicuramente uno dei più delicati sui quali intende intervenire il Piano Sociale di Zona RM G3 del 2012. Si tratta infatti di un'area di azione fortemente determinante per il livello di benessere sociale soprattutto rispetto alla prevenzione e all'aggravarsi di situazioni già critiche. Se da una parte sembrano essere pochi i servizi territoriali che si dedicano alle relazioni familiari, dall'altra il Distretto Sociosanitario di Tivoli ha istituito uno specifico "*Centro per la Famiglia*".

L'esperienza svolta sul territorio ha visto infatti emergere la necessità di creare spazi di incontro per genitori o future madri, dove possano confrontarsi con altre persone, supportati da figure

professionali specifiche (Assistenti Sociali, psicologi). Auspicando un ampliamento delle attività dei Consultori nella direzione di spazi sociali aperti all'incontro e al confronto, anche la rete dei servizi per minori potrebbe seguire le medesime finalità. Ad esempio una problematica del territorio (comune all'Area Disabilità) è rappresentata dalle strutture in grado di valutare e prendere in carico il minore che presenti delle problematiche di disagio fisico. Il servizio ASL "Tutela salute mentale e riabilitazione in età evolutiva" è in questo ambito la principale se non l'unica risorsa. Il servizio che prevede la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi neuromotori, neuropsichiatrici e psicopatologici riguardanti i minori da zero a diciotto anni residenti nei Comuni del Distretto, presenta 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, per minori stranieri. L'elevato numero di utenti, sommato alla scarsità di risorse professionali, determina lunghe liste d'attesa e sovraccarico di lavoro per gli operatori, con riflessi diretti sull'impossibilità di sostenere casi più impegnativi. Un altro dispositivo da rivedere è quello relativo al Regolamento Comunale, che prevede l'obbligatorietà, nei casi in cui sia necessario un Assistente educativo a scuola, di indicare anche l'Insegnante di sostegno. Sempre nelle linee di creare spazi di confronto, una necessità è stata riscontrata nel creare occasioni di confronto trasversale nei casi in cui i servizi previsti dal *Piano di assistenza ai minori e alle famiglie* siano gestiti da équipe miste (tra ASL, Servizi Sociali del Comune e Enti gestori), ad esempio il *Polo Affidi* o l'équipe che valuta gli interventi in base alla Legge numero 285 del 1997.

Il Piano 2012 evidenzia alcune ipotesi di intervento, che sembrano essere ancora valide per integrare il sistema locale di welfare per la Famiglia e i Minori:

1. creare *Spazi di supporto alla genitorialità* interni ai *Consultori*, o gestiti dal Terzo settore, che consentano il confronto e diano supporto a genitori in difficoltà e a persone in procinto di diventare genitori;
2. creare 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;
3. implementare 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 sostenere i ragazzi;
4. istituire *Centri per famiglie*, sul modello di quelli già presenti in realtà territoriali vicine (Monterotondo, Guidonia);
5. ampliare l'offerta territoriale di alloggi per minori in difficoltà, anziché utilizzare strutture di territori vicini;
6. rivedere il Regolamento comunale sull'assistenza scolastica ed educativa, affinché arrivi a considerare gradazioni diverse di disagio;
7. progettare Piani d'Offerta Formativa, nelle scuole, per coordinare gli interventi di tipo extradidattico ed educativo;
8. attivare interventi continuativi di prevenzione del bullismo e di educazione alla legalità;
9. elaborare politiche specifiche di genere, per genitori;
10. attivare unità di strada di educativa territoriale in grado di favorire l'animazione di territorio a favore di minori e famiglie;
11. progettare e realizzare interventi di mediazione sociale e dei conflitti.

Analisi del Distretto RM G4

Come in altri territori, anche nel Distretto RM G4, secondo quanto riportato nel Piano del 2014, la necessità maggiore delle Famiglie è quella di poter ricevere un sostegno nella comunicazione con i propri figli e in tutte le relazioni all'interno del nucleo. Sembra infatti forte la domanda, da parte delle famiglie, di formazione sulle varie fasi di crescita dei figli e sui modelli di orientamento per la preadolescenza e l'adolescenza.

L'analisi del Piano del 2014 indica come necessario potenziare il lavoro svolto negli anni precedenti dal "*Centro di Sostegno alla Famiglia*", coinvolgendo maggiormente i referenti delle *Scuole* e moltiplicando i momenti di confronto e consulenza con le famiglie.

Le aree che sembrano essere in maggiore sofferenza sono sei:

- i nuclei monoparentali, in cui la madre deve provvedere al sostentamento del nucleo e contemporaneamente adempiere al ruolo genitoriale, che richiedono strutture per minori, soprattutto in età non scolare, che sul territorio di fatto non esistono;
- episodi di bullismo e di sopraffazione, soprattutto in ambito scolastico sempre più frequenti;
- problematiche relative all'identità di genere, all'appartenenza al gruppo ed alla relazione con gli altri membri della famiglia per i preadolescenti;
- la diffusione della cultura dello "sballo leggero" con il consumo di *hashish* e *marijuana*, in genere senza la percezione della trasgressione, tra gli adolescenti, come anche l'abuso di alcool;
- l'uso di sostanze psicotrope sintetiche e/o cocaina, anche se saltuariamente e per periodi brevi, tra i giovani;
- disturbi dell'alimentazione, tra le ragazze minorenni.

A fronte di un scenario critico disegnato nel Piano del 2014, un dato positivo su cui poter basare un piano d'intervento, è la crescente consapevolezza dei minori riguardo le proprie difficoltà nel processo di crescita ed una conseguente ricerca di spazi di ascolto e di adulti competenti di riferimento; sia si tratti di "crisi di passaggio" sia di problematiche più complesse, c'è disponibilità ad accettare supporto, una volta entrati in una sana relazione di fiducia (evidenze emerse dalle iniziative del progetto "*Cabina di Regia*").

Analisi del Distretto RM G5

A differenza degli altri territori, il Piano di Zona del 2012 (e in parte anche quello del 2013) del Distretto RM G5, rileva che una delle maggiori difficoltà delle Famiglie presenti nel territorio è quell'economica, dimostrata dalle richieste di *Contributi economici* che ricevono i Comuni, le richieste di interventi per *Emergenze sociali* e l'attivazione di *Borse lavoro* quali misure di contrasto alla povertà con fondi distrettuali, nonché l'elevato numero di domande di *Integrazione al reddito* presentate alla Regione nel 2009.

Se l'aspetto economico è comune a tutte le fasce della popolazione, il Piano del 2012 individua anche altre situazioni di bisogno. Ad esempio, per nuclei composti da anziani emergono situazioni di forte solitudine e di carenza di momenti di scambio, che indicano l'opportunità di attivare *Spazi aggregativi* e di socializzazione, in un territorio che presenta vaste zone rurali e poco collegate.

Per quanto riguarda i giovani appare, invece, rilevante il bisogno di formazione professionale e di inserimento lavorativo, al quale il territorio non fornisce adeguate risposte.

Lo schema, che segue, sintetizza i bisogni più ricorrenti, che le famiglie si trovano ad affrontare con specifico riferimento al territorio distrettuale.

Alcuni elementi relativi ai bisogni della Famiglia e dei Minori nel Distretto RM G5 anno 2014

difficoltà economiche	<i>Redditi bassi, difficoltà ad affrontare spese improvvise, difficoltà al pagamento delle utenze e altri servizi</i>
Problematiche lavorative e alloggi	<i>Perdita di lavoro o difficoltà ad inserirsi nel mondo del lavoro da parte dei figli. Costo degli affitti, ristrutturazioni, etc.</i>
Assistenza a familiari anziani e minori	<i>Accudimento di familiari non autosufficienti che spesso impediscono soprattutto alle donne di lavorare fuori casa. Isolamento delle famiglia dalle reti sociali. Insufficienza dei servizi domiciliari.</i>
Accudimento di minori da 0-3 anni	<i>Pochi servizi di supporto alla famiglia in questa fase della crescita dei propri figli.</i>
Integrazione/esclusione sociale	<i>Nuclei problematici con difficoltà di integrazione sia degli adulti che dei minori nelle scuole. Nei casi di maggiore compromissione delle competenze genitoriali i servizi utilizzano l'affido</i>
Difficoltà educative	<i>Dal bisogno più "leggero" di sentirsi sostenuti e orientati nel compito educativo chiedendo magari incontri con esperti attraverso scuole, servizi educativi, parrocchie, etc. a situazioni più complesse in cui si manifestano episodi di bullismo e altre situazioni che necessitano un maggiore investimento delle responsabilità familiari</i>

Sempre legato al tema "Famiglia", sul territorio distrettuale RM G5, da diversi anni, si ravvisa la necessità di azioni in favore della promozione della cultura dell'*Affidamento*. L'esperienza del lavoro sociale mostra che non mancano situazioni di famiglie in difficoltà, che temporaneamente non sono in grado di garantire un ambiente idoneo alla crescita dei propri figli. Le situazioni di disagio, secondo il "*Polo affidi*" sono le più diverse, e possono andare da inadeguate competenze genitoriali, a conflitti familiari, patologie psichiatriche, dipendenza da sostanze, situazioni di reclusione e carcerazione, violenza e maltrattamenti, etc. .

Un altro ambito di lavoro sociale è quello collegato al recente "*Piano Abusi*" che ha visto coinvolto il "*GOI –Gruppo Operativo Integrato per la gestione del fenomeno abuso e maltrattamento*" composto da operatori socio-sanitari della ASL e dei Comuni.

Un terzo ambito riguarda i minori disabili, per i quali si prevedono piani individualizzati con prestazioni sociali e sanitarie: si tratta infatti di servizi integrati tra servizi ASL (servizio STSMREE e il Servizio per Disabili Adulti), Servizi Sociali comunali ed altri enti ed Istituzioni (come la scuola nel caso dei minori autistici). Oltre, naturalmente, ad una diagnosi precoce nei primi anni di vita del bambino sono cruciali i passaggi nelle varie fasce di età e una forma di presa in carico continua, che accompagni il percorso evolutivo del minore disabile.

Per rimanere nell'ambito delle problematiche familiari e disabilità, il DSM e il servizio ASL TSRMEE riferiscono un *trend* in aumento di pazienti psichiatrici di età compresa tra i sedici e i venticinque anni, con una stretta correlazione tra malattia mentale e uso di sostanze psicotrope.

Analisi del Distretto RM G6

La maggiore criticità rilevata nel 2012 per l'area Famiglia e Minori è quella del disagio latente, che si sta iniziando a manifestare attraverso segnalazioni provenienti dalle Istituzioni scolastiche e dai Servizi sociali, riguardanti i fenomeni di dispersione e abbandono scolastico. Questo disagio è segnalato anche dai Servizi preposti, soprattutto nei Comuni di Segni ed Artena, che hanno una vasta zona rurale abitata, carente di interventi essenziali e di collegamenti con i rispettivi centri

abitati. Questi comuni, inoltre, stanno raccogliendo nuclei, molti stranieri, che si spostano verso l'entroterra provinciale portandosi dietro problematiche e disagio.

Del resto, il Piano del 2012 individua come limite maggiore all'intervento sociale con i nuclei, la difficoltà di accesso e la necessità della mediazione con le famiglie nella risoluzione di problematiche interne, per una naturale reticenza "a far uscire i propri problemi dalle mura domestiche".

In maniera estremamente sintetica, le problematiche presentate dalle famiglie e riportate nel Piano 2012 del Distretto RM G6, sono: sostegno alla genitorialità e primo anno di vita del bambino; fecondazione assistita; Tribunale dei Minori; sostegno alla genitorialità e sostegno all'affidamento familiare. Le problematiche relative alle coppie sono: conflitti di coppia; sostegno alla genitorialità; separazione; interruzione volontaria di gravidanza (IVG).

Nel Piano 2013 l'area Responsabilità Familiari rileva un aumento, rispetto all'anno precedente, del numero delle famiglie in carico al Servizio Sociale in quasi tutti i Comuni (tranne che per Labico, Montelanico e Segni, mentre per Valmontone non si avevano informazioni). Considerando il dato relativo al numero delle famiglie multiproblematiche, un aumento rilevante è stato registrato per Carpineto Romano, Colleferro, Gavignano e Segni, una diminuzione, invece, per Artena, Gorga e Labico.

Nel considerare l'area Minori, il fenomeno del disagio latente evidenziato nel Piano del 2012, induce il Piano 2013 a suggerire di progettare interventi tenendo presente due linee direttrici: la prima vede i minori, i giovani, non solo come fruitori di servizi ma anche e soprattutto soggetti attivi nella società; la seconda riguarda la progettazione di una serie di interventi volti a garantire uno sviluppo armonico dei minori nell'ottica di prevenire e combattere situazioni di disagio minorile, attraverso azioni educativo-formative e del tempo libero.

Alcune informazioni relative ai ragazzi, che si rivolgono allo "Spazio Giovani", mostrano come siano più attente le ragazze rispetto ai coetanei maschi, alla cura della propria salute e del proprio corpo. La maggior parte di tutte le richieste presentate è per problematiche ginecologiche (pari all'88% delle richieste), per colloqui propedeutici alla Interruzione Volontaria della Gravidanza, contraccezione, pillola post-coitale, visite in gravidanza, post-parto, Pap-test e visita ginecologica, visita seno, infezioni vaginali. Il servizio risulta essere utile anche per sostenere i giovani in situazioni di disagio relazionale intra ed extrafamiliare, per disturbi del comportamento, per problemi relativi all'affettività, alle relazioni tra pari, a sindromi ansiose.

Nella Tabella allegata, vengono riportati alcuni indicatori relativi ai Minori e Nuclei Familiari seguiti dai Servizi Sociali Comunali. Si consideri che i minori affidati al Servizio Sociale del Distretto sono per il 40% di Valmontone e per il 27% di Colleferro; quelli seguiti dal Servizio Assistenza Educativo-Domiciliare (Sportello Aiuto alla famiglia) sono 40, di cui 33 seguiti in integrazione con la ASL. I minori in carico al Servizio Sociale, oggetto di Prestazioni sociali agevolate sono per il 46% di Artena ed il 46% di Colleferro. I minori disabili sono in totale 94 e sono quasi il doppio rispetto all'anno 2010, di questi il 43% risiede a Colleferro, il 27% ad Artena ed il 26% a Labico. L'8% dei minori affidati al Servizio Sociale comunale sono stati inseriti in un Istituto. L'Asilo nido comunale è presente solamente nei comuni di Carpineto Romano, Colleferro e Valmontone.

Per l'area Responsabilità Familiari si rileva un aumento, rispetto all'anno precedente, del numero delle famiglie in carico al Servizio Sociale oggetto di Prestazioni sociali agevolate, del numero delle famiglie multiproblematiche e delle famiglie in carico al Servizio Sociale comunale.

Alcuni indicatori della condizione delle Famiglie e dei Minori nel Distretto RM G6 anno 2014

AREA DI INTERVENTO	Indicatori	COMUNI									DISTRETTO RMG6
		ARTENA	CARPINETO ROMANO	COLLEFERRO	GAVIGNANO	GORGA	LABICO	MONTANICO	SEGGI	VALMONTONE	
AREA MINORI	Minori in carico al Servizio Sociale Comunale (n. totale)	5	0	0	10	1	16	7	19	53	111
	Minori affidati al Servizio Sociale Comunale	0	1	4	0	0	2	2	0	6	15
	Minori seguiti dal Servizio Assistenza Educativo-Domestica (Sportello Aiuto alla famiglia) (n. totale)	1	4	9	7	0	4	2	2	11	40
	Minori seguiti dal Servizio Assistenza Educativo-Domestica (Sportello Aiuto alla famiglia) seguiti in integrazione con la ASL	1	0	8	7	0	4	0	2	11	33
	Minori in AEC	25	1	22	4	1	16	0	2	20	91
	Minori in affidamento familiare	0	0	1	0	0	6	0	2	2	11
	Minori in Casa Famiglia	0	0	3	0	0	0	2	0	4	9
	Minori che frequentano l'Asilo Nido comunale	0	12	69	0	0	0	0	0	42	123
	Minori in lista di attesa per l'Asilo Nido	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Minori in carico al Servizio Sociale Comunale oggetto di prestazioni agevolate	150	0	150	7	0	15	7	0	0	329
	Minori disabili (n. totale)	25	1	40	4	0	24	0	0	0	94
	Minori disabili che usufruiscono del Servizio L. n. 162/98	0	0	1	0	0	0	0	1	2	4
	Utenti di servizi ludico ricreativi	100	50	0	0	0	4	0	0	0	154
	Numero totale minori in affidamento familiare e nelle strutture residenziali per minori	0	0	0	0	0	7	2	0	6	15
	Numero totale di minori dati in affidamento alle famiglie affidatarie	0	0	0	0	0	6	0	0	2	8
	Numero totale di minori dati in affidamento alle strutture per tipologia di struttura	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Numero di minori affidati alle strutture residenziali di tipo familiari (minori in case famiglia)	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	Costo complessivo annuo di rette di inserimenti in casa famiglia	0	0	67032	0	0	0	24.780	0	0	91812
AREA RESPONSABILITÀ FAMILIARI	Famiglie in carico al Servizio Sociale Comunale (n. totale)	180	50	100	44	22	49	14	34	0	493
	N. famiglie multiproblematiche (in cui più soggetti sono seguiti dai Servizi)	30	8	250	4	0	15	2	8	0	317
	Numero di famiglie in carico al Servizio Sociale Comunale oggetto di prestazioni sociali agevolate	200	20	150	44	11	45	14	20	300	804

L'utenza rilevata nell'area Distrettuale

Pur non rappresentando un quadro esaustivo, la Tabella sottostante evidenzia come, a partire dai dati raccolti dai progetti che insistono sulla tematica nell'Area di riferimento, sia possibile verificare l'andamento dell'utenza dei singoli Progetti di intervento. Si consideri che la diminuzione e/o l'aumento del numero di utenti registrato potrebbe essere anche attribuito all'incremento (o decremento) delle disponibilità economiche del progetto stesso. Ancora una premessa di ordine generale come guida alla lettura della Tabella: lo stesso Piano di Zona del Distretto RM G4, in base ad una segnalazione dei Servizi Sociali dei Comuni, avverte che il puro dato numerico rilevato non "fotografa" appieno la realtà inerente quelle famiglie multiproblematiche, che molto spesso presentano gravi carenze nella capacità genitoriale, tali da indicare l'allontanamento (temporaneo o definitivo) del minore dal nucleo. Inoltre non sono inclusi nella casistica i minori con diagnosi di disturbo specifico di apprendimento e le situazioni di disagio/difficoltà minorile dovute a diverse cause, in carico comunque al servizio in costante aumento nel territorio.

Numero degli utenti dei progetti relativi alla Famiglia e ai Minori inseriti nei Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM G

Progetti	anni		
	2012	2013	2014
AFFIDAMENTO FAMILIARE - ASSEgni DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI (RM G1)			23
AFFIDAMENTO FAMILIARE - ASSEgni DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI (RM G2)			84
AFFIDAMENTO FAMILIARE- ASSEgni DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI (RM G4)			9
AFFIDAMENTO FAMILIARE - ASSEgni DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI (RM G6)			9
ASSEgni DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI (RM G5)			30
ASSISTENZA EDUCATIVO DOMICILIARE PER MINORI (RM G6)	34	41	54
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (MULTIUTENZA) (RM G4)	160		206
CENTRI ESTIVI PER MINORI (RM G5)		320	
CENTRO DI AGGREGAZIONE GIOVANILE "IL CANTIERE" (RM G1)	45	45	
CENTRO DI PREVENZIONE E SOSTEGNO ALLA FAMIGLIA (RM G4)	115		290
CENTRO DIURNO (RM G5)		25	300
CENTRO PER LA FAMIGLIA (RM G1)	135		
COMUNITA' RESIDENZIALE PER MINORI ED ADOLESCENTI "IL GIRASOLE" (RM G4)	7	6	7
EDUCATIVA TERRITORIALE GENITORI INSIEME (RM G5)	30	30	
IL FILO DI ARIANNA (RM G6)			50
INTERVENTI PER LA TUTELA DEI MINORI - SERVIZIO DI ASSISTENZA EDUCATIVO DOMICILIARE PER MINORI (RM G6)			40
PROGETTO "MINORI" (RM G2)	16		
PROGETTO AFFIDO (RM G2)	60		
PROGETTO EURIALO LEGGE NUMERO 285 DEL 1997: INTERVENTI DI EDUCATIVA DI STRADA E GESTIONE CENTRI DIURNI, RIVOLTI ALLA POPOLAZIONE ADOLESCENZIALE DEL DISTRETTO (RM G1)	650	350	
RETI TERRITORIALI PER LA PROMOZIONE DI INTERVENTI A TUTELA DEI MINORI VITTIME DI MALTRATTAMENTI E ABUSI (RM G1)			40
RETI TERRITORIALI PER LA PROMOZIONE DI INTERVENTI A TUTELA DEI MINORI VITTIME DI MALTRATTAMENTI E ABUSI (RM G4)			24
RETI TERRITORIALI PER LA PROMOZIONE DI INTERVENTI A TUTELA DEI MINORI VITTIME DI MALTRATTAMENTI E ABUSI (RM G5)			30
SERVIZIO CENTRO PER LA FAMIGLIA: ASSISTENZA EDUCATIVA DOMICILIARE FAMIGLIE (RM G2)		24	
SERVIZIO CENTRO PER LA FAMIGLIA: CONSULENZA E SOSTEGNO FAMILIARE (RM G2)		14	40
SERVIZIO CENTRO PER LA FAMIGLIA: INCONTRI PROTETTI (RM G2) MINORI		14	
SERVIZIO CENTRO PER LA FAMIGLIA: INCONTRI PROTETTI (RM G2) NUCLEI		8	
SERVIZIO CENTRO PER LA FAMIGLIA: SOCIALIZZAZIONE MINORI (RM G2)		50	
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE (RM G1)			33

SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE (RM G2)			58
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE (RM G4)			8
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE (RM G6)			9
SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ (RM G5)	135	126	
SOSTEGNO ECONOMICO FAMIGLIE (RM G4)	80		

Anche nell'area Distrettuale ASL RM G sembrano essere due i tipi di servizi-interventi principali attivati: i *Centri per minori o per adolescenti a carattere diurno* (presenti nei vari anni e con denominazioni e progetti differenti nei Distretti RM G1, RM G2, RM G4 e RM G5) e anche i *Centri per nuclei familiari* (presenti nei Distretti RM G1, RM G2, RM G4, RM G5 e RM G6). In base all'indagine sul gradimento svolta nel 2013 (e riferita nel Piano 2014) dal Distretto RM G2, attraverso questionari compilati dagli utenti, la valutazione dei due tipi di Centri sembra essere buona: il gradimento positivo è pari a circa il 90% delle risposte.

La progettazione del 2014 vede una certa convergenza dei Distretti lungo tre ulteriori linee di finanziamento, che presuppongono piani di azione diversi. Si tratta dei progetti relativi a *"Affidamento familiare - Assegni di base e sussidi integrativi"* (promosso nei Distretti RM G1, RM G2, RM G4 e RM G6). Secondo quanto rilevato dal Distretto RM G1, l'utenza risulta soddisfatta del servizio offerto con riscontri positivi nei minori per il loro benessere psicofisico ed una notevole regressione delle psicopatologie. Sempre riguardo il gradimento, il Distretto RM G4 nota difficoltà nell'accettazione del percorso affido, che in una fetta grossa della popolazione viene vissuto non come aiuto al più debole ma come problematica di cui farsi carico non sempre con disponibilità, a meno che non si sia costretti. Di tenore opposto, sembrerebbe, la valutazione del Distretto RM G6 che evidenzia il numero crescente di famiglie formate e lo riporta ad indicatore positivo del diffondersi della cultura dell'affido e della creazione di una rete delle istituzioni socio-sanitarie.

Altro progetto comune sono le *"Reti territoriali per la promozione di interventi a tutela dei minori vittime di maltrattamenti e abusi"* (promosso nei Distretti RM G1, RM G4 e RM G5), la cui valutazione (in particolare condotta dal Distretto RM G4) fa emergere che l'aderenza e la collaborazione delle famiglie si ottiene quando il progetto viene spiegato e condiviso.

Infine il *"Sostegno agli oneri relativi ai minori inseriti in strutture di tipo familiare"*, servizio promosso nei Distretti RM G1, RM G2, RM G4 e RM G6.

Un'ultima annotazione relativa all'utenza, riguarda il progetto *"Interventi per la tutela dei minori - Servizio di assistenza educativo domiciliare per minori"* promosso dal Distretto RM G6. Nel Piano 2014 si afferma che gli utenti che ne hanno usufruito si dividono in modo equo per ciascuna categoria di bisogno (disabilità, multiproblematicità, supporto alla genitorialità e disabilità, supporto alla genitorialità, supporto alla genitorialità e multiproblematicità): il 71% dei minori utenti ha un disagio sociale, mentre il 29% sono inseriti in famiglie integrate senza problematiche sociali.

Elenco dei progetti dell'area Distrettuale ASL RM G per Minori e Famiglia

Anno 2012

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA MULTIUTENZA (RM G4)
ASSISTENZA EDUCATIVO-DOMICILIARE PER MINORI (RM G6)
CENTRI DIURNO MINORI 6 – 14 ANNI (RM G5)
CENTRO DI AGGREGAZIONE GIOVANILE “IL CANTIERE” (RM G1)
CENTRO DI PREVENZIONE E SOSTEGNO ALLA FAMIGLIA (RM G4)
CENTRO PER LA FAMIGLIA (RM G1)
COMUNITÀ RESIDENZIALE PER MINORI E RAGAZZI “ IL GIRASOLE” (RM G4)
EDUCATIVA TERRITORIALE GENITORI INSIEME (RM G5)
IL CENTRO PER LA FAMIGLIA (RM G3)
INFANZIA, FAMIGLIA E SOCIETÀ: IL “VALORE SOCIALE” DEL MINORE (INTERVENTI AI SENSI DELLA LEGGE NUMERO 285 DEL 1997) (RM G3)
PROGETTO “MINORI” (RM G2)
PROGETTO AFFIDO (RM G2)
PROGETTO EURIALO LEGGE NUMERO 285 DEL 1997: INTERVENTI DI EDUCATIVA DI STRADA E GESTIONE CENTRI DIURNI, RIVOLTI ALLA POPOLAZIONE ADOLESCENZIALE DEL DISTRETTO (RM G1)
SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ (RM G5)
SOSTEGNO ECONOMICO FAMIGLIE (RM G4)

Anno 2013

ASSISTENZA EDUCATIVO DOMICILIARE PER MINORI (RM G6)
CENTRO DI AGGREGAZIONE ED ORIENTAMENTO AL LAVORO PER GIOVANI “IL CANTIERE” (RM G1)
CENTRO DI PREVENZIONE E SOSTEGNO ALLA FAMIGLIA (RM G4)
CENTRO DIURNO E CENTRI ESTIVI PER MINORI (RM G5)
CENTRO PER LA FAMIGLIA (RM G1)
COMUNITA' RESIDENZIALE PER MINORI ED ADOLESCENTI “IL GIRASOLE” (RM G4)
EDUCATIVA TERRITORIALE GENITORI INSIEME (RM G5)
EDUCAZIONE ALLA MUSICALITA' (RM G4)
IL CENTRO PER LA FAMIGLIA (RM G3)
INFANZIA, FAMIGLIA E SOCIETÀ: IL “VALORE SOCIALE” DEL MINORE (INTERVENTI AI SENSI DELLA LEGGE NUMERO 285 DEL 1997) (RM G3)
PROGETTO EURIALO (RM G1)
SERVIZIO CENTRO PER LA FAMIGLIA (RM G2)
SOSTEGNO A VITTIME DI TRATTA (RM G4)
SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ (RM G5)
SOSTEGNO NASCITE A RISCHIO (RM G4)

Anno 2014

AFFIDAMENTO FAMILIARE - ASSEGNI DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI (RM G1)
AFFIDAMENTO FAMILIARE - ASSEGNI DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI (RM G2)
AFFIDAMENTO FAMILIARE - ASSEGNI DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI MAI SENZA AMOE 1 (RM G3)
AFFIDAMENTO FAMILIARE- ASSEGNI DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI (RM G4)
AFFIDAMENTO FAMILIARE- ASSEGNI DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI (RM G5)
AFFIDAMENTO FAMILIARE - ASSEGNI DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI (RM G6)
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (MULTIUTENZA) (RM G4)

ATTIVITÀ E SERVIZI PER IL SOSTEGNO E LA DIFFUSIONE DELL’AFFIDAMENTO FAMILIARE . MAI
SENZA AMOE 2 (RM G3)
CENTRO DIURNO MINORI (RM G5)
CENTRO PER LA FAMIGLIA- INTERVENTI A FAVORE DELL’INFANZIA E DELL’ADOLESCENZA E DI
SOSTEGNO ALLA GENITORIALITA’ (RM G2)
CENTRO PER LA FAMIGLIA (RM G3)
COMUNITÀ RESIDENZIALE MINORI E RAGAZZI (RM G4)
IL FILO DI ARIANNA (RM G6)
INTERVENTI PER LA TUTELA DEI MINORI (RM G6)
PROGETTO DI SOSTEGNO E DIFFUSIONE DELL’AFFIDAMENTO FAMILIARE (RM G1)
RETI TERRITORIALI PER LA PROMOZIONE DI INTERVENTI A TUTELA DEI MINORI VITTIME DI
MALTRATTAMENTI E ABUSI – EDUCATIVA TERRITORIALE (RM G1)
RETI TERRITORIALI PER LA PROMOZIONE DI INTERVENTI A TUTELA DEI MINORI VITTIME DI
MALTRATTAMENTI E ABUSI (RM G2)
RETI TERRITORIALI PER LA PROMOZIONE DI INTERVENTI A TUTELA DEI MINORI VITTIME DI
MALTRATTAMENTI E ABUSI (RM G4)
RETI TERRITORIALI PER LA PROMOZIONE DI INTERVENTI A TUTELA DEI MINORI VITTIME DI
MALTRATTAMENTI E ABUSI (RM G5)
SERVIZIO DI ASSISTENZA EDUCATIVO DOMICILIARE PER MINORI (RM G6)
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE (RM G1)
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE (RM G2)
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE (RM G3)
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE (RM G4)
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE (RM G5)
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE (RM G6)
SPAZIO GIOVANI (RM G1)
SPORTELLI CONTRO LA VIOLENZA DI GENERE (RM G5)

Finanziamento stanziato e Quadro economico relativo

La Tabella sottostante mostra l’andamento delle richieste di finanziamento all’Ente regionale. Si tratta di una richiesta ampia, che ha subito nel tempo un lieve incremento soprattutto nei differenti Progetti presentati, anche sulla base delle linee di finanziamento regionali. Ci sono tuttavia alcuni Progetti che hanno mantenuto una richiesta di finanziamento costante. Del resto, come ben evidenziato nel Piano del Distretto RM G1, per alcuni progetti finanziati con i fondi regionali 2013, ancora attivi nel 2014, non c’è stato bisogno di ripresentare le schede progetto in quanto non sono stati richiesti i finanziamenti perché non ancora esauriti. Inoltre si evidenzia un notevole impegno di cofinanziamento da parte dei Comuni soprattutto nell’anno 2014.

Gli impegni finanziari richiesti nei Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM G e relativi ai progetti per i Minori e la Famiglia

Progetti	Anni					
	2012		2013		2014	
	Totale	cofinanziamento	Totale	cofinanziamento	Totale	cofinanziamento
AFFIDAMENTO FAMILIARE - ASSEgni DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI (RM G1)					60.903,80	
AFFIDAMENTO FAMILIARE - ASSEgni DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI (RM G2)					105.850,00	
AFFIDAMENTO FAMILIARE- ASSEgni DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI – MAI SENZA AMORE (RM G3)					100.000,00	
AFFIDAMENTO FAMILIARE- ASSEgni DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI (RM G4)					20.902,00	
AFFIDAMENTO FAMILIARE - ASSEgni DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI (RM G5)					56.727,00	
AFFIDAMENTO FAMILIARE - ASSEgni DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI (RM G6)					26.474,00	
ASSISTENZA EDUCATIVO DOMICILIARE PER MINORI (RM G6)			145.000,00	145.000,00	145.000,00	109-135,00
ASSEgni DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI (RM G5)					56.727,00	
ATTIVITÀ E SERVIZI PER IL SOSTEGNO E LA DIFFUSIONE DELL’AFFIDAMENTO FAMILIARE – MAI SENZA AMORE (RM G3)					102.525,00	
CENTRO DI AGGREGAZIONE GIOVANILE “IL CANTIERE” (RM G1)	133.000,00	75.000,00	125.000,00	75.000,00		
CENTRO DIURNO (E CENTRO ESTIVO 2013) MINORI (RM G5)			71.000,00		70.000,00	
CENTRO DI PREVENZIONE E SOSTEGNO ALLA FAMIGLIA (RM G4)	80.000,00		113.596,00			
CENTRO PER LA FAMIGLIA (RM G1)	173.680,00		173.680,00			
CENTRO PER LA FAMIGLIA- INTERVENTI A FAVORE DELL’INFANZIA E DELL’ADOLESCENZA E DI SOSTEGNO ALLA GENITORIALITA’ (RM G2)			120.000,00		135.000,00	
CENTRO PER LA FAMIGLIA (RM G3)	61.506,00		61.506,00		61.506,00	
COMUNITÀ RESIDENZIALE MINORI E RAGAZZI (RM G4)	13.000,00		13.000,00		13.000,00	
IL FILO DI ARIANNA (RM G6)			2.000,00		5.000,00	2.513,71
INTERVENTI PER LA TUTELA DEI MINORI (RM G6)					145.000,00	109.135,00

Rapporto sulla Condizione Sociale della provincia di Roma
Anni 2012-2014

INFANZIA, FAMIGLIA E SOCIETÀ: IL "VALORE SOCIALE" DEL MINORE (INTERVENTI AI SENSI DELLA LEGGE NUMERO 285 DEL 1997) (RM G3)	206.331,00	59.260,00	206.331,00	59.260,00	146.217,00	
PROGETTO AFFIDO (RM G2)	80.000,00					
PROGETTO EURIALO LEGGE NUMERO 285 DEL 1997: INTERVENTI DI EDUCATIVA DI STRADA E GESTIONE CENTRI DIURNI, RIVOLTI ALLA POPOLAZIONE ADOLESCENZIALE DEL DISTRETTO (RM G1)	171.053,00	5.000,00	171.053,00	5.000,00		
PROGETTO "MINORI" (RM G2)	335.000,00					
PROGETTO DI SOSTEGNO E DIFFUSIONE DELL'AFFIDAMENTO FAMILIARE (RM G1)					11.140,20	
RETI TERRITORIALI PER LA PROMOZIONE DI INTERVENTI A TUTELA DEI MINORI VITTIME DI MALTRATTAMENTI E ABUSI (RM G1)					48.438,00	
RETI TERRITORIALI PER LA PROMOZIONE DI INTERVENTI A TUTELA DEI MINORI VITTIME DI MALTRATTAMENTI E ABUSI (RM G2)					63.952,00	
RETI TERRITORIALI PER LA PROMOZIONE DI INTERVENTI A TUTELA DEI MINORI VITTIME DI MALTRATTAMENTI E ABUSI (RM G4)					15.000,00	
RETI TERRITORIALI PER LA PROMOZIONE DI INTERVENTI A TUTELA DEI MINORI VITTIME DI MALTRATTAMENTI E ABUSI (RM G5)					40.453,00	
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE (RM G1)					126.077,00	
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE (RM G2)					185.237,00	
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE (RM G3)					179.419,00	
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE (RM G4)					36.578,00	
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE (RM G5)					99.272,00	
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE (RM G6)					46.330,00	
SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ (RM G5)			79.000,00			
SOSTEGNO ECONOMICO FAMIGLIE (RM G4)	28.000,00					
SPAZIO GIOVANI (RM G1)					33.555,40	

I Bisogni delle Famiglie e dei Minori rilevati dai Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM H

Analisi del Distretto RM H1

Secondo quanto riportato nel Piano di Zona del 2012 (ripreso nel 2013 e nel 2014), il ruolo della Famiglia, nella situazione sociale del Distretto RM H1, rappresenta il punto di riferimento per la soluzione di molti problemi personali degli individui. Tuttavia nel territorio stanno anche crescendo i casi di nuclei con problemi importanti, quali separazioni conflittuali, figli contesi, problemi legati alle condizioni economiche, ecc. . I Servizi Sociali registrano sempre maggiori richieste di aiuto per la soluzione di conflitti familiari e per problemi tra genitori e figli. Sta aumentando l'accesso al servizio distrettuale "*Spazio neutro*" e il numero di interventi di mediazione familiare presso il "*Centro famiglia*" di Grottaferrata.

Le condizioni di maggior rischio (soprattutto per i minori) riguardano le famiglie in cui i genitori hanno problemi di Alcoolismo, Tossicodipendenza, e patologie psichiatriche. A tali situazioni generalmente si affiancano condizioni economiche difficili, per effetto della crisi economica, con seri problemi nel fronteggiare anche le spese di prima necessità come le utenze domestiche o il canone di locazione e la rata del mutuo.

Sotto l'aspetto del disagio giovanile, ai Servizi non sono arrivati casi di bullismo o di devianza di particolare rilievo (se non episodi isolati), ma il problema delle relazioni con i genitori si evidenzia anche con problemi comportamentali, segnalati da parte delle scuole del Distretto. Comportamenti "devianti" hanno riflessi sull'apprendimento scolastico e possono portare a casi di abbandono degli studi. Il Piano ritiene utili iniziative volte al sostegno della genitorialità e iniziative volte a contenere gli episodi di devianza dei minori, che negli anni 2012-2013 non è stato possibile inserire nel Piano di Zona a causa della mancanza di risorse economiche, se non in funzione preventiva o riparativa per situazioni particolarmente gravi.

Analisi del Distretto RM H2

La constatazione da cui parte il Piano di Zona del 2012 del Distretto RM H2 (ripresa sia nel 2013 sia nel 2014) è che il modello "tradizionale" di famiglia stia entrando in crisi anche nel territorio, evidenziato dall'emergere della presenza di nuclei familiari sempre più "fragili", non più autosufficienti nella cura di familiari: sembra essere venuto meno il carattere *care giver* della famiglia tradizionale. Il cambiamento del modello familiare incide sulla trasformazione dei bisogni dei nuclei e, di conseguenza mostra l'esigenza di progettare servizi a supporto dei nuclei e a sostegno, in misura maggiore, del ruolo della donna.

La situazione sembra essere più grave nei piccoli centri urbani, dove le esigenze di conciliazione sono maggiormente sentite, sia perché luoghi abitati da un numero consistente di anziani soli, sia perché i "neo-nuclei familiari" non hanno parenti e famigliari con i quali condividere il carico di lavoro di cura. Si deve peraltro tener presente che il Distretto RM H2 ha una posizione geografica che lo vede molto vicino alla Capitale, un buon collegamento ferroviario e minori costi per l'affitto o per l'acquisto di immobili. Tutte queste condizioni lo rendono assai appetibile per famiglie giovani. Peraltro nel Distretto il numero medio di componenti per famiglia è leggermente superiore (2,53 unità/famiglia) rispetto al dato nazionale (2,41 unità/famiglia), con

comuni che superano anche la media distrettuale: il Comune di Genzano di Roma registra 2,64 componenti/famiglia e il Comune di Lanuvio 2,63 componenti/famiglia. Un altro indicatore, il tasso di natalità al 31 dicembre 2010, mostra il carattere “giovani famiglie” tipico del territorio: esso è infatti pari al 10,15% e risulta superiore rispetto a quello nazionale (9,31%), regionale (9,55%) e quello medio provinciale (9,72%). Sicuramente sul valore alto del tasso di natalità contribuisce la presenza del numero di residenti stranieri, che hanno determinato parte dell’incremento demografico della zona.

L’incidenza di popolazione straniera sul totale residente è pari al 7,69%, e anche se il Piano evidenzia che rimane ancora alta la percentuale di famiglie straniere composte da un solo membro, tuttavia stanno aumentando i ricongiungimenti familiari e la costituzione di nuove famiglie con figli nati in Italia, e le “famiglie miste”, segni di un processo di stabilizzazione, che determina bisogni ed esigenze più complessi ed articolati di quelli tipici delle prime fasi del processo migratorio.

Analisi del Distretto RM H3

Nell’area minori e famiglia la situazione a livello distrettuale, secondo il Piano Sociale del 2012, è abbastanza omogenea rispetto alle problematiche rilevate. In particolare sembrano essere tre gli ambiti di maggiore rischio. Anzitutto i cittadini delle case popolari che continuano a rappresentare la realtà più a rischio del territorio, dove si concentrano il maggior numero di interventi in favore dei Minori e delle Famiglie. Seguono le situazioni delle famiglie monoparentali, per separazioni, divorzi, madri nubili ecc., a forte rischio povertà economica. Infine un fenomeno emergente sul territorio distrettuale è il “bullismo” segnalato dalle *Scuole* medie inferiori del territorio.

Il Piano del 2013 (ripreso nel 2014) mostra come, nonostante la differente situazione demografica, le problematiche che interessano il territorio dei due comuni sono abbastanza simili: la famiglia, nella attuale situazione di crisi, continua ad essere un’importante ammortizzatore sociale, economico ed emotivo, ma rappresenta anche un sistema fragile, che sotto la pressione delle difficoltà quotidiane si spezza o innesca dinamiche rischiose per i propri membri.

Proprio a causa della fragilità familiare, il numero di nuclei monoparentali è in continua crescita con un collegato fenomeno di povertà di ritorno: i genitori conviventi fronteggiano quotidianamente le difficoltà nella crescita dei figli con risorse reddituali non sempre adeguate, mentre i genitori non conviventi a volte non riescono a ricrearsi una situazione economica stabile, anche per garantire gli assegni di mantenimento ai minori. Le situazioni di disagio economico influiscono in maniera negativa anche sulle relazioni all’interno dei nuclei: esasperano la conflittualità all’interno delle coppie, con degenerazioni in situazioni di violenza, e con litigi tra genitori e figli.

Emerge con forza la necessità di fornire alle famiglie del territorio supporti di tipo psicologico, sostegni alla genitorialità, mediazione familiare anche come misure per prevenire il ricorso o l’intervento delle Autorità Giudiziarie. Ma anche altri interventi potrebbero costituire un deterrente per le situazioni di rischio con un’importante impatto sul bilancio familiare: l’accesso agli *Asili nido* (poiché quelli presenti sul territorio dei due comuni non sono sufficienti a supportare la domanda, oltre ad avere comunque costi elevati) o la eventuale necessità di ricorrere al latte artificiale per un neonato, o alla logopedia privata per un disturbo del linguaggio del figlio.

Infine, il Piano Sociale di Zona riporta l’importanza degli Istituti scolastici come interlocutore quotidiano della famiglia, e possibili ambiti nei quali implementare interventi di prevenzione e di

ascolto. In alcune aree di recente urbanizzazione (come segnalato dall'*Istituto di S. Maria delle Mole* a Marino) vi è inoltre bisogno di *Centri di aggregazione* e di punti di riferimento per i giovani, e la scuola può proporsi in questo senso.

Analisi del Distretto RM H4

La realtà di disagio minorile rappresentata dagli operatori dei Servizi e riferita nel Piano Sociale di Zona del 2012 (e del 2013) del Distretto RM H4, presenta caratteristiche specifiche. Anzitutto è concentrata in alcune zone del territorio, soprattutto lungo la litoranea, e relativa agli orari in cui i minori, una volta terminato l'impegno scolastico, tendono a stare da soli e comunque fuori da contesti socio-educativi istituzionalizzati. Anche in questo Distretto la precarietà economica e il disagio abitativo sono condizioni che espongono le famiglie a situazioni di rischio: stanno aumentando le famiglie straniere e le famiglie multiproblematiche, e le segnalazioni da parte delle Autorità Giudiziarie per situazioni "di minori a rischio" e di "alta conflittualità genitoriale". Il Progetto di *Assistenza Domiciliare Educativa*, anche se molto utile, tuttavia sembra essere insufficiente in termini di risposta al fabbisogno. Del resto sono anche aumentate le richieste da parte delle Autorità Giudiziarie di attivare interventi di *Sostegno alla Genitorialità e Incontri Protetti*. A tali bisogni i Servizi cercano di rispondere con programmi di azione concertata, ma pesa la carenza delle risorse a disposizione.

