



**Distretto**  
SOCIO SANITARIO RM6/1

# **Piano Sociale di Zona 2017**

**Distretto: RM6/1**

*Comune Capofila: Monte Porzio Catone*

## INDICE

Introduzione .....	3
La predisposizione del Piano .....	4
1. Descrizione del territorio (geografica, urbanistica, produttiva, ecc.) .....	5
2. Descrizione del territorio dal punto di vista demografico e cenni al quadro territoriale dei bisogni .....	6
3. Quadro territoriale dei bisogni .....	10
4. Quadro generale dell'offerta dei servizi socio-assistenziali e integrazione tra i Comuni e la Asl.....	16
5. Obiettivi strategici del Piano Sociale di Zona.....	17
6. Misure adottate per realizzare l'integrazione socio-sanitaria dei servizi .....	19
7. Modalità adottate per realizzare il coordinamento con gli altri organi dello Stato e con la pluralità dei soggetti locali .....	19
8. Strumenti di valutazione dei risultati raggiunti .....	19
9. Innovazioni organizzative, operative, gestionali e di sistema del Distretto .....	20

## Introduzione

E' opportuno ricordare in premessa che questo Distretto ha stipulato, in data 16/03/2015, la Convenzione ai sensi del TUEL 267/2000.

Capofila del Distretto è il Comune di Monte Porzio Catone.

Con il Regolamento dell' "Organizzazione e funzionamento dell'Ufficio di Piano, ambito territoriale Distretto Sociosanitario RMH1", è stato istituito l'ufficio comune dell'Ufficio di Piano, per l'esercizio associato dei servizi sociali distrettuali e per l'attuazione del Piano sociale di Zona.

L'Ufficio di Piano è una struttura tecnico amministrativa dotata di risorse umane con competenze sia amministrativo-contabili, sia tecniche legate allo specifico campo dei servizi sociali e sanitari.

Il Piano Sociale di