Analisi del Distretto RM H5

Tra le criticità emerse dalla lettura del Piano Sociale di Zona del 2012 per il Distretto RM H5, vi sono quelle determinate dalla carenza di adeguati luoghi di incontro e di aggregazione per adolescenti e minori, appartenenti a nuclei in cui lavorano entrambi i genitori. Chiaramente non si tratta di interventi per tutti gli adolescenti, ma solo per coloro i quali si renda necessario un intervento, da una parte, di tipo ludico-ricreativo e dall'altra a valenza educativa, volto allo sviluppo della personalità.

Anche nel Distretto RM H5 si è potuto riscontrare l'aumento del fenomeno del disagio giovanile, rilevato peraltro dall'aumento delle segnalazioni e dei provvedimenti del Tribunale per i Minorenni, dalle segnalazioni di evasione scolastica, dalle segnalazioni di comportamenti inadeguati e devianti di situazioni a rischio sociale, e dalle segnalazioni di grandi e piccoli soprusi registrati soprattutto in ambito scolastico. I dati del 2013 pervenuti ai Servizi Sociali del Comune di Velletri rilevano che sono state 13 le segnalazioni di evasione obbligo scolastico di cui 8 alunni della scuola media e 5 della scuola elementare, mentre per il Comune di Lariano sono state 8 le segnalazioni di evasione obbligo scolastico.

Sempre sul tema, aumentano le richieste di coinvolgimento dei servizi da parte del Tribunale Ordinario di Velletri, in merito alle separazioni conflittuali, che si ripercuotono sui figli, come fenomeno generalizzato. Nell'ambito dei Servizi per la tutela minorile, il Piano del 2014 fa emergere situazioni di minori vittime di abusi e maltrattamenti, segnalati dall'Autorità Giudiziaria minorile e ordinaria: sono pervenuti per l'anno 2013 complessivi 57 decreti emessi dal Tribunale per i Minorenni di Roma e dal Tribunale civile di Velletri che coinvolgono 98 minori, articolati in 36 Decreti per il Comune di Velletri e 21 per il Comune di Lariano.

Tra gli interventi a tutela dei minori in situazioni di difficoltà-bisogno, nonché vittime di abusi e maltrattamenti, è da annoverare l'inserimento di 8 minori in *Strutture residenziali*, a seguito Decreto del Tribunale per i Minorenni di Roma.

Sempre nell'ambito della tutela minori, il Distretto RM H5, tenuto conto dell'importanza dell'istituto dell'*Affido familiare*, ha voluto dare continuità al percorso avviato nel passato, attraverso 13 affidamenti, di cui due di minori a carico del Comune di Lariano.

In relazione al problema delle lunghe liste d'attesa per l'ingresso all'unico *Asilo nido* comunale presente sul territorio di Velletri, e all'*Asilo nido* comunale del Comune di Lariano, è emersa l'esigenza di individuare *Asili nido* privati, disponibili a convenzionarsi con i Comuni del Distretto, per l'accoglienza di minori in carico ai diversi servizi. Peraltro per situazioni problematiche, o su provvedimento dell'Autorità Giudiziaria, il Distretto ha avviato il progetto, denominato "*Mary Poppins*", per sostenere un adeguato sviluppo psico-fisico di minori appartenenti a nuclei, che presentano una fragilità sociale e/o una situazione multiproblematica già definita.

Il Piano del 2014 richiama all'attivazione dell'intera rete territoriale per sostenere in particolare i Minori attraverso interventi multidisciplinari nell'ambito di un complessivo progetto di integrazione socio-sanitaria (anche trasversalmente tra servizi specificatamente per minori e servizi specialistici per adulti, come Ser.T. o CSM). L'obiettivo dell'integrazione sociale è quello di intervenire sia su aspetti di prevenzione, estesi indistintamente a tutta la popolazione, sia per ambiti ove già è più definita una situazione di rischio psico-sociale.

Analisi del Distretto RM H6

Il Piano di Zona del 2014 del Distretto RM H6 rileva l'aumento costante della popolazione giovanile residente nei due Comuni componenti l'area distrettuale, dove si registra una forte incidenza della popolazione straniera (soprattutto nel Comune di Anzio). Tuttavia le risorse messe a disposizione per i Servizi Sociali dei due comuni sono sempre più insufficienti ed i servizi sono sempre più in difficoltà nel dare una risposta qualificata.

Il Piano evidenzia come crescente la richiesta di intervento sociale per nuclei familiari "multiproblematici" con figli minori, che richiedono interventi complessi ed integrati con i servizi specialistici della ASL. In particolare, nel Comune di Anzio, il Servizio Sociale Professionale, nell'anno 2013 ha avuto in carico 211 casi attivi che hanno comportato, però, prestazioni professionali a 295 minori. Nettuno invece ha attualmente in carico 100 casi. Rispetto alle liste di attesa va rilevato che tutte le richieste vengono accolte dai Servizi Sociali Comunali, ma i tempi di presa in carico sono molto allungati e gli operatori non sono più in grado di rispettare le scadenze richieste dall'Autorità Giudiziaria.

Il Piano 2014 conferma le richieste di aiuto a seguito di separazione dei coniugi in casi di forte conflittualità. Indicatore del fenomeno è l'aumento costante di richieste da parte dei Tribunali ordinari di interventi di *Sostegno alla genitorialità* e di *Incontri protetti*, svolti dal *Consultorio Familiare* a Nettuno. Come è noto nel 2012 è stato inaugurato ad Anzio, all'interno dei locali dell'edificio "Villa Albani" un altro *Consultorio Familiare*, ma funziona solo parzialmente con poco personale sanitario (tre ostetriche).

Nel Distretto permane un solo servizio di *Tutela di Salute Mentale dell'Età Evolutiva (TSMREE)* unico punto di riferimento non solo per i minori, ma anche per gli operatori.

Una problematica emersa nel Tavolo Tecnico e riferita nel Piano, è quella legata agli adolescenti, soprattutto per quelli compresi nella fascia d'età 14-16 anni, che frequentano ancora la scuola dell'obbligo e presentano problematiche comportamentali e sociali all'interno delle scuole stesse: sono aumentate le richieste di intervento da parte delle Istituzioni (Tribunale per i Minorenni, Servizi Sociali dei Comuni), delle *Case famiglia* e degli stessi nuclei familiari sempre più attenti ai disagi dei propri figli. Ad un primo colloquio di accoglienza dove viene effettuata una prima valutazione della situazione il minore viene inserito in una lista di attesa per la prima

visita che varia da un anno a un anno e mezzo circa. Lo stesso tempo d'attesa viene registrato per il trattamento riabilitativo.

Passando a considerare i nuclei familiari, il quadro complessivo riportato dal Piano 2014 è costituito da famiglie sempre più deboli e in difficoltà nel fronteggiare le spese di gestione familiare, anche se uno dei due coniugi lavora. Il fenomeno degli sfratti per morosità infatti si è intensificato, con un problema di emergenza abitativa che impatta inevitabilmente anche sui sistemi del welfare locale. Infatti, un fenomeno che si sta verificando in questi ultimi tempi è l'incremento del numero di nuclei familiari che si rivolgono ai servizi dei rispettivi comuni, sia per presentare istanza per la concessione di *Alloggi di edilizia residenziale pubblica*, sia per richiedere *Sostegni economici* per il pagamento dei canoni di locazione.

Sembra essere cambiato anche il tipo di cittadino che richiede contributi economici: i nuclei familiari ai quali sono stati concessi contributi nei due Comuni nell'anno 2013 (contributi economici, contributi ragazze madri, contributi ai nuclei orfanili, contributi alle famiglie affidatarie, assegni di maternità, assegni ai nuclei con tre figli minori) sono stati 683 nel Comune di Anzio e 462 a Nettuno, gli affidamenti familiari sono stati 12 a Nettuno e 13 Anzio.

L'utenza rilevata nell'area Distrettuale

Anche in questo territorio il numero elevato di progetti non riesce a dare una informazione completa circa gli utenti degli interventi stessi. Ma la Tabella sottostante può lo stesso fornire un quadro, anche se non esaustivo, sull'andamento dell'utenza dei singoli Progetti di intervento.

Nella lettura si devono considerare due elementi: la diminuzione e/o l'aumento del numero di utenti registrato potrebbe essere anche attribuito all'incremento (o decremento) delle disponibilità economiche del progetto stesso e non ad una variazione della domanda sociale; inoltre, il puro dato numerico rilevato non "fotografa" in pieno la realtà delle famiglie multiproblematiche, ma può dare la misura dell'entità del servizio.

Numero degli utenti dei progetti relativi alla Famiglia e ai Minori inseriti nei Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM H

Progetti	anni		
	2012	2013	2014
AFFIDAMENTO FAMILIARE (RM H6)		25	23
ASSEGNI DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI (RM H1)			27
ASSEGNI DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI (RM H2)			45
ASSEGNI DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI (RM H3)			15
ASSEGNI DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI (RM H4)			36
A.D.E.M. - ASSISTENZA EDUCATIVA DOMICILIARE MINORI (RM H2)	36	61	70
ASSISTENZA DOMICILIARE PER PERSONE AFFETTE DA PATOLOGIE ONCOLOGICHE E PATOLOGIE COMPLESSE, GRAVEMENTE INVALIDANTI E/O PROGRESSIVE (RM H3)	61		
ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE ANZIANI, ADULTI, DISABILI E MINORI (RM H4)		154	
ASSISTENZA EDUCATIVA, AGGREGATIVA E DOMICILIARE MINORI (RM H5) - MINORI	80		
ASSISTENZA EDUCATIVA, AGGREGATIVA E DOMICILIARE MINORI NUCLEI (RM H5)	59		

ASSISTENZA DOMICILIARE EDUCATIVA (A.D.E.) (SAD E ADB) (RM H6)		35	118
ATTIVITÀ DIURNE A FAVORE DI MINORI (RM H5)	500	500	
ATTIVITA' ESTIVE DIURNE PER MINORI (RM H5)			300
ATTIVITÀ IN FAVORE DI MINORI 0-4 ANNI (MARY POPPINS) (RM H5)	14		
ATTIVITÀ E SERVIZI PER IL SOSTEGNO E LA DIFFUSIONE DELL'AFFIDAMENTO FAMILIARE - PROGETTO PROGRAMMATO (RM H1)			27
CAMPER ITINERANTE PIANETA GIOVANI OSSERVATORIO ITINERANTE SULLA CONDIZIONE GIOVANILE (RM H2)		785	
CENTRI DI AGGREGAZIONE PER BAMBINI (RM H2)	15	190	120
CENTRO DI MEDIAZIONE E CONCILIAZIONE FAMILIARE (PERIODO SET./DIC.2012) (RM H2)	500		
CENTRO DI PRIMA ACCOGLIENZA "IL GREMBO" (RM H2)	23		
CENTRO FAMIGLIA (RM H1)			
CENTRO SOCIO-EDUCATIVO PER ADOLESCENTI E CENTRO MUSICA (RM H2)	70		
DIRITTI DEI MINORI E DOVERI DEGLI ADULTI (RM H3)	179	182	
RETI TERRITORIALI PER LA PROMOZIONE DI INTERVENTI A TUTELA DEI MINORI VITTIME DI MALTRATTAMENTI E ABUSI (RM H3)			10
SALVATAGGIO 3 (RM H5)			
SERVIZIO DI CONSULENZA GIURIDICO SOCIALE (RM H5)	31		
SERVIZIO DI LUDOTECA (RM H5)	170		
SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ – ASSISTENZA DOMICILIARE MINORI (RM H4)	40	40	60
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE (RM H1)			17
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE (RM H2)			25
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE (RM H3)			16
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE (RM H4)			39
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE (RM H6)			53
SPAZIO NEUTRO (RM H1)	6	6	6
STAR TIROCINI FORMATIVI (RM H2)		13	

Come è possibile notare dalla lettura della Tabella, nell'ultimo anno si è trattato quindi soprattutto di interventi di *Sostegno economico integrativo*, ma anche di pagamento delle rette per utenti accolti in strutture di tipo familiare, inserimenti resisi obbligatori per Decreto dell'Autorità Giudiziaria. Tuttavia, nei vari anni è stata finanziata anche l'*Assistenza Domiciliare*, con forme differenti sia nei Distretti RM H2, RM H3, RM H4, RM H5 e RM H6. Si tratta di un intervento particolarmente efficace a detta degli operatori, che, come nel caso del Distretto RM H4 evidenziano il coinvolgimento degli utenti dimostrato attraverso l'osservazione diretta e dai contatti degli stessi con gli operatori dei Servizi Sociali comunali. Ma ancor più significativa l'opinione raccolta nel Piano di Zona del Distretto RM H6 che afferma come il progetto sia stato

accolto positivamente dalle famiglie che hanno acquisito consapevolezza delle loro problematiche e sono stati disponibili ad operare dei cambiamenti nel loro modo di vivere e di educare i figli: il supporto alla genitorialità resa presso il domicilio nella quotidianità delle competenze ha permesso un cambiamento dei comportamenti e delle dinamiche relative ai minori, anche quando i genitori sono rimasti legati alle modalità relazionali ed educative espletate fino a quel momento.

Elenco dei progetti dell'area Distrettuale ASL RM H per Minori e Famiglia

Anno 2012

A.D.E.M. - ASSISTENZA EDUCATIVA DOMICILIARE MINORI (RM H2)
ASSISTENZA DOMICILIARE PER PERSONE AFFETTE DA PATOLOGIE ONCOLOGICHE E PATOLOGIE COMPLESSE, GRAVEMENTE INVALIDANTI E/O PROGRESSIVE (RM H3)
ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE ANZIANI, ADULTI, DISABILI E MINORI (RM H5)
ASSISTENZA EDUCATIVA, AGGREGATIVA E DOMICILIARE MINORI (RM H5)
ASSISTENZA DOMICILIARE EDUCATIVA (RM H6)
ATTIVITÀ DIURNE A FAVORE DI MINORI (RM H5)
ATTIVITÀ IN FAVORE DI MINORI 0-4 ANNI (MARY POPPINS) (RM H5)
CAMPER ITINERANTE PIANETA GIOVANI OSSERVATORIO ITINERANTE SULLA CONDIZIONE GIOVANILE (RM H2)
CENTRI DI AGGREGAZIONE PER BAMBINI (RM H2)
CENTRO DI MEDIAZIONE E CONCILIAZIONE FAMILIARE (PERIODO SET./DIC. 2012) (RM H2)
CENTRO DI PRIMA ACCOGLIENZA "IL GREMBO" (RM H2)
CENTRO FAMIGLIA (RM H1)
CENTRO SOCIO-EDUCATIVO PER ADOLESCENTI E CENTRO MUSICA (RM H2)
DIRITTI DEI MINORI E DOVERI DEGLI ADULTI (RM H3)
PROMOZIONE DELL'ISTITUTO GIURIDICO SULL'AFFIDAMENTO FAMILIARE (RM H2)
SALVATAGGIO 3 (RM H5)
SERVIZIO DI CONSULENZA GIURIDICO SOCIALE (RM H5)
SERVIZIO DI LUDOTECA (RM H5)
SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ – ASSISTENZA DOMICILIARE MINORI (RM H4)
SPAZIO NEUTRO (RM H1)
STAR TIROCINI FORMATIVI (RM H2)

Anno 2013

A.D.I.M. (ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA MINORI) (RM H2)
ASSISTENZA DOMICILIARE EDUCATIVA AI MINORI E ALLE LORO FAMIGLIE (RM H3)
ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE MULTIUTENZA (RM H5)
ASSISTENZA DOMICILIARE EDUCATIVA (RM H6)
ATTIVITÀ SEMIRESIDENZIALI DIURNE IN FAVORE DI MINORI (RM H5)
CAMPER ITINERANTE PIANETA GIOVANI - OSSERVATORIO ITINERANTE SULLA CONDIZIONE GIOVANILE (RM H2)
CENTRI DI AGGREGAZIONE PER BAMBINI (RM H2)
CENTRO FAMIGLIA (RM H1)
DIRITTI DEI BAMBINI E DOVERI DEGLI ADULTI (RM H3)
SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ – ASSISTENZA DOMICILIARE MINORI (RM H4)

SPAZIO NEUTRO (RM H1)
STAR TIROCINI FORMATIVI (RM H2)
TUTELA SOCIALE DEI MINORI SOTTOPOSTI A PROVVEDIMENTO DELL'AUTORITA' GIUDIZIARIA (RM H2)

Anno 2014

A.D.I.M. ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA MINORI (RM H2)
AFFIDAMENTO FAMILIARE (RM H6)
ASSEGNI DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI (RM H1)
ASSEGNI DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI (RM H2)
ASSEGNI DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI (RM H3)
ASSEGNI DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI (RM H4)
ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE MULTIUTENZA (RM H5)
ASSISTENZA DOMICILIARE EDUCATIVA (A.D.E.) (RM H6)
ATTIVITÀ E SERVIZI PER IL SOSTEGNO E LA DIFFUSIONE DELL'AFFIDAMENTO FAMILIARE - PROGETTO PROGRAMMATO (RM H1)
ATTIVITA' ESTIVE DIURNE PER MINORI (RM H5)
CENTRI DI AGGREGAZIONE PER BAMBINI (RM H2)
PROTECTON NETWORK – RETE PERMANENTE PER LA TUTELA DELL'INFANZIA (RM H2)
RETI TERRITORIALI PER LA PROMOZIONE DI INTERVENTI A TUTELA DEI MINORI VITTIME DI MALTRATTAMENTI E ABUSI (RM H1)
RETI TERRITORIALI PER LA PROMOZIONE DI INTERVENTI A TUTELA DEI MINORI VITTIME DI MALTRATTAMENTI E ABUSI (RM H3)
RETI TERRITORIALI PER LA PROMOZIONE DI INTERVENTI A TUTELA DEI MINORI VITTIME DI MALTRATTAMENTI E ABUSI (PREVENZIONE) (RM H4)
RETI TERRITORIALI PER LA PROMOZIONE DI INTERVENTI A TUTELA DEI MINORI VITTIME DI MALTRATTAMENTI E ABUSI (ASCOLTO PROTETTO) (RM H4)
RETI TERRITORIALI PER LA PROMOZIONE DI INTERVENTI A TUTELA DEI MINORI VITTIME DI MALTRATTAMENTI E ABUSI (ÉQUIPE PER LA RIABILITAZIONE) (RM H4)
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE (RM H2)
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE (RM H1)
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE (RM H2)
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE (RM H3)
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE (RM H4)
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE (RM H6)
SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ – ASSISTENZA DOMICILIARE MINORI (RM H4)
SOSTEGNO ALLA GENITORIALITA' (RM H6)
SPAZIO NEUTRO (RM H1)

Finanziamento stanziato e Quadro economico relativo

La Tabella sottostante mostra l'andamento delle richieste di finanziamento all'Ente regionale. Si tratta di una richiesta costante soprattutto per due tipi differenti di servizi: *l'Assistenza Domiciliare* e alcune forme di *Centri di aggregazione*. L'andamento delle richieste solo in pochi casi è stato costante nel tempo, piuttosto si nota una certa oscillazione, sulla base dei dati disponibili, nelle richieste, probabilmente motivata da due ordini di fattori (tra loro di segno

opposto): o da “risparmi” accantonati in annualità precedenti che hanno spinto gli operatori a non richiedere ulteriori fondi, oppure a crescite del numero degli interventi e quindi aumento dell’entità delle richieste stesse. Anche per l’area Distrettuale RM H si evidenzia un notevole impegno di cofinanziamento da parte dei Comuni soprattutto nell’anno 2014.

Gli impegni finanziari richiesti nei Piani di Zona dell’area Distrettuale ASL RM H e relativi ai progetti per i minori e la famiglia

Progetti	Anni					
	2012		2013		2014	
	Totale	cofinanziamento	totale	cofinanziamento	Totale	cofinanziamento
A.D.E.M. - ASSISTENZA EDUCATIVA DOMICILIARE MINORI (RM H2)	142.071,34	8.073,00	183.455,96	8.073,00	187.960,27	8.073,00
AFFIDAMENTO FAMILIARE (RM H6)					195.300,00	112.791,00
ASSEGNI DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI (RM H1)					102.079,00	50.000,00
ASSEGNI DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI (RM H2)					85.959,00	
ASSEGNI DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI (RM H3)					45.601,00	2.850,00
ASSEGNI DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI (RM H3)					105.723,00	36.000,00
ASSISTENZA DOMICILIARE EDUCATIVA AI MINORI E ALLE LORO FAMIGLIE (RM H3)			45.900,00	900,00		
ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE ANZIANI, ADULTI, DISABILI E MINORI (RM H5)	651.216,62	308.020,00	733.521,60	234.000,00	699.650,28	170.000,00
ASSISTENZA EDUCATIVA, AGGREGATIVA E DOMICILIARE MINORI (RM H5)	117.710,07	4.216,00				
ASSISTENZA DOMICILIARE EDUCATIVA (A.D.E.) (RM H6)	338.234,14		180.421,65		176.874,14	
ATTIVITÀ DIURNE A FAVORE DI MINORI (RM H5)	75.600,00	600,00				
ATTIVITA’ ESTIVE DIURNE PER MINORI (RM H5)					101.488,49	

ATTIVITÀ IN FAVORE DI MINORI 0-4 ANNI (MARY POPPINS) (RM H5)	24.585,00	1.895,00				
ATTIVITÀ E SERVIZI PER IL SOSTEGNO E LA DIFFUSIONE DELL’AFFIDAMENTO FAMILIARE - PROGETTO PROGRAMMATO (RM H1)					63.000,00	50.000,00
ATTIVITÀ SEMIRESIDENZIALI DIURNE IN FAVORE DI MINORI (RM H5)			117.976,56			
CAMPER ITINERANTE PIANETA GIOVANI OSSERVATORIO ITINERANTE SULLA CONDIZIONE GIOVANILE (RM H2)	83.740,68	3.420,00	32.874,56	3.420,00		
CENTRI DI AGGREGAZIONE PER BAMBINI (RM H2)	125.423,00	1.667,14	29.632,63	1.667,14	96.022,36	1.667,14
CENTRO DI MEDIAZIONE E CONCILIAZIONE FAMILIARE (PERIODO SET./DIC.2012) (RM H2)	9.720,50	5.347,82				
CENTRO DI PRIMA ACCOGLIENZA “IL GREMBO” (RM H2)	111.524,36	1.453,49				
CENTRO FAMIGLIA (RM H1)	35.720,00	720,00	35.720,00	720,00		
CENTRO SOCIO-EDUCATIVO PER ADOLESCENTI E CENTRO MUSICA (RM H2)						
DIRITTI DEI MINORI E DOVERI DEGLI ADULTI (RM H3)	100.000,00	10.000,00	15.450,00	450,00		
PROGETTO “PROTECTION NETWORK” – RETE PERMANENTE PER LA TUTELA DELL’INFANZIA (RM H2)					25.508,50	
PROMOZIONE DELL’ISTITUTO GIURIDICO SULL’AFFIDAMENTO FAMILIARE (RM H2)	9.420,00	3.420,00				

RETI TERRITORIALI PER LA PROMOZIONE DI INTERVENTI A TUTELA DEI MINORI VITTIME DI MALTRATTAMENTI E ABUSI (RM H3)					40.291,00	2.850,00
RETI TERRITORIALI PER LA PROMOZIONE DI INTERVENTI A TUTELA DEI MINORI VITTIME DI MALTRATTAMENTI E ABUSI (RM H4)					18.400,00	
RETI TERRITORIALI PER LA PROMOZIONE DI INTERVENTI A TUTELA DEI MINORI VITTIME DI MALTRATTAMENTI E ABUSI ASCOLTO PROTETTO (RM H4)					4.577,00	
RETI TERRITORIALI PER LA PROMOZIONE DI INTERVENTI A TUTELA DEI MINORI VITTIME DI MALTRATTAMENTI E ABUSI EQUIPE PER LA RIABILITAZIONE (RM H4)					31.800,00	
SALVATAGGIO 3 (RM H5)	34.600,00	1.600,00			68.838,00	50.000,00
SERVIZIO DI CONSULENZA GIURIDICO SOCIALE (RM H5)	7.702,94					
SERVIZIO DI LUDOTECA (RM H5)	33.090,89					
SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ – ASSISTENZA DOMICILIARE MINORI (RM H4)	124.000,00	44.000,00	124.000,00	44.000,00	124.000,00	44.000,00
SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ (RM H6)					20.960,00	
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE (RM H1)					543.888,00	300.000,00
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE (RM H2)					49.285,63	

SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE (RM H3)					82.314,00	7.500,00
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE (RM H4)					496.144,69	374.128,69
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE (RM H6)					1.134.391,00	
SPAZIO NEUTRO (RM H1)	50.000,00		50.000,00		46.000,00	
STAR TIROCINI FORMATIVI (RM H2)	77.670,00	3.420,00	22.170,00	3.420,00		
TUTELA SOCIALE DEI MINORI SOTTOPOSTI A PROVVEDIMENTO DELL'AUTORITA' GIUDIZIARIA (RM H2)			220.656,11			

4.5 Analisi dei bisogni relativi all'area "Persone Anziane"

La analisi dei Piani di Zona della provincia di Roma riguardante gli anziani (definiti "persone anziane" in alcuni anni) ha evidenziato degli aspetti di somiglianza e di differenza nei diciassette territori.

Il bisogno sociale maggiormente evidenziato dai Piani è relativo alla sfera delle relazioni sociali. In particolare si tratta delle situazioni di solitudine delle persone anziane che incidono direttamente sulle condizioni di vita e anche sulle condizioni di salute. In alcuni Piani, si sottolinea come il contesto territoriale caratterizzato dalla "dispersione", perché zona agricola-rurale, abbia un peso sulle condizioni di mobilità e di trasporto e quindi sulle possibilità di "accesso" a luoghi e centri che aiutino gli anziani nel contrastare l'isolamento. In altri contesti una variabile importante è data da un fenomeno di carattere socio-demografico: aumenta il numero degli anziani nel territorio e si alza l'età media dei residenti a motivo di nuovi insediamenti di anziani, che si avvicinano ad esempio ai parenti già sul posto o che per qualche motivo personale scelgono alcune zone del Distretto come luogo dove vivere. Interessante notare come gli anziani esprimono richieste di servizi, in maniera attiva e numerosa: i pochi dati sugli accessi ai Progetti erogati a carattere locale, mostrano una costante richiesta di interventi nei vari anni a fronte di una domanda sempre crescente.

Dal punto di vista sociale, il servizio maggiormente erogato è quello dell'*Assistenza Domiciliare*, che in molti territori è un servizio pluriutenza, a carattere sociale o socio-sanitario. I Piani analizzati riferiscono però anche del contributo offerto dai *Centri Anziani* a carattere sociale-socializzante, e dagli altri *Centri Diurni* che sostengono gli anziani in condizioni di "fragilità", o specifici per le situazioni di demenze senili e Alzheimer, e che quindi sono servizi socio sanitari a valenza professionale. Alcuni territori stanno, da qualche anno, sperimentando anche altri tipi di servizi specifici come ad esempio il *Telesoccorso* o l'attivazione di strutture come le *Case famiglia per anziani*.

Anche considerando gli impegni finanziari, la misura dell'*Assistenza Domiciliare*, e in particolare l'*Assistenza Domiciliare Integrata*, è il progetto maggiormente richiesto in termini di finanziamento regionale, che però in quasi tutti i territori vede una compartecipazione alle spese o del Comune o della ASL. Nella lettura dei testi si deve tener presente che proprio la misura dell'*Assistenza Domiciliare per le persone non Autosufficienti*, nel 2014 non era presente, in quanto gli Anziani sono stati compresi nell'area multiutenza insieme a Minori e Disabili.

I Bisogni degli Anziani rilevati nei Piani di Zona del Distretto RM D1

Secondo il Piano di Zona del 2014, considerando i dati elaborati dal Segretariato Sociale, risultano aumentate, rispetto al 2013, le richieste di *Assistenza domiciliare* (54 in valore assoluto), servizio dell'Area Servizi Sociali che affronta il problema dell'assistenza agli anziani cercando di evitarne l'ospedalizzazione.

I bisogni maggiormente rilevati dal Segretariato Sociale nell'area Anziani sono cinque, quasi tutti di tipo socio-sanitario:

1. aiuto nelle procedure per ottenere l'invalidità, la pensione e l'esenzione al pagamento del *ticket* sanitario,
2. il trasporto,
3. le cure mediche e l'inserimento in RSA,
4. il sostegno psicologico/psichiatrico,
5. l'Assistenza domiciliare.

Come detto, il Segretariato legge il bisogno sulla base delle richieste espresse dagli utenti. Accanto a queste, anche gli organismi del Terzo settore e i Sindacati, in sede di concertazione, hanno fatto presente la necessità di dare continuità ad alcuni servizi già attivati sul territorio con i finanziamenti dei Piani di Zona degli anni precedenti, tra cui: *l'Assistenza Domiciliare Indiretta* (servizio che consente all'utente di scegliere autonomamente l'assistente domiciliare che poi verrà pagato dall'Ente locale), le *Dimissioni Protette*, il *Pronto Intervento Sociale* e il *Telesoccorso*.

L'utenza rilevata nel Distretto

Sono pochi i dati relativi agli utenti dei Servizi per Anziani nel Distretto RM D1 presenti nei Piani di Zona. La Tabella sottostante riporta tre progetti a seconda dell'annualità in cui hanno ottenuto finanziamenti. Come si può notare il *Telesoccorso* ha avuto utenti in tutti e tre gli anni. Si tenga presente che i *Fondi per la Non Autosufficienza e per il Sollievo ai Malati di Alzheimer ed alle loro famiglie*, che, anche se riguardano persone anziane, sono stati inseriti anche nell'area "Disabilità e Disagio mentale" perché riguardano il complessivo intervento sulla disabilità.

Numero degli utenti dei progetti relativi alle Persone anziane del Distretto RM D1

Progetti	Anni		
	2012	2013	2014
ASSISTENZA DOMICILIARE LEGGERA	20		
FONDI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA E PER IL SOLLIEVO AI MALATI DI ALZHEIMER ED ALLE LORO FAMIGLIE	20		
TELESOCORSO	90	74	90

Elenco dei progetti del Distretto ASL RM D1 per Anziani-Persone Anziane

Anno 2012

TELESOCCORSO

ASSISTENZA DOMICILIARE LEGGERA

FONDI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA E PER IL SOLLIEVO AI MALATI DI ALZHEIMER ED ALLE LORO FAMIGLIE

Anno 2013

TELESOCCORSO

Anno 2014

ASSISTENZA DOMICILIARE

TELESOCCORSO

Finanziamento stanziato e Quadro economico relativo

Nei tre anni considerati il *Telesoccorso* è stato l'intervento sempre garantito. Nel 2012 era prevista anche l'*Assistenza domiciliare Leggera specifica per i malati di Alzheimer*.

Il finanziamento del progetto relativo al *Telesoccorso* ha subito un andamento costante con un impegno altrettanto costante di cofinanziamento comunale.

progetti	anni					
	2012		2013		2014	
	Totale	cofinanziamento	totale	cofinanziamento	totale	cofinanziamento
Assistenza domiciliare leggera	5.000,00					
Assistenza domiciliare					25.000,00	
Telesoccorso	40.000,00	30.000,00	40.000,00	30.000,00	40.000,00	30.000,00

I Bisogni degli Anziani rilevati dai Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM F

Analisi del Distretto RM F1

Analizzando quanto riportato nei Piani di Zona negli anni 2012-2014, nel Distretto RM F1 i bisogni degli anziani sono legati ad un insieme di concause e di condizioni di vita, quasi "naturali". Sicuramente il sopraggiungere dell'età pensionabile, l'uscita dei figli dal nucleo familiare originario, unitamente, talvolta, al sopravvenire di patologie fisiche e psichiche degenerative e/o invalidanti, possono determinare nell'anziano l'insorgenza di problematiche materiali e psicologiche. Tuttavia è proprio il danno indotto da una condizione problematica non sempre gravissima, che influenza negativamente le relazioni sociali della persona nella terza età della vita.

È per contrastare i fenomeni degenerativi della condizione anziana che il Distretto ha inteso attivare e implementare servizi a carattere socio-assistenziale, nonché adottare interventi culturali e ricreativi, finalizzati a sostenere e mantenere l'autosufficienza dell'anziano. Nel dettaglio, gli obiettivi specifici dei Progetti dell'area Anziani, indicati dal Distretto RM F1 nei Piani di Zona, sono i seguenti:

- contrastare le forme di decadimento cognitivo e motorio dell'anziano mediante interventi che ne stimolino le potenzialità psico-motorie e fisico-sensoriali residue;
- incrementare le attività educative socializzanti e di occupazione del tempo libero;
- prestare aiuti atti a favorire e/o mantenere l'autosufficienza nelle attività giornaliere;
- conservare l'autonomia di vita nella propria abitazione e nel proprio ambiente familiare e sociale;
- ridurre l'incidenza dei ricoveri ed il ricorso all'istituzionalizzazione;
- prevenire e contenere i ricoveri in strutture sanitarie e socio-assistenziali, salvo laddove strettamente indispensabile;
- supportare i nuclei con componenti a rischio di emarginazione;
- uniformare gli standard qualitativi degli interventi in favore degli anziani autosufficienti e non autosufficienti a livello distrettuale.

Con tali finalità si collocano i servizi erogati dal Distretto con i finanziamenti del Piano di Zona, quali l'*Assistenza domiciliare socio-assistenziale Integrata* con l'assistenza domiciliare sanitaria, gli Interventi di sostegno ai nuclei familiari con anziani non autosufficienti (*Assegni di Cura*) e il *Centro Diurno per anziani fragili*.

Analisi del Distretto RM F2

Già dal 2012 il Piano Sociale di Zona del Distretto RM F2 rispetto all'area Anziani evidenzia come ci sia bisogno soprattutto di una rete di servizi per l'area della non autosufficienza, sia sul versante degli aiuti domiciliari sia su quello del numero di strutture di accoglienza diurne e residenziali.

Con il Piano 2014, si introduce la necessità di attivare una rete "qualificata" di servizi per l'area della non autosufficienza, soprattutto sul versante degli *Aiuti domiciliari* i quali possono ridurre significativamente il ricorso al ricovero in RSA. E' per questo motivo che i due comuni, sia con le

proprie risorse sia con quelle regionali cercano di potenziare il bacino e gli interventi dell'*Assistenza domiciliare integrata*.

Analisi del Distretto RM F3

Nel Distretto RM F3 è emersa una criticità riguardante la condizione degli Anziani che abitano nelle campagne e/o in situazioni di isolamento. Se da una parte risulta essere molto attiva la rete parentale allargata e quella amicale (soprattutto nei tre centri più piccoli) e quindi gli anziani trovano un sostegno nei vicini di casa, dall'altra nelle situazioni di dispersione abitativa, è sempre più frequente che la quotidianità dell'anziano entri in crisi in modo tale da renderlo meno autonomo a causa della mancanza di supporti minimi essenziali.

Con la finalità di sostenere gli anziani che improvvisamente si sono trovati in condizioni di bisogno, il Distretto ha ritenuto opportuno implementare gli interventi di *Assistenza domiciliare*, nella prospettiva che l'anziano possa rimanere presso il proprio domicilio ed evitare l'ospedalizzazione. Tali interventi presuppongono una rete di rilevazione sociosanitaria integrata, che risponda in maniera tempestiva, sul modello delle *Unità Valutative Congiunte* già praticato sul territorio, da sperimentare per gli anziani. Inoltre secondo il Piano si dovrà integrare nel sistema anche l'Ospedale "Padre Pio", presente nel territorio, come servizio di accoglienza per anziani "fragili" (ad esempio coloro che presentano deterioramenti cognitivi).

Un altro ambito di intervento del Distretto RM F3, è quello dei pazienti affetti da morbo di Alzheimer: gli utenti seguiti dal *Progetto Kronos* della ASL RM F nel 2014 sono stati 170, mentre nel 2003 erano 120. Il progetto, nato in forma sperimentale nel 2003, ha fornito significative risposte attraverso l'*Assistenza domiciliare ad hoc* ed un servizio sperimentale di *Centro per le situazioni di grado lieve e moderato*.

Infine, un'altra esperienza importante del territorio è quella della *Casa famiglia per anziani autosufficienti e con fragilità sociali*, con un supporto di accoglienza, che assiste, previa valutazione individuale, anziani psichiatrici compensati e pazienti con problematiche di fragilità sociali di vario tipo.

La somma degli interventi svolti, tuttavia, non riesce a rispondere a tutte le esigenze presentate dagli utenti: il Piano del 2014 rileva come a livello Distrettuale ci siano 81 anziani, di cui 19 affetti da Alzheimer, in lista di attesa per la fruizione di servizi.

Analisi del Distretto RM F4

Per descrivere la condizione di bisogno degli anziani del Distretto RM F4, si parte da alcune informazioni statistico-descrittive. Le persone anziane presenti nel Distretto che hanno tra i sessantacinque e i settantanove anni sono 12.147 (solo due anni prima erano 10.969) e 3.973 hanno oltre gli ottanta anni, per un complessivo numero di 16.120 persone, che, in percentuale rimane un valore leggermente più basso rispetto alla media dell'*hinterland* romano (pari al 12% di tutta la popolazione distrettuale, a fronte del 12,8% registrato nell'*hinterland*). Tuttavia appare significativo l'aumento della popolazione dei "grandi anziani" in alcuni Comuni del Distretto RM F4, quali Rignano Flaminio (17,6%), Riano (11,4%), Capena (11%), Morlupo (10,8%) e Castelnuovo di Porto (10,6%). Da considerare inoltre la situazione dei Comuni della Media Valle del Tevere in cui la variazione raggiunge valori molto alti (dal -20% di Filacciano al + 26% di Civitella San Paolo) a causa dell'alta presenza di anziani tra i (pochi) residenti. L'aumento del numero degli anziani si accompagna alla diminuzione della popolazione minorile nel biennio 2009-2012.

Le ipotesi sull'innalzamento dell'aspettativa di vita lasciano pensare che, come mette in luce il Piano del 2013 ci sarà un "nuovo" fabbisogno di assistenza e di cure specifiche preferibilmente

presso il domicilio dell'anziano, di carattere più ampio del solo intervento sanitario, che dovrà riguardare la socializzazione, il tempo libero, l'informazione, la formazione, la sicurezza e temi della prevenzione.

L'utenza rilevata nell'area Distrettuale

Il quadro descritto dalla Tabella sottostante, seppure non completo, e composto sulla base dei dati raccolti dai Progetti che insistono sulla tematica degli Anziani, mostra per alcuni Progetti l'evoluzione dell'utenza. Nella lettura si ricordi però che la diminuzione e/o l'aumento del numero di utenti registrato potrebbe essere anche attribuito all'incremento (o decremento) delle disponibilità economiche del Progetto stesso e quindi non legato alla presa in carico.

Numero degli utenti dei progetti relativi alle Persone anziane inseriti nei Piani di Zona dell'area Distrettuale RM F

Progetti	anni		
	2012	2013	2014
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA PER ANZIANI FRAGILI (RM F1)	45		30
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA "STAR BENE A CASA" (RM F2)	32	32	
ASSISTENZA DOMICILIARE SOVRACOMUNALE (RM F3)	24		
ASSISTENZA DOMICILIARE SOVRACOMUNALE (RM F3)	24		
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (RM F4)	67	72	73
CASA FAMIGLIA ANZIANI AUTOSUFFICIENTI E FRAGILITA' SOCIALI (RM F3)	10	10	10
CENTRO DIURNO PER ANZIANI FRAGILI (RM F1)	24	24	6
PROGETTO ALZHEIMER E ANZIANI CON DETERIORAMENTO COGNITIVO – ASSISTENZA DOMICILIARE - CENTRO DIURNO PER ANZIANI CON DETERIORAMENTO COGNITIVO (RM F3)	34		
PROGETTO ALZHEIMER E ANZIANI CON DETERIORAMENTO COGNITIVO (RM F3)	10	10	
SERVIZI ESSENZIALI PICCOLI COMUNI (RM F4)			18

La Tabella precedente potrebbe non dare una misura adeguata della rilevanza del fenomeno nell'Area, tuttavia l'abbondanza di progetti allegati o comunque descritti nei Piani evidenzia il tipo di intervento principale adottato per rispondere alle condizioni di rischio delle persone anziane.

Fondamentalmente sembrano essere tre. Anzitutto l'Assistenza Domiciliare integrata per Anziani fragili (presente nei vari anni in tutti e quattro i Distretti), che a detta dell'indagine sul gradimento svolta dal Distretto RM F1 attraverso questionari compilati dai familiari degli utenti sembra essere molto efficace. Si tenga presente che molti Progetti di Assistenza Domiciliare riguardano più tipologie di utenza, anche disabili e minori (come per esempio quella del Distretto RM F2).

Un altro tipo di Progetto è quello che il Distretto RM F1 ha attivato: il Centro diurno per anziani fragili. Anche il Distretto RM F3 ha finanziato per anni un progetto relativo ad Anziani con patologie collegate all'Alzheimer e/o con deterioramento cognitivo. Ci sono poi specifici interventi promossi ad esempio dal Distretto RM F3 attraverso una Casa Famiglia per anziani con fragilità sociali (che peraltro ha riscontrato un'adesione molto favorevole da parte degli utenti), e dal Distretto RM F4 che ha attivato dei Servizi per anziani in particolare nei Piccoli comuni dell'Area, usufruendo nel 2014 di finanziamenti specifici.

Elenco dei progetti dell'area Distrettuale ASL RM F per Anziani-Persone Anziane

Anno 2012

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA PER ANZIANI FRAGILI (RM F1)
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA - ADI (RM F2)
PROGETTO ALZHEIMER E ANZIANI CON DETERIORAMENTO COGNITIVO – ASSISTENZA
DOMICILIARE - CENTRO DIURNO PER ANZIANI CON DETERIORAMENTO COGNITIVO (RM F3)
PROGETTO ALZHEIMER E ANZIANI CON DETERIORAMENTO COGNITIVO (RM F3)
CASA FAMIGLIA ANZIANI AUTOSUFFICIENTI E FRAGILITA' SOCIALI (RM F3)
CENTRO DIURNO ANZIANI FRAGILI (RM F1)
SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOVRA COMUNALE (RM F3)

Anno 2013

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA PER ANZIANI FRAGILI (RM F1)
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA - ADI (RM F2)
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (RM F4)
CENTRO DIURNO PER ANZIANI FRAGILI (RM F1)
PROGETTO ALZHEIMER ED ANZIANI CON DETERIORAMENTO COGNITIVO (RM F3)
PROGETTO CASA FAMIGLIA ANZIANI E FRAGILITÀ SOCIALI (RM F3)

Anno 2014

ALZHEIMER E ANZIANI CON DETERIORAMENTO COGNITIVO – ASSISTENZA DOMICILIARE E
CENTRO DIURNO (RM F3)
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA PER ANZIANI FRAGILI (RM F1)
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA STAR BENE A CASA (RM F2)
CASA FAMIGLIA ANZIANI E FRAGILITÀ SOCIALI (RM F3)
CENTRO DIURNO PER ANZIANI FRAGILI (RM F1)
SERVIZI ESSENZIALI PICCOLI COMUNI (RM F4)
SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA PER ANZIANI (RM F4)

Finanziamento stanziato e Quadro economico relativo

La Tabella sottostante mostra l'andamento delle richieste di finanziamento all'Ente regionale. Si tratta di una richiesta costante, sia rispetto ai singoli progetti, sia nell'entità assegnata agli stessi, tranne per il caso dell'*Assistenza Domiciliare* nel Distretto RM F1 che ha subito nel tempo un lieve incremento. Viceversa la *Casa Famiglia* del Distretto RM F3, unico progetto peraltro dove viene richiesta la compartecipazione alle spese dell'utenza, evidenzia un decremento.

Gli impegni finanziari richiesti nei Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM F e relativi ai progetti per gli Anziani

Progetti	Anni					
	2012		2013		2014	
	Totale	cofinanziamento	Totale	cofinanziamento	Totale	cofinanziamento
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA PER ANZIANI FRAGILI (RM F1)	70.000,00		100.000,00		107.821,84	
ASSISTENZA DOMICILIARE SOVRACOMUNALE (RM F3)	120.557,66		113.450,00		53.450,00	
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (RM F4)	459.763,20		409.000,00		409.000,00	
CENTRO DIURNO PER ANZIANI FRAGILI (RM F1)	70.000,00		100.000,00			
PROGETTO ALZHEIMER E ANZIANI CON DETERIORAMENTO COGNITIVO – ASSISTENZA DOMICILIARE - CENTRO DIURNO PER ANZIANI CON DETERIORAMENTO COGNITIVO (RM F3)	126.695,99				126.695,08	
PROGETTO ALZHEIMER E ANZIANI CON DETERIORAMENTO COGNITIVO (RM F3)	86.965,99		86.695,99			
PROGETTO CASA FAMIGLIA ANZIANI AUTOSUFFICIENTI E FRAGILITA' SOCIALI (RM F3)	107.000,00	10.000,00 (°)	107.000,00	10.000,00 (°)	94.650,00	
SERVIZI ESSENZIALI PICCOLI COMUNI (RM F4)					139.441,44	

(°) compartecipazione utenti

I Bisogni degli Anziani rilevati dai Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM G

Analisi del Distretto RM G1

Nel Piano 2013 del Distretto RM G1 è contenuta una articolata analisi delle condizioni degli anziani sul territorio. Sembra infatti sempre costante il bisogno di un aiuto domiciliare, richiesto da un numero di residenti che supera di molto le disponibilità e ha creato lunghe liste di attesa per il servizio di *Assistenza Domiciliare*. Viene indicato anche che il costo degli affitti, per coloro i quali non condividono la casa con i propri parenti, stia incidendo in maniera pesante sulle risorse a disposizione degli anziani che spesso si trovano in difficoltà nei pagamenti. Peraltro, in alcuni casi, sono proprio le pensioni percepite dagli anziani l'unica fonte di reddito anche dei figli che per motivi economici tornano a vivere con i genitori anziani. Infine, le "naturali" malattie dell'età, lievi o medio-gravi, di deterioramento cognitivo (o Alzheimer) non sono sostenute da servizi di cura a carattere psicologico, così come sono esigui i servizi per gli anziani con una forma di disabilità.

I familiari dei malati di Alzheimer riportano la difficoltà di dover arrivare a Guidonia per un intervento di cura e il trattamento di sostegno dei propri parenti.

Per superare situazioni di mancanza di risorse, perseguendo obiettivi condivisi dal Tavolo di coprogettazione, già il Piano del 2012 evidenziava alcune priorità, come la sperimentazione di nuove modalità di erogazione della *Assistenza domiciliare*, che coinvolga figure di volontari, limitata alle persone che sono impossibilitate ad abbandonare, anche solo temporaneamente, le proprie abitazioni. Si è anche pensato che sia necessario svolgere un'azione di monitoraggio di tutti gli interventi e le azioni svolte in favore degli anziani: dalla erogazione di *Sussidi per invalidità*, alla fruizione di *Pasti caldi* fino alle proposte di iniziative per la *Socializzazione*. Sembra inoltre utile sostenere le organizzazioni che, nel farsi carico di anziani, intendessero sperimentare forme nuove di accoglienza, di intrattenimento, di creatività, di relazione con l'intera comunità, soprattutto a carattere intergenerazionale.

Analisi del Distretto RM G2

Nel territorio distrettuale RM G2, secondo i Piani Sociali del 2012 e 2013, le problematiche e i bisogni emergenti dell'anziano sembrano rispecchiare i comuni rischi sociali presenti nella vita della società moderna: l'isolamento, l'abbandono, le difficoltà della famiglia a garantire la cura a causa dell'incompatibilità dei tempi di vita e le difficoltà di carattere economico che accompagnano problemi di salute.

I Piani di Zona analizzati sottolineano in particolare come la cura dell'anziano non debba essere limitata ai momenti di difficoltà e di non autosufficienza, ma, in misura preventiva di contrasto all'emarginazione, per tutta la terza età, in modo da valorizzarne le risorse. In questa logica, la scelte locali hanno puntato sui servizi di *Assistenza domiciliare integrata* per gli anziani, sulla realizzazione di attività di *Valutazione multidimensionale* e sulla realizzazione di attività ricreative presso i *Centri Anziani* presenti in tutti i Comuni del Distretto.

Il Piano 2014 contiene un elemento di novità rispetto ai precedenti, ovvero riferisce che uno degli interventi maggiormente realizzati nel 2013 dal Terzo settore a favore della popolazione anziana, sia stato quello della distribuzione di pacchi alimentari, segnale del diffondersi di un forte disagio economico.

Analisi del Distretto RM G3

A differenza di qualche decennio fa, secondo il Piano di Zona del 2012 del Distretto RM G3, l'anziano ha una maggiore visibilità sociale e una maggiore consapevolezza dei propri bisogni e necessità, che mostra - ad esempio - assumendo ruoli nelle attività sociali e di volontariato. Per tale motivo, nei *Centri polivalenti per anziani* promossi dal Distretto, vengono organizzati dei servizi socio-sanitari rivolti ad anziani e bambini. Attività culturali e di socializzazione, ludico-ricreative e fisiche per gli anziani, i quali diventano risorsa per i bambini ad esempio con il servizio di "Nonno vigile" fuori le scuole.

Essendo un territorio vasto, composto da piccoli e grandi centri, ogni situazione è differente dall'altra, per cui, ad esempio, nei piccoli Centri è difficile che si riesca a trovare la struttura per aprire un *Centro polivalente* come è anche difficile che ci sia un collegamento verso il *Centro* vicino. Capita anche che le attività dei vari *Centri* siano differenti tra di loro, anche perché rispondono alle esigenze e agli interessi degli anziani del posto.

Eppure il Piano del 2012 evidenzia in modo molto chiaro la necessità di garantire a tutti gli anziani residenti un buon livello di assistenza come l'accompagnamento a fare la spesa, ad una visita medica, ad una passeggiata, aiutarlo a prendersi cura di sé, a non isolarsi e mantenere una vita sociale attiva e piena. Esperienze interessanti, che favoriscono il dialogo intergenerazionale e i processi di socializzazione tra pari, sembrano iniziare ad affermarsi. Resta tuttavia il problema di come garantire, con il sistema di welfare, la gestione dei passaggi critici, dal momento che, ad esempio, l'Ospedale più vicino nel territorio è quello di Tivoli, e una volta dimesso, l'anziano non è automaticamente preso in carico dalla *Assistenza domiciliare*, né può dirsi consolidata una reale collaborazione con il medico di base.

In conclusione, il Piano del 2014 indica alcune ipotesi di lavoro specifiche che riguardano i servizi e le opportunità a favore dei cittadini più anziani:

1. aprire spazi di socializzazione e aggregazione, in strutture adeguate,
2. attivare un servizio (alternativo a quello pubblico?) per il trasporto delle persone anziane e per quelle non autosufficienti,
3. attivare un servizio sanitario riguardante il prelievo del sangue (prelievo – trasporto - referto),
4. garantire la presenza di un mediatore tra i diversi centri anziani dei 17 comuni per le attività sanitarie e quelle ludico-culturali,
5. istituire la *Banca del tempo*, *Corsi di specializzazione* per gli operatori,
6. promuovere attività ludico-culturali riguardanti i 17 comuni del Distretto,
7. creare una rete tra strutture pubbliche, private e con il medico di base,
8. sensibilizzare i giovani, nelle scuole e con l'impiego degli anziani stessi per ripristinare un dialogo intergenerazionale.

Analisi del Distretto RM G4

Nel Piano Sociale di Zona del 2013 del Distretto RM G4 si legge che una criticità piuttosto emergente riguarda la condizione degli anziani, soprattutto di quelli che abitano nelle campagne e/o in situazioni di isolamento: gli anziani sono sostenuti dalla rete parentale allargata e quella amicale solo se vivono nei paesi, e non in territori più dispersi. È sempre più frequente che se la quotidianità dell'anziano entra in crisi per un evento, ne sia subito compromessa l'autonomia complessiva con diretti effetti di rischio sociale.

Al fine di sopperire a queste necessità, il Piano si pone l'obiettivo di implementare servizi di *Assistenza Domiciliare* soprattutto aumentando le ore assegnate ai comuni del Distretto, ma

anche cercando di incrementare la rete di rilevazione socio-sanitaria integrata dei bisogni individuali. A tal proposito si ritiene utile il modello delle *Unità Valutative Congiunte* già sperimentate in altre aree e in altri territori.

Inoltre, negli ultimi anni si è rilevata l'ulteriore problematica data da un forte aumento di pazienti affetti da morbo di Alzheimer a cui il *Servizio Sociale* cerca di dare risposta con progettualità sovra comunale specifica.

Analisi del Distretto RM G5

I dati sui Comuni del Distretto socio-sanitario RM G5 relativamente alla popolazione residente con più di sessantacinque anni consentono di avere una lettura di sfondo sul tema della terza età che spesso si associa ad aspetti della vita legati alla riduzione e, in molti casi, alla perdita dell'autosufficienza.

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

E' riportato in tutti e tre i Piani analizzati il bisogno delle persone anziane prese in carico di alleviare il peso della solitudine, fenomeno che riguarda soprattutto chi vive solo in abitazioni decentrate e isolate.

Il territorio, inoltre, risente di una rete ancora debole a sostegno degli anziani, legata ad al volontariato di matrice religiosa e alla Croce Rossa Italiana. Ma le risorse di impegno, nel sociale, potrebbero essere importanti. Dai dati raccolti sugli iscritti ai *Centri Anziani* emerge che su quasi tutti i territori, i *Centri* rappresentino un punto di aggregazione per almeno il 30% (fino al 40%) delle persone con più di sessantacinque anni (tranne in uno dei dieci comuni in cui il *Centro Anziani* intercetta il 10% degli residenti). Inoltre, se si considerano gli iscritti, sostanzialmente si bilanciano i maschi con le donne, e in molti casi la componente delle donne supera quella degli uomini al punto che 5 su 12 presidenti sono donne, segnale di cambiamento nella partecipazione. I *Centri* del Distretto svolgono inoltre molte attività: culturali (es. lettura e commento di opere letterarie e relativa visione dei film), di animazione, incentivazione e conservazione di tradizioni, artigianato e attività manualistiche (ricamo, cucito, etc.), etc. Non manca l'attenzione e la consapevolezza verso quanti di loro sul territorio vivono situazioni di maggiore disagio e difficoltà: da qui la disponibilità ad intraprendere anche attività di tipo solidaristico come ad esempio svolgere piccole commissioni quotidiane (spesa alimentare, acquisto e consegna di farmaci, etc.).

Un elemento di difficoltà è legato ai trasporti, che in alcuni contesti non consentono una regolare partecipazione alla vita dei *Centri*. Il Distretto si è poi interrogato sul ruolo del *caregiver*, che in molte situazioni è assunto dal coniuge dell'assistito, il quale avrebbe anche lui/lei bisogno di un sostegno. Ampliare l'*Assistenza Domiciliare* e individuare nuove possibilità di accogliere gli utenti nei *Centri diurni* (per malati di Alzheimer, Parkinson) sarebbe una risposta importante anche per le famiglie. Altri interventi di carattere sociale non presenti sul territorio riguardano i *Letti di sollievo*, ossia centri per l'accoglienza residenziale e temporanea degli ospiti dei *Centri diurni*.

Analisi del Distretto RM G6

L'utenza potenziale degli Anziani residenti nel Distretto è stata calcolata in 13.812 persone. Considerando l'*indice di dipendenza degli anziani* (anche detto *indice di carico sociale anziani*)

insieme all'indice di vecchiaia si evidenzia che la popolazione del territorio del Distretto RM G6 si sta invecchiando rapidamente. L'indice di vecchiaia è passato dal 126% dell'anno 2009 al 128% dell'anno 2012, ma sin dall'anno 2007 si registra un andamento costante tendente alla crescita dell'invecchiamento della popolazione. Inoltre si nota come nei paesi montani tale indice si mantenga al di sopra della media del Distretto: Carpineto Romano (224%) e Gorga (259%) subito seguiti da Montelanico (170%). In tali paesi si ha una ridottissima natalità. L'eccezione è rappresentata da Gavignano che ha un indice di vecchiaia (112%) sotto la media del Distretto, pur essendo un paese di montagna. Anche Colleferro, unico tra i paesi di pianura, si mantiene al di sopra della media del distretto (147%). L'indice di dipendenza anziani (carico sociale anziani) registra un valore costante nel corso degli ultimi sei anni.

Il risultato statistico è molto importante in quanto permette di valutare l'incidenza della fascia di popolazione anziana sulla domanda sociale e quindi indicare possibili criticità che possono peraltro essere confrontate con i dati relativi agli utenti in carico dei servizi distrettuali. Tra i Comuni demograficamente più anziani Carpineto Romano nel 2013 ha il maggior numero di utenti, mentre il comune con minore richieste, rapportate al numero totale della popolazione residente, è Labico. Gli elementi informativi raccolti nei Piani, evidenziano in tutti e tre gli anni un aumento del numero degli utenti nei servizi, tranne per l'utenza del servizio ADI che è sostanzialmente stabile, mentre sono aumentate in modo esponenziale le prestazioni sociali agevolate.

L'orientamento generale delle politiche sociali dedicate a questo target di utenza secondo il Piano dovrebbe concentrarsi ed indirizzarsi verso la promozione della domiciliarità (e conseguentemente della de-ospedalizzazione) con azioni a favore del mantenimento dell'anziano nel proprio ambiente e nella propria comunità di appartenenza. Nella Tabella seguente si riportano alcuni dati relativi alla condizioni degli Anziani nel Distretto, raccolti dall'Osservatorio sociale.

Alcuni indicatori della condizione degli Anziani nel Distretto RM G6 anno 2013

AREA DI INTERVENTO	Indicatori	COMUNI									DISTRETTO RMG6
		ARTENA	CARPINETO ROMANO	COLLEFERRO	GAVIGNANO	GORGA	LABICO	MONTELANICO	SEGGI	VALMONTONE	
ANZIANI	Anziani in carico al Servizio Sociale Comunale (n. totale)	43%	6%	20%	3%	3%	5%	4%	12%	4%	100%
	Ricoverati in case di riposo	94%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	4%	0%	100%
	Ricoverati in RSA	25%	7%	30%	0%	0%	9%	2%	11%	16%	100%
	Utenti ADI (n. totale)	13%	8%	24%	5%	5%	7%	7%	14%	17%	100%
	Utenti ADI seguiti in integrazione con il CAD	0%	0%	61%	1%	0%	8%	4%	9%	16%	100%
	In lista di attesa ADI	7%	21%	14%	0%	0%	14%	14%	21%	7%	100%
	Oggetto di prestazioni sociali agevolate	74%	0%	9%	2%	0%	7%	3%	0%	5%	100%
	Anziani iscritti al Centro Anziani	17%	16%	22%	2%	4%	16%	5%	3%	16%	100%

Fonte: Osservatorio Sociale dell'Ufficio di Piano, su dati uffici politiche sociali comunali.

L'utenza rilevata nell'area Distrettuale

Non sono molti i progetti dell'area Distrettuale ASL RM G che riportano, nei Piani, il numero degli utenti. Quelli disponibili sono stati raccolti nella Tabella sottostante che mostra andamenti "altalenanti" su almeno due dei Progetti riportati, che andrebbero analizzati più approfonditamente.

Numero degli utenti dei progetti relativi alle Persone anziane inseriti nei Piani di Zona dell'area Distrettuale RM G

Progetti	Anni		
	2012	2013	2014
Assistenza Domiciliare per anziani non autosufficienti (RM G1)	124		
Assistenza domiciliare integrata per anziani (RM G2)	97	74	81
Assistenza domiciliare integrata (MULTIUTENZA) (RM G4)	160		
Assistenza domiciliare distrettuale (RM G5)	80	80	84
Assistenza domiciliare integrata (RM G6)	230	240	250
Centro diurno per anziani fragili "Elianto" (RM G1)	70	53	65

Le poche informazioni raccolte nella Tabella precedente potrebbero non dare una misura adeguata della rilevanza del fenomeno nell'Area, tuttavia il numero di progetti allegati o comunque descritti nei Piani evidenzia il tipo di intervento principale adottato per rispondere alle condizioni di rischio delle persone anziane.

Anche nell'area Distrettuale ASL RM G sembrano essere due i tipi di servizi-interventi attivati. Anzitutto l'*Assistenza Domiciliare integrata per anziani fragili* (presente nei vari anni sia nel Distretto RM G2 sia nel Distretto RM G3 sia nel Distretto RM G5 e RM G6) e anche per anziani non autosufficienti (presente nel Distretto RM G5) o a carattere multi-utenza (come nel Distretto RM G4), che a detta dell'indagine sul gradimento svolta dal Distretto RM G2 attraverso questionari compilati dagli utenti sembra essere buona anche se si evidenzia la scarsità di ore di assistenza a disposizione e lunghi tempi di accesso dati dalla lista d'attesa.

I Distretti RM G1 e RM G6 hanno attivato un *Centro diurno per anziani fragili*.

Sempre relativamente all'utenza del Distretto RM G2, l'Iskra Cooperativa Sociale Onlus che svolge il servizio di *Centro Diurno Ce.D.A.F.* ha somministrato un questionario di gradimento agli utenti, i cui principali elementi sono contenuti nella tabella seguente.

Alcuni elementi di gradimento raccolti tra gli utenti del Ge.D.A.F. svolto nel Distretto RM G2

	scarso	mediocre	suff	buono	ottimo
COMPETENZA DEGLI OPERATORI			3%	80%	17%
COMPETENZA DEL COORDINAMENTO			3%	85%	12%
RISPONDERE DEI MEZZI E DELLE ATTREZZATURE DELL'ENTE GESTORE		1%	23%	66%	10%
TEMPI DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO			20%	80%	
GRADO DI SODDISFAZIONE DELLE ATTIVITA' DAL PUNTO DI VISTA DELL'INTERESSE			1%	64%	35%
QUANTO GLI UTENTI SI SENTONO ASCOLTATI NEL LORO INTERESSE			3%	87%	10%
PERCEZIONE DEL BENESSERE PERSONALE DA QUANDO SI FREQUENTA IL CE.D.A.F.		15%	85%		
UTILITA' DEL SERVIZIO NEL TERRITORIO			65%	35%	
PERCEZIONE DELLA CHIAREZZA DELLE INFORMAZIONI DATE		2%	82%	16%	

Come è possibile vedere nella tabella, la valutazione del 15% di mediocrità relativamente alla "percezione del benessere personale da quando si frequenta il cedaf" fa riferimento alle aspettative ideali di cambiamento sia da parte degli anziani sia da parte delle famiglie. La negatività parziale del risultato, per il personale, è da ricercarsi nella lentezza (e a volte nell'impossibilità trattandosi di utenti anche oltre gli 85 anni) nel produrre cambiamenti.

Elenco dei progetti dell'area Distrettuale ASL RM G per Anziani-Persone Anziane

Anno 2012

ASSISTENZA DOMICILIARE PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI (RM G1)
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA AGLI ANZIANI (RM G2)
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA AGLI ANZIANI (RM G3)
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (MULTIUTENZA) (RM G4)
ASSISTENZA DOMICILIARE DISTRETTUALE (RM G5)
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (MULTIUTENZA) (RM G6)
CENTRO DIURNO ANZIANI FRAGILI (ELIANTO) (RM G1)
CENTRO DIURNO PER ANZIANI FRAGILI "ELIANTO" (RM G5)

Anno 2013

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA PER ANZIANI (ADI) (RM G2)
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA AGLI ANZIANI (RM G3)
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (MULTIUTENZA) (RM G4)
ASSISTENZA DOMICILIARE DISTRETTUALE (RM G5)
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (RM G6)
CENTRO DIURNO ANZIANI FRAGILI – ELIANTO (RM G1)

Anno 2014

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA PER ANZIANI (ADI) (RM G2)
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (MULTIUTENZA) (RM G4)
ASSISTENZA DOMICILIARE DISTRETTUALE (RM G5)
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (RM G6)
CENTRO DIURNO ANZIANI FRAGILI (ELIANTO) (RM G1)
INTERVENTI LEGGE REGIONALE 20/2006 – ANZIANI FRAGILI EMERGENZA CALDO E INVERNO SICURO (RM G3)

Finanziamento stanziato e Quadro economico relativo

La Tabella sottostante mostra l'andamento delle richieste di finanziamento all'Ente regionale. Si tratta di una richiesta costante, che ha subito nel tempo un lieve incremento nel caso del Distretto RM G6, con un notevole impegno di cofinanziamento da parte dei Comuni soprattutto nell'anno 2012.

Gli impegni finanziari richiesti nei Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM G e relativi ai progetti per gli Anziani

Progetti	Anni					
	2012		2013		2014	
	Totale	cofinanziamento	Totale	cofinanziamento	Totale	cofinanziamento
ASSISTENZA DOMICILIARE PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI (RM G1)	193.000,00				274.560,00	
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA PER ANZIANI (RM G2)	370.000,00	107.457,00	345.000,00		345.000,00	
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA AGLI ANZIANI (RM G3)	294.300,50	46.275,50	294.300,50	46.275,50		
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (RM G4)	429.906,00		245.026,00	112.822,00 (*)		
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (RM G6)	611.582,00	421.582,00	1.073.837,71	359.762,82	1.015.730,98	691.336,37
CENTRO DIURNO PER ANZIANI FRAGILI "ELIANTO" (RM G1)	274.560,00	24.920,44	274.560,00	24.920,44	274.560,00	
INTERVENTI LEGGE REGIONALE NUMERO 20/2006 – ANZIANI FRAGILI EMERGENZA CALDO E INVERNO SICURO (RM G3)					156.782,78	

(*) compartecipazione utenti

I Bisogni degli Anziani rilevati dai Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM H

Analisi del Distretto RM H1

Già nel Piano di Zona del 2012 si evidenziava come la popolazione anziana fosse cresciuta in modo significativo negli anni, con un'incidenza degli ultra sessantacinquenni pari al 16,4% nel 2012, diventata 19% nel 2013. Al 1° gennaio 2013, l'indice di criticità sociale tra gli anziani residenti nel Distretto è del 12,8% (calcolo su dati forniti dall'Ufficio Studi, Ricerche e Statistica della Provincia di Roma). L'aumento significativo del numero delle persone anziane ha portato anche all'aumento di servizi sociosanitari legati a patologie e invalidità tipiche dell'età. E con il progredire dell'età e il sopraggiungere di problematiche che incidono sulla capacità di essere autosufficienti, si rende evidente la necessità di un aiuto in casa, che molto spesso non può essere garantito dai familiari, ma che anche il sistema dei servizi non riesce a fornire. L'invalidità o le forme di demenza poi, rendono le situazioni fortemente problematiche, come è successo nel 2012 per 130 anziani residenti.

Il Distretto ha attivato nel 2011 un *Centro Diurno per le Demenze* che tuttavia può intervenire solo su un numero limitato di utenti. A completamento, è stato negli anni rafforzato il servizio di *Assistenza Domiciliare Integrata* ed il servizio di *Assistenza Domiciliare Integrata Post ospedaliera*, strumento utile per ridurre il ricovero ospedaliero improprio o come forma di "dimissione protette".

Il panorama degli interventi per gli anziani è completato con un (seppur piccolo) servizio di *Trasporto pubblico* che opera a livello locale, per favorire la socializzazione e aiutare gli anziani nei tragitti da e verso le strutture sanitarie. Sempre per favorire l'attivismo e la socialità, operano i *Centri sociali anziani*, presenti in tutti i Comuni e in quelli più grandi anche con più sedi, dislocate in zone periferiche. La loro utilità è dimostrata dall'alto numero di iscritti, più di 5.800, quasi un terzo dell'intera fascia di popolazione residente anziana.

Analisi del Distretto RM H2

Anche nel Distretto RM H2 si evidenzia un aumento del numero degli anziani, secondo il Piano del 2012 (poi ripreso in quello del 2014), soprattutto perché molti anziani si ricongiungono ai loro familiari già residenti, per un bisogno di cura e di assistenza, determinando una "nuova" domanda di servizi. Tale fenomeno riguarda anche gli stranieri anziani, avendo gli immigrati acquisito un livello di inserimento e di stanzialità sul territorio. Proprio la necessità di un approccio trans-culturale mostra come, per la terza età siano molto importanti non solo interventi di carattere sanitario, ma soprattutto quelli sociali, ad integrazione di quanto svolgono le famiglie.

Analisi del Distretto RM H3

La popolazione anziana del territorio del Distretto RM H3 presenta caratteristiche piuttosto omogenee secondo il Piano del 2013 e quello del 2014. Da una parte, la condizione reddituale degli anziani (in quanto titolari di pensione o indennità di accompagnamento) li rende più inseriti nell'ambito familiare, rispetto ad un recente passato, in quanto talvolta rappresentano l'unica risorsa economica del nucleo. Questa situazione tuttavia non limita le richieste di aiuto domiciliare per non autosufficienti: solo nel 2013 il CAD di zona ha attivato cure per 633 nuovi pazienti, di cui il 76% con un'età superiore ai settantacinque anni. D'altra parte appare considerevole il bisogno di iniziative di *Socializzazione* e di *Trasporto pubblico*, come risposte di

garanzia a quanti godono di buona salute e possono essere nelle condizioni di avere una vita attiva. Infine, un terzo gruppo di anziani, quelli maggiormente in difficoltà, soffrono di sindromi di degenerazione cognitiva, e hanno bisogno di cure cui le famiglie non riescono a far fronte in maniera autonoma e quindi necessitano di una risposta *ad hoc* di carattere prettamente sanitario.

Analisi del Distretto RM H4

Secondo il Piano del 2014, i principali bisogni degli anziani del Distretto RM H4 sono relativi alla necessità di evitare l'isolamento sociale e l'assistenza in Ospedali, RSA o istituti. Con tale finalità l'*Assistenza Domiciliare* di tipo sociale copre una parte delle richieste del territorio ma permangono (dato rilevato anche nel 2013) liste d'attesa in entrambi i Comuni dell'area. Ci si sta adoperando per regolamentare il Servizio a livello distrettuale al fine di creare un'unica lista di attesa e rispondere in maniera più adeguata alle richieste della popolazione.

Hanno peraltro assunto una certa importanza i *Centri Anziani* distribuiti sul territorio del Distretto, all'interno dei quali vengono svolte attività socio-ricreative che favoriscono la partecipazione: sono quattro a Pomezia (di cui due a Torvaianica) e tre ad Ardea, e vengono gestiti in maniera autonoma dagli anziani.

Analisi del Distretto RM H5

Il Piano Sociale di Zona del 2012 (poi ripreso nel 2013 e nel 2014) del Distretto RM H5 ritiene che nell'attuale società caratterizzata dall'aumento dell'indice di vecchiaia, sia necessario puntare al benessere e una qualità della vita elevata, in autonomia, alla fascia di popolazione sopra i sessanta anni. In particolare l'azione prioritaria deve essere quella che attraverso iniziative per la socializzazione, fanno recuperare agli anziani il loro ruolo sociale e li aiutino a mantenere i contatti sociali.

Nel sistema di intervento, un ruolo "storico" è svolto dai due *Centri Anziani* nel Comune di Velletri e da quello nel Comune di Lariano con un numero di iscritti complessivi che raggiunge i 2.500 soci. I Centri rappresentano il punto di aggregazione elettivo per gli anziani autosufficienti e svolgono una funzione di prevenzione, unitamente a diverse attività sportive dedicate (ad esempio *Corsi di ginnastica dolce* presso palestre o tenuti da personale del CAD) o attività culturali (tipo *Università della Terza età*).

Attraverso la socializzazione si contrasta l'isolamento, la perdita di legami familiari, le difficoltà economiche, l'abbandono e l'emarginazione. Anche l'elevato numero di richieste di *Assistenza Domiciliare* possono nascondere una necessità di avere una compagnia che la famiglia non è in grado di dare. Al fine di garantire prestazioni omogenee per tutto il territorio distrettuale è stato elaborato un *Regolamento Distrettuale per l'Assistenza Domiciliare* in forma diretta e indiretta, approvato a ottobre 2010 dal Consiglio Comunale di Velletri e dal Consiglio Comunale di Lariano. L'*Assistenza* è costituita da un complesso di prestazioni di carattere socio-assistenziale a favore di anziani in condizioni di temporanea o permanente necessità di aiuto per la gestione della propria persona, per il governo della casa, nel proprio contesto sociale. I nuovi criteri di accesso al Servizio tengono conto di tre elementi: la situazione clinica, la situazione economica e la situazione familiare dell'anziano.

A partire dal 2012 è stato attivato anche il Servizio di *Assistenza Domiciliare Indiretta* che ha lo scopo di contribuire alle spese per le assistenti familiari. Si è proceduto alla pubblicazione di un bando distrettuale per la presentazione delle domande ed è stata stilata una prima graduatoria che prevede complessivamente 15 attivazioni. Nell'anno 2013 sono stati attivati 4 interventi di *Assistenza Domiciliare Indiretta*, 10 si prevedono per il 2014. Il Fondo Regionale per la non

autosufficienza nel 2012 ha finanziato invece il servizio di *Assistenza Domiciliare in dimissioni protette* rivolto agli utenti che dopo un periodo di ricovero ospedaliero fanno rientro nel proprio domicilio senza essere completamente autonomi, e con ridotte capacità funzionali. Il servizio rivolto nel 2013 per 8 anziani, sulla base di progetti per un massimo di 45 giorni con pacchetti di 150 ore di assistenza, e l'obiettivo di evitare il prolungamento del ricovero in strutture di lungodegenza.

A dicembre 2012 il Comune di Velletri, ha aderito all'*Accordo di Ambito* sovra distrettuale, per la definizione, realizzazione e gestione di un Programma integrato di servizi/interventi a valenza sovra-distrettuale, in favore dei malati di Alzheimer e loro familiari, tra l'Azienda ASL ROMA H e i Comuni Capofila dei Distretti socio-sanitari della Roma H. Il programma prevede Servizi di *Assistenza Domiciliare* (diretta ed indiretta), per pazienti affetti da patologia di Alzheimer residenti nell'Ambito territoriale della ASL RM H. Il servizio di *Assistenza* al domicilio del paziente ha come obiettivo generale il miglioramento della qualità della vita del malato di Alzheimer e della sua famiglia, migliorando la rete di servizi per il paziente e la sua famiglia, attraverso l'attivazione di due forme di assistenza domiciliare diretta ed indiretta.

Inoltre, la Regione Lazio con la Determinazione di Giunta Regionale numero 233 del 25 maggio 2012 (e successiva Determinazione Dirigenziale numero B08766 del 2012) ha approvato il Programma Attuativo degli interventi a favore delle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), Azione 1 denominata "*Assistenza Domiciliare e Aiuto personale*". Le misure consistono in interventi personalizzati di *Assistenza Domiciliare* in forma diretta o indiretta rivolti alle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), residenti nei Comuni di Velletri e Lariano (Distretto RM H5). L'intervento prevede l'erogazione del contributo economico, denominato "*Assegno di Cura*", per il servizio di aiuto, anche in favore del familiare *care giver* (in misura pari al 50% dell'importo massimo destinato).

Analisi del Distretto RM H6

Anche nei due Comuni che compongono il Distretto RM H6, secondo il Piano di Zona del 2014, è costante l'aumento del numero di persone anziane ultrasessantacinquenni, che al 1 gennaio 2013 superava sia ad Anzio sia a Nettuno il 18% del totale della popolazione residente.

Anche se i bisogni sociali delle persone anziane variano secondo l'età, il grado di autosufficienza, la presenza della rete familiare e le disponibilità economiche, le necessità maggiormente richieste riguardano l'assistenza "leggera" (disbrigo di pratiche e commissioni, spesa, accompagnamento a visite mediche, ecc.) e contrasto alla solitudine. Gli anziani non autosufficienti invece hanno bisogno di un'assistenza più costante e "complessa" che i servizi non sempre sono in grado di soddisfare in pieno.

Il Piano Sociale del 2014 mostra fondamentalmente sei aspetti della crescita della domanda di assistenza da parte degli anziani, che sono:

- 1) una generale domanda crescente di richieste di Servizi Sociali e sanitari: mobilità sul territorio, fare la spesa o semplicemente una passeggiata;
- 2) aumento delle segnalazioni di anziani che non sono più in grado di vivere da soli nella propria abitazione;
- 3) aumento delle richieste di un servizio di "trasporto protetto" per persone disabili o con limitate capacità di autonomia e/o a rischio di isolamento, in maniera da facilitare la mobilità sul territorio;
- 4) un preoccupante meccanismo patologico di dipendenza da gioco (tipo "*gratta e vinci*", *slot – machine*, ecc.), con un peso rilevante sulle condizioni economiche e al senso di insicurezza;

- 5) un adeguamento del servizio di *Assistenza Domiciliare*, proposto dall'Ufficio di Piano;
- 6) l'inserimento in RSA e altre strutture di ricovero.

Rispetto all'*Assistenza Domiciliare* agli anziani, anche se rimane un punto di forza per il Distretto, il servizio non nasconde alcune criticità. Il Comune di Anzio in qualità di ente capofila, ha espletato una gara d'appalto, e affidato il servizio, articolato in base alla diversa intensità assistenziale per rispondere alle necessità dell'utenza. Esso si suddivide in: *Assistenza Domiciliare Sociale (SAD)* e *Assistenza Domiciliare di Base (ADB)* per l'assistenza "leggera". Il nuovo affidamento prevede un monte ore complessivo annuale di 33.653 ore suddivise tra SAD (25.576) e ADB (8.077) ma l'esigenza di contenere la spesa, ha attivato il servizio soltanto per i casi di grave patologia e per i malati terminali (complessivamente 119 utenti di cui 48 anziani e 71 disabili), arrivando a comporre una lista d'attesa al 31 dicembre 2013 di 102 utenti (di cui 81 anziani).

Un ultimo dato riguarda il numero degli anziani assistiti nelle RSA che al 31 dicembre 2013 era pari a 255 anziani tra Anzio e Nettuno. Le due Amministrazioni Comunali contribuiscono al pagamento della retta per 18 anziani inseriti in case di riposo.

L'utenza rilevata nell'area Distrettuale

La Tabella sottostante raccoglie i (pochi) dati relativi all'utenza di alcuni Progetti contenuti nei Piani di Zona analizzati. Interessante però notare che si tratta di misure per lo più comuni in tutti i Distretti analizzati e per le quali sono noti i dati in più di una annualità.

Numero degli utenti dei progetti relativi alle Persone anziane inseriti nei Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM H

Progetti	anni		
	2012	2013	2014
Assistenza Domiciliare Integrata (RM H1)	330	330	273
Assistenza Domiciliare Integrata (RM H2)	60	39	
Assistenza Domiciliare sociale anziani, adulti, disabili e minori (RM H5)	154		
Assistenza Domiciliare (SAD) e Assistenza Domiciliare di base (ADB) (RM H6)	150	119	
Centro Diurno per Utenti Affetti da Demenza (RM H1)	18	14	
Centro Diurno per persone affette da Alzheimer o altre demenze senili (RM H4)	50		

Le informazioni raccolte nella Tabella precedente potrebbero non dare una misura adeguata della rilevanza dell'intervento per gli anziani nel territorio della ASL RM H, tuttavia l'elenco di progetti allegati o comunque descritti nei Piani evidenzia il tipo di intervento principale adottato per rispondere alle condizioni di rischio delle persone anziane. Anche nell'area Distrettuale RM H sembrano essere due i tipi di servizi-interventi attivati. Anzitutto l'*Assistenza Domiciliare integrata per anziani fragili* (presente nei vari anni sia nel Distretto RM H1 sia nel Distretto RM H2 sia nel Distretto RM H5 e RM H6 dove peraltro è offerta anche ai minori e disabili) e che a detta dell'indagine sul gradimento svolta dal Distretto RM H1 nel 2014 sembra essere buona anche se si evidenzia la scarsità di ore di assistenza a disposizione.

Il Distretto RM H1 ha poi attivato un *Centro diurno per anziani* affetti da demenza, e quello RM H4 un *Centro Diurno per persone affette da Alzheimer o altre demenze senili*.

Elenco dei progetti dell'area Distrettuale ASL RM H per Anziani-Persone Anziane

Anno 2012

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (RM H1)
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (RM H2)
ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE ANZIANI, ADULTI, DISABILI E MINORI (RM H5)
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA DISABILI E ANZIANI (RM H6)
ASSISTENZA DOMICILIARE PER PERSONE AFFETTE DA PATOLOGIE ONCOLOGICHE E PATOLOGIE COMPLESSE, GRAVEMENTE INVALIDANTI E/O PROGRESSIVE (RM H3)
CENTRO DIURNO PER UTENTI AFFETTI DA DEMENZA (RM H1)
CENTRO DIURNO PER PERSONE AFFETTE DA ALZHEIMER O ALTRE DEMENZE SENILI (RM H4)

Anno 2013

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (RM H1)
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (RM H2)
ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE ANZIANI, ADULTI, DISABILI E MINORI (RM H5)
ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD) E ASSISTENZA DOMICILIARE DI BASE (ADB) MULTIUTENZA (RM H6)
ASSISTENZA DOMICILIARE PER PERSONE AFFETTE DA PATOLOGIE ONCOLOGICHE E PATOLOGIE COMPLESSE, GRAVEMENTE INVALIDANTI E/O PROGRESSIVE (RM H3)
CENTRO DIURNO PER UTENTI AFFETTI DA DEMENZA (RM H1)

Anno 2014

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (RM H1)
ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE ANZIANI, ADULTI, DISABILI E MINORI (RM H5)
ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD) E ASSISTENZA DOMICILIARE DI BASE (ADB) MULTIUTENZA (RM H6)
INTERVENTI LEGGE REGIONALE NUMERO 20/2006 (RM H3)

Finanziamento stanziato e Quadro economico relativo

La Tabella sottostante mostra l'andamento delle richieste di finanziamento all'Ente regionale. Si tratta di una richiesta significativa rispetto all'*Assistenza Domiciliare* in tutti i Distretti dell'Area, con quote rilevanti di cofinanziamento da parte dei Comuni soprattutto nell'anno 2012.

Gli impegni finanziari richiesti nei Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM H e relativi ai progetti per gli Anziani

progetti	Anni					
	2012		2013		2014	
	totale	cofinanziamento	totale	cofinanziamento	totale	cofinanziamento
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (RM H1)	1.233.034,00	1.135.040,00			1.354.935,63	1.135.040,00
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (RM H2)			288.538,15	83.762,71		
ASSISTENZA DOMICILIARE PER PERSONE AFFETTE DA PATOLOGIE ONCOLOGICHE E PATOLOGIE COMPLESSE, GRAVEMENTE INVALIDANTI E/O PROGRESSIVE (RM H3)	306.000,00	12.000,00	303.000,00	3.000,00		
ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA (RM H5)	29.900,00	4.900,00	19.885,53			
ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE ANZIANI, ADULTI, DISABILI E MINORI (RM H5)	651.216,62	308.020,00				
ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD) E ASSISTENZA DOMICILIARE DI BASE (ADB) (RM H6)			746.309,83		750.000,00	
CENTRO DIURNO PER UTENTI AFFETTI DA DEMENZA (RM H1)	168.100,00	78.100,00	168.100,00	78.100,00		
CENTRO DIURNO PER PERSONE AFFETTE DA ALZHEIMER O ALTRE DEMENZE SENILI (RM H4)	206.000,00	36.000,00				

4.6 Analisi delle aree multiutenza

In questa sezione dell'analisi dei bisogni sociali dei Distretti presenti nel territorio della provincia di Roma, trovano spazio alcuni approfondimenti e i progetti che non hanno una specifica rilevanza nelle altre sezioni considerate.

Si tratta in generale di due tipi differenti di elementi e interventi.

Da una parte nei Piani di Zona sono contenuti progetti rivolti alla generalità della popolazione e dall'altra parte si tratta delle azioni di funzionamento della programmazione sociale a livello locale. Ci si riferisce all'importante funzione svolta dai *Segretariati Sociali*, dai *Punti Unici di Accesso*, e anche all'intervento del *Servizio Sociale professionale*, insieme alle misure o iniziative di *Coordinamento* o di *Sostegno* alle attività dell'*Ufficio di Piano*.

Le indicazioni regionali, in alcuni anni, indicavano di comprendere in un'area "multiutenza" anche progetti specifici che nel corso dei vari anni non avessero trovato una misura adeguata dove essere compresi. È stato il caso dei servizi per la Tossicodipendenza per alcuni anni, mentre nel presente Rapporto sono stati inseriti nell'area di approfondimento "Povertà e Disagio sociale" (anche in linea con quanto previsto dalle recenti indicazioni della Regione Lazio contenute nella DGR numero 136 del 2014). Per alcune annualità di Piano, alcuni territori hanno inserito anche le misure di *Assistenza Domiciliare* per la generalità della popolazione che, nel Rapporto, risultano nelle aree di approfondimento corrispondenti, ovvero "Disabilità e disagio mentale", "Persone Anziane" e alcuni casi "Famiglia e Minori".

Quindi nella presente Area di approfondimento non verranno trattati interventi o misure che abbiano un'azione specifica nei confronti di una categoria di utenza, ma solo quelle misure a carattere universale (per la generalità della popolazione) e di funzionamento delle strutture di coordinamento. Per tali caratteristiche, l'Area contiene alcuni Liveas obbligatori, indicati dalla Regione Lazio, servizi essenziali per il corretto funzionamento del sistema locale di intervento sociale.

Gli interventi multiutenza presenti nei Piani di Zona del Distretto RM D1

I Piani di Zona analizzati per il Distretto RM D1 non definiscono una specifica analisi del territorio che contestualizzi i servizi e gli interventi rivolti alla generalità di utenti. Di fatto però è possibile comprendere che se da una parte esiste nel Distretto un servizio di accesso unificato in forma di *Segretariato Sociale – Punto Unico di Accesso*, e se per finanziare le attività di coordinamento dell'*Ufficio di Piano* è stato elaborato un progetto apposito, tuttavia il Distretto si è anche dotato di un servizio di intervento per le situazioni di emergenza, che nei due anni, 2012 e 2013, ha assunto denominazioni differenti.

La Tabella sottostante evidenzia i dati raccolti dai tre Progetti rivolti alla generalità della popolazione.

Numero degli utenti dei progetti inseriti nei Piani di Zona del Distretto RM D1

Progetti	anni		
	2012	2013	2014
INTERVENTI PER LE EMERGENZE SOCIALI	50		
PRONTO INTERVENTO SOCIALE		194	
SEGRETARIATO SOCIALE- PUA	4.000	3.093	

Le azioni di informazione e di orientamento svolte dal Segretariato Sociale-PUA, come servizio di accesso al Sistema dei servizi e degli interventi sociali a carattere locale, sono state valutate nel loro gradimento da una serie di soggetti intervistati. In particolare, sono stati somministrati questionari al Dirigente dell'Area Socio-Sanitaria del Comune di Fiumicino, al Direttore del Distretto dell'Azienda USL RMD e al personale coinvolto direttamente nel Progetto. Dagli intervistati si è evinta una percezione del Servizio quale principale veicolo di contatto tra i Cittadini e l'Amministrazione per le loro esigenze di carattere sociale.

Anche le informazioni relative al gradimento del Servizio di Pronto intervento sociale, elaborate in un *report* di analisi e una relazione del servizio, fanno evincere che la forza del Progetto è nella continuità assistenziale in termini di attività di sostegno e protezione per la maggior parte dei casi trattati, una volta superata la fase dell'alta criticità legata all'emergenza.

A parte i Progetti rivolti alla popolazione, il Distretto ha anche definito un Progetto di sostegno dell'*Ufficio di Piano*, anch'esso oggetto di verifica. Considerando gli esiti della valutazione del gradimento relativo alle funzioni dell'*Ufficio*, sulla base di questionari somministrati al Dirigente dei Servizi Sociali del Comune di Fiumicino, al Direttore del Distretto dell'Azienda USL RMD e al personale coinvolto direttamente nell'*Ufficio*, si evidenzia la positività del rispetto delle scadenze relative agli adempimenti normativi per far funzionare i Progetti del Piano di Zona, ma anche la necessità di una maggiore circolarità della comunicazione interna all'*Ufficio di Piano*.

Elenco dei progetti del Distretto RM D1 relativi a multiutenza

Anno 2012

INTERVENTI PER LE EMERGENZE SOCIALI

SEGRETARIATO SOCIALE- PUA

UFFICIO DI PIANO

Anno 2013

PRONTO INTERVENTO SOCIALE

SEGRETARIATO SOCIALE PROFESSIONALE

SEGRETARIATO SOCIALE- PUA

UFFICIO DI PIANO

Anno 2014

PRONTO INTERVENTO SOCIALE

SEGRETARIATO SOCIALE PROFESSIONALE

SEGRETARIATO SOCIALE- PUA

UFFICIO DI PIANO

Finanziamento stanziato e Quadro economico relativo

Sono pochi i Progetti del Distretto RM D1 relativi alla multiutenza, e le informazioni finanziarie disponibili sono legate alle annualità 2012 e 2013; tuttavia è possibile notare che facendo riferimento ai due Progetti pluriannuali, *Segretariato Sociale – PUA* e all'*Ufficio di Piano*, si registrano una diminuzione della richiesta di finanziamento per il *Segretariato* e un aumento della richiesta per l'*Ufficio*.

Gli impegni finanziari richiesti nei Piani di Zona del Distretto RM D1 e relativi ai progetti multiutenza

Progetti	Anni					
	2012		2013		2014	
	Totale	cofinanziamento	Totale	cofinanziamento	Totale	cofinanziamento
INTERVENTI PER LE EMERGENZE SOCIALI	30.759,00					
PRONTO INTERVENTO SOCIALE	45.758,98				160.000,00	60.000,00
SEGRETARIATO/SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE	37.500,00	25.000,00			47.000,00	15.830,00
SEGRETARIATO SOCIALE- PUA	155.000,00		116.910,00		170.365,54	
UFFICIO DI PIANO	29.000,00		58.000,00		64.000,00	

Gli interventi multiutenza presenti nei Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM F

Anche nel caso dell'area territoriale ASL RM F non si hanno informazioni di contesto sui servizi multiutenza, o meglio l'intervento non è motivato da considerazioni sul bisogno di articolare Progetti che sostengano la domanda sociale. In nessuno dei quattro Distretti nelle tre annualità considerate si analizzano le motivazioni legate alla richiesta di azioni di sistema, per quanto riguarda l'*Ufficio di Piano*, né all'accesso al servizio, per quanto riguarda il *Segretariato sociale* e il *Servizio Sociale Professionale*. Anche nell'area Distrettuale ASL RM F, in particolare nel Distretto RM F4 è finanziato il servizio del *Pronto intervento di natura sociale*.

L'utenza rilevata nell'area Distrettuale

Il numero dei Progetti relativi interventi multiutenza nell'area Distrettuale RM F che contengano indicazioni sugli utenti interessati è estremamente limitato, nonostante nei tre anni siano stati presentati molti Progetti. Del resto è possibile che i Distretti non abbiano un sistema definito di archiviazione e di analisi dei flussi di utenza e facciano quindi fatica ad individuare il numero totale degli utenti.

Rispetto ai *Punti Unici di Accesso*, in particolare in due Distretti, viene indicato il flusso medio annuale degli utenti: il 10% di tutti i cittadini residenti che si rivolgono ad un servizio di tipo socio-sanitario.

Numero degli utenti dei progetti relativi alla multiutenza inseriti nei Piani di Zona dell'area territoriale ASL RM F

Progetti	anni		
	2012	2013	2014
PRONTO INTERVENTO SOCIALE DI COMUNITÀ (RM F4)			50
UFFICIO DI PIANO (RM F3)	3.900		

Difficile poter commentare le informazioni raccolte nella Tabella precedente, che sicuramente non riescono a dare una misura adeguata della rilevanza dell'intervento a carattere universale promosso nei territori. Si deve infatti tenere presente che, considerando l'elenco dei progetti, di seguito riportato, in tutti i territori viene finanziato l'*Ufficio di Piano*, ed anche il *Segretariato sociale* e, in alcuni Distretti, anche il *Servizio Sociale professionale* distrettuale, creando così le condizioni di tutela della prossimità e dell'assistenza ai cittadini in stato di bisogno.

Elenco dei progetti dell'area territoriale ASL RM F relativi a multiutenza

Anno 2012

SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE (RM F2)
SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE- PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA) (RM F4)
SUPPORTO ALLA FAMIGLIA (RM F1)
UFFICIO DI PIANO (RM F2)
UFFICIO DI PIANO (RM F3)
UFFICIO DI PIANO (RM F4)

2013

AZIONE DI SISTEMA (PUA) (RM F2)
PUNTO UNICO D'ACCESSO (PUA) (RM F4)
PRONTO INTERVENTO SOCIALE DI COMUNITÀ: SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE E
SEGRETARIATO SOCIALE (RM F2)
SEGRETARIATO SOCIALE (RM F4)
SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE E SEGRETARIATO SOCIALE (RM F2)
SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE (RM F4)
SUPPORTO ALLA FAMIGLIA (RM F1)
UFFICIO DI PIANO (RM F2)
UFFICIO DI PIANO (RM F3)
UFFICIO PIANO SOCIALE DI ZONA (RM F4)

2014

PRONTO INTERVENTO SOCIALE DI COMUNITÀ (RM F2)
PRONTO INTERVENTO SOCIALE (RM F3)
PUNTO UNICO DI ACCESSO (RM F4)
SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE E SEGRETARIATO SOCIALE (RM F2)
SERVIZIO SOCIALE DISTRETTUALE (RM F3)
SERVIZIO SEGRETARIATO SOCIALE DISTRETTUALE (RM F4)
SERVIZIO SOCIALE DISTRETTUALE PROFESSIONALE (RM F4)
SUPPORTO ALLA FAMIGLIA (RM F1)
UFFICIO DI PIANO (RM F1)
UFFICIO DI PIANO (RM F2)
UFFICIO DI PIANO (RM F3)
UFFICIO PIANO SOCIALE DI ZONA (RM F4)

Finanziamento stanziato e Quadro economico relativo

La Tabella sottostante indica le informazioni di carattere economico contenute nei Piani di Zona e relative ai Progetti multiutenza dell'area Distrettuale ASL RM F. Si tratta di una richiesta costante per servizi di base di accesso e di sostegno all'Ufficio di Piano, che ha subito nel tempo un lieve incremento soprattutto per il *Servizio Sociale professionale*, la cui rilevanza è mostrata anche dall'attenzione del cofinanziamento da parte dei Comuni

Gli impegni finanziari richiesti nei Piani di Zona dell'area territoriale ASL RM F e relativi ai progetti multiutenza

Progetti	Anni					
	2012		2013		2014	
	Totale	cofinanziamento	totale	cofinanziamento	Totale	cofinanziamento
PRONTO INTERVENTO SOCIALE DI COMUNITÀ (RM F2)			13.392,00	13.392,00	13.392,00	13.392,00
PRONTO INTERVENTO SOCIALE (RM F3)					20.000,00	
PUNTO UNICO D'ACCESSO (PUA) (RM F4)			20.592,00		20.592,00	
SEGRETERIATO SOCIALE (RM F4)			41.184,00		41.184,00	
SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE (RM F2)	20.000,00		45.000,00			
SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE E SEGRETERIATO SOCIALE (RM F2)					45.000,00	
SERVIZIO SOCIALE DISTRETTUALE (RM F3)					20.000,00	
SERVIZIO SOCIALE DISTRETTUALE (RM F4)					69.498,00	
SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE- PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA) (RM F4)	51.010,00		69.498,00			
SUPPORTO ALLA FAMIGLIA (RM F1)	106.000,00		138.000,00			
UFFICIO DI PIANO (RM F1)					49.192,20	49.192,20
UFFICIO DI PIANO (RM F2)	30.423,00				40.000,00	12.000,00
UFFICIO DI PIANO (RM F3)	105.000,00	45.000,00	113.450,00	53.450,00	43.000,00	18.000,00
UFFICIO PIANO SOCIALE DI ZONA (RM F4)	88.344,62		98.350,00		109.200,00	

Gli interventi multiutenza presenti nei Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM G

Anche nei sei Distretti dell'area Distrettuale ASL RM G, nelle tre annualità, non sono presenti considerazioni generali relative alle strutture di accesso al sistema degli interventi e di supporto alla programmazione. A differenza di altri territori, in questo, è più ampia la varietà di Servizi attivati, tra cui quelli relativi al *Sistema Informativo Distrettuale* (indicato nel Distretto G5 nel 2012 e 2013) e alla valutazione (come nel Distretto RM G2).

La Tabella sottostante riporta alcuni elementi quantitativi ove presenti, relativi in alcuni casi al numero di accessi, oppure alla stima degli interventi offerti per Progetti a carattere universale.

Numero degli utenti dei progetti relativi alla multiutenza inseriti nei Piani di Zona dell'area territoriale ASL RM G

Progetti	anni		
	2012	2013	2014
OFFICINA DI VALUTAZIONE PARTECIPATA (RM G2)	50	50	
PRONTO INTERVENTO - SEGRETARIATO SOCIALE – SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE DISTRETTUALE (RM G1)			400
SEGRETARIATO SOCIALE – PUNTO UNICO DI ACCESSO INTEGRATO SOCIO-SANITARIO (PUA) (RM G6)	3.850	10.000	6.500
SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE (RM G4)	1.550		
SERVIZIO SOCIALE DISTRETTUALE E SEGRETARIATO SOCIALE (RM G5)		2.500	
SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE (RM G6)	5.197	3.880	
SISTEMA INFORMATIVO DISTRETTUALE (RM G5)		20	
UFFICIO DI PIANO (RM G5)		50	

Le informazioni raccolte nella Tabella precedente potrebbero non dare una misura adeguata della rilevanza dei servizi multiutenza nell'Area, e in particolare di quelli specifici per l'accesso al Sistema di intervento. Probabilmente una chiave di lettura maggiormente indicativa si coglie analizzando la lunga lista di progetti, articolati per anno di presentazione.

Elenco dei progetti dell'area territoriale ASL RM G relativi a multiutenza

Anno 2012

CITTA' AMICA (RM G5)

GESTIONE UFFICIO DI PIANO (RM G1)

GESTIRE LA COMPLESSITÀ: RISORSE PER L'UFFICIO DI PIANO (RM G3)

OFFICINA DI VALUTAZIONE PARTECIPATA (RM G1)

PUA PUNTO UNICO DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIO-SANITARI (RM G2)

PUNTO UNICO D'ACCESSO (P.U.A.) (RM G3)
SEGRETERIATO SOCIALE – PUNTO UNICO DI ACCESSO INTEGRATO SOCIO-SANITARIO (PUA) (RM G6)
SERVIZIO SOCIALE ITINERANTE (RM G3)
SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE (RM G4)
SERVIZIO SOCIALE DISTRETTUALE (RM G5)
SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE (RM G6)
SISTEMA INFORMATIVO DISTRETTUALE (RM G5)
UFFICIO DI PIANO (RM G2)
UFFICIO DI PIANO (RM G4)
UFFICIO DI PIANO (RM G5)
UFFICIO DI PIANO (RM G6)

Anno 2013

FONDO DI RISERVA (RM G2)
GESTIRE LA COMPLESSITÀ: RISORSE PER L'UFFICIO DI PIANO (RM G3)
OFFICINA DI VALUTAZIONE (RM G1)
PRONTO INTERVENTO SOCIALE (RM G3)
PRONTO INTERVENTO SOCIALE (RM G4)
PRONTO INTERVENTO SOCIALE – CITTÀ AMICA (RM G5)
SERVIZIO DI PRONTO INTERVENTO SOCIALE – SOS (RM G6)
PUA (PUNTO UNICO DI ACCESSO INTEGRATO SOCIO SANITARIO) (RM G1)
PUA PUNTO UNICO DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIO-SANITARI (RM G2)
PUNTO UNICO D'ACCESSO (P.U.A.) (RM G3)
SEGRETERIATO SOCIALE E LE PORTE SOCIALI (RM G3)
SEGRETERIATO SOCIALE (RM G4)
SEGRETERIATO SOCIALE – PUNTO UNICO DI ACCESSO INTEGRATO SOCIO-SANITARIO (PUA) (RM G6)
SERVIZIO SOCIALE DISTRETTUALE E SEGRETERIATO SOCIALE (RM G5)
SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE DISTRETTUALE (SEGRETERIATO SOCIALE E PRONTO INTERVENTO SOCIALE) (RM G2)
SERVIZIO SOCIALE ITINERANTE (RM G3)
SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE (RM G4)
SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE (RM G6)
SISTEMA INFORMATIVO DISTRETTUALE (RM G5)
UFFICIO DI PIANO – FUNZIONAMENTO E GESTIONE (RM G1)
UFFICIO DI PIANO (RM G2)
UFFICIO DI PIANO (RM G4)
UFFICIO DI PIANO (RM G5)
UFFICIO DI PIANO (RM G6)

Anno 2014

COORDINAMENTO E SEGRETERIA DEL PIANO SOCIALE DI ZONA (RM G1)
PORTE SOCIALI (RM G3)
PROGETTO “FONDO DI RISERVA” (RM G2)
PRONTO INTERVENTO -SEGRETERIATO SOCIALE–SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE DISTRETTUALE (RM G1)
PRONTO INTERVENTO SOCIALE (RM G3)
SEGRETERIATO SOCIALE (RM G4)

SEGRETERIATO SOCIALE – PUA (RM G6)
SERVIZIO PRONTO INTERVENTO SOCIALE – SOS (RM G6)
SERVIZIO SOCIALE DISTRETTUALE E SEGRETERIATO SOCIALE (RM G3)
SERVIZIO SOCIALE E SEGRETERIATO SOCIALE DISTRETTUALE (RM G5)
SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE (RM G6)
SISTEMA INFORMATIVO DISTRETTUALE – SID (RM G5)
UFFICIO DI PIANO (RM G2)
UFFICIO DI PIANO (RM G3)
UFFICIO DI PIANO (RM G4)
UFFICIO DI PIANO (RM G5)
UFFICIO DI PIANO - AMMINISTRAZIONE E CONTROLLO (RM G6)

Finanziamento stanziato e Quadro economico relativo

La Tabella sottostante mostra l'andamento delle richieste di finanziamento all'Ente regionale. Ad uno sguardo attento si evidenzia una richiesta costante e comune in tutti i territori per alcuni servizi: si tratta del *Segretariato*, *Pronto Intervento* ma soprattutto *Ufficio di Piano*.

Gli impegni finanziari richiesti nei Piani di Zona dell'area territoriale ASL RM G e relativi ai progetti multiutenza

Progetti	Anni					
	2012		2013		2014	
	Totale	cofinanziamento	Totale	cofinanziamento	Totale	cofinanziamento
COORDINAMENTO E SEGRETERIA DEL PIANO SOCIALE DI ZONA (RM G1)					117.683,80	
FONDO DI RISERVA (RM G2)	232.607,94		232.607,94		179.023,94	
GESTIRE LA COMPLESSITÀ: RISORSE PER L'UFFICIO DI PIANO (RM G3)	88.411,67	58.047,59	88.411,67	58.047,59	88.411,67	58.047,59
OFFICINA DI VALUTAZIONE PARTECIPATA (RM G1)	18.000,00		18.000,00		20.000,00	
PORTE SOCIALI (RM G3)					10.000,00	
PRONTO INTERVENTO - SEGRETERIATO SOCIALE – SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE DISTRETTUALE (RM G1)					130.810,10	
PRONTO INTERVENTO SOCIALE (RM G3)	33.173,00				37.225,89	

PRONTO INTERVENTO SOCIALE (RM G4)				11.152,00		
PRONTO INTERVENTO SOCIALE SOS (RM G6)					13.673,70	
PUA PUNTO UNICO DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIO-SANITARI (RM G1)	59.362,18	59.362,18	59.362,18	59.362,18		
PUA PUNTO UNICO DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIO-SANITARI (RM G2)	3.750,00		3.750,00		15.000,00	
PUNTO UNICO D'ACCESSO (P.U.A.) (RM G3)	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00
SEGRETERIATO SOCIALE E PORTE SOCIALI (RM G3)	10.000,00		10.000,00			
SEGRETERIATO SOCIALE (RM G4)	24.174,00	11.152,00	24.174,00.		23.308,00	
SEGRETERIATO SOCIALE (RM G5)					30.000,00	
SEGRETERIATO SOCIALE – PUNTO UNICO DI ACCESSO INTEGRATO SOCIO-SANITARIO (PUA) (RM G6)	37.428,00	20.531,23	37.428,00		37.428,00	37.428,00
SERVIZIO DI PRONTO INTERVENTO SOCIALE – SOS (RM G3)			33.173,00			
SERVIZIO DI PRONTO INTERVENTO SOCIALE – SOS (RM G6)	14.000,00		14.000,00			
SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE DISTRETTUALE (SEGRETERIATO SOCIALE E PRONTO INTERVENTO SOCIALE) (RM G2)	29.166,00		29.166,00			
SERVIZIO SOCIALE ITINERANTE (RM G3)	58.835,33		58.835,33		58.835,33	
SERVIZIO SOCIALE E SEGRETERIATO SOCIALE DISTRETTUALE (RM G3)					71.000,00	
SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE (RM G4)	215.883,00		215.883,00		187.864,56	

SERVIZIO SOCIALE DISTRETTUALE E SEGRETARIATO (RM G5)	100.000,00		100.000,00		100.000,00	
SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE (RM G6)	175.000,00	75.000,00	175.000,00	75.000,00	175.000,00	100.000,00
SISTEMA INFORMATIVO DISTRETTUALE (RM G5)	13.000,00		13.000,00		13.000,00	
UFFICIO DI PIANO (RM G1)	50.470,00		50.470,00			
UFFICIO DI PIANO (RM G2)	120.000,00	36.000,00	120.000,00	36.000,00	120.000,00	38.000,00
UFFICIO DI PIANO (RM G4)	88.000,00	88.000,00	88.000,00	88.000,00	84.180,00	
UFFICIO DI PIANO (RM G5)	97.000,00	41.276,50	97.000,00	41.276,50	97.000,00	39.906,50
UFFICIO DI PIANO (RM G6)	148.200,00	95.583,79	148.200,00	95.583,79	157.696,51	83.605,00

Gli interventi multiutenza presenti nei Piani di Zona dell'area Distrettuale ASL RM H

Anche nell'area Distrettuale ASL RM H i Piani di Zona non analizzano né introducono la parte del Piano (le misure) che riguarda gli interventi per garantire la gestione del Piano di Zona e del Distretto e i Servizi di accesso ai servizi

Le poche informazioni relative all'utenza, contenute nella Tabella sottostante, non aiutano ad avere un quadro completo dell'intervento svolto.

Numero degli utenti dei progetti relativi alla multiutenza inseriti nei Piani di Zona dell'area territoriale ASL RM H

Progetti	anni		
	2012	2013	2014
PRONTO INTERVENTO SOCIALE (RM H4)	140		
SEGRETARIATO SOCIALE E PUA – PUNTO UNICO DI ACCESSO INTEGRATO (RM H3)	635	815	
SEGRETARIATO SOCIALE PROFESSIONALE (RM H6)		825	
SEGRETARIATO SOCIALE PROFESSIONALE, SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE E PRONTO INTERVENTO SOCIALE (RM H5)	717		
STRUTTURA OPERATIVA DI DISTRETTO UFFICIO DI PIANO (RM H3)	571		

Solo l'elenco dei progetti e delle iniziative può essere considerato un indicatore valido di azioni che da una parte sostengono gli *Uffici di Piano* nella complessa attività di progettazione, gestione, valutazione e rendicontazione dei Progetti e dei Servizi di intervento sociale, e dall'altra le attività per garantire a tutti i cittadini di accedere al Sistema locale di welfare attraverso la programmazione ed il finanziamento degli sportelli di *Segretariato Sociale* e *Punti Unici di Accesso*.

Elenco dei progetti dell'area territoriale ASL RM H relativi a multiutenza

Anno 2012

PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA) (RM H1)

PRONTO INTERVENTO SOCIALE (RM H2)

PRONTO INTERVENTO SOCIALE (RM H4)

SEGRETARIATO SOCIALE – UFFICIO DI PIANO (RM H1)

SEGRETARIATO SOCIALE/SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE (RM H2)

SEGRETARIATO SOCIALE E P.U.A. – PUNTO UNICO DI ACCESSO INTEGRATO (RM H3)

SEGRETARIATO SOCIALE, SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE E PRONTO INTERVENTO SOCIALE (RM H5)

STRUTTURA OPERATIVA DI DISTRETTO: UFFICIO DI PIANO (RM H3)

STRUTTURA DI PIANO (RM H5)

UFFICIO DI PIANO (RM H2)
UFFICIO DI PIANO (RM H4)
UFFICIO DI PIANO (RM H6)

Anno 2013

CONOSCERE PER CRESCERE: ANALISI DEI BISOGNI SOCIO-SANITARI DEL DISTRETTO RM H3 (RM H3)
PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA) (RM H1)
P.U.A. (RM H4)
PRONTO INTERVENTO SOCIALE (RM H2)
PRONTO INTERVENTO SOCIALE E PRONTA ACCOGLIENZA (RM H3)
PRONTO INTERVENTO SOCIALE (RM H4)
PRONTO INTERVENTO SOCIALE (PIS) (RM H6)
SEGRETARIATO SOCIALE – UFFICIO DI PIANO (RM H1)
SEGRETARIATO SOCIALE/SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE (RM H2)
SEGRETARIATO SOCIALE E P.U.A. – PUNTO UNICO DI ACCESSO INTEGRATO (RM H3)
SEGRETARIATO SOCIALE, SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE E PRONTO INTERVENTO SOCIALE (RM H5)
SEGRETARIATO SOCIALE PROFESSIONALE (RM H6)
STRUTTURA DI PIANO (RM H5)
STRUTTURA OPERATIVA DI DISTRETTO: UFFICIO DI PIANO (RM H3)
UFFICIO DI PIANO (RM H2)
UFFICIO DI PIANO (RM H4)
UFFICIO DI PIANO (RM H6)

Anno 2014

PRONTO INTERVENTO SOCIALE (RM H2)
PRONTO INTERVENTO SOCIALE E PRONTA ACCOGLIENZA (RM H3)
PRONTO INTERVENTO SOCIALE (RM H4)
PUNTO UNICO DI ACCESSO (RM H4)
SEGRETARIATO SOCIALE, SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE (RM H2)
SEGRETARIATO SOCIALE E PUA (RM H3)
SEGRETARIATO SOCIALE, SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE E PRONTO INTERVENTO SOCIALE (RM H5)
SEGRETARIATO SOCIALE PROFESSIONALE (RM H6)
SERVIZIO SOCIALE DISTRETTUALE (RM H1)
SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE (RM H4)
SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE (RM H6)
STRUTTURA DI PIANO (RM H5)
UFFICIO DI PIANO (RM H1)
UFFICIO DI PIANO (RM H2)
UFFICIO DI PIANO (RM H3)
UFFICIO DI PIANO (RM H4)
UFFICIO DI PIANO (RM H6)

Finanziamento stanziato e Quadro economico relativo

La Tabella sottostante mostra l'andamento delle richieste di finanziamento all'Ente regionale, senza le informazioni relative all'annualità del 2014. Nei due anni considerati si tratta di una richiesta sufficientemente costante sia nel numero degli importi richiesti sia nell'incremento di richieste anche a seguito delle riprogettazioni dei fondi residui, ovvero in alcuni casi si tratta di schede progetto che, appunto, vertevano su finanziamenti che non si erano ancora esauriti, e che sono stati ripresentati. Inoltre si evidenzia un notevole impegno di cofinanziamento da parte dei Comuni soprattutto nell'anno 2013 forse proprio per garantirne la prosecuzione.

Gli impegni finanziari richiesti nei Piani di Zona dell'area territoriale ASL RM H e relativi ai progetti multiutenza

Progetti	Anni					
	2012		2013		2014	
	Totale	cofinanziamento	totale	cofinanziamento	Totale	cofinanziamento
CONOSCERE PER CRESCERE: ANALISI DEI BISOGNI SOCIO-SANITARI DEL DISTRETTO (RM H3)			43.500,00	3.500,00		
P.U.A. (RM H4)	40.536,00	34.536,00	40.536,00	34.536,00		
PRONTO INTERVENTO SOCIALE (RM H2)			9.433,37	1.379,40	15.870,40	1.370,40
PRONTO INTERVENTO SOCIALE E PRONTA ACCOGLIENZA (RM H3)					76.000,00	6.000,00
PRONTO INTERVENTO SOCIALE (RM H4)	120.000,00	36.000,00	206.000,00	36.000,00	206.000,00	36.000,00
PRONTO INTERVENTO SOCIALE (RM H6)			105.000,00			
PRONTO INTERVENTO SOCIALE E PRONTA ACCOGLIENZA (PROGETTO SPERIMENTALE) (RM H3)			46.000,00	6.000,00		
PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA) (RM H1)	12.400,00	2.200,00	12.400,00	2.200,00		
PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA) (RM H4)					34.536,00	34.536,00
SEGRETERIATO SOCIALE – UFFICIO DI PIANO (RM H1)	79.000,00	26.000,00	113.000,00	26.000,00		
SEGRETERIATO SOCIALE (RM H6)			87.500,00		70.000,00	
SEGRETERIATO			11.794,21	1.379,40	11.615,15	1.379,40

SOCIALE – SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE (RM H2)						
SEGRETERIATO SOCIALE E P.U.A. – PUNTO UNICO DI ACCESSO INTEGRATO (RM H3)	57.106,67	24.000,00	171.500,00	124.800,00	175.722,00	62.722,00
SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE DISTRETTUALE (RM H1)					205.990,00	161.490,00
SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE (RM H4)					43.000,00	43.000,00
SEGRETERIATO SOCIALE PROFESSIONALE (RM H2)			11.794,21	1.379,40		
SEGRETERIATO SOCIALE, SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE E PRONTO INTERVENTO SOCIALE (RM H5)	86.804,64		84.157,08		99.630,00	
SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE (RM H6)					70.000,00	
STRUTTURA OPERATIVA DI DISTRETTO: UFFICIO DI PIANO (RM H3)	118.000,00	50.000,00	102.500,00	29.200,00		
STRUTTURA DI PIANO (RM H5)	141.051,56	75.158,70	97.892,00	32.000,00	99.892,00	34.000,00
UFFICIO DI PIANO (RM H1)					152.571,06	56.000,00
UFFICIO DI PIANO (RM H2)	132.167,44	59.323,68	132.167,44	59.323,68	134.974,52	59.323,68
UFFICIO DI PIANO (RM H3)					35.100,00	20.100,00
UFFICIO DI PIANO (RM H4)	47.885,70	34.536,00	47.885,70	34.536,00	47.885,70	34.536,00
UFFICIO DI PIANO (RM H5)					35.100,00	20.100,00
UFFICIO DI PIANO (RM H6)	77.000,00		56.214,56	26.414,56	56.214,56	26.314,56

5. Il laboratorio progettuale dei Distretti socio-sanitari

5. IL LABORATORIO PROGETTUALE DEI DISTRETTI SOCIO-SANITARI

Nella presente sezione sono contenuti i progetti inseriti nelle tre annualità dei Piani di Zona distrettuali, articolati per area di bisogno e per singola area distrettuale.

Si tratta quindi di un archivio molto prezioso relativo alla progettualità espressa dai territori, che potrà costituire un riferimento importante per la valutazione dell'intervento offerto ma soprattutto per la progettualità futura.

La sezione è articolata nelle sei aree individuate (cinque specifiche e una generale) nell'analisi del Capitolo 2 e del Capitolo 3, in modo da costituire un riferimento diretto al tema dell'analisi della condizione sociale della provincia. In particolare quindi i paragrafi che seguono descriveranno: i Progetti dell'Area Povertà e Disagio sociale, i Progetti dell'Area Immigrazione e Inclusione sociale, i Progetti dell'Area Disabilità e Disagio mentale, i Progetti dell'Area Famiglie e Minori, i Progetti dell'Area Persone anziane e i Progetti multiutenza.

Tuttavia, prima di analizzare in dettaglio i progetti specifici e quelli di carattere generale, nel paragrafo che segue si vuole dare alcune indicazioni relative all'attività di progettazione o – meglio – di redazione dei Piani Sociali di Zona così come è emersa sia dalla lettura dei documenti, e sia dall'indagine diretta svolta nei mesi di novembre e dicembre 2014.

Si ritiene che anche questa parte possa essere un riferimento importante sia in ottica valutativa, ma soprattutto in una visione di programmazione futura delle attività nei singoli Distretti socio-sanitari.

5.1 Quadro complessivo della progettazione

Come è noto il termine “programmazione” negli anni Settanta del Secolo scorso indicava un metodo di governo e di lavoro indispensabile per l’avvio di processi di riforma. In questa linea, la Legge numero 328 del novembre del 2000 sul “sistema integrato di interventi e Servizi Sociali” aveva previsto che anche il sociale, come il settore sanitario,¹⁵ avesse una sua propria programmazione territoriale sia a livello nazionale sia a livello regionale. Nel presente Rapporto non si vuole entrare nell’articolato processo programmatico previsto dalla Legge e neppure analizzare gli effetti prodotti nel panorama nazionale e regionale a più di dieci anni dalla sua approvazione. Di fatto la Legge numero 328 del 2000 è una Legge di programmazione sociale, e prevede che i vari livelli di governo siano chiamati a mettersi in relazione fra loro per attivare il sistema di programmazione delle politiche sociali sul territorio che si impernia sul Piano Sociale di Zona. La Legge 328 del 2000 articola un complesso disegno di programmazione che riguarda in particolare:

- atti di indirizzo e coordinamento e atti statali di regolazione delle politiche sociali anche in relazione alla determinazione dei principi e degli obiettivi della politica sociale, attraverso il Piano nazionale degli interventi e dei Servizi Sociali (articolo 9, comma 1, lett. a);
- il Piano nazionale degli interventi e dei Servizi Sociali (articolo 18, dal 1° al 5° comma);
- atti di programmazione regionale degli interventi sociali, secondo le indicazioni di cui all’articolo 3, commi 2 e 5, del D.Lgs. numero 112 del 1998 (articolo 8, comma 2);
- i Piani regionali degli interventi e dei Servizi Sociali (articolo 18, comma 6);
- il Piano Sociale di Zona (articolo 19).

Come è noto, l’approvazione della riforma del Titolo V della Costituzione ha stabilito il passaggio della competenza legislativa esclusiva in campo socio-assistenziale alle Regioni. Nel Lazio mancando una Legge che recepisca il dettato della 328 del 2000 e definisca anche il Piano Sociale regionale (secondo quanto previsto dall’articolo 18, comma 6 della Legge numero 328 del 2000), non si ha, ad oggi, lo strumento con il quale si possano elaborare le linee di governo e di indirizzo politico in materia di Servizi sociali. Per accedere al Fondo Nazionale delle Politiche Sociali, l’Ente regionale ha disciplinato la materia e la ripartizione dei finanziamenti, attraverso propri atti dispositivi che riguardano l’esercizio delle funzioni di politica sociale a livello territoriale.

Il percorso programmatico della Regione Lazio può essere così di seguito sintetizzato:

- assenza di una Legge regionale di riordino (in attuazione della Legge numero 328 del 2000) e quindi vigenza della Legge sull’assistenza numero 38 del 1996; assenza di Piani sociali regionali;

¹⁵ Come è noto, la Legge 23 dicembre 1978, numero 833, *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*, è la prima Legge di riforma della sanità in Italia. La seconda riforma della sanità, di aziendalizzazione delle USL, fu approvata con il D. Lgs. 30 dicembre 1992, numero 502, *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992, numero 421*, poi modificato dal D. Lgs. 517/1993, *Modificazioni al D.Lgs. 502/1992 recante riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell’articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992, numero 421*. Con il D.Lgs. 229/1999, *Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale*, (Riforma Bindi, dal nome del Ministro della Sanità che lo ha firmato), fu approvata la terza riforma della sanità.

- presenza di atti di indirizzo per la predisposizione e l'approvazione dei Piani di zona (ad esempio: "Linee guida agli ambiti territoriali per la redazione dei Piani di zona", "Massimali di spesa per i Piani di Zona dei Distretti socio-sanitari e assegnazione risorse bilancio regionale");
- presenza di atti di individuazione e delimitazione (o modifica) degli ambiti sociali ("Assegnazione ai Comuni capofila e agli Enti dei Distretti socio-sanitari delle risorse").

Negli anni considerati nella presente analisi, gli atti dispositivi della Regione Lazio sono stati (almeno) tre, tutti della Giunta Regionale (DGR). I primi due sono stati proposti dal Dipartimento *Programmazione Economica e Sociale*, Direzione Regionale *Politiche Sociali e Famiglia*, Area *Piani di Zona e Servizi Sociali Locali*, mentre quello del 2014 sempre dall'Area *Piani di Zona e Servizi Sociali Locali* ma della Direzione Regionale *Politiche sociali, Autonomie, Sicurezza e Sport*. Come è noto infatti, l'Ente Regionale, a seguito del nuovo Consiglio regionale formatosi dopo le elezioni del 2013, ha adottato una nuova articolazione amministrativa interna.

L'atto del 2012 è la DGR numero 155 del 13 aprile 2012 e reca il seguente titolo:

"L.R. numero 38/96, articolo 51, D.G.R. numero 88/2012 e D.G.R. numero 120/2012. Programmazione 2012-2014 delle risorse per i Piani di Zona dei Distretti socio-sanitari. Approvazione documento concernente "Linee Guida per la programmazione degli interventi di politica sociale e familiare degli ambiti territoriali individuati ai sensi dell'articolo 47, comma 1, lettera c) della legge regionale numero 38/96 periodo 2012-2014"."

Esso prevedeva esplicitamente una serie di azioni obbligatorie/vincolanti, tra le quali, in sintesi:

1. di dichiarare estinte, ai sensi della D.G.R. numero 88 del 2012, tutte le programmazioni precedenti al triennio 2012-2014 dei Piani di Zona, ad eccezione delle parti concernenti servizi per i quali, alla data del 1° gennaio 2012, siano state poste in essere, da parte dei Distretti sociosanitari, obbligazioni giuridicamente vincolanti che saranno inglobate nella programmazione 2012-2014;
2. di provvedere all'erogazione delle somme impegnate per le annualità precedenti all'anno 2012 in favore dei Distretti socio-sanitari che entro il 30 aprile 2012 presentassero una rendicontazione (ai sensi dell'articolo 62 della L.R. numero 38 del 1996) dei servizi da essi attuati nell'anno 2011, e provvederanno alla costituzione del "Fondo per la riprogrammazione delle risorse dei Piani di zona 2001- 2011", previsto nella D.G.R. numero 88 del 2012;
3. di stabilire che ai fini dell'erogazione delle risorse per l'anno 2012, i Comuni ed Enti capofila di Distretto presentino all'Assessorato alle Politiche sociali e Famiglia, Direzione Regionale Politiche Sociali e Famiglia, il Piano di Zona 2012-2014, annualità 2012, entro il 31 maggio 2012; una eccezione per i Distretti comprendenti Comuni dove il 6 e 7 maggio si fossero svolte le elezioni amministrative di rinnovo degli organi, il termine di presentazione dei Piani venne prorogato al 30 giugno 2012;
4. di destinare al finanziamento dei piani distrettuali per l'affidamento familiare le risorse del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali dell'anno 2012, che saranno assegnate alla Regione Lazio;
5. di approvare il documento "Linee Guida per la programmazione degli interventi di politica sociale e familiare degli ambiti territoriali individuati ai sensi dell'articolo 47, comma 1, lettera c) della Legge Regionale numero 38 del 1996 periodo 2012-2014" - comprensivo delle assegnazioni ai Distretti socio-sanitari delle quote di finanziamento per i Piani di Zona, per i Piani per i Piccoli Comuni;

6. di prevedere che il Piano di Zona abbia durata triennale con possibilità di aggiornamento annuale, e debba contenere quanto previsto al comma 2 dell'articolo 51 della L.R. numero 38 del 1996.

Il secondo atto è quello relativo alla annualità del 2013, e fa riferimento alla DGR numero 172 del 3 luglio 2013 dal titolo:

"L.R. numero 38/96, articolo 51. Approvazione documento concernente "Linee guida agli ambiti territoriali individuati ai sensi dell'articolo 47, comma 1, lettera c) della legge regionale numero 38/96 per la redazione dei piani di zona di cui all'articolo 51 della medesima Legge periodo 2012-2014, annualità 2013". Massimali di spesa per i Piani di Zona dei Distretti socio-sanitari e assegnazione risorse bilancio regionale esercizi finanziari 2013 e 2014."

Alcune indicazioni contenute nella DGR e descritte in maniera sintetica:

1. le risultanze delle certificazioni del "fondo per la riprogrammazione delle risorse dei Piani di zona 2001- 2011", fanno sì che le situazioni contabili dei Distretti socio-sanitari del Lazio possano essere classificati in tre distinte fattispecie: 1. Distretti socio sanitari che hanno autocertificato un fondo superiore a tre volte l'annualità di assegnazione 2012 (sono risultati nel numero di 15), 2. Distretti socio sanitari che hanno autocertificato un fondo di riprogrammazione superiore all'annualità 2012, ma inferiore a tre volte l'annualità di assegnazione (nel numero di 15), 3. Distretti socio sanitari con un fondo di riprogrammazione minore dell'annualità di programmazione 2012 (nel numero di 7);
2. il Piano di Zona viene concepito come strumento primario di attuazione della rete dei servizi sociali e di integrazione socio-sanitaria;
3. i progetti annuali contenuti nei Piani di zona si trasformano in servizi sociali essenziali (articolo 22 della Legge numero 328 del 2000) distrettuali permanenti;
4. viene mantenuto il livello di spesa 2012 per i Piani di zona anche per l'anno 2013;
5. viene trasformato il fondo di riprogrammazione 2001/2011 di cui alla DGR numero 88 del 2012, in Fondo per la programmazione e il governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali.

Infine l'atto più recente è la DGR numero 136 del 25 marzo 2014, dal titolo:

"L.R. numero 38/96, articolo 51. Approvazione documento concernente "Linee guida agli ambiti territoriali individuati ai sensi dell'articolo 47, comma 1, lettera c) della Legge regionale numero 38/96 per la redazione dei Piani Sociali di Zona periodo 2012-2014, annualità 2014". Assegnazione ai Comuni capofila e agli Enti dei Distretti socio-sanitari dei massimali di spesa e delle risorse a valere sul bilancio di previsione esercizi finanziari 2014 e 2015 per l'attuazione delle Misure comprese nei Piani Sociali di Zona annualità 2014."

Anche in questo documento vengono, da una parte ribadite alcune indicazioni delle disposizioni precedenti, e dall'altra indicate nuove norme:

1. vengono individuati nuovi obiettivi operativi e priorità in coerenza con il programma di governo della Giunta Regionale di cui al Documento di Economia e Finanza Regionale 2014-2016, approvato con Deliberazione consiliare numero 14 del 21.12.2013;
2. il Piano di Zona viene concepito come strumento primario di attuazione della rete dei servizi sociali e di integrazione socio-sanitaria;

3. viene ribadita la trasformazione dei progetti annuali contenuti nei Piani di Zona in servizi sociali essenziali (articolo 22 della Legge numero 328 del 2000) distrettuali permanenti;
4. viene mantenuto il livello di spesa 2013 per i Piani di Zona anche per l'anno 2014;
5. vengono recepiti gli indirizzi di Giunta contenuti nella relazione alla proposta di legge di cui alla D.G.R. numero 321 del 2013 "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio", compatibili con la normativa regionale vigente;
6. viene "rafforzato" il soggetto istituzionale "Distretto socio-sanitario" attraverso il superamento degli attuali accordi di programma utilizzando le forme associative di cui al titolo II, capo V del D.Lgs. numero 267 del 2000 e successive modifiche;
7. vengono introdotti strumenti contabili e organizzativi omogenei a livello distrettuale (documento finanziario e regolamento di organizzazione dell'Ufficio di Piano);
8. vengono disposte azioni volte a evitare la duplicazione degli interventi distrettuali contenuti nei Piani di Zona e negli altri interventi regionali e comunali;
9. vengono individuati e distinti gli interventi distrettuali socio-assistenziali da quelli socio-sanitari prevedendo il raccordo e la coerenza della programmazione distrettuale con quella della ASL di riferimento;
10. viene implementata la piattaforma informatica;
11. vengono individuate le procedure per la chiusura e auto-valutazione del periodo di programmazione 2012-2014;
12. viene attivato, nel corso dell'anno 2014, un percorso regionale per la definizione dei contenuti e delle modalità attuative del nuovo periodo programmatorio 2015-2017;
13. viene stabilito come necessario, che la programmazione dei Distretti socio sanitari comprenda i servizi e gli interventi attivati a livello distrettuale, a valere sulle risorse trasferite dalla Regione ai Distretti socio-sanitari, in un unico documento programmatico denominato "Piano Sociale di Zona", articolato nelle Misure e Sottomisure, ciascuna dotata di un proprio autonomo budget, che i Distretti programmano in maniera coordinata e contemporanea, tenendo presenti anche le risorse stanziare dai Comuni di ciascun distretto a valere sui propri bilanci, in modo da evitare duplicazioni di interventi;
14. vengono, in coerenza con gli obiettivi e le priorità stabilite dalla Giunta Regionale, ricompresi nel "Piano Sociale di Zona" tutti i servizi e gli interventi programmati e attuati a livello distrettuale a valere sulle risorse trasferite dalla Regione, ma anche sugli altri fondi statali.

Al terzo livello di pianificazione, come previsto dalla Legge numero 328 del 2000, ci sono, anche nella Regione Lazio, i Distretti socio-sanitari e in particolare i Comuni che, in base ai principi della Legge quadro, hanno il potere di istituire e di governare direttamente la rete territoriale dei Servizi Sociali. Come è noto, la centralità dei Comuni nell'amministrazione dei servizi non è una novità introdotta dalla Legge sull'assistenza sociale, ma era già contenuta nella riforma Bassanini (articoli 131, comma 2 e 132, comma 2 del D.Lgs. numero 112 del 1998).

È dunque, di competenza dei Comuni associati adottare il Piano di Zona, strumento privilegiato di pianificazione sociale. Fino al 2014, il Piano veniva promulgato attraverso un *Accordo di programma* e d'intesa con le Aziende Sanitarie Locali. Tale modalità è attualmente in via di cambiamento.

Lo spirito della Legge numero 328 del 2000 dà molta importanza alla pianificazione a livello zonale e, proprio all'articolo 19, individua nel Piano di Zona lo strumento strategico per il governo delle politiche sociali territoriali. Per tali motivi, i tre atti regionali lo richiamano in più

aspetti. Non solo, alcuni Autori¹⁶ ma anche alcune amministrazioni¹⁷, definiscono il Piano di Zona come il “*Piano Regolatore del sociale*” con finalità prevalentemente volte alla comprensione delle situazioni di bisogno e per garantire interventi e servizi basilari per la collettività, con il coinvolgimento diretto dei soggetti del Terzo settore.

La prassi amministrativa regionale del Lazio ha previsto, fino al 2014, che il Piano di Zona venga adottato attraverso un *Accordo di programma* (ai sensi dell’articolo 27 della Legge numero 142 del 1990), approvato dai Comuni associati che fanno parte di un determinato ambito territoriale “per la gestione unitaria del sistema locale dei Servizi Sociali a rete” (articolo 8, comma 3, lett. a) della Legge numero 328 del 2000), insieme ad altri soggetti, pubblici (come le ASL), privati e del Terzo settore. L’ambito è determinato dalla Regione e nel Lazio coincide con il Distretto socio-sanitario.

Tale prassi, in assenza della Legge di recepimento della Legge quadro nazionale, è stata comunque assunta negli ultimi dieci anni da tutti i Distretti socio-sanitari del territorio provinciale.

La Provincia di Roma ha promosso, tramite *Tavoli di lavoro tecnici e politici*, la condivisione di esperienze, di *best practices* e la ricerca di soluzioni efficaci ed efficienti per una *governance* inclusiva, pluralista, integrata e partecipata. Il percorso attuato ha portato alla scelta di un modello organizzativo del sistema di interventi e servizi e alla predisposizione di uno schema tipo di *Accordo di Programma* per regolare i rapporti tra tutti i soggetti coinvolti nella costruzione del sistema di interventi e servizi distrettuale.

La proposta di *Accordo* è stata fatta propria dall’*Assessorato ai Servizi Sociali della Provincia*, presentata in sede di *Comitato politico provinciale* e quindi adottata da tutti i diciassette Distretti socio-sanitari del territorio provinciale. Essi nell’ultimo decennio hanno quindi istituito, con modalità analoghe, una struttura atta a governare il sistema delineato: un *Comitato istituzionale* con funzioni di scelta e di indirizzo, un *Comitato tecnico* con funzioni consultive e propositive, un *Ufficio di piano* con un coordinatore con funzioni di raccordo, attuative ed amministrative, dei *Tavoli tematici* con funzioni consultive e di raccordo territoriale in aree specifiche.

Negli ultimi dieci anni la Provincia di Roma ha poi continuato a partecipare alla strutturazione del Sistema di interventi e servizi tramite la partecipazione ai Tavoli politici e tecnici distrettuali e a stimolare e sostenere, anche tramite interventi formativi, un dibattito vivace tra i vari attori del Sistema così come anche la ricerca di soluzioni atte a realizzare quei principi enunciati nella Legge numero 328 del 2000 quali l’integrazione di politiche, la partecipazione ai vari livelli, l’inclusione e le forme di collaborazione con il Terzo Settore, il superamento dell’assistenzialismo.

La recente disposizione della Regione Lazio, Deliberazione della Direzione Regionale “Politiche sociali, autonomie, sicurezza e sport” Area “Piani di zona e Servizi Sociali locali” numero 136 del 25/03/2014, al punto 2.1.1 ha previsto di «*indicare prioritariamente agli Enti locali per il solo anno 2014 lo strumento della convenzione (articolo 30 del D.Lgs. numero 267/2000) vista la possibilità di passare successivamente a forme più stabili quali l’unione di comuni (articolo 32 del D.Lgs. numero 267/2000) o i consorzi di servizi (articolo 31 del D.Lgs. numero 267/2000) come quelle più idonee per regolare i rapporti intercomunali e assicurare una più efficiente ed efficace gestione associata dei servizi*».

¹⁶ Cfr. Franco Dalla Mura, 2003, “Pubblica amministrazione e non profit. Guida ai rapporti innovativi nel quadro della Legge 328 del 2000”, Carocci, Roma.

¹⁷ Il Comune di Roma lo ha fatto già dal 2004.

Nei fatti quindi si è proposta la scelta di *«una autentica gestione associata [...] che garantisce - si afferma - omogeneità negli standard dei servizi sul territorio e parità di accesso per i cittadini dei diversi comuni»*. Fino al 2013 e in parte nel 2014 la gestione dei servizi era in capo al Comune Capofila del Piano di Zona, con la riforma passa all'Unione di Comuni o ad un Consorzio di Comuni, senza che sia necessaria una spartizione delle risorse per la realizzazione in proprio, nei comuni, dei servizi collettivi e superando le aziende municipalizzate. Nel territorio si dovrà poi tener conto di quanto sancito dall'articolo 1, comma 16, della Legge 7 aprile 2014, numero 56 relativa alle "Disposizioni sulle città metropolitane, sulle province, sulle unioni e fusioni di comuni", laddove in particolare si afferma che *«il 1º gennaio 2015 le città metropolitane subentrano alle province omonime e succedono ad esse in tutti i rapporti attivi e passivi e ne esercitano le funzioni, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica e degli obiettivi del patto di stabilità interno; alla predetta data il Sindaco del comune capoluogo assume le funzioni di Sindaco metropolitano e la città metropolitana opera con il proprio statuto e i propri organi, assumendo anche le funzioni proprie»*, e che tra le funzioni fondamentali la città metropolitana dovrà garantire *«pianificazione territoriale generale, ivi comprese le strutture di comunicazione, le reti di servizi e delle infrastrutture appartenenti alla competenza della comunità metropolitana, anche fissando vincoli e obiettivi all'attività e all'esercizio delle funzioni dei Comuni compresi nel territorio metropolitano; strutturazione di sistemi coordinati di gestione dei servizi pubblici, organizzazione dei servizi pubblici di interesse generale di ambito metropolitano [...]; promozione e coordinamento dello sviluppo economico e sociale, anche assicurando sostegno e supporto alle attività economiche e di ricerca innovative e coerenti con la vocazione della Città metropolitana»*.

Nella presente parte del *Rapporto sulla Condizione Sociale del territorio della provincia di Roma: elementi di analisi e pianificazione nei Distretti socio-sanitari* si vogliono dare indicazioni provenienti dall'analisi dei cinquantuno Piani Sociali di Zona relativi agli anni 2012, 2013 e 2014 dei diciassette Distretti socio-sanitari della provincia romana. In particolare verrà analizzata l'implementazione della progettazione definita a livello regionale considerando i *Progetti di intervento* e la redazione dei *Piani Sociali di Zona*. Nelle parti che seguono verranno quindi anzitutto considerati alcuni elementi che costituiscono i Documenti di programmazione locale, e poi, nello specifico dei singoli Distretti, le attività di progettazione secondo l'approccio per Aree di approfondimento utilizzato nel Capitolo 2 e 3 del presente Rapporto.

5.1.1 Le finalità generali della programmazione

Nei Piani di Zona analizzati sono stati individuati, così come previsto dalla Disposizioni regionali (e dalla Legge nazionale), le priorità di intervento, gli strumenti e i mezzi per la realizzazione del Sistema locale di intervento sociale. In pochi casi sono state individuate e definite le modalità organizzative dei servizi, dal punto di vista strutturale e dei professionisti coinvolti, nonché i requisiti di qualità attesi. In ogni Piano sociale sono contenute indicazioni e informazioni relative alle risorse finanziarie, con la specificazione degli importi per singolo progetto presentato. Si tratta quindi di Documenti che hanno un grande valore dal punto di vista operativo, e una volta

valutati (eventualmente modificati) e approvati dalla Regione, costituiscono anche il riferimento economico-contabile per poter disporre l'impegno dei fondi.

Come era prevedibile, in assenza di un riferimento regionale in ordine alle priorità sociali da perseguire, ogni territorio nelle diverse annualità ha definito in maniera autonoma gli Obiettivi del proprio Piano di Zona. Occorre obbligo far presente che non sempre i documenti contengono le finalità della programmazione distrettuale oppure la finalità generale del Piano, che viene specificata per singole aree di azione o per misure (chiaramente per il 2014, anno in cui fa riferimento la "nuova" DGR numero 136 del 2014, che ha definito la programmazione per misure e sottomisure). L'analisi comparata di alcuni Documenti ha fatto anche emergere inoltre che in alcuni Distretti si sono riproposti gli stessi obiettivi per più annualità, soprattutto per le annualità del 2012 e del 2013 (che peraltro, come è noto, costituivano un *unicum*).

Le indicazioni regionali date dalla DGR numero 155 del 2012 individuano come prioritari i seguenti obiettivi di cui tener conto per la programmazione dei Piani di Zona:

1. mantenere il livello dei servizi distrettuali sociali essenziali (articolo 22 della Legge numero 328 del 2000);
2. sostenere le politiche a supporto dei servizi sociali locali, le emergenze per i piccoli Comuni e per i Comuni fino a 15.000 abitanti, le famiglie affidatarie, la lotta alla tossico-dipendenza, le persone con disagio psichico, secondo scelte legate ai bisogni territoriali, motivati dai Distretti socio-sanitari;
3. implementare un nuovo modello di *governance* efficiente sotto il profilo amministrativo contabile per garantire la massimizzazione dell'uso delle risorse a favore dei cittadini attraverso la gestione associata e la riprogrammazione delle risorse assegnate negli anni precedenti;
4. incentivare attraverso la premialità finanziaria di una programmazione sovra distrettuale;
5. attivare nuove risorse per il sociale (compartecipazione istituzionale e civica);
6. utilizzare il nuovo periodo di programmazione delle risorse già assegnate per i piani a favore della non autosufficienza e della tossicodipendenza.

Come è possibile vedere, gli obiettivi generali per i Piani di Zona individuano almeno quattro tipi di attività:

1. azioni di governo del Sistema locale,
2. modalità operative di finanziamento,
3. l'integrazione tra fondi,
4. iniziative e misure di intervento specifiche.

All'interno di questa cornice, attraverso quanto riportato nelle parti introduttive generali dei Piani, è possibile individuare come i Piani di Zona esaminati definiscono le loro finalità generali.

Nel caso del Piano del 2014 del Distretto RM F4 ad esempio, si afferma che obiettivo chiave del Piano Sociale di Zona è quello di «costruire uno strumento programmatico atto a realizzare un Patto Sociale tra cittadini e istituzioni, finalizzato a produrre autonomia dei soggetti e a generare la responsabilità di tutti gli attori del sistema integrato di interventi e Servizi Sociali e altresì di promuovere una cittadinanza sociale dentro un contesto comunitario fondato sull'autonomia e la responsabilità». L'importanza del compito di sviluppo del Piano viene infatti richiamato come strumento per rafforzare il sistema unitario di gestione degli interventi, processo che rappresenta a sua volta il volano di sviluppi ulteriori per il territorio di riferimento. In tale

funzione, sempre secondo il Piano del 2014 del Distretto RM F4, la stabilità organizzativa ed operativa del sistema di *governance* locale viene garantita dal “rafforzamento gestionale dell’Accordo di Programma per la gestione associata degli interventi e Servizi Sociali programmati” e in particolare da due organismi: il *Coordinamento Politico Istituzionale* e l’*Ufficio di Piano*, che rappresentano “i due punti di riferimento del welfare di ambito territoriale”. Infine il Distretto ritiene utile rafforzare l’unitarietà della gestione del Piano Sociale di Zona attraverso i seguenti dispositivi:

1. un sistema di regolamentazione unitaria relativo all’organizzazione dei servizi, all’accesso alle prestazioni, ai servizi da garantire sul territorio ritenuti essenziali;
2. la costruzione di servizi socio-sanitari integrati con l’Azienda Sanitaria Locale e nello specifico l’attivazione da parte del Distretto Socio-sanitario di strumenti utili alla conoscenza e al monitoraggio dei bisogni complessi che comportano prestazioni integrate (attivazione delle UVI);
3. il rafforzamento di azioni di sistema, sviluppo e ottimizzazione dell’integrazione socio-sanitaria attraverso la promozione dei Progetti Personalizzati, la realizzazione del Punto Unico d’Accesso e la formazione congiunta degli operatori sociali e sanitari;
4. la verifica della qualità degli interventi e dei servizi presenti sul territorio, la loro rispondenza ai bisogni reali dei cittadini, la loro sostenibilità e adeguatezza, perché risultino efficaci, tempestivi, flessibili, oltre che efficienti ed economici;
5. le risorse, la quantità necessaria per garantire il volume di attività definite, quelle disponibili, le attivabili, le riconvertibili, quelle istituzionali, quelle comunitarie, economiche, strutturali, professionali.

Un altro documento interessante al riguardo è quello del Distretto RM G2 relativo all’anno 2012, in cui si dice che il Distretto si configura sempre più come “la prioritaria unità territoriale di riferimento per la programmazione degli interventi socio-sanitari”. Il Piano di Zona assume la funzione di strumento articolato per la programmazione e definizione di tutti gli interventi presenti sul territorio, gestiti in forma associata dai Comuni. Non sarebbe infatti possibile realizzare politiche e interventi sociali senza un processo di ideazione, pianificazione, attuazione, monitoraggio e valutazione svolto dal Piano di Zona. «Ciò significa andare verso una sempre più ampia integrazione di materie, di attori sociali, di agenzie di rappresentanza dei cittadini e dei servizi, in una logica di governo del territorio consapevole e condivisa».

Anche il Distretto RM G3 nel 2014 afferma chiaramente che gli obiettivi strategici del Piano di Zona 2012-2014 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 utili alla programmazione del welfare locale». La positiva valutazione dell’andamento dei Progetti nel corso degli anni, come anche il successo dei Tavoli tematici, sono momenti che rappresentano «il senso di una strategia distrettuale volta a favorire un’ampia partecipazione, una concertata azione collettiva che investe la pluralità degli *stakeholders* locali ai fine della progettazione dei servizi e della rilevazione dei bisogni». In tale attività, l’Ufficio per la Struttura di Piano diventa 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: “adeguato ed attendibile riferimento istituzionale” per tutti i soggetti e gli attori coinvolti.

In maniera simile il Distretto RM G6 nel 2012 dice che il Piano di Zona si propone di far assumere al Distretto il ruolo centrale che la normativa gli riconosce nell’ambito della gestione del Sistema

Integrato degli interventi e dei Servizi Sociali, così come stabilito dalla Legge Quadro del 2000. Se da una parte infatti il Distretto gestisce i servizi attraverso una effettiva autonomia tecnico-finanziaria, l'integrazione dell'attività è «in funzione di una reale condivisione delle proposizioni tra il Distretto, la ASL e le Amministrazioni Comunali, con il pieno coinvolgimento e valorizzazione del Terzo settore».

Un insieme di attori, quindi, ma con un ruolo principale riconosciuto al Distretto e una azione specifica dell'Ufficio di Piano.

Altri territori definiscono gli obiettivi generali del Piano di Zona considerando un ambito maggiormente operativo del lavoro sociale.

Ad esempio, la descrizione degli obiettivi per il Distretto RM H1, contenuta nei Piani del 2012, 2013 e anche 2014 (in particolare al punto 5. della DGR) viene così indicata: «l'obiettivo di maggior rilievo è quello di arrivare a poter dare risposte diversificate in base allo specifico bisogno fino a rendere il servizio, l'intervento, il progetto costruiti per la singola persona». Obiettivo quindi come "punto di riferimento", "dato regolativo ideale" che comporta da una parte "abbandonare completamente l'ottica dell'assistenzialismo in favore di un modo di lavorare che promuova sempre l'autosufficienza e l'autodeterminazione nel lungo periodo di tutte le persone", e dall'altra mira alla "piena integrazione sociosanitaria sviluppando e potenziando gli strumenti e procedure già in essere" in un'ottica di partecipazione allargata «a tutti gli attori interessati direttamente o indirettamente non solo per un principio di democrazia dal basso, ma anche per poter integrare le competenze e ed esperienze di tutti». Il Piano del Distretto RM H1 richiama la necessità di "un cambiamento di mentalità", passando «da un'ottica del Comune come unico decisore ad una di condivisione e partecipazione» degli utenti, delle famiglie, del Terzo settore.

Una "prosecuzione" quasi naturale di quanto affermato dal Distretto RM H1 è contenuta nel Piano del 2014 del Distretto RM H5, quando si afferma che il passaggio dalla singola prestazione al progetto di presa in carico, nonché la gestione della rete dei servizi, sono delle realtà operative ma, in alcuni casi, ancora richiedono di «ragionare su quali strumenti e risorse siano indispensabili per procedere al raggiungimento degli obiettivi futuri rendendo sempre più forte la necessità di una stabile integrazione tra il complesso degli interventi e il governo locale». Consapevole che le innovazioni indicate sono ancora di difficile attuazione, e che sono ancora tante le lacune di un sistema non perfettamente integrato, il Piano di Zona dovrebbe continuare a lavorare «per il territorio con la compartecipazione delle diverse realtà, in una logica di sistema al fine di evitare una frammentazione di interventi e superare quelle disuguaglianze che discriminano i cittadini che accedono ai servizi».

Un sistema di servizi quindi che promuova progetti integrati attraverso un documento in cui il coinvolgimento e il coordinamento siano condizioni prevalenti.

5.1.2 Gli obiettivi specifici della programmazione

A fianco delle finalità generali dei Piani, molti Distretti individuano alcuni obiettivi “particolari”, che benché specifici hanno una valenza programmatica generale. Si tratta di un insieme a volte ridondante, a volte ermetico, di indicazioni contenute nei documenti analizzati, che viene qui riportato, con l’indicazione del Piano di Zona dove è stato indicato. Dal punto di vista degli obiettivi di equità e integrazione i Piani analizzati individuano quattro finalità:

- assicurare equità di fruizione a tutte le fasce di utenza, superando i fattori di esclusione; (RM F3, 2012 e 2014 e RM G4, 2014)
- assicurare una programmazione coordinata di tutti gli interventi educativi, sociali, assistenziali e sanitari; (RM G4, 2012)
- avviare la programmazione integrata con le politiche del lavoro, della formazione professionale e dello sviluppo locale; (RM G5, 2014)
- dare attuazione all’integrazione socio-sanitaria, sistematizzando la rete degli interventi socio-sanitari in procedure formalizzate (RM F3, 2012 e 2014 e RM G4, 2014).

Se invece si considerano gli obiettivi che riguardano l’integrazione istituzionale e la sussidiarietà tra Enti e organismi, si contano almeno sette obiettivi particolari:

- assicurare alla definizione e attuazione degli interventi la partecipazione e il contributo dei soggetti pubblici e privati, con riferimento innanzitutto al Terzo settore; (RM G4, 2012)
- consolidare e potenziare il lavoro integrato con il Terzo settore; (RM H3, 2012)
- favorire con ogni mezzo la sussidiarietà orizzontale nella Comunità; (RM G1, 2012);
- favorire il processo di integrazione della cittadinanza nel sistema dei servizi; (RM H2, 2012 e 2014)
- favorire la consapevolezza civile e la partecipazione ai diritti di cittadinanza delle fasce deboli della popolazione; (RM F3, 2012 e 2014, RM G4, 2014)
- facilitare e migliorare il rapporto tra i cittadini e le istituzioni; (RM F3, 2012 e 2014, RM G4, 2014)
- coinvolgere, nella costruzione del bene comune, le forze imprenditive e del mondo for profit (RM G1, 2012).

Gli scopi specifici per singole aree e categorie particolari dell’utenza sono:

- contrastare e prevenire il disagio dei giovani e degli adolescenti aumentando le opportunità di partecipazione; (RM H2, 2012 e 2014)
- dare priorità strategica agli interventi in favore di tutte quelle categorie di popolazione (minori, adulti, anziani) che vivono in condizione di estrema povertà fisica e relazionale; (RM G1, 2012)
- dare risposte per risolvere nuovi problemi e necessità emersi in una società in trasformazione quale quella distrettuale; (RM H3, 2014)
- elaborare politiche e progettare interventi riferiti agli specifici bisogni, tenendo conto anche delle diverse esigenze dell’area territoriale; (RM G4, 2012)
- elevare la qualità della vita: dalle relazioni ai rapporti fiduciari con le Istituzioni; (RM G1, 2012)
- sostenere la famiglia impegnata a sostenere tutte le forme di difficoltà che si presentano nell’arco del ciclo di vita della persona; (RM H2, 2012 e 2014)
- ridurre le disuguaglianze per l’esercizio della cittadinanza; in un’ottica di pari opportunità, vanno pensati servizi per le donne che spesso sono impossibilitate a fruire dei Servizi Sociali, di

inserimento al lavoro, di compatibilità tra il tempo del lavoro e il tempo della famiglia; (RM G1, 2012)

- tutelare le persone portatrici di particolari fragilità (disabili, anziani, minori, etc.) dando voce alle loro esigenze (RM H3, 2014).

Se invece si considera il più generale lavoro sociale, gli obiettivi specifici riguardano il ruolo del Comune capofila, le finalità degli interventi, l'organizzazione dei servizi, la continuità dei servizi stessi o dei livelli di spesa, e elementi di novità:

- attribuire a tutti i comuni e in particolare al Comune capofila, la responsabilità dei singoli progetti operativi; (RM G4, 2012)
- conferire a tutti i servizi erogati una valenza preventiva e non unicamente riparativa o di contenimento dei fenomeni; (RM G1, 2012)
- promuovere e non solo assistere; (RM G1, 2012)
- puntare all'autonomia della persona; in particolare, si ritiene che vadano incrementati e arricchiti i servizi di inserimento socio-lavorativo e la collaborazione con il Centro per l'Impiego; (RM G1, 2012)
- attivare servizi già progettati; (RM H4, 2012)
- consolidare i servizi essenziali già attivati ma che necessitano di una organizzazione e rispondano alla differenziazione dei diversi bisogni; (RM H4, 2012)
- dare continuità ai servizi/interventi in essere, modulandoli in base al profilo dei bisogni emergenti; (RM F3, 2012 e RM G4, 2014)
- mantenere i livelli di spesa precedenti; (RM G2, 2013 e 2014)
- migliorare la rete dei Servizi Sociali e socio-sanitari creata in questi anni, aumentando le possibilità dei cittadini di fruire di un sistema ottimizzato di risorse per le proprie problematiche; (RM H3, 2014)
- ottimizzare le risorse in rapporto ai bisogni, operando azioni di ricerca di fondi aggiuntivi; (RM F3, 2012 e 2014, RM G4, 2014)
- promuovere il senso di comunità; (RM H2, 2012 e 2014)
- promuovere imprenditorialità sociale sia presso le PP.AA., le Istituzioni e il Terzo settore; (RM G1, 2012)
- promuovere nuovi interventi e progetti; (RM H4, 2012)
- puntare alla coesione sociale abilitante per tutti (RM G1, 2012).

Infine, un altro gruppo di obiettivi specifici ha riguardato la gestione e la valutazione dei servizi e interventi, e in particolare:

- rafforzare la *governance* territoriale, nei termini di una maggiore condivisione di obiettivi, tempi, e modalità di attuazione della programmazione tra i diversi attori territoriali; (RM G5, 2014)
- implementare il sistema informativo distrettuale e attività di monitoraggio e valutazione degli interventi attivati; (RM G4, 2012)
- implementare la funzionalità dell'Ufficio di Piano e una gestione integrata e condivisa delle modalità operative dei Servizi Sociali dei singoli Comuni al fine di arrivare all'approvazione di Regolamenti Distrettuali per la gestione dei processi e dei servizi; (RM G2, 2012)
- rendere il Piano di Zona strumento primario di attuazione della rete dei Servizi Sociali e di integrazione socio-sanitaria; (RM G2, 2013 e 2014)

- mettere a sistema un processo di valutazione in itinere che indichi congruità ed adeguatezza rispetto alle esigenze nuove e a quelle già in carico; (RM F3, 2012 e 2014, RM G4, 2014)
- realizzare servizi/interventi sociali e assistenziali distrettuali che garantiscano standard qualitativi omogenei, verificabili e valutabili; (RM F3, 2012 e 2014, RM G4, 2014)
- sostenere l'apertura del Punto Unico d'Accesso con funzione di informazione, orientamento e presa in carico; (RM H2, 2012 e 2014)
- studiare e progettare forme innovative e flessibili di intervento; (RM F3, 2012 e 2014, RM G4, 2014)
- superare la settorializzazione degli interventi, al fine di creare una rete tra tutti i servizi territoriali che intervengano sui disagi delle famiglie in maniera congrua ed unitaria; (RM H3, 2014)
- sviluppare progetti personalizzati per rispondere ai bisogni dei cittadini; (RM H2, 2012 e 2014)
- trasformare i progetti annuali in Servizi Sociali essenziali (RM G2, 2013 e 2014).

Come anticipato, i Piani descrivono un insieme molto vario di obiettivi specifici che mostrano tuttavia aspetti di differenziazione degli approcci programmatori.

5.1.3 La trasformazione dei Progetti in Servizi essenziali

Già la Determinazione della Giunta Regionale numero 172 del 2013, ma in maniera molto più chiara la DGR numero 136 del 2014, prevede la trasformazione dei progetti annuali contenuti nei Piani di Zona in servizi sociali essenziali distrettuali permanenti con esplicito riferimento a quanto contenuto all'articolo 22 della Legge numero 328 del 2000.

Non meraviglia quindi che gli obiettivi indicati dai Piani analizzati, esplicitino chiaramente la strutturazione di un sistema locale di intervento in cui i Progetti siano trasformati in Servizi essenziali a tutti gli effetti.

Ad esempio l'obiettivo prioritario del Piano Sociale di Zona del 2014 del Distretto RM D1, richiamando la situazione di grave crisi economica e sociale che sta attraversando il Paese, in linea con le disposizioni regionali, è la soddisfazione dei livelli essenziali di assistenza attraverso il mantenimento dei servizi fondamentali per il cittadino.

Per raggiungere tale finalità, il Piano prevede di rimandare a un futuro finanziariamente più stabile, l'introduzione di servizi innovativi che rispondono ad esigenze di secondo livello, non di carattere "essenziale".

Per perseguire l'obiettivo della trasformazione da Progetti a Servizi, che costituiscano il cardine del sistema socio-sanitario locale, il Distretto deve ottimizzare le risorse disponibili, evitando duplicazioni di interventi e adottare nuove strategie di messa in rete dei servizi e di implementazione di strumenti di coordinamento, monitoraggio e controllo.

Il caso del Distretto RM D1 non è però isolato nell'indicare il processo di trasformazione. In maniera più semplice anche il Piano del 2012 del Distretto RM F1, partendo dall'analisi dei dati del territorio e dall'individuazione dei bisogni e delle criticità in termini di carenza di servizi, ritiene di individuare quali obiettivi prioritari e strategici per la costruzione di benessere nel Distretto di riferimento, la "continuazione di progetti che ormai sono Servizi". Un altro esempio è quello del Distretto RM H5, che nel Piano del 2014 afferma che «gli obiettivi strategici che ci si

prefigge di raggiungere sono la continuità e il potenziamento dei servizi già attivati nonché l'avvio di nuovi servizi a supporto ed integrazione di quelli già istituiti». Per la stessa annualità del 2014, anche il Distretto RM H6 afferma che, sulla base dell'analisi dei bisogni sociali, assistenziali e sanitari del territorio e della valutazione dei progetti messi in atto nell'anno 2013, di concerto con il Terzo settore e le Organizzazioni Sindacali, si è deciso di confermare i progetti e i servizi in atto: "questo sia per assicurare continuità ai servizi già avviati, sia perché gli stessi rientrano nei livelli dei servizi distrettuali sociali essenziali (articolo 22 Legge numero 328 del 2000)".

Oltre a indicare esplicitamente l'obiettivo della trasformazione e dell'implementazione del Sistema dei Servizi, un'altra modalità, indiretta, per finalizzare le azioni del Piano di Zona è anche quella di definire metodologie di intervento sociale che vedano la presenza di alcuni Progetti in forma stabile. Ad esempio, tra gli obiettivi strategici presentati dal Distretto RM G1 nel 2014, ce ne è uno che stabilisce di "Radicare condizioni istituzionali di coordinamento tra diversi attori della comunità, istituzionali e non solo", oppure il Distretto RM F2, sempre nel 2014, ha stabilito di puntare, con tutte le risorse a disposizione, agli obiettivi chiaramente individuati, eliminando progettualità residuali.

Il Piano diventa quindi l'atto dispositivo per definire il complesso quadro dei Servizi ed interventi sociali del Distretto a carattere essenziale.

5.1.4 L'integrazione funzionale prevista

Un ulteriore punto di attenzione dei Piani riguarda le modalità per garantire in via programmatica l'integrazione tra le prestazioni, tenendo presente che la Legge numero 328 del 2000, all'articolo 19 comma 2, precisa che il Piano di Zona è volto a «*favorire la formazione di sistemi locali di servizi e prestazioni flessibili, stimolando le risorse della comunità locale, [...] qualificare la spesa attivando risorse locali con i soggetti della concertazione (ASL e soggetti del Terzo settore), [...] ripartire la spesa tra i soggetti firmatari, [...] prevedere iniziative di formazione, aggiornamento e progetti di sviluppo dei servizi*». L'analisi ha quindi riguardato anche le modalità per la collaborazione fra servizi territoriali, e con i soggetti che operano nell'ambito della solidarietà sociale e comunità locale nonché le forme di concertazione con l'Azienda USL e con gli enti *non-profit* (genericamente indicati come Terzo settore).

Del resto, i Piani avrebbero potuto esplicitare anche le modalità di realizzazione di un coordinamento con gli organi periferici dell'amministrazione statale, con particolare riguardo ad esempio all'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia. Ma l'unico riferimento, apparentemente, è alla struttura sanitaria e in pochi Piani si fa riferimento all'istituzione scolastica per i Minori. Circa le forme di concertazione con l'ASL, va evidenziato come, in base all'articolo 19 della Legge numero 328 del 2000, «*l'intesa con le aziende sanitarie è prevista in fase prodromica, in quanto ai sensi dell'articolo 19, comma 1°, il Piano di Zona è definito di "intesa" con le ASL per essere poi successivamente "adottato" attraverso un accordo di programma (di cui all'articolo 27 della Legge numero 142/1990, ovvero all'articolo 34 del T.U.E.L.) ai sensi del comma 2° dello stesso articolo*»¹⁸.

¹⁸ Piazza S. (2005), *La Pianificazione*, in Bissolo G., Fazzi L. (a cura di), "Costruire l'integrazione socio-sanitaria", Carocci, Roma, p. 116.

Una esemplificazione molto importante è contenuta nel Piano di Zona del Distretto RM G1 del 2014, dove si riporta lo schema seguente, nel quale vengono indicate le modalità di integrazione tra Ufficio di Piano e altre amministrazioni pubbliche (compresa la sanità).

MISURE DI INTEGRAZIONE DEL SISTEMA DEI SERVIZI

Integrazione socio sanitaria	Integrazione con Istituzioni scolastiche	Integrazione con altri organi dello Stato
<ul style="list-style-type: none"> • Introduzione dei Servizi sanitari nel Comitato Tecnico del PDZ; • Componenti ASL nell'Ufficio di Piano; • Gruppi di lavoro operativi integrati: GILD (disabilità), GILA (anziani), GAG (giovani), GOI (abuso minori); • Formazione congiunta; • Protocolli su specifici ambiti di intervento; • Coinvolgimento nei percorsi di monitoraggio e valutazione. 	<ul style="list-style-type: none"> • Introduzione degli Istituti scolastici nel Comitato Tecnico del PDZ; • Gruppi di lavoro operativi integrati: GILD (disabilità), GAG (giovani), GOI (abuso minori); • Formazione congiunta; • Protocolli su specifici ambiti di intervento; • Coinvolgimento nei percorsi di monitoraggio e valutazione. 	<ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione al Comitato Tecnico del PDZ della Provincia di Roma; • Formazione congiunta ed in collaborazione con Forze dell'Ordine, Garante dell'Infanzia, Regione Lazio; • Percorsi di progettazione condivisa dei diversi Servizi Coinvolgimento nei percorsi di monitoraggio e valutazione.

Non si vuole entrare negli atti amministrativi specifici per garantire sistemi integrati di Servizi ed interventi. Si deve però ricordare che il legislatore della Legge numero 328 del 2000 ha riconosciuto un importante ruolo ai soggetti privati che svolgono la loro attività senza fini di lucro nel campo sociale, inserendoli a pieno titolo nella progettazione partecipata del Piano di Zona. La progettazione partecipata è *«una specifica modalità tecnica per la trattazione di problemi e la costruzione di progetti adeguati alle finalità della Legge»*¹⁹. Il Piano di zona è un atto pianificatorio non unilaterale, un atto di “programmazione negoziata”, in quanto concorrono all’approvazione e alla realizzazione del Piano una pluralità di soggetti, pubblici e privati. La progettazione partecipata è uno stile di intervento che coinvolge attivamente un vasto numero di attori in modo da fornire un diverso apporto alla qualità della progettazione.

Nel trattare le funzioni dei diversi livelli di governo è stato messo in risalto come la Legge numero 328 del 2000, dopo aver individuato i soggetti responsabili del sistema dei Servizi Sociali (articolo 1, comma 3) e avendo indicato i principi basilari “sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza”, al comma 4, individua la molteplicità degli interlocutori che Enti locali, Regioni e Stato, debbono riconoscere e agevolare nell’esercizio di un ruolo partecipativo, nell’ambito delle rispettive competenze.

La partecipazione è un momento fondamentale per la costruzione del Piano di Zona e serve a migliorare le potenzialità del processo progettuale. La progettazione partecipata, rispetto ad altri approcci, comporta il coinvolgimento di un ampio numero di soggetti che operano nella comunità locale. La vicinanza ai problemi dell’utenza da parte di questi soggetti, *«aumenta la possibilità di costruire ipotesi di lavoro e percorsi progettuali più ricchi e adeguati ai problemi e alle domande sociali»*²⁰.

In assenza di indicazioni regionali, la Provincia di Roma ha avuto un ruolo nell’indicare modalità di partecipazione in organismi consultivi, di rappresentanza e di indirizzo. Ha infatti presentato e

¹⁹ Ranci Ortigosa E. 2004, *Il piano di zona*, Carocci, Roma, p. 41.

²⁰ Ranci Ortigosa, 2004, *cit.*, p. 42.

si è fatta promotore presso i diciassette Distretti socio-sanitari del territorio, di un modello di struttura che prevedesse una pluralità di organi a partire dal “Comitato istituzionale” con funzioni di scelta e di indirizzo, al “Comitato tecnico” con funzioni consultive e propositive, all’Ufficio di Piano ed al Coordinatore con funzioni di raccordo, attuative ed amministrative, fino ai Tavoli tematici con funzioni consultive e di raccordo territoriale su aree specifiche.

Si è venuta così, nel tempo, implementando una vera e propria rete di interventi, attori, servizi di carattere sociale. Circa l’implementazione della rete, i Piani avvertono quanto non sia presente e quando sia necessaria. Ad esempio nel Piano del 2012 del Distretto RM F3, si sottolinea la mancanza di partecipazione ai Tavoli tematici, come spazio per il confronto e per far emergere i bisogni. Avendo sollevato tale problematica, si sta cercando di attuare una strategia su due fronti: a livello di Comitato Tecnico, dove sono stati nominati i referenti dei Tavoli tematici, e sono stati coinvolti i rappresentanti del Terzo settore nel riallacciare il flusso di comunicazione con la cittadinanza; a livello del Comitato Istituzionale si stanno organizzando una serie di incontri aperti alla cittadinanza con *focus* sulle diverse tematiche socio-sanitarie.

In altri territori, proprio per la redazione del Piano, il Tavolo è lo “spazio” di programmazione che sembra essere “luogo tradizionale e consolidato”. Nel Piano 2013 del Distretto RM F3 si dice che la convocazione dei Tavoli tematici serve per avere una prima “fotografia” dei bisogni sociali dei vari *target*, principalmente fornita da Terzo settore e per avere inoltre un *feedback* sulla conoscenza dei servizi socio-assistenziali da parte dell’utenza. Anche nel caso del Distretto RM F3 la partecipazione, per mancanza di tempo, ha fatto sì che non fosse stata adeguatamente garantita e abbia poco inciso.

La redazione partecipata e condivisa di parti del Piano è quindi non solo obbligo di Legge, ma anche condizione perché risponda alle esigenze dei territori che deve rappresentare e sui quali deve intervenire.

5.1.5 Le fonti informative

Dal punto di vista redazionale, i Piani analizzati fanno riferimento a forme di rilevazione dei dati nell’ambito del sistema informativo, che come è noto non ha caratteristiche di omogeneità nell’area regionale (e nazionale), e, pertanto rappresenta un elemento interessante di analisi comparativa territoriale. Un ulteriore elemento generale di analisi della progettazione sottesa dai Piani dei diciassette Distretti analizzati, riguarda il Sistema informativo distrettuale.

Anzitutto, il Sistema informativo sociale, secondo quanto ben espresso dal Piano del 2014 del Distretto RM G5, fornisce informazioni utili in fase di programmazione locale, costituisce un supporto al monitoraggio per l’attuazione del Piano di Zona e dei singoli progetti. Attraverso il Sistema informativo, inoltre, gli operatori territoriali condividono informazioni: si rinforza di fatto il sistema integrato degli interventi e dei servizi ponendo come punto centrale il lavoro di rete. Le informazioni prodotte possono essere utilizzate a più livelli e con diverse finalità. Ad esempio a livello disaggregato - qualitativo - per monitorare situazioni di cambiamento sulla condizione di bisogno registrate per ogni singolo caso seguito dai servizi territoriali (tale utilizzo è indispensabile alla professionalità degli Assistenti Sociali). A livello aggregato - quantitativo - per monitorare servizi, condurre indagini conoscitive e descrittive finalizzate all’analisi dei bisogni, tracciare profili e individuare *target* di utenti per i quali progettare risposte e interventi sempre

più rispondenti ai bisogni registrati. Tale utilizzo dei dati è fondamentale ai servizi organizzativi e di coordinamento, come gli *Uffici di Piano*.

Inoltre il Sistema Informativo produce dati gestionali e migliora alcuni aspetti organizzativi, in quanto l'informatizzazione, attraverso la raccolta sistematica dei dati, elabora informazioni sociali. A loro volta, i dati producono informazione se organizzati e interpretati, così trattati descrivono e attribuiscono significato ai dati grezzi che da soli non mostrerebbero relazioni e non spiegherebbero eventi o fenomeni. A tal fine è necessario che i dati presentino almeno le seguenti caratteristiche di base: completezza (il dato deve essere organizzato in modo da raccogliere gli elementi necessari), omogeneità (il dato deve consentire la confrontabilità dei concetti), e verificabilità (i metodi e strumenti devono essere omogenei e condivisi tra gli operatori abilitati alla raccolta). In sostanza la configurazione del Sistema Informativo parte dall'offerta dei servizi distrettuali secondo una classificazione concettuale; inoltre la configurazione del sistema utilizza l'individuazione del fabbisogno conoscitivo e dalla relativa costruzione degli strumenti di rilevazione per il sistematico inserimento dei dati; l'ambiente di lavoro è costituito dagli operatori connessi al sistema e il flusso delle informazioni.

Inoltre, come evidenziato dal Distretto RM F1 nel Piano del 2013, il Servizio Sociale dei Comuni è il canale istituzionale prioritario per un cittadino che ha bisogno di un aiuto, sia per competenze normative sia per la radicata diffusione su base comunale; rappresenta quindi un osservatorio privilegiato per cogliere la dimensione e le caratteristiche delle situazioni personali e familiari, in particolare quelle più disagiate. Cogliere le problematiche delle persone che si rivolgono al Servizio Sociale è sicuramente strategico per comprendere i bisogni della popolazione, anche se in modo indiretto attraverso l'analisi e la riflessione sui dati dell'utenza di cui si prende cura.

Un contributo importante sul tema viene dato dal Distretto RM G3 nel Piano Sociale dell'anno 2014 qui riportato fedelmente.

BOX – La definizione del Sistema informativo sociale così come previsto dal Distretto RM G3

L'esperienza di gestione del Piano di Zona nell'ambito del Distretto Sociosanitario 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 socio-sanitario 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 socio-sanitari 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 socio-sanitario” dovrebbe, 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, un adeguato Sistema Informativo Sociale Distrettuale.

[...] 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. [...]

La realizzazione di un Sistema Informativo Sociale, 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 e 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 Sistema Informativo 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, *Basi di Dati: Concetti, Linguaggi e Architetture*, McGraw-Hill Italia, Milano). Un Sistema Informativo 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 Sistema Informativo e sistema informatico o gestione informatizzata del dato/informazione. Il sistema informatico è, infatti, l’insieme degli strumenti per la gestione automatizzata di un Sistema Informativo che senza dubbio costituisce un importante elemento per l’implementazione del Sistema Informativo ma non è esattamente sovrapponibile ad esso. Un Sistema Informativo 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 Sistema Informativo

costituisce una risposta concreta, tangibile ed operativa a quanto la Legge numero 328 del 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. [...]

Una delle esigenze cui i Sistemi Informativi 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.

5.1.6 Il sistema di valutazione previsto

Strettamente collegato alla raccolta e al trattamento delle informazioni, è l'attività di valutazione e di monitoraggio.

Rispetto alla valutazione dei progetti, il Piano del 2014 del Distretto RM G5 prevede che sia un'attività strutturata con specifiche attività. Per essere chiaro, il Piano richiama la definizione di Bezzi che dice che *«la valutazione è principalmente (ma non esclusivamente) un'attività di ricerca sociale applicata, realizzata, nell'ambito di un processo decisionale, in maniera integrata con le fasi di programmazione, progettazione e intervento, avente come scopo la riduzione della complessità decisionale attraverso l'analisi degli effetti diretti e indiretti, attesi e non attesi, voluti o non voluti, dell'azione, compresi quelli non riconducibili ad aspetti materiali; in questo contesto la valutazione assume il ruolo peculiare di strumento partecipato di giudizio di azioni socialmente rilevanti, accettandone necessariamente le conseguenze operative relative al rapporto fra decisori, operatori e beneficiari dell'azione»*²¹. Con tale visione, il processo valutativo coinvolge tutti gli *stakeholder* a vario titolo impegnati nel Piano di Zona e nei singoli Progetti di intervento. L'approccio alla valutazione impostato dall'Ufficio di Piano del Distretto RM G5, è orientato al coinvolgimento attivo dei vari attori delle politiche sociali, in modo da porre le basi di un integrato lavoro di programmazione, progettazione e *governance* del sociale. Secondo tale approccio, con la valutazione si può supportare il livello decisionale relativamente agli interventi da introdurre per migliorarli anche a partire dalla raccolta del materiale informativo dei Progetti stessi: documenti amministrativi (affidamenti, rendicontazione, etc.),

²¹ C. Bezzi, 2014, *La valutazione dei servizi alla persona*, disponibile su www.valutazione.it

progetti, relazioni, materiali prodotti in fase di attività, etc., raccolta di dati da inserire nel Sistema Informativo Distrettuale (SID) per successive elaborazioni.

Come già affermato con le parole del Piano del Distretto RM G5 del 2014 il processo valutativo coinvolge tutti gli *stakeholder*: decisori politici, dirigenti e funzionari amministrativi, Ufficio di Piano (deputato al monitoraggio e alla valutazione), operatori e personale tecnico, Enti gestori, destinatari diretti degli interventi. In particolare la funzione specifica è quella del **monitoraggio**. Secondo una procedura finora utilizzata e in parte descritta nel Piano del Distretto RM G2 del 2013, il monitoraggio dei progetti avviati a livello Distrettuale è svolto generalmente dal Comitato Tecnico Integrato e dai gruppi di lavoro specifici, organizzati in relazione all'avvio dei singoli servizi/progetti. L'attività di monitoraggio si concretizza attraverso la compilazione di *report* da parte degli organismi che realizzano direttamente il servizio e momenti di confronto diretto tra operatori comunali e operatori degli organismi affidatari.

Nei territori, ad esempio il Distretto RM H2 secondo quanto riferito al 2014, il sistema di controllo dei servizi presenti nel Piano di Zona avviene con diverse modalità: anzitutto il Comune Capofila di progetto controlla e verifica che l'affidatario del progetto sia in regola a livello amministrativo-gestionale con quanto esplicitato in sede di gara d'appalto durante tutto il periodo dell'affidamento del servizio; poi il Distretto, attraverso l'*Ufficio di Piano*, effettua un monitoraggio dei servizi attraverso Report sulle attività svolte provenienti dai servizi attivati con i fondi del Piano di Zona, ed effettua annualmente una verifica dei risultati raggiunti. Eppure il Distretto RM H5 nel Piano del 2014 evidenzia che in modo specifico per la realizzazione della valutazione dei servizi e/o interventi in atto, è necessario fare una osservazione metodologica: la prassi di valutazione dovrebbe prevedere l'espletamento da parte di un nucleo di professionisti diversi dalle figure coinvolte, a qualsiasi titolo, nella gestione dei servizi stessi.²² Pertanto buona pratica sarebbe un gruppo valutativo esterno per valutazioni multidisciplinari, bilancio *input-output*, bilancio costi/benefici, *case-analysys*, ma data l'esiguità delle risorse, sia in termini economici sia rispetto al personale, la valutazione è parzialmente svolta dagli operatori dei servizi territoriali coinvolti, che utilizzano vari strumenti di valutazione/monitoraggio, come ad esempio: supervisione indiretta sui singoli interventi e sul P.A.I.; supervisione sull'andamento del servizio e/o intervento; revisione *in itinere* degli interventi; verifica della congruenza tra risultati e obiettivi; analisi a posteriori di costi/benefici e di criticità emerse nell'intervento; valutazione del cambiamento promosso con un progetto e con i singoli interventi; report al Comitato Istituzionale dell'Accordo di Programma per valutazione dei servizi/interventi in relazione al piano delle politiche sociali stabilito; Sistema di controllo gestione e raggiungimento obiettivi operativi (verifica previsione prestazioni/erogazione prestazioni di tipo quantitativo e relazioni scritte degli operatori); riunioni su servizi/interventi specifici.

L'attività di verifica tramite riunioni è anche la via principale per garantire il monitoraggio dei progetti nel Distretto RM H1 secondo quanto riferito nel Piano del 2013: le riunioni specifiche di *équipe* sono composte nella quasi totalità dei casi dagli operatori dei Comuni e della ASL insieme a rappresentanti del Terzo settore nei casi in cui il servizio è affidato all'esterno. Sono previsti per ogni progetto degli obiettivi generali e specifici il cui grado di raggiungimento è misurato attraverso idonei indicatori di risultato e di processo. Oltre alle riunioni, sembrano risultare utili, anche per valutare l'impegno e la bontà del lavoro degli Enti gestori, i questionari somministrati agli utenti o ai familiari degli utenti: dalla lettura dei dati si possono infatti trarre utili indicazioni

²² Peraltro, nel Distretto RM H3 nel Piano del 2014 si dice che proprio per migliorare le prassi valutative e per aggiornare in maniera sistematica le conoscenze sui bisogni territoriali è stato avviato il progetto "Conoscere per Crescere" (finanziato con i fondi del Piano di Zona 2013), in collaborazione con il CNR- ISTITUTO DI RICERCHE SULLA POPOLAZIONE E POLITICHE SOCIALI.

non solo sull'efficacia dell'intervento, ma anche su eventuali modifiche o migliorie da apportare al servizio.

Ma uno strumento che si rivela sempre più adeguato è quello descritto nel Piano del Distretto RM G6 nell'annualità del 2013 e ha a che fare con l'*Osservatorio Sociale* dell'Ufficio di Piano. Esso infatti predispone il Piano di Monitoraggio e Valutazione dei Servizi del Piano, con l'obiettivo di analizzare, da un punto di vista quali-quantitativo, i servizi attivi del Piano di Zona, verificando l'appropriatezza degli interventi, la loro efficacia ed efficienza: in una parola, testare la qualità del Servizio. Questo tipo di attività, benché non direttamente fruibile dall'utente, è connessa con la gestione dei servizi sul territorio e viene effettuata tramite azioni di osservazione costante sul campo, attraverso la costituzione e la gestione di una banca dati e mediante il monitoraggio, indagando le diverse fonti a disposizione (in particolare i Servizi Sociali e gli Enti Gestori). L'Osservatorio Sociale dell'Ufficio di Piano, svolge poi attività di controllo, monitoraggio e valutazione, a cadenza semestrale, con la stesura di Report, che consentono agli enti sottoscrittori dell'Accordo di Programma (Comuni, ASL, Comunità Montana) e agli altri *stakeholder* di prevedere, eventualmente, opportune azioni correttive e/o migliorative nel corso dell'anno di riferimento. Il sistema di monitoraggio e valutazione tiene conto della presenza e delle caratteristiche del soggetto erogatore dei Servizi e della necessità di specificare gli obiettivi di valutazione dell'efficacia, dell'efficienza e dell'appropriatezza delle prestazioni fornite.

Infine, sempre rispetto al tema del monitoraggio, come indicato dal Distretto RM H3 nel Piano del 2014, ciascun progetto ricompreso nel Piano di Zona e nei piani specifici avrà un proprio sistema di valutazione specifico, comprendente indicatori quantitativi (quali ad esempio numero degli utenti, numero dei contatti, etc.) e qualitativi (valutazioni degli utenti rispetto alla situazione iniziale, modifiche alla rilevanza del problema dopo gli interventi). L'Ufficio di Piano ha la responsabilità della valutazione generale e dell'attuazione dei Piani stessi, nonché della raccolta di tutti i dati necessari ad effettuarle.

5.1.7 L'applicazione delle disposizioni regionali

Un'ulteriore tema, sempre, relativo all'attività di progettazione condotta e che ha a che fare con la trasposizione delle disposizioni regionali per l'utilizzo dei fondi, riguarda l'applicazione delle procedure indicate, in particolare, dalla DGR numero 136 del 2014.

Al riguardo, il Piano di Zona del Distretto RM F3 relativo al 2014, mostra le differenze con gli aggiornamenti durati fino all'ottobre 2013, e relativi ad un sistema portato a regime nel decennio 2001/2010. Non erano previsti infatti radicali cambiamenti sia in ambito progettuale sia nell'erogazione dei servizi sovra-comunali. Invece con le innovazioni poste dalla DGR numero 136 del 2014 si è dovuto operare una riconversione di ciò che fin ad allora era stato fatto. Le disposizioni regionali hanno trasformato in breve tempo non solo modalità di organizzazione del Piano di Zona e l'articolazione dei Progetti all'interno delle Misure, ma anche le azioni di programmazione a livello tecnico e a livello istituzionale. Nel Distretto RM F3 sono stati perciò organizzati numerosi incontri di consultazione (Comitato Istituzionale, Comitato Tecnico, con le Assistenti Sociali dei Comuni e del personale dell'Ufficio di Piano), nonché una presentazione pubblica delle linee programmatiche del Piano rivolta in particolare agli organismi del Terzo

settore. Le consultazioni hanno fatto emergere una serie di innovazioni: è stato rinnovato l'*Accordo di Programma* tra i comuni del Distretto, la ASL e la Provincia di Roma, per dare la necessaria continuità formale alla gestione del sistema dei servizi/interventi del Distretto, nelle more della realizzazione di una gestione associata più complessa e formalmente più definita. Contestualmente è stato avviato uno studio per l'elaborazione di una *convenzione* tra i Comuni per la gestione dei Servizi Sociali, anche grazie al supporto ricevuto dal *Tavolo* istituito sul tema dalla Regione Lazio. Il Piano del 2014 ipotizza, sempre per il Distretto RM F3, preso ad esempio, che una significativa innovazione operativa e gestionale sarebbe la realizzazione del Servizio Sociale distrettuale, all'interno del quale confluiscono tutte le risorse (economiche e strumentali) e gli operatori dei Servizi sociali comunali. Si tratta del primo sostanziale dispositivo per l'integrazione dei Servizi Sociali professionali territoriali, che ha stimolato un'ampia trattazione sulle modalità di realizzazione e su quelli che sono i passaggi tecnici necessari, come un modello di cartella unica e un formulario di richiesta d'accesso unico per tutti i servizi distrettuali. L'esempio del Distretto RM F3 mostra chiaramente come ogni territorio si sia trovato a personalizzare le disposizioni regionali, in un quadro di cambiamento che faceva memoria delle esperienze passate e delle analisi necessarie.

5.1.8 Gli elementi innovativi nella progettazione

Infine l'ultimo ambito di analisi della progettazione dei cinquantuno Piani di Zona distrettuali ha riguardato gli elementi di innovazione, ovvero gli aspetti innovativi descritti dai Piani stessi. Si tenga presente che una voce specifica dello schema di Piano descritto secondo la DGR numero 136 del 2014 (al punto 9, per l'esattezza) prevedeva espressamente di indicare le innovazioni prodotte o ricercate dalla programmazione locale. I Piani analizzati presentano aspetti innovativi differenti (come è logico che sia).

Un primo esempio è rappresentato dal Piano del 2013 del Distretto RM G6 (peraltro ripreso nel 2014) che esplicita chiaramente le aree di innovazioni possibili in tre ambiti. Il Piano individua un ambito di innovazione nell'area funzionale a supporto della Pianificazione, programmazione e controllo, un altro in quella della Erogazione e gestione dei Servizi Sociali, e infine in quella della Informazione a supporto del cittadino e degli operatori sociali. Nello specifico, per l'area di Pianificazione, programmazione e controllo, l'innovazione è rappresentata da un insieme di soluzioni per gli Enti di governo, ed in particolare: l'attivazione dei Tavoli Tematici (comune peraltro a molti altri Distretti) e la Reportistica dei servizi. Circa l'Attivazione dei Tavoli Tematici che, a supporto del processo di costruzione e realizzazione del Piano di Zona, si configurano come dei veri e propri laboratori di co-progettazione, spazi permanenti di confronto, studio e di approfondimento. Essi sono stati individuati in base a quanto disposto dall'articolo 10 dell'Accordo di Programma del Distretto Socio-Sanitario e sono i seguenti otto: 1 – Tavolo Tematico "Responsabilità Familiari/Minori"; 2 – Tavolo Tematico "Politiche Giovanili"; 3 - Tavolo Tematico "Anziani"; 4 – Tavolo Tematico "Disabili"; 5 – Tavolo Tematico "Esclusione Sociale"; 6 – Tavolo Tematico "Immigrazione"; 7 – Tavolo Tematico "Disagio Mentale"; 8 – Tavolo Tematico "Tossicodipendenze". I partecipanti ai Tavoli Tematici si possono suddividere in due gruppi: Rappresentanti Istituzionali (il Referente del Tavolo e il Vice Referente, facenti parte del Comitato Tecnico, i Referenti individuati dalla ASL e i Referenti della Provincia di Roma) e

Rappresentanti non Istituzionali (comprendono i soggetti del Terzo settore che ne hanno fatto richiesta, i rappresentati dei Sindacati, nonché alcuni rappresentanti di categoria professionali o di privati *for profit*). Circa la Reportistica dei servizi, strettamente legata all'attività dell'Osservatorio Sociale dell'Ufficio di Piano, si articola in quattro aspetti: il confronto circa la progettazione dei sei Distretti Socio-Sanitari della ASL (detta anche attività di *benchmarking*), il profilo dell'utenza e del *target* della domanda sociale pervenuta ai Servizi, il *target* dell'offerta relativo al personale impiegato ed ai servizi erogati, e infine, l'analisi degli indicatori qualitativi relativi alle funzioni espletate dai Servizi. Rispetto all'Erogazione e gestione dei Servizi Sociali, secondo ambito di innovazione funzionale, essa si realizza attraverso i seguenti tre strumenti: il *Piano Personalizzato di Intervento* (PPI), la *Cartella Sociale* e i *Regolamenti dei servizi*. Circa l'Informazione a supporto del cittadino e degli operatori sociali, vengono proposti: il *Sito Web*, la *Brochure* dei servizi, l'Opuscolo "*Distretto in cifre*", la *Guida ai servizi per immigrati*, le *Giornate di studio* (dal titolo "*Pensare Welfare Sociale*") quali strumento di programmazione partecipata per il coinvolgimento del Terzo settore e dei cittadini alla programmazione dei servizi, insieme ai lavori dei Tavoli Tematici.

Come si è cercato di mostrare, il Piano del Distretto RM G6 sintetizza gran parte degli strumenti di innovazione, alcuni dei quali si riscontrano anche in altri Piani, relativi ad altri Distretti. In particolare, ad esempio, il Piano del 2012 del Distretto RM H5 prevede l'adozione di documenti a valenza distrettuale quali: il *Regolamento Assistenza domiciliare*, il *Protocollo Accoglienza Alunni non Italiani*, le *Linee Guida Borse Lavoro*, le *Linee guida per l'inserimento degli utenti presso la Casa famiglia*, il *Protocollo d'Intesa per l'attivazione del PUA*, il *Servizio di Segretariato Sociale/PIS attivo* con sedi dislocate presso i *partner* del Distretto (ASL, Comuni).

In maniera complementare anche quanto previsto nel Distretto RM H3 e contenuto nel Piano del 2013, in cui si prevede: l'istituzione di "*Elenco associazioni, cooperative e altri organismi di Terzo settore operanti nel Distretto Socio Sanitario RM H3*", allo scopo di censire le risorse del territorio, facilitare il loro coinvolgimento nella programmazione per una interazione sempre più proficua con i servizi distrettuali.

Sempre in tema di documentazione nel Piano del 2012 del Distretto RM G5 si dice che il lavoro realizzato per la costruzione e la realizzazione del Piano di Zona ha prodotto una serie di strumenti operativi nel tempo, che si sono affinati e adattati all'implementazione dei servizi e alle specificità dei progetti. Gli strumenti che costituiscono un vero "modello operativo distrettuale" sono: le *Unità Valutative per la valutazione socio-sanitaria e la presa in carico e la redazione del Piano Individuale di Intervento*, la *Cartella socio-sanitaria utente*, le *Visite domiciliari*, il *Sistema Informativo Distrettuale* (SID), strumenti ai quali si aggiungono gli incontri e le *Riunioni periodiche* dei Gruppi di lavoro e le *Relazione periodiche* degli Enti gestori.

Ancora in tema di documentazione ufficiale, anche altri territori si sono dotati di propri documenti ufficiali. Nel Piano del Distretto RM F4 e relativo all'anno 2012, con l'obiettivo di garantire l'attuazione dei servizi e interventi sociali previsti, il Comitato Ristretto dell'Accordo di Programma ha previsto l'adozione dei seguenti regolamenti: *Regolamento per il funzionamento della "Struttura di Piano"*, *Regolamento del Comitato Istituzionale per l'Accordo di Programma* e *Protocollo d'Intesa con le Organizzazioni Sindacali*. Sempre nel 2012, nel Distretto RM F2 sono stati istituiti due distinti *Albi di accreditamento* distrettuale: il primo riguarda i soggetti giuridici che vogliono partecipare non solo alla progettazione ma anche all'affidamento dei progetti, servizi ed attività; il secondo riguarda gli organismi del volontariato, dell'associazionismo, del mondo sindacale che vogliono partecipare alla progettazione, alla consultazione, alla valutazione dei bisogni del territorio. I due Comuni componenti il Distretto inoltre hanno condiviso la

disciplina di accreditamento per i servizi di *Assistenza Domiciliare* con un'unica modalità operativa su tutto il territorio distrettuale, pur essendo distinte le fonti di finanziamento (rimaste comunali).

Sugli strumenti operativi ci sono apporti significativi anche in altri Piani di Zona. Ad esempio nell'annualità 2014 del Distretto RM G4 ci si propone di sistematizzare interventi già sperimentati nelle annualità precedenti quali: i *Gruppi di lavoro integrati* tra Servizio sociale e coordinatori Servizi domiciliari a cadenza trimestrale per il monitoraggio degli interventi ADI e ADEM, la *Supervisione professionale degli Assistenti Sociali* svolta con l'ausilio dell'Ordine Regionale Assistenti Sociali, la *Formazione degli Assistenti Sociali* svolta con l'ausilio dell'Ordine Regionale Assistenti Sociali e l'istituzione del G.O.I. - *Gruppo operativo integrato per la prevenzione ed il trattamento di situazioni di maltrattamento e abuso*.

Le innovazioni del "sistema Distretto", come viene detto nei Piani del 2012 e del 2013 del Distretto RM H2, riguardano tutte le fasi del processo che perviene all'attivazione del servizio per il cittadino-utente. Si parte dal processo pianificatorio e di programmazione (attuato con la collaborazione di professionisti comunali e della ASL), fino ad arrivare a quello di controllo: l'integrazione comporta che i decisori politici abbiano l'opportunità di avere soluzioni integrate a supporto dei bisogni che emergono. Inoltre, l'erogazione dei servizi pone al centro il cittadino-utente, che nella maggior parte dei casi usufruisce del servizio con interventi mirati attraverso *Piani Individualizzati*. Infine, l'informazione a supporto della cittadinanza più ampia e di tutti gli operatori è stata effettuata con la realizzazione di una *Carta dei Servizi distrettuali*.

Ma anche la definizione di un'unica sede operativa con conferimento del personale degli Enti afferenti al Distretto (Comuni e ASL) rappresenta, per Distretto RM H3 nel 2012, una possibilità di risposta adeguata ai bisogni della cittadinanza.

Ma sembrano essere due gli aspetti che rendono adeguato l'accesso dell'utenza al sistema locale di welfare: il sistema informativo e il *Punto Unico di Accesso*. In particolare rispetto al PUA, nel Distretto RM H3, è stato attivato proprio come elemento di raccolta dei dati delle informazioni da versare nel *Sistema informativo*. Anche nel 2012 il Distretto RM H1 ha approvato il *Protocollo di intesa per il funzionamento del Punto Unico di Accesso*. Tutti i rappresentanti degli Enti pubblici coinvolti nell'Accordo di Programma lo hanno poi sottoscritto. Attraverso le procedure operative sono stati specificati alcuni dettagli e reso concretamente funzionante il PUA.

I documenti analizzati evidenziano aspetti interessanti di cambiamento istituzionale, processo ancora in discussione e in corso.

Non meraviglia quindi che con i caratteri dell'innovazione programmatica, nel 2014 nel Piano del Distretto RM H6, si dica che i due Comuni principali, così come previsto dalla programmazione regionale, stipuleranno la *Convenzione per la gestione associata* dei Servizi Sociali dell'ambito territoriale del Distretto Socio – Sanitario. Il passaggio successivo riguarderà l'attuazione del *Regolamento di Organizzazione e del Funzionamento dell'Ufficio di Piano*. Soluzione diversa riguarda sempre nel 2014 il Distretto RM G4, dove si sta ragionando sul futuro assetto organizzativo del Distretto, ponendo sempre più l'attenzione sulla costituzione di una *Azienda Speciale per i Servizi Sociali*, che raccolga tutte le attività di carattere sociale anche quelle attualmente ancora di interesse solo comunale. Inoltre nel Piano del 2014 del Distretto RM G1 si ipotizza l'istituzione di una *Agenzia di Sviluppo Locale*.

Infine si evidenziano alcune indicazioni circa ulteriori elementi innovativi: per il Piano del Distretto RM G1 nell'annualità 2012 (e ripresa anche in quello del 2013), si prevede la possibile fruizione di una nuova figura di operatore sociale, di per sé atipica, come il *Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza*. Mentre per il Distretto RM G2 nel Piano Sociale del 2014 si prevede di incrementare la fruizione informatica di alcuni servizi, attraverso, ad esempio, la creazione del *portale informatico* per il *Segretariato sociale*, che potrà garantire un facile accesso ad informazioni sui servizi e alla modulistica.

Le soluzioni organizzative e le nuove disposizioni regionali, presenteranno nel prossimo futuro della programmazione distrettuale, scenari di innovazione e di cambiamento non soltanto dei Servizi sociali, ma soprattutto delle funzioni attribuite al personale e alle Istituzioni preposte al coordinamento e all'implementazione del Piano di Zona.

5.2 Analisi dei progetti presentati

L'analisi dei progetti è una metodologia di valutazione, che consente di studiare quali siano gli interventi sociali definiti e programmati. Conoscendo gli interventi, si hanno infatti degli elementi di verifica di quanto vengano soddisfatti i bisogni individuati e descritti nelle parti introduttive dei Piani Sociali di Zona. Inoltre, considerato che il Fondo Nazionale delle Politiche Sociali finanzia i progetti e non l'attività di intervento sociale, è proprio analizzando progetti che si hanno le informazioni necessarie per conoscere la destinazione degli impegni economici riservati alle politiche sociali a livello locale.

La presente analisi, tuttavia, non si limita a descrivere i progetti presentati nei Piani, ma tenta di leggerli sia in maniera trasversale nei vari territori, sia in maniera orizzontale rispetto alle sei aree di intervento. Emergerà quindi un quadro costituito da "vuoti" e da "pieni", e verranno evidenziati soprattutto gli ambiti che sono oggetto di maggiore progettazione e di interventi.

Una ulteriore chiave di lettura della presente parte del *Rapporto sulla Condizione Sociale del territorio della provincia di Roma: elementi di analisi e pianificazione nei Distretti socio-sanitari*, concerne le possibili risposte ad una serie di domande che si possono porre sia i progettisti sia le Amministrazioni pubbliche. Si tratta di questioni che possono rientrare nelle analisi circa l'efficacia della progettazione, ad esempio:

- Per un progetto di inserimento sociale di disabili è più conveniente per la collettività un determinato servizio a scuola, in famiglia o in un centro diurno? individuale o collettivo?
- Con riferimento alla realizzazione di servizio di orientamento per disoccupati, quali varianti di progetto sono state realizzate nei territori che contribuiscono a creare maggior valore per la collettività?
- Qual è il beneficio associato ad un nuovo sportello informativo, anche tenendo conto degli effetti diretti, indiretti e indotti dal progetto sui territori circostanti?
- Avendo diverse opzioni alternative di progetto per cittadini stranieri, quali sono quelle che presentano maggiori profili sull'integrazione? A quali dovrebbe essere assegnato un livello di priorità maggiore?
- Qual è il livello di utilità collettiva, intesa in termini economici, sociali ed ambientali, connesso all'implementazione di determinate politiche di sostegno alla famiglia? E al Terzo settore?

Queste sono alcune domande alle quali l'analisi dei progetti riesce a fornire risposte che andrebbero però completate con una ricerca valutativa maggiormente approfondita che non è stato possibile compiere nel tempo di realizzazione del presente Rapporto. Una buona analisi dei progetti allargata alle componenti ambientali e territoriali potrebbe essere in grado di stabilire - attraverso l'utilizzo di indicatori socio-demografici - oltre ai contenuti della progettazione, anche quali categorie di soggetti o aree di intervento o Distretti ricevano benefici o siano ambito di progettazione, quantificando i singoli impatti che derivano dalla realizzazione degli interventi, distinguendoli in impatti sociali, territoriali e di contesto.

Si ritiene pertanto che anche questa parte possa essere un riferimento importante sia in ottica valutativa, ma soprattutto in una visione di programmazione futura delle attività nei Distretti socio-sanitari, come primo esempio metodologico di analisi dei Piani di Zona nella Regione Lazio.

5.2.1 Progetti dell'Area Povertà e disagio sociale

Partendo ad analizzare l'elenco dei progetti dell'area Povertà e Disagio sociale, che - si ricorda - comprende anche gli interventi per la Tossicodipendenza, la progettazione in questa area riguarda fondamentalmente interventi di sostegno economico (contributi economici), oppure finalizzati al superamento di problemi abitativi. In particolare nei piani dell'annualità 2014, che prevedeva specificatamente interventi di tale tipo, sono 14 i Distretti che hanno presentato contro il disagio abitativo.

Considerando in maniera specifica le singole aree territoriali, non risultano progetti da ricondurre in questa area nelle annualità 2012 e 2013 nell'area Distrettuale RM F, mentre nell'annualità 2014 tutti e quattro i Distretti dell'area hanno presentato progetti di contrasto al disagio abitativo. Da segnalare come progetto innovativo, sempre nel 2014, nel Distretto RM F3 il progetto denominato *"Sviluppa- Rete per la gestione di progetti di inclusione sociale e Rete per la gestione di progetti di inclusione sociale e lavorativa di persone con problematiche di dipendenza"*.

Nell'area Distrettuale RM G i sei Distretti hanno elaborato diversi tipi di progetti, vi rientrano anche gli inserimenti lavorativi del Distretto G6 nel 2013 e 2014, il Piano distrettuale dei *"Piccoli comuni"* sempre nel RM G6 e anche nel RM G1 nel 2014, il progetto *"Last minute market food"* del Distretto RM G1 del 2012, 2013 e 2014.

Passando all'area Distrettuale RM H si è avuta, nel 2014, una sostanziale omogeneità nella definizione delle proposte progettuali, che per quell'annualità hanno riguardato interventi di contrasto al disagio abitativo, interventi di contrasto alla povertà, e interventi di contrasto alle dipendenze, presenti in tutti e sei i Distretti. In particolare si consideri che rispetto al contrasto alla dipendenza, il Distretto RM H1 ha attivato un progetto denominato *"Giralana-Giralavoro"*, il Distretto H2 le *Borse lavoro*, il Distretto RM H4 ha lavorato sulla prevenzione nelle scuole, il Distretto H6 sul reinserimento lavorativo. Tra i progetti innovativi dell'area si deve citare la misura del Reddito minimo di inserimento prevista nel 2012 e 2013 nel Distretto RM H1, e *"Ricomincio da me"* attività di formazione prevista nel 2014 nel Distretto H3 che aveva programmato il progetto *"Passo dopo passo"* nel 2012 e 2013. Si ricorda anche il Centro di Prima accoglienza diurno *"il Girasole"* nel Piano del 2012 del Distretto RM H1.

Prima di analizzare gli Schemi sottostanti che riportano in maniera comparata , i titoli/gli argomenti dei progetti, rispetto ai territori e nei vari anni, è utile ricordare che in alcuni casi si è considerato l'argomento come indicazione per confrontare i progetti nei vari territori, anche se il

titolo del progetto apparentemente indicasse altro: nei casi in cui – ad esempio – il progetto già nel titolo richiama una fonte di finanziamento (ad esempio “Fondi per i Piccoli comuni”) e non il servizio (ad esempio l’Assistenza domiciliare che però viene finanziata con il Fondo Piccoli Comuni), si considera come le Fonti completino l’offerta del servizio e quindi generalmente saranno inseriti tra i servizi e non come voce a parte (ad esempio “Fondo Piccoli Comuni”).

Schema relativo all’articolazione dei progetti di contrasto della Povertà e del Disagio Sociale nel Distretto ASL RM D1

Progetti	D1		
	2012	2013	2014
Contrasto al disagio abitativo			X
Contrasto alle tossicodipendenze	X		
Contrasto alla povertà	X	X	
Contributi economici ad integrazione del reddito familiare			X
Prevenzione e orientamento socio lavorativo			X
Interventi di sostegno attivo al reinserimento lavorativo			X
Riduzione del danno e dei rischi sociali per le persone dipendenti attive			X

Schema relativo all’articolazione dei progetti di contrasto della Povertà e del Disagio Sociale nell’area distrettuale ASL RM F

Progetti	F1			F2			F3			F4		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Contrasto al disagio abitativo			X			X			X			X
Contrasto alle dipendenze			X			X						X
Contrasto alla povertà			X			X			X			X
Sviluppa – Rete per la gestione di progetti di inclusione sociale e lavorativa									X			
Contratto-Ospitalità temporanea						X						
Punto e a capo – Piano del Distretto ASL RM F2 per prevenire e contrastare dipendenze da droga e alcool						X						

Schema relativo all'articolazione dei progetti di contrasto della Povertà e del Disagio Sociale nell'area distrettuale ASL RM G

Progetti	G1			G2			G3			G4			G5			G6		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Attività risocializzanti per utenti a rischio di esclusione sociale			X															
Borse lavoro										X								
Centro Diurno per persone con problemi di abuso di sostanze			X															
Contrasto al disagio abitativo			X			X			X			X			X			X
Contrasto all'emarginazione e al disagio sociale nei piccoli comuni									X									
Contrasto alla povertà						X			X			X		X				
Contrasto alle dipendenze		X	X			X						X			X			X
Inserimenti lavorativi																X	X	X
Last minute market	X	X	X															
Percorsi di inclusione sociale			X															
Piano Piccoli Comuni					X													X
Servizio integrato orientamento lavoro	X	X																
Step by step - Prevenzione			X							X								

Schema relativo all'articolazione dei progetti di contrasto della Povertà e del Disagio Sociale nell'area distrettuale ASL RM H

Progetti	H1			H2			H3			H4			H5			H6		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Assistenza integrata per persone affette da alcoolismo e tossicodipendenza	X	X																
C'è chi dice no									X									
Centro di emergenza sociale		X	X															
Contrasto al disagio abitativo			X			X			X			X						X
Contrasto alla povertà			X			X						X						X
Contrasto alle dipendenze			X			X						X						X
Contributi per il soddisfacimento dei bisogni primari									X					X				
Passo dopo passo							X	X	X									
Reddito minimo di inserimento	X	X																
Ricomincio da me									X									

In tutte e quattro le aree non ci sono servizi o Progetti omogenei rispetto al contrasto della povertà e del Disagio sociale, ma dagli Schemi sintetici è possibile notare come i territori abbiano prodotto differenti iniziative progettuali, la maggior parte delle quali non ha una continuità nel tempo ma si caratterizza per l'articolazione in un anno, o in massimo due annualità

5.2.2 Progetti dell'Area Immigrazione e inclusione sociale

Passando all'elenco dei progetti dell'area Immigrazione e Inclusione sociale, bisogna ripetere quanto già anticipato nella parte relativa all'analisi dei bisogni, ovvero che appare l'area più sguarnita rispetto alle altre, anche perché sono qui contenuti progetti con un taglio di tipo transculturale, mentre la gran parte dell'utenza straniera confluisce nelle altre aree.

A livello generale si deve notare che non è stata attivata in ogni Distretto una progettazione specifica per gli immigrati, e quindi nei territori non può dirsi che esista una comune progettualità o una progettazione condivisa su specifici interventi considerati essenziali.

Pertanto è possibile evidenziare un generico "Progetti in favore della popolazione immigrata" elaborato nel 2012 e 2013 nel Distretto RM D1, "Interculturiamoci..." del 2012 nel Distretto RM G4, "Conoscere, orientare, sostenere: dai bisogni ai servizi" del Distretto RM G5 nel 2012, 2013 e 2014, "Mediazione nelle scuole" del Distretto RM H1 nel 2012 e 2013, come alcuni tra i progetti principali. Inoltre sembra importante dire che, sui diciassette Distretti sono solo sei quelli che affermano di aver avviato progetti specifici per gli stranieri.

Schema relativo all'articolazione dei progetti per gli Immigrati e l'Inclusione sociale

Progetti	D1			F2			G1			G4			G5			H1			H3		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Conoscere, orientare, sostenere													X	X	X						
Interculturiamoci										X											
Mediazione nelle scuole																X	X				
Mondo di Babele																				X	
Progetti in favore della popolazione immigrata	X	X																			
SIOL		X						X													
Sostegno alle famiglie immigrate per l'accudimento dei figli dai sei mesi alla scuola dell'obbligo				X																	

5.2.3 Progetti dell'Area Disabilità e Disagio mentale

L'Area della Disabilità unita agli interventi per sostenere il Disagio mentale sembra essere un ambito molto rilevante della progettazione locale, unitamente a quello della Famiglia e in particolare dei Minori. Sicuramente ci sono state evoluzioni negli ultimi anni nelle riflessioni e nelle prassi operative legate al mondo della Disabilità. Da un lato si sono affermati nuovi paradigmi, nuovi concetti legati ai progetti di vita e di inclusione sociale delle persone con disabilità e delle loro famiglie. Dall'altro sul piano del sistema dei servizi e delle progettualità concrete ci sono stati significativi fermenti ideativi rispetto alla capacità dei Servizi sociali e sanitari di accompagnare effettivamente percorsi all'interno di condizioni di vita "normali".

Un'analisi generale dei diciassette Distretti evidenzia, sicuramente, un sistema dei servizi espressione di una politica sociale rivolta ad un concreto accompagnamento della persona attraverso azioni volte al superamento della logica dell'istituzionalizzazione, con processi riabilitativi non circoscritti in luoghi specifici, ma nell'ambito del normale contesto sociale e in primo luogo quello familiare e domiciliare. Le misure di *Assistenza Domiciliare per Disabili*, nelle versioni di *"Assistenza Domiciliare integrata"* o *"Assistenza Domiciliare Multiutenza"* o *"Assistenza Domiciliare indiretta"* sono presenti in quasi tutti i Distretti (e in particolare nell'Area Distrettuale ASL RM G). Anche i *Centri diurni*, o forme differenti di *Sostegno economico* costituiscono interventi di cura per sostenere le risorse familiari.

Ma l'azione non si limita a riproporre "tradizionali" interventi. Sembrano essersi piuttosto istituite nei territori, interessanti e a volte originali prassi operative capaci di sostenere le persone con disabilità e le loro famiglie verso intrecci reali con il contesto esterno. Quindi azioni di *Orientamento* per l'occupazione e il lavoro, *Borse lavoro*, *Laboratori* educativi e professionali, *Centri Diurni* a carattere occupazionale e anche i *Soggiorni estivi*. Progetti inoltre, che, nello spirito autentico della rete integrata di servizi sanitari, sociosanitari e sociali, secondo quanto previsto dalla Legge quadro numero 328 del 2000, sono riusciti ad attivare una responsabile partecipazione di attori locali, ad esempio la *Piscina per Disabili* o l'*Assistenza Domiciliare ad alta intensità per dimissioni ospedaliere*.

L'area della Disabilità sembra essere un esempio tangibile dell'importanza della costituzione dell'Ambito territoriale distrettuale sociale come passaggio fondamentale per avviare nuove forme di progettazione, organizzazione e gestione dei servizi, che i singoli Enti locali non avrebbero le risorse per attivare.

**Schema relativo all'articolazione dei progetti per la Disabilità e il Disagio mentale del Distretto
ASL RM D1**

Progetti	D1		
	2012	2013	2014
ASSISTENZA DOMICILIARE DISABILI GRAVI			X
ASSISTENZA INDIRETTA A DISABILI PSICHICI	X	X	
ASSISTENZA DOMICILIARE MULTITUENZA			X
CASA FAMIGLIA PER DISABILI GRAVI	X	X	X
CONTRIBUTI A DISAGIATI PSICHICI	X		
DIMISSIONI OSPEDALIERE PROTETTE			X
FONDI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA E PER IL SOLLEGIO AI MALATI DI ALZHEIMER ED ALLE LORO FAMIGLIE	X		
PISCINA PER DISABILI	X	X	X
PROGETTO DI ATTIVITÀ SPORTIVE E CULTURALI PER DISABILI			X
PROGRAMMI DI AIUTO ALLA PERSONA GESTITI IN FORMA INDIRETTA PER LA DISABILITÀ GRAVE			X
PROVVIDENZE PER SOGGETTI DISAGIATI PSICHICI			X
SOGGIORNI PER DISABILI GRAVI	X		

**Schema relativo all'articolazione dei progetti per la Disabilità e il Disagio mentale nell'area
distrettuale ASL RM F**

Progetti	F1			F2			F3			F4		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
ALZHEIMER ED ANZIANI CON DETERIORAMENTO COGNITIVO-ASSISTENZA DOMICILIARE E CENTRO								X	X			X
ASSEGNI DI CURA			X						X			
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA - ADI				X	X	X	X		X			
CENTRI DIURNI SOCIO – RIABILITATIVI PER DISABILI ADULTI	X	X	X									X
CONTRIBUTI DISAGIATI PSICHICI			X	X		X						X
INTERVENTI DI SOSTEGNO AI DISAGIATI PSICHICI	X						X		X	X		
INTERVENTI DI SOSTEGNO ALLA DISABILITÀ GRAVE E/O A DISABILI INSERITI IN NUCLEI FAMILIARI MULTIPROBLEMATICI				X	X	X						X
INTERVENTI INDIVIDUALI A SOSTEGNO DELLA DISABILITÀ ADULTA, IN FORMA INDIRETTA							X	X		X		
INTERVENTI LEGGE REGIONALE 20/2006						X			X			
ISTITUZIONE DEL SERVIZIO DI AIUTO ALLE PERSONE DISABILI IN SITUAZIONE DI GRAVITÀ	X											
ISTITUZIONE DELL'UNITÀ OPERATIVA TUTELE LEGALI, CURATELE E AMMINISTRAZIONI DI SOSTEGNO	X	X	X									
PROGETTO ATTIVAMENTE				X	X	X						
PROGETTO ALZHEIMER E ANZIANI CON DETERIORAMENTO COGNITIVO							X	X				
PROGETTO PER LA GESTIONE DEI TRE CENTRI DIURNI SOCIO-RIABILITATIVI PER DISABILI										X	X	
PSICHIATRIA – INTERVENTI A FAVORE DI SOGGETTI CON DISAGIO PSICHICO								X	X			
SERVIZIO PER L'AUTONOMIA E PER L'INTEGRAZIONE SOCIALE											X	
SOGGIORNI ESTIVI IN LUOGHI DI VILLEGGIATURA PER DISABILI IN ETÀ EVOLUTIVA E ADULTI										X		X
STRADA PER L'AUTONOMIA/				X	X	X						

Schema relativo all'articolazione dei progetti per la Disabilità e il Disagio mentale nell'area distrettuale ASL RM G

Progetti	G1			G2			G3			G4			G5			G6		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
ASSISTENZA DOMICILIARE A SOGGETTI DISABILI (ADH), INTEGRATA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X
ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATA MINORI CON DISABILITÀ GRAVE												X						
CASA FAMIGLIA PER PERSONE CON PROBLEMATICHE PSICO – SOCIALI				X	X													
CENTRI DIURNI DISABILI ADULTI	X	X			X	X			X		X	X	X	X		X	X	
CENTRI OCCUPAZIONALI DIURNI PER DISABILI	X	X	X		X					X			X					X
CENTRO PER L'ORIENTAMENTO AL LAVORO PER PERSONE CON DISABILITÀ	X	X																
EROGAZIONE PROVVIDENZE ECONOMICHE A FAVORE DI PERSONE CON SOFFERENZA PSICHICA		X	X															
INSIEME DOPO DI NOI			X															
INTERVENTI A FAVORE DEI DISABILI GRAVI – LEGGE NUMERO 162 DEL 1998			X	X	X	X	X	X					X	X	X	X	X	X
INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA SLA									X		X							
PROGETTO ABITAZIONE SUPPORTATE DISTRETTO RM RM G2 – PER PERSONE CON PROBLEMATICHE PSICO-SOCIALI					X	X												
PROVVIDENZE PER SOGGETTI DISAGIATI PSICHICI						X	X		X	X			X		X	X		X
SERVIZIO ACCOMPAGNAMENTO DISABILI													X					
SERVIZIO LIS																		X
TIROCINI ATIPICI PER GIOVANI E ADULTI DISABILI. AZIONI D'INTEGRAZIONE SOCIALE							X		X									

Schema relativo all'articolazione dei progetti per la Disabilità e il Disagio mentale nell'area distrettuale ASL RM H

Progetti	H1			H2			H3			H4			H5			H6		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
APPARTAMENTO AUTOGESTITO				X														
ASSISTENZA DOMICILIARE AD ALTA INTENSITÀ PER DIMISSIONI OSPEDALIERE			X					X	X	X		X						
ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA		X					X						X	X				
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA	X		X	X		X				X		X	X	X	X	X	X	X
ATTIVITÀ DIURNE DISABILI ADULTI													X	X				
ATTIVITÀ ESTIVE															X			
AUTONOMIA E LIBERTÀ	X	X	X															
CASA FAMIGLIA PER PERSONE ADULTE CON DISAGIO PSICHICO								X							X			
CENTRI SEMIRESIDENZIALI PER DISABILI ADULTI	X	X	X					X	X									

Rapporto sulla Condizione Sociale della provincia di Roma
Anni 2012-2014

CENTRO DIURNO PER DISABILI ADULTI	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X					X	X
IN AUTONOMIA	X	X	X								X	X						
INTERVENTI LEGGE REGIONALE 20/2006						X			X			X						X
INTERVENTI DI AIUTO ALLE PERSONE DISABILI IN SITUAZIONE DI GRAVITA' LEGGE NUMERO 162 DEL 1998			X	X	X	X		X										
LABORATORI DISABILI ADULTI	X	X	X										X	X	X			
PIANI DI ASSISTENZA INDIVIDUALI PER DISABILI GRAVI											X	X						
PROVVIDENZE PER DISAGIATI PSICHICI			X			X			X			X						X
SOSTEGNO ALL'ABITARE PER PERSONE CON DISAGIO PSICHICO								X										
SOSTEGNO FREQUENZA CENTRO INSIEME UGUALI	X	X	X															

5.2.4 Progetti dell'Area Famiglie e Minori

L'area delle Famiglie e Minori, come è stato già anticipato, ha attivato nei Distretti un insieme numeroso e articolato di Progetti e Servizi a sostegno della famiglia e di tutela della condizioni di infanzia, adolescenza e giovinezza.

Sembrano essere differenti gli ambiti di intervento dei Progetti. Sempre a livello generale, ci sono Servizi di natura assistenziale, ad esempio attraverso programmi di accoglienza e sostegno delle famiglie immigrate, o con problemi di genitorialità o di conciliazione, o in particolari situazioni di disagio sociale, che offrono risposte puntuali e globali ai bisogni del minore e/o della famiglia con particolare riferimento ad interventi di contrasto al disagio minorile.

Ci sono poi interventi di natura educativa, attraverso servizi volti a valorizzare e stimolare le capacità educative della famiglia e supporto ai figli, come i *Centri diurni con finalità psico-pedagogiche*, l'*Assistenza educativa domiciliare*, misure di *Educativa territoriale* o di *Educativa di strada*.

Dall'analisi emergono anche Servizi e Progetti a carattere formativo e informativo, attraverso la qualificazione delle risorse educative della famiglia e la sensibilizzazione e promozione dei diritti dell'infanzia, dell'adolescenza e della famiglia. Si tratta di Progetti come quelli dei *Centri per la famiglia*, *Sportello Famiglia*, *Rete rosa*, *Sostegno nascite a rischio*. Un particolare intervento viene svolto per il *Sostegno alle Vittime di violenza* (in particolare la violenza di genere), alle *Vittime di Tratta*, ai Minori che subiscono *Maltrattamenti e Abusi*, anche con Progetti relativi a *Spazi protetti* o *Spazi neutri* di intervento o per *Incontri protetti*.

Un'ulteriore area di Progetti, riguarda un ambito che si potrebbe definire "culturale", in cui vengono promosse e sostenute le forme associative che promuovono una cultura della famiglia dove si uniscano interventi, promozione di capacità, servizi, doveri, in una prospettiva di promozione delle responsabilità sociali incentivando la crescita e la diffusione della cultura della solidarietà familiare. In quest'area molteplici sono i Progetti, anche molto differenti tra loro, ad esempio: *Centri estivi*, *Accompagnamento a tirocini*, *Educazione alla musicalità*, *Servizio di ludoteca*, *Tirocini formativi*. Nella stessa area possono rientrare varie iniziative riguardanti l'*Affidamento familiare*, sia dal punto di vista della formazione e sostegno delle coppie affidatarie, sia dal punto di vista della cura della diffusione di questo istituto.

Infine una parte di Progetti sembrano essere pensati per integrare le risorse degli Enti locali e in particolare il *Sostegno agli oneri relativi ai minori inseriti in strutture di tipo familiare* (presenti praticamente in tutti i Distretti), *Assegni di base e sussidi integrativi*, *Interventi a favore di minori disabili gravi*.

Schema relativo all'articolazione dei progetti per la Famiglia e i Minori nel Distretto ASL RM D1

Progetti	anni		
	2012	2013	2014
ASSEGNO DI BASE PER CONTRIBUIRE ALLE SPESE ED ALLE PRESTAZIONI DI OGNI NATURA			X
ASSISTENZA DOMICILIARE (DISABILI, MINORI, ANZIANI)			X
PROGETTUALITA' IN FAVORE DI MINORI (Centro diurno Dedalo - ATTIVITA' ED INTERVENTI CON FINALITA' PSICO PEDAGOGICHE E/O TERAPEUTICHE In-ventum)	X	X	X
RETE ROSA		X	X
RETI TERRITORIALI PER LA PROMOZIONE DI INTERVENTI A TUTELA DEI MINORI VITTIME DI MALTRATTAMENTI E ABUSI			X
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE			X

Schema relativo all'articolazione dei progetti per la Famiglia e i Minori nell'area distrettuale ASL RM F

Progetti	F1			F2			F3			F4		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
ACCOMPAGNAMENTO AL TIROCINIO FORMATIVO PER ADOLESCENTI, DENOMINATO "BUSSOLA"			X									
AFFIDAMENTO FAMILIARE - ASSEGNI DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI			X			X			X			X
AFFIDAMENTO FAMILIARE – ATTIVITÀ E SERVIZI PER IL SOSTEGNO E LA DIFFUSIONE DELL’AFFIDAMENTO FAMILIARE						X			X			
ASSISTENZA DOMICILIARE E DI GRUPPO			X			X	X			X	X	
CASA FAMIGLIA MINORI							X	X	X			
CENTRO SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ E TUTELA DELLE RELAZIONI FAMILIARI	X	X	X									
EDUCATIVA TERRITORIALE				X	X							X
EQUIPE MULTIPROFESSIONALE PER AZIONI DI CONTRASTO AL DISAGIO MINORILE					X	X						
POLLICINO/EQUIPE MULTI PROFESSIONALE PER AZIONI DI CONTRASTO AL DISAGIO MINORILE				X								
PROGETTO DI A.T.F.L.A. (ACCOMPAGNAMENTO AL TIROCINIO FORMATIVO -LAVORATIVO PER ADOLESCENTI), DENOMINATO "BUSSOLA"	X	X										
RETI TERRITORIALI PER LA PROMOZIONE DI INTERVENTI A TUTELA DEI MINORI VITTIME DI MALTRATTAMENTI E ABUSI						X			X			X
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE	X		X			X			X			X
SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE IMMIGRATE PER L'ACCUDIMENTO DEI FIGLI DAI SEI MESI ALLA SCUOLA DELL'OBBLIGO				X	X							
SPORTELLI DI PREVENZIONE VIOLENZA SULLE DONNE						X						
UN ARCOBALENO DI INTERVENTI EDUCATIVI. SOSTEGNO ALLA FAMIGLIA E AL MINORE	X		X									
TUTELA DEI MINORI E SUPPORTO ALLE RELAZIONI FAMILIARI –SPORTELLI FAMIGLIA								X	X			

Schema relativo all'articolazione dei progetti per la Famiglia e i Minori nell'area distrettuale ASL RM G

Progetti	G1			G2			G3			G4			G5			G6		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
AFFIDAMENTO FAMILIARE - ASSEgni DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI			X			X			X			X			X			X
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (MULTIUTENZA)										X		X						
ASSISTENZA EDUCATIVO DOMICILIARE PER MINORI																X	X	X
ATTIVITÀ E SERVIZI PER IL SOSTEGNO E LA DIFFUSIONE DELL'AFFIDAMENTO FAMILIARE			X						X									
CENTRI ESTIVI PER MINORI													X	X				
CENTRO DIURNO	X	X												X	X			
CENTRO PER LA FAMIGLIA	X	X			X	X	X	X	X	X	X							
COMUNITA' RESIDENZIALE PER MINORI ED ADOLESCENTI										X	X	X						
EDUCATIVA TERRITORIALE GENITORI INSIEME													X	X				
EDUCAZIONE ALLA MUSICALITÀ											X							
IL FILO DI ARIANNA																		X
INFANZIA, FAMIGLIA E SOCIETÀ: IL "VALORE SOCIALE" DEL MINORE (INTERVENTI AI SENSI DELLA LEGGE NUMERO 285 DEL 1997)							X	X	X									
INTERVENTI PER LA TUTELA DEI MINORI																		X
MALTRATTAMENTI E ABUSI-EDUCATIVA TERRITORIALE			X															
PROGETTO "MINORI"				X														
PROGETTO AFFIDO				X														
PROGETTO EURIALO LEGGE NUMERO 285 DEL 1997: INTERVENTI DI EDUCATIVA DI STRADA E GESTIONE CENTRI DIURNI, RIVOLTI ALLA POPOLAZIONE ADOLESCENZIALE DEL DISTRETTO	X	X																
RETI TERRITORIALI PER LA PROMOZIONE DI INTERVENTI A TUTELA DEI MINORI VITTIME DI MALTRATTAMENTI E ABUSI			X			X						X			X			
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE			X			X			X			X			X			X
SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ													X	X				
SOSTEGNO ALLE VITTIME DI TRATTA											X							
SOSTEGNO ECONOMICO FAMIGLIE										X								
SOSTEGNO NASCITE A RISCHIO											X							
SPORTELLI CONTRO LA VIOLENZA DI GENERE															X			

Schema relativo all'articolazione dei progetti per la Famiglia e i Minori nell'area distrettuale ASL RM H

Progetti	H1			H2			H3			H4			H5			H6		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
AFFIDAMENTO FAMILIARE			X	X														X
ASSEGNI DI BASE E SUSSIDI INTEGRATIVI			X			X			X			X						
ASSISTENZA EDUCATIVA DOMICILIARE MINORI				X	X	X		X		X	X	X				X	X	X
ASSISTENZA DOMICILIARE PER PERSONE AFFETTE DA PATOLOGIE ONCOLOGICHE E COMPLESSE							X											
ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE ANZIANI, ADULTI, DISABILI E MINORI													X	X	X			
ATTIVITÀ DIURNE A FAVORE DI MINORI				X									X	X				
ATTIVITA' ESTIVE DIURNE PER MINORI															X			
CAMPER ITINERANTE PIANETA GIOVANI OSSERVATORIO ITINERANTE SULLA CONDIZIONE GIOVANILE				X	X													
CENTRI DI AGGREGAZIONE PER BAMBINI				X	X	X												
CENTRO DI MEDIAZIONE E CONCILIAZIONE FAMILIARE				X														
CENTRO FAMIGLIA	X	X																
DIRITTI DEI MINORI E DOVERI DEGLI ADULTI							X	X										
PROTECTION NETWORK – RETE PERMANENTE PER LA TUTELA DELL'INFANZIA						X												
RETI TERRITORIALI PER LA PROMOZIONE DI INTERVENTI A TUTELA DEI MINORI VITTIME DI MALTRATTAMENTI E ABUSI			X						X			X						
SALVATAGGIO 3													X					
SERVIZIO DI CONSULENZA GIURIDICO SOCIALE													X					
SERVIZIO DI LUDOTECA													X					
SOSTEGNO AGLI ONERI RELATIVI AI MINORI INSERITI IN STRUTTURE DI TIPO FAMILIARE			X			X			X			X						X
SPAZIO NEUTRO	X	X	X															
STAR TIROCINI FORMATIVI				X	X													
TUTELA SOCIALE DEI MINORI SOTTOPOSTI ALLA AUTORITÀ GIUDIZIARIA					X													

5.2.5 Progetti dell'Area Persone anziane

Il progressivo processo di invecchiamento della popolazione registrato praticamente in tutti i Distretti non ha tuttavia comportato l'adozione di una politica d'intervento articolata per un miglioramento della qualità della vita delle Persone anziane. Nelle parti precedenti si è già detto che i bisogni dei cittadini in età avanzata riguardano la progressiva condizione di fragilità psico-fisica, che risulta più difficile, quando gli anziani si trovano ad affrontarla da soli, a causa della mancanza delle reti di sostegno o per le difficoltà legate alla distanza delle proprie abitazioni dai centri abitati e dai servizi.

È adeguato richiamare anche in questa area di approfondimento, la Legge numero 328 del 2000 che all'articolo 15 stabilisce in maniera specifica fra gli obiettivi primari, quello di favorire l'autonomia degli anziani, sostenendo il nucleo familiare attraverso l'*Assistenza domiciliare*, l'autonomia delle persone e la loro permanenza nel proprio ambiente familiare.

Così come per i Disabili (e in parte anche per i Minori), gli Anziani sono i destinatari di interventi di *Assistenza al Domicilio* (in varie forme) in 16 sui diciassette Distretti che compongono l'area oggetto di attenzione. Pur tuttavia si deve notare che sono veramente pochi gli interventi di corredo, per cui se l'anziano non rientra nella misura domiciliare ha pochi altri servizi sociali garantiti.

Iniziative specifiche sono state prese nei territori per il problema della *Demenza senile* e in particolare per l'*Alzheimer* (nei Distretti RM D1, RM F1, RM F3, RM G1, RM G5, RM H1 e RM H4). La linea innovativa del welfare provinciale per il miglioramento della qualità della vita dell'anziano si esprime con iniziative come il *Telesoccorso* (nel Distretto RM D1), l'accoglienza in *Casa famiglia* (nel Distretto RM F3), e in *Centri diurni* (differenti dai *Centri sociali per anziani* di titolarità dell'Ente locale) presenti nei Distretti RM F1, RM G1 e RM G5.

Schema relativo all'articolazione dei progetti per gli Anziani nel Distretto ASL RM D1

Progetti	Anni		
	2012	2013	2014
ASSISTENZA DOMICILIARE LEGGERA	X		X
FONDI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA E PER IL SOLLIEVO AI MALATI DI ALZHEIMER ED ALLE LORO FAMIGLIE	X		
TELESOCORSO	X	X	X

Schema relativo all'articolazione dei progetti per gli Anziani nell'area distrettuale ASL RM F

Progetti	F1			F2			F3			F4		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA PER ANZIANI	X	X	X		X	X	X			X	X	X
CASA FAMIGLIA ANZIANI AUTOSUFFICIENTI E FRAGILITA' SOCIALI							X	X	X			
CENTRO DIURNO PER ANZIANI	X	X	X									
PROGETTO ALZHEIMER E ANZIANI CON DETERIORAMENTO COGNITIVO							X	X	X			
SERVIZI ESSENZIALI PICCOLI COMUNI												X

Schema relativo all'articolazione dei progetti per gli Anziani nell'area distrettuale ASL RM G

Progetti	G1			G2			G3			G4			G5			G6		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA PER ANZIANI			X	X	X	X	X	X		X			X			X	X	
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (MULTIUTENZA)											X	X	X	X	X	X		X
CENTRO DIURNO PER ANZIANI FRAGILI	X	X	X										X					
INTERVENTI LEGGE REGIONALE NUMERO 20/2006									X									

Schema relativo all'articolazione dei progetti per gli Anziani nell'area distrettuale ASL RM H

Progetti	H1			H2			H3			H4			H5			H6		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA	X	X	X	X	X	X												
ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE ANZIANI, ADULTI, DISABILI E MINORI													X	X	X	X	X	X
ASSISTENZA DOMICILIARE PER PERSONE AFFETTE DA PATOLOGIE ONCOLOGICHE E PATOLOGIE COMPLESSE, GRAVEMENTE INVALIDANTI E/O PROGRESSIVE							X	X	X									
CENTRO DIURNO PER PERSONE AFFETTE DA ALZHEIMER O ALTRE DEMENZE SENILI	X	X								X								
INTERVENTI LEGGE REGIONALE 20/2006									X									

5.2.6 Progetti dell'Area Multiutenza

I Distretti Socio-sanitari presenti nel territorio della provincia di Roma, nella realizzazione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali, hanno sviluppato molteplici livelli della politica sociale, come le politiche del lavoro e dell'occupazione, dell'istruzione e della formazione, le politiche familiari, le politiche per la casa: un insieme di servizi e prestazioni al cittadino che possono favorire, nelle forme più diverse, una migliore condizione sociale del territorio.

Si può inoltre affermare che i Distretti abbiano cercato di individuare, attraverso anche forme di concertazione con vari attori sociali, soluzioni in relazione alle diverse tipologie di bisogni emergenti. In alcuni casi, sono stati attuati anche interventi di prevenzione tramite attività informativa e formativa, di sensibilizzazione, di orientamento, di accompagnamento.

Più volte è stato fatto notare che l'integrazione ha rappresentato un canale fondamentale per la costruzione di un percorso di lavoro congiunto fra tutti gli attori. Attraverso un sistema integrato è stato possibile, per molti territori, acquisire maggiore conoscenza dei bisogni specifici dei residenti, ed una lettura complessiva delle risorse disponibili per dare risposte concrete alle necessità di sostegno degli utenti dei servizi sociali e socio-sanitari.

Con questa finalità, i Distretti hanno promosso anche un'altra serie di interventi, che non si rivolgono ad una particolare categoria di utenza. Si tratta piuttosto di un'area di approfondimento, nella quale rientrano i Servizi sociali che si rivolgono a più tipologie di utenti, o le attività generali svolte dagli Enti locali e i servizi offerti agli utenti delle diverse aree.

I Distretti hanno promosso azioni che li rendessero in grado di poter affrontare le sempre più varie e complesse necessità del disagio, e riuscissero anche a potenziare le risorse informative e professionali che agissero in maniera diretta o anche indiretta nel sostegno delle persone in difficoltà, anche attraverso azioni di coordinamento e di omogeneizzazione di alcune prestazioni essenziali.

È stata chiamata "area multiutenza" in realtà bisognerebbe indicarla come "area trasversale" perché riguarda molti aspetti del lavoro contenuto nel presente Rapporto.

Si tratta di azioni di coordinamento delle attività, dei progetti, delle azioni svolte, finanziate attraverso la presentazione di Progetti relativi all'*Ufficio di Piano*, la *Segreteria del Piano Sociale di Zona* oppure la *Struttura di Piano*. In tutti i Distretti sono presenti, anche in maniera ripetuta, nelle varie annualità. Si tratta di azioni di integrazione dell'attività svolta dagli Enti locali, attraverso, ad esempio, il sostegno al *Servizio Sociale Professionale*, o come ambito in cui definire l'integrazione, attraverso ad esempio i *Segretariati sociali*, oppure i *Punti Unici di Accesso*. Sono attività e servizi, anche professionali, che puntano alla collaborazione tra servizi e al coordinamento degli stessi. Inoltre, dato il carattere di universalità dell'area, sono stati qui ricompresi gli *Interventi per le Emergenze sociali*, e il *Pronto intervento sociale*.

Un elemento che va considerato è che nella programmazione del 2014, le nuove disposizioni regionali, fanno un poco perdere il riferimento trasversale di alcuni interventi inseriti all'interno dei Piani di Zona.

Schema relativo all'articolazione multiutenza nel Distretto ASL RM D1

Progetti	anni		
	2012	2013	2014
INTERVENTI PER LE EMERGENZE SOCIALI	X		
PRONTO INTERVENTO SOCIALE	X	X	X
SEGRETARIATO SOCIALE- PUA	X	X	X
SEGRETARIATO SOCIALE PROFESSIONALE		X	X
UFFICIO DI PIANO	X	X	X

Schema relativo all'articolazione multiutenza nell'area distrettuale ASL RM F

Progetti	F1			F2			F3			F4		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
INTERVENTI PER LE EMERGENZE SOCIALI						X						
PRONTO INTERVENTO SOCIALE									X			
SEGRETARIATO SOCIALE- PUA					X	X				X	X	X
SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE				X	X	X			X	X	X	X
SUPPORTO ALLA FAMIGLIA	X	X	X									
UFFICIO DI PIANO			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Schema relativo all'articolazione dei progetti multiutenza nell'area distrettuale ASL RM G

Progetti	G1			G2			G3			G4			G5			G6		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
COORDINAMENTO E SEGRETERIA DEL PIANO SOCIALE DI ZONA			X															
FONDO DI RISERVA					X	X												
GESTIRE LA COMPLESSITÀ							X	X										
INTERVENTI PER LE EMERGENZE SOCIALI																		
OFFICINA DI VALUTAZIONE PARTECIPATA	X	X																
PRONTO INTERVENTO SOCIALE			X					X	X		X		X	X			X	X
SEGRETERIATO SOCIALE- PUA (PORTE SOCIALI)		X	X	X	X		X	X	X		X	X			X	X	X	X
SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE			X		X		X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
SISTEMA INFORMATIVO DISTRETTUALE													X		X			
UFFICIO DI PIANO	X	X		X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Schema relativo all'articolazione dei progetti multiutenza nell'area distrettuale ASL RM H

Progetti	H1			H2			H3			H4			H5			H6		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
CONOSCERE PER CRESCERE: ANALISI DEI BISOGNI SOCIO-SANITARI DEL DISTRETTO	X	X																
PRONTO INTERVENTO SOCIALE			X		X	X		X	X		X	X	X				X	X
SEGRETERIATO SOCIALE- PUA	X	X		X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X
SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE			X	X	X	X			X			X	X		X			X
UFFICIO DI PIANO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

5.3 Analisi dei processi di programmazione

Da oltre un decennio la Legge numero 328 del 2000, ma ancor prima il dibattito tra gli addetti ai lavori, hanno posto, sia pure con accentuazioni diverse, l'esigenza di introdurre all'interno delle politiche sociali, logiche e strumenti di programmazione e di pianificazione.

Come è noto, a livello generale, la programmazione è un processo di analisi che, ordinando tra loro le scelte e le strategie, in un territorio, consente di organizzare le attività e le risorse necessarie, secondo una dimensione temporale, secondo una dimensione temporale e in linea con i fini istituzionali di chi programma. Tale attività si svolge nel rispetto delle risorse economico-finanziarie e dovrebbe anche tenere conto di possibili evoluzioni del quadro di contesto. Richiede il coinvolgimento dei portatori di interesse in forme e secondo le modalità definite e si conclude con la formalizzazione delle decisioni politiche e gestionali che danno contenuto a programmi e piani futuri riferibili alla *mission* del decisore.

Anche nel campo sociale, la Legge nazionale più volte richiamata, per le attività di governo del sistema di welfare, coinvolge le Regioni nell'individuare gli obiettivi generali della programmazione economico-sociale e della pianificazione territoriale e nello stabilire le forme e i modi della partecipazione degli Enti locali all'elaborazione dei piani e dei programmi regionali. In quest'ultima parte di analisi dei Piani Sociali di Zona, si intende pertanto dare degli elementi informativi circa l'attuazione dei processi di programmazione così come sono stati condotti a livello Distrettuale.

Le fonti informative di questa parte del Rapporto sono sempre i Piani di Zona delle tre annualità, patrimonio molto ricco di elementi, ai quali però è stata aggiunta una specifica indagine di campo condotta in dodici Distretti attraverso interviste dirette, semi-strutturate. Si tratta quindi di un approfondimento che a fianco di indicatori quantitativi associa elementi qualitativi.

L'approfondimento riguarderà essenzialmente tre aspetti:

- come i documenti e la pratica sociale abbiano garantito il collegamento tra il quadro complessivo dei contenuti della programmazione definiti a livello regionale,
- quali siano stati gli attori o – meglio – i portatori di interesse dei Piani di Zona e, infine,
- quali siano state le correlate responsabilità di indirizzo e gestione dei Progetti e Servizi previsti dai Piani.

Prima di procedere con l'analisi, se ne anticipano alcuni risultati, considerando quali sembrano essere i caratteri qualificanti della programmazione dei Distretti Socio-Sanitari del territorio della provincia di Roma. Anzitutto il processo di programmazione ha ormai acquisito una valenza pluriennale che viene spesso data per scontata ma che appare in termini di valore di sedimentazione di esperienze dei territori e di competenze degli operatori. Il secondo aspetto riguarda i Distretti, e in particolare gli Uffici di Piano, i quali hanno dato prova, anche in tempi recenti, di avere una capacità di attuazione delle decisioni politiche e gestionali, rispondendo non solo ad una lettura contabile delle scelte regionali ma anche riuscendo a costruire (o ricostruire) le proprie attività articolandole per "misure" e "interventi" modificati tra una annualità e l'altra. Infine, i Distretti riescono ad utilizzare in maniera coerente e interdipendente gli strumenti della programmazione proposti anche laddove riguardino specifici interventi (ad esempio il *Piano Immigrazione*) o particolari territori (ad esempio il *Fondo Piccoli Comuni*), non sempre integrati tra loro.

Tali aspetti verranno meglio esplicitati nei paragrafi che seguono che avranno come riferimento l'output della pianificazione, ovvero i Piani Sociali di Zona, e il processo di programmazione, attraverso quanto espresso dai testimoni privilegiati intervistati in dodici territori sui diciassette Distretti analizzati. La scelta delle due fonti informative è stata intenzionale: da un parte il Piano quale documento strategico nel quale sono ordinati i dati quantitativi, gli obiettivi e le scelte per il loro raggiungimento, e dall'altra i testimoni privilegiati, i quali, attraverso le interviste, descrivono le modalità di costruzione del Piano sulla base dei bisogni rilevati, degli obiettivi realizzabili, in rapporto alle risorse assegnate dalla Regione.

La programmazione dei Distretti si è infatti concentrata sulla traduzione delle strategie evidenziate nei documenti regionali in Piani operativi. La pianificazione regionale ha in un certo senso anticipato una serie di decisioni tra loro coordinate assunte dai Distretti. Quindi, la programmazione dei Distretti e la pianificazione regionale risultano essere direttamente collegate rispettivamente alla visione strategica e a quella operativa del sistema di welfare. In pratica, la programmazione distrettuale, sulla base della definizione della strategia di pianificazione regionale, dovrebbe mostrare come le linee regionali possono essere sviluppate nell'arco temporale del medio e del lungo periodo.

Nonostante l'esperienza e la conoscenza dei territori, il processo non è stato semplice anche perché ha dovuto tenere conto di una serie di vincoli, sia di carattere interno, sia esterni all'attività stessa di programmazione. Tra i vincoli interni, a livello generale per tutti i Distretti, rientra la disponibilità di personale competente, l'esistenza di risorse tecnologiche utili all'analisi, la possibilità di accedere alle risorse finanziarie necessarie in tempi adeguati, e la situazione dell'organizzazione interna dell'Ufficio di Piano e delle relazioni con gli altri attori locali. Tra i vincoli esterni è possibile citare le condizioni economiche, sociali e politiche dei territori (colpiti pesantemente dalla crisi del 2008) e quindi la configurazione del mercato del lavoro e della domanda sociale a livello globale, ma anche le scelte relative ai fondi previsti nel bilancio e ai residui di finanziamenti di anni precedenti non impegnati.

Con le informazioni relative ai vincoli interni ed esterni, secondo l'elaborazione fatta dall'Ufficio di Piano, è stato possibile per i territori individuare i Progetti da presentare all'interno dei Piani di Zona nelle differenti annualità. Con gli obiettivi prefissati e le combinazioni scelte, infatti, si viene a definire la fase della programmazione locale: i Distretti hanno dovuto elaborare scelte di medio-lungo periodo che coinvolgono le dimensioni, la struttura dei servizi sociali, la rete di intervento e l'impianto del welfare locale, aspetti non facilmente modificabili nel breve periodo. Nello stesso documento, stabilite le azioni per la gestione annuale delle disposizioni regionali, vengono definiti anche i soggetti responsabili del raggiungimento degli obiettivi.

Nei tre paragrafi che seguono si cercherà di mostrare l'esperienza di programmazione dei Distretti nella predisposizione dei Piani Sociali di Zona dal punto di vista dell'implementazione delle scelte regionali (paragrafo 5.3.1) degli organi deputati alla programmazione locale (paragrafo 5.3.2) e infine si daranno elementi di conoscenza sulle modalità pratiche della gestione delle responsabilità di progettazione a livello locale (paragrafo 5.3.3).

5.3.1 Azioni di collegamento regionale-locale

Tra gli elementi della programmazione sociale oggetto della presente analisi, il primo ambito che si intende approfondire è quello che riguarda la pratica, o meglio le pratiche, di programmazione nelle modalità in cui vengono applicate a livello di singoli territori.

Come più volte ricordato, i Piani Sociali di Zona sviluppano e concretizzano le linee programmatiche della Regione contenute nelle DGR, e individuano, in coerenza con il quadro dispositivo di riferimento, gli indirizzi di intervento sociale del Distretto. Il quadro di riferimento è definito soprattutto in coerenza con le linee di indirizzo della programmazione regionale, ma tiene anche conto del concorso al perseguimento degli obiettivi degli Enti locali. In particolare, il Piano di Zona individua, in coerenza con il quadro normativo di riferimento e con gli obiettivi generali dell'Ente locale, le principali scelte che caratterizzano il programma dell'amministrazione distrettuale da realizzare nel corso dell'anno (o del biennio) ma che possono anche avere un impatto di medio e lungo periodo. Del resto, infatti, le politiche di mandato che l'Ente locale vuole sviluppare nel raggiungimento delle proprie finalità istituzionali e nel governo delle proprie funzioni fondamentali, dovrebbero essere strettamente collegate con gli indirizzi generali di programmazione riferiti al periodo. In alcuni territori emergono, per questo, modalità di integrazione tra finanziamento dei servizi previsti dal Piano di Zona e quelli (o gli stessi) presenti nei territori: si tratta quindi di forme di integrazione tra fondi nell'ottica di costruzione di un sistema di servizi a valenza territoriale. A volte però intervengono altri elementi che hanno un peso in termini di mediazione delle scelte da assumere. Particolare è il caso dei Distretti in cui sono presenti più Enti locali con un Comune capofila, da scegliere e da confermare nelle sue funzioni sia organizzative sia in termini di gestione delle risorse economiche. Molto spesso la presenza di più Amministrazioni locali fa sì che sia difficile integrare le scelte, definire i Progetti, considerare l'azione locale in funzione di quella distrettuale che - in ogni caso - il Piano richiede come ambito di intervento. In alcuni territori sono nati dei dissapori nella gestione dei Progetti e dei servizi, relativamente all'utenza, all'ubicazione dei Servizi o per la rimodulazione di Progetti in caso di riduzione delle risorse .

Nel Piano, inoltre, sono indicati gli strumenti attraverso i quali l'Ente locale intende rendicontare il proprio operato, informare i cittadini del livello di realizzazione dei programmi, del raggiungimento degli obiettivi e delle collegate aree di responsabilità politica e amministrativa. Laddove il Distretto coincida con un'unica entità amministrativa (ad esempio il Distretto RM D1 e il Comune di Fiumicino), la garanzia della trasparenza appare facilmente perseguibile. Tuttavia non sembra facile impostare una comunicazione che sottolinei l'importanza della *Assistenza Domiciliare Distrettuale*, ad esempio, per i singoli residenti del Comune, i quali vorrebbero conoscere il numero degli utenti del proprio Comune o i motivi per i quali sia necessario presentare la richiesta al Comune vicino e non a quello proprio.

Secondo la pratica di definizione dei Piani di Zona, nelle singole annualità sono individuati gli indirizzi strategici e definiti - per ogni Progetto - gli obiettivi da perseguire entro la fine dell'anno. Gli obiettivi sono definiti con riferimento al Distretto. Di solito per ogni Progetto è individuato anche il contributo che l'Ufficio di Piano fornisce per il suo conseguimento. A seguito di un processo conoscitivo di analisi strategica, l'Ufficio di Piano analizza i seguenti aspetti:

- gli obiettivi individuati dalla Regione per il periodo considerato, alla luce degli indirizzi e delle scelte contenuti nei documenti di programmazione regionale (anche in materia sanitaria);
- la valutazione corrente e prospettica della situazione socio-economica del territorio di riferimento e della domanda di servizi locali di intervento sociale;
- le risorse economiche essenziali, ed anche la legislazione vigente circa l'utilizzo dei fondi e le norme europee (tra questi sembra essere stato particolarmente pesante il vincolo del pareggio di bilancio anche per le spese sociali rispetto a tempi medi di attesa delle risorse

regionali che superano i 12 mesi, come pure il vincolo del patto di stabilità interno, anche in termini di flussi di cassa dei Comuni capofila).

Nell'azione di analisi, l'Ufficio fa emergere il contenuto del Piano di Zona, elemento fondamentale della struttura del sistema di welfare, finanziato con fondi regionali. Esso rappresenta anche il perno intorno al quale definire i rapporti tra gli attori del Distretto, la struttura organizzativa e delle responsabilità di gestione, e l'Ufficio di Piano. Nella costruzione, formulazione e approvazione dei Progetti si svolge l'attività di definizione delle scelte "politiche" propria del massimo organo preposto all'indirizzo e al controllo. È il Comitato Istituzionale il luogo dove si dovrebbero esprimere con chiarezza le decisioni politiche che caratterizzano il Distretto e l'impatto sociale (ma anche economico e dei finanziamenti) che le decisioni avranno. Qualora il Comitato non svolga la sua funzione, se gli amministratori non siano presenti o non partecipino, nel caso in cui i politici cambiano spesso, nei territori in cui alla ASL viene riservato un ruolo secondario, o dove la componente tecnica non sia valorizzata, i Piani rischiano di non essere adeguatamente definiti. La pratica di questi anni ha fatto emergere come le condizioni appena riportate possano non favorire l'implementazione del processo di definizione degli indirizzi. Ciò incide sulle scelte che portano, tramite la predisposizione e l'approvazione del Piano, all'affidamento di risorse ai responsabili dei servizi e dei Progetti, e quindi non si implementa il welfare locale.

Ma sembra esserci un'altra problematica relativa alla sezione operativa del Piano, che comprende la parte dei finanziamenti e la valutazione specifica per ogni Progetto sulle risorse finanziarie necessarie per la realizzazione. Con essa vengono individuate le fonti di finanziamento ed evidenziate le parti di contribuzione sia dell'Ente locale, sia, eventualmente, degli utenti (o di altri finanziatori). Le risorse finanziarie necessarie per la realizzazione dei Progetti all'interno del Piano devono essere "valutate", e cioè la Regione li quantifica in relazione al singolo Distretto, in rapporto alle caratteristiche specifiche del territorio previste dalla Legge regionale numero 38 del 1996. Attraverso le verifiche regionali, vengono di solito proposte rimodulazioni dei Progetti, in base ai fondi disponibili. Anche in questo caso, difficoltà emergono nel trovare le possibilità di rimodulazione che non incidano pesantemente sui livelli di offerta; le situazioni più critiche, riferite dagli intervistati, riguardano le scelte dei Progetti su cui intervenire per i tagli. Inoltre, molto spesso, dai Distretti emerge la difficoltà di garantire la sostenibilità di Progetti che in realtà sono diventati Servizi, e che proprio la Regione ha recentemente indicato di dover garantire a livello distrettuale, privilegiandone il finanziamento anche a scapito di altre scelte progettuali.

Del resto gli operatori dei territori intervistati ritengono che la pianificazione distrettuale si esprima concretamente con la comunicazione da parte dei Distretti alla Regione Lazio del Piano finanziario circa l'allocazione delle risorse. Le decisioni relative all'impegno economico rappresentano la formulazione in termini monetari dei Progetti sociali e socio-sanitari concernenti future operazioni di gestione. In pratica, gli obiettivi strategici definiti in sede di pianificazione vengono disaggregati in obiettivi di gestione operativa di Progetti, i quali costituiranno le basi per la predisposizione del Piano finanziario, oggetto vero della valutazione regionale.

Un ultimo aspetto rilevabile direttamente dai Piani (e descritto negli Schemi seguenti) riguarda i tempi di realizzazione. I documenti solo in pochi casi riportano le date di redazione. Solitamente l'attività di programmazione si conclude tradizionalmente nei mesi di luglio/settembre in quasi

tutte le annualità, tranne per quella del 2014 che è stata anticipata a maggio. Anche le DGR o arrivavano quasi a chiusura di esercizio, ad esempio nel 2013 la DGR numero 321 è stata approvata a ottobre 2013. Nel caso della DGR numero 136 del 2014, invece, è stata diffusa già a marzo 2014 ma ha richiesto una pianificazione immediata, che in alcuni Distretti ha dato origine ad alcune difficoltà, anche a motivo dei cambiamenti imposti nella articolazione del Piano e dei Progetti al suo interno, rispetto all'annualità precedente.

Di seguito si riportano alcuni elementi di sintesi relativi alla attività di progettazione dei Distretti, a cui si è fatto cenno precedentemente e sui quali verrà effettuato un approfondimento anche nei paragrafi successivi.

Schema relativo ad alcuni elementi dei Piani Sociali di Zona nel Distretto ASL RM D1

	D1		
	2012	2013	2014
Numero di pagine		n.r.	n.r.
Data di redazione		n.r.	Ottobre 2014
Redattore	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano
Atti normativi di approvazione	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale

Schema relativo ad alcuni elementi dei Piani Sociali di Zona nell'area Distrettuale ASL RM F

	F1			F2			F3			F4		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Numero di pagine	111	84	141	153	162	121	119			137	117	n.r.
Data di redazione	n.r.	n.r.	Luglio 2014	n.r.	n.r.	n.r.	Giugno 2012			n.r.	n.r.	n.r.
Redattore	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano
Atti normativi di approvazione	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale

Rapporto sulla Condizione Sociale della provincia di Roma
Anni 2012-2014

Schema relativo ad alcuni elementi dei Piani Sociali di Zona nell'area Distrettuale ASL RM G

	G1			G2			G3			G4			G5			G6		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Numero di pagine	147	245	240	115	139	206	148	n.r.	131	n.r.			214	173	n.r.	309	207	282
Data di redazione	n.r.	n.r.	Luglio 2014	n.r.	n.r.	n.r.	Giugno 2012	n.r.		n.r.			n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	Luglio 2013	Maggio 2014
Redattore	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano
Atti normativi di approvazione	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale

Schema relativo ad alcuni elementi dei Piani Sociali di Zona nell'area Distrettuale ASL RM H

	H1			H2			H3			H4			H5			H6		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Numero di pagine	127	95	n.r.	150	116	n.r.	n.r.	29	n.r.	76	72	214	n.r.	n.r.	n.r.		n.r.	n.r.
Data di redazione	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	Settembre 2013	Luglio 2014	n.r.	n.r.	n.r.	Giugno 2012	Settembre 2013	Maggio 2014	n.r.	n.r.	n.r.		n.r.	n.r.
Redattori	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano
Atti normativi di approvazione	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale	Comitato istituzionale

Nota: "n.r." indica che l'informazione non è stata riportata.

5.3.2 Attori e decisori locali

Gli Schemi precedenti considerano le caratteristiche dei Piani di Zona. I documenti nei casi in cui vengano indicate le pagine, raramente sono articolati in meno di 100 cartelle: il numero medio di pagine di un Piano è 157 cartelle, con agli estremi il numero minore di 29 pagine e il numero maggiore di 309 pagine. Si tratta quindi di documenti generalmente corposi, frutto di mediazioni all'interno dell'Ufficio di Piano, ma anche risultato di una collazione di contributi di Enti e soggetti differenti. In questo paragrafo si vuole infatti cercare di approfondire quali risultino essere stati gli attori della programmazione locale e quali i gestori dei Progetti e degli interventi.

Praticamente in tutti i Distretti il redattore "ufficiale" del Piano di Zona è l'Ufficio di Piano e più specificatamente il Coordinatore dell'Ufficio, che svolge tale azione in maniera continua e rinnovata ogni anno. La composizione dell'Ufficio di Piano è differente nei territori nei quali è stata effettuata l'intervista e in genere, non è indicata nei documenti di pianificazione. Eppure l'analisi delle condizioni operative dell'Ufficio di Piano costituisce il punto di partenza della attività di programmazione operativa del Distretto. Si tratta cioè di poter verificare le risorse umane, logistiche e strumentali disponibili nonché le caratteristiche dell'Ufficio, ma anche le necessità per ciascun Progetto all'interno del Piano di essere implementato, con particolare riferimento ai livelli essenziali di assistenza. Il punto maggiormente dolente, rilevato nel corso dell'indagine diretta, non è determinato soltanto dalle risorse tecniche (assistenti sociali, sociologi, esperti territoriali) presenti nell'Ufficio o le condizioni di lavoro (in termini di stanze, connessione internet, spazi dedicati), bensì riguarda le funzioni amministrative e contabili. L'implementazione dei Progetti richiede una capacità di elaborazione di atti amministrativi con procedimenti continui in termini di accertamenti, definizione di bandi di gara, espletamento di gare, assegnazione, impegno di fondi, fatturazione, rendicontazione, pagamenti, etc. Gli intervistati riferiscono dell'impegno costante e gravoso dei colleghi della Ragioneria dei Comuni capofila e della necessità di acquisire competenze che esulano la professionalità del Servizio Sociale.

In particolare poi, sempre dall'indagine diretta, nelle attività di Pianificazione a livello distrettuale, appare centrale il ruolo del Coordinatore dell'Ufficio di Piano. Il Coordinatore gestisce tali attività utilizzando gli strumenti e le modalità insite non tanto nella funzione a lui/lei attribuita con atto formale e indennità di funzione, bensì soprattutto grazie alla autorevolezza e al rispetto conseguito nell'operatività. Proprio laddove tale autorità non viene riconosciuta, oppure la funzione non è stata assegnata, emergono difficoltà che si riversano sia all'interno del Distretto sia nei rapporti con l'Ente Regionale. Il Coordinatore, generalmente, coordina i Tavoli di coprogettazione collaborando alla programmazione e definizione operativa delle azioni previste, in coerenza con gli obiettivi del Piano e in accordo con le disposizioni regionali, assicurando la coerenza temporale e il rispetto delle scadenze per la presentazione del Piano e per la rendicontazione dei Progetti.

Il Coordinatore si occupa infatti di coordinare le attività distrettuali relative all'implementazione del piano, gestisce gli aspetti organizzativi e logistici connessi ai vari Progetti e la realizzazione delle differenti azioni collegate (ad esempio la formazione degli operatori, l'informazione alla cittadinanza, la comunicazione, la documentazione, ecc.). Inoltre si deve occupare della gestione organizzativa delle risorse umane che collaborano con l'Ufficio di Piano. Ma l'impegno che

appare più gravoso è quello relativo alla gestione degli aspetti economici inerenti i Progetti, in stretto raccordo con l'Ufficio Ragioneria del comune capofila.

Nelle sue azioni, il Coordinatore è anche supportato da una parte dall'Ufficio di Piano, e dall'altra dal Comitato tecnico, che è un organo collegiale con il compito di fornire tutti gli elementi tecnici necessari all'individuazione degli obiettivi, alla predisposizione dei Progetti, alla loro realizzazione e alle successive fasi di monitoraggio e valutazione. Esso si riunisce periodicamente (di solito una volta ogni due mesi o in misura maggiore nel momento della redazione del Piano di Zona). A titolo di esempio, si riporta l'organizzazione del Distretto RM H1 il cui Comitato tecnico è composto da:

- il Coordinatore del Piano di Zona;
- un Assistente Sociale del Servizio Sociale Comunale per ogni Comune afferente il Distretto;
- un operatore ASL per area di intervento su indicazione della Direzione Azienda ASL RM H;
- un responsabile dei Servizi Sociali Comunali per ogni comune afferente al Distretto;
- un referente tecnico della Provincia di Roma;
- almeno tre rappresentanti del Terzo Settore e del Volontariato;
- un rappresentante dell'Ufficio Regionale Scolastico;
- un rappresentante del Ministero della Giustizia;
- una unità amministrativa.

Il compito principale del Comitato Tecnico è quello di contribuire alla elaborazione del Piano di Zona e dei relativi progetti, nel rispetto delle direttive del Comitato Istituzionale, accogliendo le indicazioni pervenute dai Tavoli Tematici e i dati prodotti dall'Ufficio di Piano. Non si occupa solo della programmazione, ma anche della verifica periodica dell'attuazione delle azioni previste dal Piano di Zona e del monitoraggio delle stesse. In tutti i Piani di Zona analizzati si fa riferimento al Comitato Tecnico, ma in nessuno si indica quante volte sia stato convocato o chi ne faccia parte.

Nell'ambito delle loro funzioni, il Comitato Tecnico e il Coordinatore dell'Ufficio di Piano operano in stretta collaborazione con i Tavoli Tematici, stabiliti in ordine alle problematiche territoriali e alla programmazione delle azioni progettuali, suddivisi in base alle aree di intervento, che, sempre nel caso del Distretto ASL RM H1, sono le seguenti:

- responsabilità familiari e diritti dei minori;
- disabilità;
- anziani;
- devianze/dipendenze;
- disagio psichico;
- immigrazione;
- esclusione sociale.

Come è possibile intuire dall'ambito di lavoro dei sette Tavoli tematici del Distretto RM H1, essi hanno il compito di approfondire le singole problematiche e di individuare le proposte tecniche di miglioramento e le azioni prioritarie da intraprendere. I Tavoli tematici si riuniscono periodicamente su proposta del referente del Tavolo, in accordo con il Coordinatore del Piano di Zona e, sempre utilizzando il Distretto RM H1 come esempio, sono costituiti da:

- un referente e un vice-referente per area tematica, esperti di politiche sociali;
- operatori socio-sanitari di ASL e Comuni;
- organizzazioni sindacali;
- organismi del Terzo settore;
- altri organismi specifici per l'area tematica;
- referente tecnico della Provincia di Roma.

Anche rispetto ai Tavoli tematici, in tutti i Piani di Zona analizzati si fa riferimento all'azione di confronto e di raccolta di informazioni svolta dagli organismi che ne fanno parte, soprattutto per gli aspetti relativi alla descrizione del bisogno sociale. Difficilmente nei Piani si indica quante volte siano stati convocati o quali sono state le decisioni assunte.

Un altro degli attori previsti dai Regolamenti è il Comitato di concertazione sindacale, al quale viene presentato il Piano (di solito al termine dei riti istituzionali di definizione e redazione) a titolo di compartecipazione e come garanzia e tutela del principio generale di uguaglianza degli utenti in tutto il territorio del Distretto. Di fatto il Comitato viene indetto in uno o più appuntamenti nei quali vengono convocati i Sindacati e i maggiori organi di rappresentanza presenti nel Distretto, con i quali si scambiano informazioni e vengono assunti impegni concreti da parte di tutti gli attori in gioco. Sembra essere proprio nella natura stessa del Comitato che, con il Sindacato si impostino relazioni di concertazione e virtuosamente contrapposte all'idea e alla pratica del conflitto.

Nei Piani di Zona analizzati si afferma che il Piano è stato approvato dal Comitato di concertazione sindacale, ma difficilmente si indicano i rilievi o i contenuti dell'approvazione ricevuta o dettagli sulla stessa.

Anche la Concertazione sindacale è un compito del Coordinatore dell'Ufficio di Piano, il quale è chiamato a documentare tutte le diverse fasi della progettazione locale, sia al Comitato Istituzionale, sia al Comitato tecnico, sia alla cittadinanza. A tal fine oltre a dover archiviare tutta la documentazione necessaria (convocazioni, verbali, Progetti, *report*, atti e disposizioni, ecc.) deve occuparsi della comunicazione pubblica e di quella istituzionale.

In questa funzione un ruolo importante è assunto dalla comunicazione mediata e in particolare dai siti internet (e anche le pagine sui social media) che a detta di un intervistato, «facilita anche la comunicazione con la ASL». A volte i siti hanno un proprio dominio, in altri casi sono "ospitati" sul sito istituzionale del Comune capofila (o di un altro Ente locale). L'elenco, sicuramente non completo, dei siti che contengono informazioni e notizie relative ai Piani di Zona è contenuto nello Schema seguente.

Alcuni riferimenti a siti internet degli Ufficio di Piano o dei Distretti Socio-Sanitari presenti nel territorio della provincia di Roma

Distretto	Riferimento sito
RM F2	http://www.comune.cerveteri.rm.it/comune/uffici-e-servizi/struttura-organizzativa-del-comune-di-cerveteri-1/area-ii-affari-sociali/servizi-sociali/il-piano-di-zona
RM F4	http://www.comune.formello.rm.it/pagina2948_distretto-socio-sanitario-rm-f4.html
RM G1	http://www.comune.monterotondo.rm.it/b-servizipersona/politichesociali/centridiurni/piano-zona.aspx
RM G2	www.pianodizonarmg2.it
RM G3	http://www.comune.tivoli.rm.it/pianodizona
RM G4	http://www.distrettosociosanitariog4.it/
RM G5	http://www.sanvitoromano.rm.gov.it/pagina/piano-di-zona
RM G6	http://www.pianodizonarmg6.it/
RM H1	http://www.distrettormh1.it/ https://www.facebook.com/distrettormh1
RM H2	http://www.comune.lanuvio.rm.it/news/notizie/aperto-lufficio-di-piano-del-distretto-socio-sanitario-rmh2
RM H6	http://www.pianidizonarmh6.it/home/piano-sociale-di-zona-h6

Un ultimo attore sociale della programmazione a livello locale è rappresentato da un insieme di soggetti di natura privata ma che operano con finalità di interesse pubblico. Ci si riferisce agli organismi non-profit, genericamente nominati nel presente Rapporto finale, “Terzo settore”. Esso, come riportato ad esempio nel sito dell’Ufficio di Piano del Distretto RM G6, rappresenta un’altra componente fondamentale per la realizzazione dei servizi progettati con l’attuazione del Piano di Zona. Sono Cooperative sociali, Organizzazioni di volontariato, Associazioni di promozione sociale, Fondazioni e tutti gli altri Enti titolari di organismi senza scopo di lucro che operano sul territorio a favore di fasce deboli della popolazione. Il Terzo settore rappresenta uno degli interlocutori privilegiati del Piano di Zona non solo nella fase della gestione dei Progetti/Servizi/interventi, ma anche nella fase della progettazione degli stessi, in quanto componente dei Tavoli Tematici.

In conclusione, nel corso delle interviste svolte è emerso come la funzione di coordinamento rappresenti un’istanza essenziale all’interno dei Distretti socio-sanitari, per garantire le diverse azioni di trasformazione della realtà, necessarie per realizzare i Progetti di intervento. La funzione di coordinamento prevede la gestione di una serie di variabili organizzative, che possono rappresentare criticità rilevanti. Ad esempio il riconoscimento delle differenze politiche, tecniche, esperienziali, professionali, comporta l’attivazione di azioni che non riguardano solamente un livello comunicativo di tipo personale, ma concernono più in generale aspetti di organizzazione e di amministrazione, istituzionali. Ecco perché, ad esempio, in un territorio l’attribuzione di ruoli e di compiti, la delega di responsabilità e funzioni, il riconoscimento di competenze, non è sempre uguale a quello dell’altro territorio vicino. Nell’indagine di campo sono risultati compiti differenti e funzioni simili attribuite ai Coordinatori degli Uffici di Piano, così come ai Comitati tecnici o ad alcuni componenti dell’Ufficio di Piano. Sembra a tal fine importante l’aspetto dell’evoluzione professionale degli operatori, che possono sperimentare una progressione della propria situazione lavorativa sia in termini di crescita di professionalità sia di consolidamento del proprio profilo professionale. Emerge dai territori la precarietà di tante situazioni lavorative di membri dell’Ufficio di Piano e dei Coordinatori, tuttavia sembra essere

molto più grave la mancata stabilizzazione di tali funzioni, per cui se un Coordinatore va in pensione, si fatica non solo a nominarne un altro, ma soprattutto ad individuare, in mancanza di un ruolo riconosciuto e formalizzato, qualcuno che abbia costruito le proprie competenze e i propri titoli professionali in maniera adeguata per assumere l'incarico.

Un elemento connesso al primo, è quello che riflette la complessa situazione del settore sociale nel territorio. Sembra emergere come necessaria una funzione di contenimento degli elementi di parzialità, precarietà, delusione, frammentazione, spesso caratterizzanti l'esperienza lavorativa sociale, in rapporto anche alla gestione di una "utenza difficile" in una "situazione generale molto difficile". Ecco allora che la programmazione del Piano di Zona può diventare un'occasione per sperimentare dinamiche relazionali e comunicative che attraverso l'esercizio della funzione di coordinamento, e l'istituzione di spazi di lavoro di gruppo sia capace di superare posizioni personalistiche a vantaggio di un confronto costruttivo. Rappresenta un esempio negativo di lavoro di programmazione territoriale, l'esperienza della mancanza di comunicazione o di integrazione tra i Servizi Sociali di Comuni che fanno parte dello stesso Distretto.

La composizione degli Uffici di Piano individua alcune dinamiche relazionali e alcuni aspetti gestionali che costituiscono materia dell'approfondimento contenuto nel paragrafo successivo.

5.3.3 Responsabilità di gestione

Una volta analizzati i rapporti con l'Ente regionale e descritti gli attori locali dei Piani di Zona, l'ultima parte di analisi della programmazione a livello locale riguarda le responsabilità di indirizzo e di gestione dei Progetti e Servizi previsti dai Piani. In questo paragrafo si vorrebbe dare ancora notizia di alcuni elementi riguardanti la realizzazione dei Piani di Zona.

Si è detto che il controllo svolto dalla Regione Lazio si concentra in particolare sui dati di carattere finanziario e sulla spesa per i Progetti. Esiste però un altro controllo che viene effettuato sul Piano di Zona. Si tratta del cosiddetto monitoraggio del Piano, con il quale sarebbe possibile analizzare le scelte operative, effettuate in sede di programmazione, con quanto si verifica successivamente, dopo l'approvazione della Regione. Nella pratica degli ultimi anni, il tempo che intercorre tra la presentazione e l'approvazione del Piano, e la successiva dichiarazione di destinazione dei fondi, non è sempre consequenziale e in alcuni anni ha necessitato di diversi mesi. Un'intervistata ha riferito che dopo aver redatto il Piano, la ASL ha impiegato diverso tempo per ratificarlo, e una volta presentato alla Regione, l'approvazione è arrivata alla fine del 2014. Non si è quindi potuto impegnare i fondi nell'anno di competenza e non si potranno cumulare con quelli del 2015. Una situazione del genere non consente di apportare cambiamenti, qualora emergessero altri bisogni, e l'attività del 2015 consisterà nell'implementare i Progetti del 2014. Nel corso della stessa intervista è stato spiegato che, secondo le nuove disposizioni, non c'è più certezza sui fondi residui, in quanto l'Autorità di gestione, rappresentata dalla Regione Lazio, può richiedere l'immissione in conto delle cifre non impegnate, la riprogrammazione dei fondi in cassa o dei finanziamenti non arrivati, che comporta che ogni anno il Distretto azzeri il fondo e poi lo impegni di nuovo.

Risulta quindi un compito non facile e una responsabilità gestionale importante in capo al Coordinatore del Distretto e anche al responsabile della Ragioneria, monitorare il processo di destinazione dei fondi regionali sui Progetti locali, il loro accertamento, l'impegno, la rendicontazione, il pagamento.

Un secondo aspetto gestionale riguarda le basi del processo di programmazione, che sembrano essere due: l'analisi del passato e le previsioni future.

Circa l'analisi del pregresso, i Piani fanno riferimento ai Progetti presentati nelle annualità precedenti, ma ciò che difficilmente cambia è la descrizione del bisogno che sostanzia i Progetti stessi. Non è raro rileggere le stesse parole in annualità differenti dei Piani di uno stesso Distretto né ritrovare considerazioni molto simili in Distretti diversi. Generalmente non si afferma che una situazione o un fenomeno sociale stia continuando rispetto all'anno precedente, ma alcuni Piani riportano gli stessi testi, con un eventuale aggiornamento dei dati. La base del Piano di Zona è quindi ciò che è stato scritto nell'annualità precedente, anche per quanto riguarda gli impegni economici finanziari dei Progetti. Nel 2014, in particolare, anno in cui la Regione ha richiesto una impostazione differente di alcune misure e su alcuni servizi, e imposto tempi stretti per l'elaborazione, la generalità dei Distretti si è vista costretta ad articolare in maniera differente il Piano del 2013.

Nei territori dove l'integrazione tra gli attori può dirsi piena e il processo controllato, le interviste descrivono un processo in sei fasi:

1. attività di redazione del Coordinatore dell'Ufficio di Piano,
2. presentazione della bozza al Comitato tecnico,
3. implementazione sulla base del lavoro di verifica circa l'andamento dei servizi e Progetti,
4. contributo dei Tavoli tematici, che rappresentano il momento di presa d'atto,
5. ratifica del Comitato Istituzionale,
6. trasmissione alla Regione.

Una volta redatto il Piano, i Progetti precedentemente elaborati vengono esplicitati, comunicati, condivisi con gli attori del Distretto, gli utenti e i cittadini in generale. Il Piano costituisce quindi uno strumento che traduce in termini progettuali, economici e di servizi sociali, le decisioni assunte attraverso la formalizzazione del processo di programmazione locale. I Piani di Zona, solitamente, si articolano, in estrema sintesi, in due parti: una parte qualitativa, in cui si descrivono le condizioni di bisogno e si evidenziano le necessità del contesto di riferimento, e una parte quantitativa, in cui si presentano i Progetti e il loro impatto economico e finanziario nonché le risorse necessarie per la loro realizzazione. Per la parte economica i Piani individuano le fonti di finanziamento ed evidenziano l'andamento storico degli stessi ed i relativi vincoli. Tuttavia negli ultimi anni sembra essere diventato prioritario il finanziamento delle spese correnti consolidate, riferite cioè ai servizi essenziali e strutturali, al mantenimento dei servizi ritenuti necessari, seppure in assenza di una Legge regionale (o nazionale) che definisca i cosiddetti "Livelli essenziali di assistenza". La parte rimanente dei fondi può quindi essere destinata ai Progetti di sviluppo, intesa quale quota di risorse aggiuntive che si intende destinare al potenziamento quali-quantitativo di un certo ambito di attività, o alla creazione di un nuovo intervento/servizio. Ma è proprio la previsione di spese di investimento e le relative fonti di finanziamento, che sembra indurre alla prudenza e quindi a proseguire con il finanziamento di Progetti/servizi già attuati e consolidati per non rischiare di non poter garantire la sostenibilità negli esercizi futuri in termini di costi non finanziabili.

Per ogni Progetto sociale deve essere quindi effettuata un'analisi e una valutazione attenta degli impegni pluriennali di spesa già assunti a valere sugli anni futuri e soprattutto sugli effetti di un mancato finanziamento dei Progetti rispetto all'utenza.

A tale riguardo, sembrerebbe opportuno, sulla base dei principi fondamentali della condivisione delle conseguenti responsabilità, una attività di programmazione sociale con un orizzonte temporale almeno triennale. La necessità di estendere al medio periodo l'orizzonte delle decisioni da assumere e delle verifiche da compiere va al di là, quindi, del carattere "autorizzatorio" della Regione Lazio e significa, per il Distretto, porre attenzione alla affidabilità e incisività delle politiche e dei Progetti sociali, avere chiarezza degli obiettivi da raggiungere e un corretto ed efficiente utilizzo delle risorse.

Infine l'analisi del contesto laziale sembra indicare la necessità di un maggiore coordinamento e di una coerenza dei vari strumenti della programmazione sociale. Il principio di coerenza implica una considerazione complessiva e integrata del Distretto socio-sanitario, che tocca aspetti economici, ma non solo, e non può prescindere da un raccordo stabile e duraturo tra i diversi aspetti delle politiche e dei relativi obiettivi inclusi nei documenti di programmazione per la sanità, il lavoro, l'istruzione, la formazione, la casa.

Tra gli intervistati è presente un alto livello di consapevolezza circa la necessità di una reale integrazione tra politiche, a partire da quelle sociali e sanitarie. Qualcuno ha anche affermato che sarebbe il caso che i due assessorati, e i due dipartimenti regionali preposti, dialoghino di più, come pure sarebbe opportuno che il Direttore Generale di una ASL non si accordi con il Sindaco di un Comune per aprire un nuovo servizio socio-sanitario, senza prima interpellare i responsabili del Piano di zona distrettuale. In un momento di scarse risorse, sarebbe necessaria una definizione di strategie per priorità definite e maggiormente concordate.

6. Conclusioni

6. CONCLUSIONI

Alla luce del quadro emerso dalla progettazione sociale svolta dai diciassette Distretti socio-sanitari del territorio della provincia di Roma nelle ultime tre annualità esaminate, è possibile confermare quanto già parzialmente noto in merito all'articolazione e al funzionamento dei Servizi socio-sanitari nel Paese. Ciò che sembra utile sottolineare è la necessità che i Servizi alla persona si dotino di strumenti capaci di fornire informazioni e dati sull'utenza, sulle misure e sugli interventi attraverso cui pianificare e progettare politiche sociali che tengano conto del criterio dell'integrazione e che rispondano sempre più alle finalità dell'efficienza e dell'efficacia. Diventerebbe pertanto necessario (o meglio preliminare) affinare le tecniche di misurazione e di mappatura dei fenomeni che conducono alle forme di esclusione sociale. Lo studio del territorio e delle problematiche sociali attraverso i dati statistici e l'analisi delle caratteristiche dell'utenza, consentirebbe una riflessione analitica che risponde ad una duplice finalità: da una parte colma un bisogno conoscitivo per coloro i quali sono chiamati a programmare gli interventi e i Servizi Sociali, dall'altra rende possibile un'attività di valutazione dell'intervento stesso attraverso l'approfondimento delle modalità operative messe in campo.

Nella rilevazione del bisogno, così come riportato nei Piani di Zona, e nella descrizione analitica degli indicatori socio-demografici, gli Uffici di Piano si possono avvalere di una metodologia in grado di fornire ai decisori e agli operatori sociali risposte territoriali che sempre più tendano a rafforzare l'autonomia e a valorizzare la capacità di attivazione dei soggetti e degli attori decisionali. Il lavoro svolto per il *Rapporto sulla Condizione Sociale del territorio della provincia di Roma: elementi di analisi e pianificazione nei Distretti socio-sanitari* ha consentito di raccogliere informazioni utili per la programmazione sociale, relative alla relazione tra domanda espressa e intervento erogato.

I dati e gli indicatori sulla popolazione, l'ambiente, il territorio e l'economia dei distretti e la scheda di analisi elaborata per la raccolta omogenea delle informazioni contenute nei Piani Sociali di Zona, possono diventare strumenti in grado di permettere al singolo Ufficio di Piano di osservare i fenomeni sulla base dei quali proporre politiche sociali mirate al miglioramento e alla qualità dei servizi. Sottende infatti una capacità di "apprendimento", così come sostiene Carlo Donolo: *«l'apprendimento istituzionale riuscito rende possibile una connessione più produttiva tra forme del mutamento istituzionale e adozione di strategie istituzionali attive e interattive»*. In questa accezione, l'essersi dotato di uno strumento di lettura dell'intervento e del bisogno sociale, può rendere l'Ufficio di Piano "intelligente", ovvero capace di leggere gli eventi e i processi messi in atto, e anche di rispondere al rischio e all'incertezza con procedure codificate e con l'attivazione della rete dei Servizi, secondo una lettura di area vasta.

La finalità perseguita in questo Rapporto è stata duplice: da una parte proporre direttamente una lettura statistico-descrittiva della condizione sociale del territorio della provincia di Roma così come emerge negli ultimi tre anni, e dall'altra di analizzare indirettamente l'organizzazione operativa degli Uffici di Piano.

L'esperienza pilota messa in campo dal Servizio 1 del Dipartimento IX della Città metropolitana di Roma Capitale – "Pianificazione territoriale, formazione e sistema informativo degli interventi in campo sociale" –, consente una riflessione sulla innovazione necessaria all'interno dei Servizi socio-sanitari per quanto riguarda la strumentazione di raccolta della domanda e delle prestazioni erogate. In altre parole, l'esperienza ha mostrato come attraverso gli strumenti

informativi utilizzati per la raccolta omogenea dei dati e delle informazioni sui progetti inseriti all'interno dei Piani Sociali di Zona, sia possibile registrare, in maniera costante, i processi avviati dai Distretti, in modo da fornire elementi per il monitoraggio continuo della domanda sociale esplicita. Ciò consente l'individuazione di *standard* per una corretta valutazione dei Piani e dei Servizi Sociali e per la rilevazione delle eventuali fratture tra domanda e offerta di interventi.

Difficile fare la sintesi di tutte le informazioni contenute nel presente Rapporto. Tuttavia alcune indicazioni, per i territori, sono possibili.

Partendo dal Distretto RM D1, che coincide con il Comune di Fiumicino, i dati presentati dall'Ufficio Statistica e Studi della Città Metropolitana di Roma capitale, evidenziano il più alto tasso di crescita demografica tra le quattro aree analizzate. Certamente si deve tener conto che le altre aree territoriali sono più ampie e composte da più Comuni, che incidono sul valore medio dell'area, ma a far alzare il dato di Fiumicino è anche il basso tasso di vecchiaia: il Distretto D1 si rappresenta come il territorio dove il numero di minori e giovani supera di gran lunga quello degli anziani e dei vecchi.

Dal punto di vista della rilevazione del bisogno i tre piani analizzati concentrano l'attenzione da una parte su crisi familiari determinate da problematiche economiche e da difficoltà relazionali intra ed extra familiari e dall'altra dall'accrescersi della complessità della condizione giovanile. Emergono al riguardo richieste di integrazione dell'offerta scolastica, di tutela della maternità e di sostegno all'orientamento sociale e all'inserimento lavorativo. Gli organismi del Terzo settore e i Sindacati, in sede di concertazione dei contenuti del Piano, hanno fatto presente la necessità di dare continuità ad alcuni servizi già attivati, tra cui: *l'Assistenza Domiciliare Indiretta*, le *Dimissioni Protette*, il *Pronto Intervento Sociale* e il *Telesoccorso*, a dimostrazione della necessità di impegnarsi su azioni individuali.

Passando all'Area distrettuale della ASL RM F, gli indicatori mostrano due valori più alti in rapporto alle altre aree: il tasso di presenza degli stranieri, pari al 11,6% della popolazione residente e l'indice di vecchiaia pari a 113. Ci si aspetterebbe un investimento progettuale specifico eppure, nelle tre annualità, in nessuno dei quattro Distretti dell'area RM F risulta che siano stati presentati alla Regione Lazio progetti relativi all'immigrazione. I Piani riportano quanto i cittadini stranieri residenti abbiano assunto un'importanza per numerosità e per rappresentanza delle varie nazionalità, ma l'integrazione degli immigrati sembra essere un settore di intervento dei Comuni soprattutto per la gestione delle situazioni di emergenza. Per gli anziani, invece, in particolare con il Piano 2014, si introduce la necessità di attivare una rete "qualificata" di servizi per la non autosufficienza, soprattutto sul versante degli *Aiuti domiciliari*. È ormai consolidata anche l'esperienza della *Casa famiglia per anziani autosufficienti e fragilità sociali*, che accoglie anziani psichiatrici compensati e pazienti con problematiche di fragilità sociale. Da altra parte, le analisi dei Piani evidenziano chiaramente come sul territorio si stia "toccando" con mano la crescita della povertà economica e culturale, collegata ai flussi migratori. Sembra trattarsi di un concetto di povertà allargato che riguarda una più generale deprivazione culturale ed affettiva e che finisce, con il tempo, per sfociare nella marginalità, anche perché - e non è solo il caso degli immigrati - le famiglie sono sempre più prive di una rete parentale allargata che possa supportarle nei momenti di difficoltà e la solitudine acuisce i disagi e le difficoltà. In questa linea nell'area Distrettuale RM F sembrano essere attivati due tipi di servizi-interventi: le misure di sostegno economico con l'erogazione di sussidi e il superamento delle condizioni di emergenza. E' bene ricordare, inoltre, che nonostante il numero di pensioni Inps di invalidità civile (valore assoluto poco più di 16.000), non sia alto rispetto ai territori vicini,

il Piano del 2014 si impegna a realizzare un' Unità operativa stabile referente per l'area della disabilità adulta.

L'Area distrettuale della ASL RM G, tra tutte le quattro considerate, ha l'indice di criticità sociale più alto. L'indicatore, costruito considerando la presenza relativa di anziani di più 85 anni tra gli anziani di più di 65 anni, segnala il tasso di "vecchiaia" estrema tra la popolazione anziana e conseguentemente anche il grado di rischio e di marginalizzazione sociale ed economica tra gli anziani residenti. I Piani analizzano sul territorio le condizioni degli anziani che evidenziano un costante bisogno di aiuto domiciliare, con collegate liste di attesa per il servizio di *Assistenza Domiciliare* e difficoltà legate ai trasporti locali che, in alcuni contesti, ostacolano la partecipazione alla vita collettiva degli anziani. Livelli elevati di criticità sembrano investire anche altre categorie di residenti, colpiti da due situazioni emergenziali, quella abitativa e quella del lavoro. Entrambe riguardano indiscriminatamente singoli o nuclei, stranieri o italiani, uomini e donne, giovani o vecchi, lavoratori o persone con disabilità. Il numero delle richieste di *Contributi economici* che ricevono i Comuni, o di interventi per *Emergenze sociali*, rappresentano un indicatore che corrisponde ai dati statistici che descrivono una situazione economico-produttiva in recessione.

Infine l'Area distrettuale della ASL RM H ha una percentuale di stranieri sotto la media del territorio considerato e un - collegato - basso valore di incremento della popolazione residente, con alto valore indice di vecchiaia (112). Dalle informazioni statistiche sembrerebbe quindi un territorio demograficamente fermo, ma il problema sembra essere più interno. I Piani riferiscono delle richieste di aiuto per la soluzione di conflitti familiari e tra genitori e figli. I Servizi Sociali segnalano, l'emergere della presenza di nuclei familiari sempre più "fragili", non più autosufficienti nella cura di familiari, segnale evidente che il modello "tradizionale" di famiglia sta entrando in crisi anche nel territorio provinciale. La situazione sembra essere più grave nei piccoli centri.

Nello stesso ambito sociale si inserisce l'aumento dei ricongiungimenti familiari, la costituzione di nuove famiglie con figli nati in Italia e le "famiglie miste". Gli immigrati residenti, benché non molti, risultano ben inseriti, secondo un processo di integrazione spontaneo e rapido, ma i Piani rilevano che stanno emergendo difficoltà e bisogni sociali specifici di questa parte della popolazione, sui quali sembra importante lavorare in ottica preventiva.

Le poche notazioni di sintesi appena espresse mostrano il grado di innovazione e di sperimentabilità dell'attività di analisi svolta per la redazione del presente Rapporto. L'esperienza fatta consente di esprimere alcune logiche di riferimento per la predisposizione di un sistema informativo con le caratteristiche della continuità e della comparazione, utile nell'analisi dei Piani di Zona.

Per i Distretti potrebbe essere una buona prassi elaborare uno strumento unitario di raccolta delle informazioni nei vari territori, che rientri nelle funzioni del Segretariato sociale - Punto Unico di Accesso, servizi che dovrebbero poter svolgere la funzione di introdurre al sistema di intervento sociale locale e quindi avere una Scheda di accesso, un sistema di raccolta delle informazioni, uno strumento di analisi e valutazione, almeno condiviso a livello di Area distrettuale.

Lo strumento di memoria può essere utile, se utilizzato in maniera operativa.

Da precedenti studi sui Servizi alla persona a Roma, è stata osservata infatti una sorta di dispersione di energie (e quindi di risorse), provocata principalmente da due disfunzioni: prestazioni incongrue con i bisogni delle persone e prestazioni fornite in tempi diversi e senza

collegamento. La soluzione per evitare le due anomalie ha a che fare con l'organizzazione interna all'Ufficio di Piano e riguarda, anzitutto, la conoscenza delle risorse presenti sul territorio, ma anche dei bisogni della popolazione e della capacità di intervento dell'Ente regionale (soprattutto per ciò che riguarda le procedure di finanziamento). A tal fine, può essere molto utile il servizio informativo svolto dall'Ufficio Statistica della Città Metropolitana di Roma Capitale che, oltre ad aver presentato una raccolta sistematica dei dati statistici e degli indicatori analitici sui Distretti e sulle aree Distrettuali ASL, ha fornito, per il presente Rapporto, l'articolazione completa dei dati e delle informazioni relative a ciascun Comune dell'area provinciale: è così possibile ricostruire gli indicatori e analizzare le risorse per ciascun'area sub distrettuale. Inoltre, la raccolta sistematica delle informazioni è anche l'occasione per stabilire un dialogo con i referenti dell'offerta sociale: rappresenta un momento per esplicitare gli obiettivi, conoscere i vincoli e le potenzialità delle convenzioni, promuovere la gestione comune dell'intervento e dialogare concretamente sull'operatività dell'intervento prestato.

L'impostazione di un sistema integrato di raccolta delle informazioni consente anche di individuare spazi di cambiamento nella rete dei servizi e quindi in questo l'Ente Pubblico agirebbe pienamente ai suoi doveri programmatori.

La progettazione di un sistema di codifica delle informazioni sull'utenza non si traduce solo nella progettazione di uno strumento informativo, o un mezzo per raggiungere la finalità conoscitiva (ovvero la descrizione della condizione sociale dei Distretti socio-sanitari), ma costituisce lo spazio in cui gli operatori dei Servizi (tecnici e amministrativi), i Dirigenti o le figure apicali, i responsabili del Terzo settore che opera in convenzione con il pubblico, e anche i cittadini-utenti, interagiscono, e interagendo costruiscono lo spazio di connessione tra i loro *frames* cognitivi e l'insieme strutturale dei vincoli e delle risorse delle politiche di intervento socio-sanitario.

Con tale approccio non si guarda ai ruoli, alle funzioni, alle competenze, alle decisioni degli attori, ma alle interazioni esistenti tra di loro: ciò che vale è il processo generativo che prende forma di interventi e servizi promossi dall'Ufficio di Piano. La qualità delle relazioni tra l'Ufficio e i Comitati istituzionali, tra l'Ufficio e i Comuni aggregati, tra l'Ufficio e l'ASL, tra l'Ufficio e gli Operatori sociali, si riverbera nella qualità delle relazioni che i Servizi socio-sanitari attivano e producono.

Una ulteriore considerazione riguarda il cambiamento sociale. I territori, infatti, considerati come spazio in cui i sistemi di offerta sociale e sanitaria agiscono, rappresentano "formazioni sociali" fra loro differenti non solo dal punto di vista locale, ma anche in quanto luoghi con diverse caratteristiche e specificità differenziate dal punto di vista economico, demografico, culturale e politico. La combinazione di più fattori può influire sul modo in cui si presentano i sistemi dei Servizi socio-assistenziali. All'interno dei Piani è possibile rintracciare impostazioni, tendenze e logiche comuni riconducibili alla cultura locale di Servizio sociale, consentendo di salvaguardarne le specificità, al di là del contesto territoriale dove vengono messe in atto. Sembra pertanto necessario approfondire l'assetto del sistema dei Servizi nei Distretti, tenendo conto della centralità del ruolo del territorio, che si sta connotando come uno dei luoghi naturali per la riorganizzazione dell'integrazione tra il settore sociale e quello sanitario, secondo i criteri dell'orientamento agli effettivi bisogni della cittadinanza e della aggregazione in aree metropolitane.

Definire un sistema organizzato e organizzatore delle informazioni relative all'offerta e soprattutto alla domanda sociale del Distretto, serve agli operatori e ai decisori politici, perché

come sostiene correttamente Giuseppe Bonazzi ²³ *«da un lato i funzionari hanno bisogno di direttive politiche per la loro azione e dall'altro la politica ha bisogno della struttura tecnica per avere informazioni e realizzare il programma».*

Come più volte detto, per concludere, il presente Rapporto ha avuto come oggetto l'intervento svolto dai diciassette Distretti Socio Sanitari del territorio della provincia di Roma nelle annualità comprese tra il 2012 e il 2014. Nel senso indicato da Bonazzi (2002), poiché il presente Rapporto non vuole essere astrattamente "razionale", lineare, ma logico-descrittivo, a volte anche semplificativo: i temi trattati sono stati sviluppati dal punto di vista della programmazione e non della politica, cioè di tutto quanto precede e segue il momento delle scelte e della presa di decisioni. A tal fine è stato necessario sviluppare una conoscenza del funzionamento degli Uffici di Piano, soprattutto attraverso il coinvolgimento attivo e l'apporto degli operatori, dei funzionari tecnici e dei responsabili degli Uffici stessi. Solo grazie alla strutturazione di una relazione positiva con loro, è stato possibile non solo compiere lo sforzo di costruzione di modalità omogenee di lettura e di sistematizzazione dei dati e delle prestazioni attualmente erogate (indispensabile per la affidabilità statistica del Rapporto), ma anche aver contribuito a rendere la ricerca sociale non tanto un velleitario oggetto di studio, quanto più uno strumento per promuovere politiche di welfare a livello locale.

23 G. Bonazzi, 2002, "Dire, fare, pensare. Decisioni e creazione di senso nelle organizzazioni", Franco Angeli, Milano, pag. 31)

**Rapporto sulla Condizione Sociale del territorio della provincia di
Roma: elementi di analisi e pianificazione nei Distretti socio-sanitari
Anni 2012- 2014**

Allegati

Allegato 1

LE SCHEDE DEI DISTRETTI E DEI COMUNI: DESCRIZIONE E FONTE DEGLI INDICATORI

Indicatore	Descrizione	Fonte	Anno
1. ZONIZZAZIONI GEOGRAFICHE E AMMINISTRATIVE			
Zona altimetrica ISTAT	La classificazione Istat consta di sei categorie, di cui solo quattro individuate nella provincia di Roma (montagna interna, collina interna, collina litoranea, pianura). Le condizioni di morfologia territoriale influiscono sulla qualità dell’assetto insediativo e sullo sviluppo socio-economico della popolazione insediata.	Istat	2009
Superficie (ha)	Indicatore utile ed immediato per discriminare i piccoli dai grandi comuni. Va letto congiuntamente al dato sulla densità demografica. I valori sono variati nell’ultimo censimento 2011.	Istat	2011
Comunità Montana di riferimento	<i>Informazioni di carattere amministrativo e organizzativo che consentono di individuare delle partizioni del territorio provinciale caratterizzate dalla presenza di uno stabile sistema identitario di natura amministrativa di area vasta sub-provinciale piuttosto importante</i>		
Unioni di comuni di riferimento			
Distretti scolastici di riferimento			
Distanza da Roma (Km)			
Altitudine massima			
Aree protette (superficie in ha)			
Centro per l’impiego			2014
Distretti socio sanitari			
sede ASL			
Ospedali pubblici e privati accreditati			31.10.2011
2. INDICATORI DEMOGRAFICI			
Popolazione Censimento 2011	Popolazione residente all’interno del territorio comunale alla data dell’ultimo censimento della popolazione (2011)	Istat	2011
Popolazione al 1 gennaio 2014Totale	Popolazione residente all’interno del territorio comunale alla data del 1 gennaio 2014	Istat	01-gen-14
Tasso di sviluppo popolazione 2011-2013, %	Indicatore di dinamica demografica che dà conto dello sviluppo della popolazione tra il 2011 e il 2013 (tasso di variazione percentuale)	Ns. elaborazione su dati Istat	2011-2013
Tasso di variazione popolazione residente, % (2013)	Tasso di variazione della popolazione residente tra il 31 dicembre dell’anno di riferimento ed il 31 dicembre dell’anno precedente. <i>Indica la dinamica recente della popolazione residente nel comune espressa come variazione dell’ammontare di popolazione ogni 100 residenti all’inizio del periodo</i>	Ns. elaborazione su dati Istat	2013

Tasso incremento naturale, ‰ (2013)	Tasso di variazione della popolazione residente tra il 1 gennaio e il 31 dicembre dell'anno di riferimento imputabile alla sola dinamica naturale. <i>Misura l'incidenza della dinamica naturale (nascite e morti) nel determinare la variazione della popolazione residente</i>	Ns. elaborazione su dati Istat	2013
Tasso incremento migratorio, ‰(2013)	Tasso di variazione della popolazione residente tra il 1 gennaio e il 31 dicembre dell'anno di riferimento imputabile alla sola dinamica migratoria. <i>Misura l'incidenza della dinamica migratoria nel determinare la variazione della popolazione residente</i>	Ns. elaborazione su dati Istat	2013
Tasso di incremento popolazione residente, ‰ (2001-2011)	Tasso di variazione della popolazione residente nei due censimenti. <i>Misura la dinamica della popolazione residente nel decennio intercensuario e risente meno dell'indicatore annuale di eventuali distorsioni imputabili a fluttuazioni occasionali della popolazione.</i>	Ns. elaborazione su dati Istat	2001-2011
Tasso di incremento stranieri residenti cens 2001-cens 2011	Tasso di variazione della popolazione immigrata residente negli anni considerati imputabile alla sola componente immigratoria. Misura la dinamica recente della popolazione residente dovuta all'immigrazione, risentendo meno dell'indicatore annuale di eventuali distorsioni imputabili a fluttuazioni occasionali della popolazione.	Ns. elaborazione su dati Istat	2001-2011
Densità demografica - (residenti per ha), 1 gennaio 2014	Numero medio di residenti per ettaro di superficie. È un indicatore sul "grado di utilizzo" della superficie comunale	Ns. elaborazione su dati Istat	01-gen-14

3. FAMIGLIE E CONDIZIONI ABITATIVE

mq. per occupante in abitazioni occupate da persone residenti (2011)	Superficie media a disposizione di ciascun residente nelle abitazioni occupate da persone residenti. Dato registrato nell'ultimo Censimento della popolazione e delle abitazioni, anno 2011.	Istat	2011
N. di famiglie in abitazione (2011)	Numero di famiglie in abitazione. Dato registrato nell'ultimo Censimento della popolazione e delle abitazioni, anno 2011.	Istat	2011
N. di famiglie in altro tipo di alloggio (2011)	Numero di famiglie residenti in altro tipo di alloggio non classificabile come abitazione presso il quale, al momento del censimento, dimorano abitualmente o temporaneamente una o più persone. Ne sono esempi: le roulotte, le tende, i caravan, i camper, i container; le baracche, le capanne, le casupole, le grotte; le rimesse, i garage, le soffitte, le cantine; gli alloggi contenuti in costruzioni che non sono edifici (secondo la definizione di edificio). Dato dell'ultimo Censimento della popolazione e delle	Istat	2011

	abitazioni, anno 2011.		
Numero medio di componenti per famiglia 2013	Indicatore sulla dimensione media delle famiglie	Istat	01-gen-14
Indice di vecchiaia (anziani > 65 anni per 100 bambini 0-14 anni), 1 gennaio 2014	(anziani di 65 anni e oltre per 100 bambini e ragazzi sino a 14 anni): definisce efficacemente e sinteticamente la tipologia di profilo strutturale della popolazione residente relativamente alla composizione per classi di età mediante il rapporto tra i residenti appartenenti alle due classi estreme, anziani e bambini/ragazzi. Un valore superiore o prossimo a 100, nella eccedenza di popolazione anziana, segnala un invecchiamento della popolazione e la presenza di un fattore naturale di declino demografico	Ns. elaborazione su dati Istat	01-gen-14
Indice di criticità sociale tra gli anziani, % 1 gennaio 2014	(presenza relativa di anziani di 85 anni e oltre tra gli anziani di 65 anni e oltre): segnala il tasso di “vecchiaia” estrema tra la popolazione anziana e conseguentemente anche il grado di rischio e di marginalizzazione sociale ed economica tra gli anziani residenti.	Ns. elaborazione su dati Istat	01-gen-14
% Vedovi (M+F)/ Pop residente, 1 gennaio 2014	Numero di vedovi ogni 100 residenti nel comune.	Ns. elaborazione su dati Istat	01-gen-14
% Vedovi (M+F) >65 anni/ Pop res >65 anni 1 gennaio 2014	Numero di vedovi ultrasessantatrenni ogni 100 residenti ultrasessantatrenni. Questo indicator segnala il rischio di esclusione sociale e di marginalizzazione degli anziani rimasti vedovi	Ns. elaborazione su dati Istat	01-gen-14
Famiglie con un solo componente (2011)	Numero di famiglie costituite da un solo componente. Dato registrato nell’ultimo Censimento della popolazione e delle abitazioni, anno 2011.	Istat	2011
% famiglie unipersonali (2011)	Percentuale di famiglie composte da 1 solo componente (numero di single ogni 100 famiglie)	Ns. elaborazione su dati Istat	2011
famiglie con 6 e oltre componenti (2011)	Numero di famiglie costituite da 6 o più componenti. Dato registrato nell’ultimo Censimento della popolazione e delle abitazioni, anno 2011.	Istat	2011

% famiglie con oltre 6 componenti(2011)	Percentuale di famiglie composte da 6 o più componenti (numero di famiglie numerose ogni 100 famiglie)	Ns. elaborazione su dati Istat	2011
4. STRANIERI RESIDENTI			
Incidenza residenti stranieri su popolazione residente 1 gennaio 2014, %	Stranieri residenti ogni 100 persone residenti nel comune (è esclusa la componente irregolare degli immigrati)	Ns. elaborazione su dati Istat	01-gen-14
Stranieri minori residenti al 1 gennaio 2014 Classe d'età 0-17	Numero di stranieri residenti minori (0-17)	Ns. elaborazione su dati Istat	01-gen-14
Stranieri residenti al 1 gennaio 2014 Classe d'età 18-40	Numero di stranieri residenti appartenenti alla singola classe d'età ogni 100 stranieri residenti nel comune sul totale degli stranieri residenti.	Ns. elaborazione su dati Istat	01-gen-14
Stranieri residenti al 1 gennaio 2014 Classe d'età 41-65	Numero di stranieri residenti appartenenti alla singola classe d'età ogni 100 stranieri residenti nel comune sul totale degli stranieri residenti.	Ns. elaborazione su dati Istat	01-gen-14
Stranieri residenti al 1 gennaio 2014 Classe d'età 66 e +	Numero di stranieri residenti appartenenti alla singola classe d'età ogni 100 stranieri residenti nel comune sul totale degli stranieri residenti.	Ns. elaborazione su dati Istat	01-gen-14
Stranieri residenti al 1 gennaio 2014	Numero di stranieri residenti nel comune (è esclusa la componente irregolare degli immigrati)	Istat	01-gen-14
% Stranieri minori residenti appartenenti alla classe d'età 0-17 (al 1 gennaio 2014)	Incidenza degli stranieri minori residenti sulla popolazione straniera residente.	Ns. elaborazione su dati Istat	01-gen-14
% Stranieri residenti appartenenti alla classe d'età 18-40 (al 1 gennaio 2014)	Stranieri residenti appartenenti alla singola classe d'età ogni 100 stranieri residenti nel comune.	Ns. elaborazione su dati Istat	01-gen-14
% Stranieri residenti appartenenti alla classe d'età 41-65 (al 1 gennaio 2014)	Stranieri residenti appartenenti alla singola classe d'età ogni 100 stranieri residenti nel comune.	Ns. elaborazione su dati Istat	01-gen-14
% Stranieri anziani residenti appartenenti alla classe d'età 65 e +(al 1 gennaio 2014)	Stranieri residenti appartenenti alla singola classe d'età ogni 100 stranieri residenti nel comune.	Ns. elaborazione su dati Istat	01-gen-14
5. INDICATORI ECONOMICI			
% Redditi fino a 10.000 euro (2012)	% di redditi dichiarati fino a 10.000 euro sul totale dei redditi dichiarati.	Ns. elaborazione su dati dell'Agenzia delle entrate	2012

% Redditi da 10.000 fino a 15.000 euro (2012)	% di redditi dichiarati da 10.000 fino a 15.000 euro sul totale dei redditi dichiarati.	Ns. elaborazione su dati dell'Agenzia delle entrate	2012
% Redditi oltre 75.000 euro (2012)	% di redditi dichiarati maggiori di 75.000 euro sul totale dei redditi dichiarati.	Ns. elaborazione su dati dell'Agenzia delle entrate	2012
Reddito imponibile complessivo, euro (2012)	Reddito imponibile complessivo dichiarato nel comune, in euro	Agenzia delle entrate	2012
Contribuenti complessivi (2012)	Contribuenti complessivi, anno 2012	Agenzia delle entrate	2012
Incidenza dei contribuenti sui residenti, % (2012)	Incidenza dei contribuenti sui residenti	Ns. elaborazione su dati dell'Agenzia delle entrate	2012
Reddito imponibile medio per contribuente, euro (2012)	Reddito imponibile medio per contribuente nel comune, in euro	Ns. elaborazione su dati dell'Agenzia delle entrate	2012
Numero pensioni Inps di VECCHIAIA (al 1 gennaio 2014)	Numero di pensioni di Vecchiaia erogate dall'Inps nel comune	Inps	01-gen-14
Numero pensioni Inps di INVALIDITA' (al 1 gennaio 2014)	Numero di pensioni di Invalidità erogate dall'Inps nel comune	Inps	01-gen-14
Numero pensioni Inps per i SUPERSTITI (al 1 gennaio 2014)	Numero di pensioni per i Superstiti erogate dall'Inps nel comune	Inps	01-gen-14
Numero PENSIONI/ASSEGNI SOCIALI Inps(al 1 gennaio 2014)	Numero di Pensioni/Assegni sociali erogate dall'Inps nel comune	Inps	01-gen-14
Numero pensioni INPS di INVALIDITA' CIVILI (al 1 gennaio 2014)	Numero di pensioni di Invalidità civile erogate dall'Inps nel comune	Inps	01-gen-14
Numero pensioni Inps in COMPLESSO (al 1 gennaio 2014)	Numero complessivo di pensioni erogate dall'Inps nel comune	Inps	01-gen-14
Ammontare medio mensile pensioni Inps di VECCHIAIA (al 1 gennaio 2014)	Ammontare medio mensile della pensione per ciascuna tipologia erogata dall'Inps nel comune	Inps	01-gen-14

Ammontare medio mensile pensioni Inps di INVALIDITA' (al 1 gennaio 2014)		Inps	01-gen-14
Ammontare medio mensile pensioni Inps per i SUPERSTITI (al 1 gennaio 2014)		Inps	01-gen-14
Ammontare medio mensile PENSIONI/ASSEGNI SOCIALI Inps (al 1 gennaio 2014)		Inps	01-gen-14
Ammontare medio mensile pensioni INPS di INVALIDITA' CIVILI (al 1 gennaio 2014)		Inps	01-gen-14
Ammontare medio mensile pensioni Inps in COMPLESSO (al 1 gennaio 2014)		Inps	01-gen-14
Valori immobiliari - Locazione - Valore Minimo €/mq (2° semestre 2012)	Il valore minimo di locazione degli immobili, in Euro al metro quadro nel territorio del comune di riferimento. Questo indicatore serve a valutare l'accessibilità delle case per abitazione.	Ns. elaborazione su dati dell'Agenzia delle entrate - Osservatorio Mercato Immobiliare	2° semestre 2012
Valori immobiliari - Locazione - Valore Massimo €/mq (2° semestre 2012)	Il valore massimo di locazione degli immobili, in Euro al metro quadro nel territorio del comune di riferimento.	Ns. elaborazione su dati dell'Agenzia delle entrate - Osservatorio Mercato Immobiliare	2° semestre 2012
Valori immobiliari -Valore medio di vendita - €/mq (2° semestre 2012)	Il valore medio di vendita degli immobili, in Euro al metro quadro nel territorio del comune di riferimento.	Agenzia delle entrate - Osservatorio Mercato Immobiliare	2° semestre 2012
Numero di imprese attive (2011) Fonte: Istat - Censimento dell'Industria	Numero di imprese attive nel comune (ad esclusione dei settori: Agricoltura, Caccia e Silvicoltura, Pesca e Piscicoltura, Attività associativa, attività svolte da famiglie e convivenze, organizzazioni ed organismi extraterritoriali; le unità classificate come istituzioni pubbliche e istituzioni private non profit)	Istat-ASIA	2011

Numero medio di addetti delle imprese attive (2011) Fonte: Istat - Censimento dell'Industria	Numero medio di addetti nelle imprese attive nel comune (ad esclusione dei settori: Agricoltura, Caccia e Silvicoltura, Pesca e Piscicoltura, Attività associativa, attività svolte da famiglie e convivenze, organizzazioni ed organismi extraterritoriali; le unità classificate come istituzioni pubbliche e istituzioni private non profit. <i>Questo indicatore valuta la dimensione media delle imprese operanti nel comune. Più è piccola la dimensione delle imprese più il sistema economico tende ad essere fragile.</i>	Istat-ASIA	2011
Incidenza di imprese femminili su totale imprese (2° trimestre 2013) Fonte: Camera di Commercio di Roma	Numero di imprese partecipate in prevalenza da donne sul totale delle imprese nei comuni della provincia di Roma	Ns. elaborazione su dati della Camera di Commercio di Roma	2° Trimestre 2013
Numero di Infortuni sul lavoro denunciati all'Inail (2013)	Numero di infortuni sul lavoro denunciati all'Inail, per tutte le categorie	Inail	2013
N. Incidenti stradali (2011) - Fonte: ACI	Numero di incidenti stradali con danni alle persone registrati nell'anno di riferimento, sul territorio comunale.	ACI	2011
N. delitti (2011)	Si definisce delitto il reato per il quale è prevista la pena principale della reclusione e della multa e una serie di pene accessorie (es.: interdizione dai pubblici uffici). L'analisi statistica e sociocriminologica prende in esame i reati denunciati nei singoli Comuni nell'anno di riferimento.	Regione Lazio - Osservatorio sulla Sicurezza	2011
Indice di delittuosità (2011)	Il rapporto fra il numero dei delitti e l'ammontare delle popolazioni medie degli abitanti ogni 10000 unità, è definito indice di delittuosità o tasso di criminalità	Regione Lazio - Osservatorio sulla Sicurezza	2011

Allegato 2

ELENCO DEGLI INTERVISTATI

Si riporta di seguito l'elenco dei Coordinatori degli Uffici di Piano o altre figure di riferimento del territorio intervistati nel corso della ricerca di campo, facendo riferimento alle funzioni da loro svolte al 31 dicembre 2014.

Maria Grazia Coccetti, coordinatore Ufficio di Piano Distretto RM F1
Mara Caporale, già coordinatore Ufficio di Piano Distretto RM F2
Gloria Bianco, coordinatore Ufficio di Piano Distretto RM F3
Simonetta De Mattia, coordinatore Ufficio di Piano Distretto RM F4
Anna Foggia, assessore ai Servizi Sociali Comune di Monterotondo, capofila Distretto RM G1
Maria Colazingari, coordinatore tecnico Ufficio di Piano Distretto RM G4
Nicoletta Teodosi, coordinatore Ufficio di Piano Distretto RM G5
Federica Spigone, coordinatore Osservatorio Sociale dell'Ufficio di Piano Distretto RM G6
Tommasina Raponi, coordinatore Ufficio di Piano Distretto RM H1
Marina Cecchini, responsabile Servizi Sociali Comune di Ariccia, capofila Distretto RM H2
Simona D'Amore, sociologa Ufficio di Piano Distretto RM H2
Maria Pisaturo, coordinatore tecnico Ufficio di Piano Distretto RM H3

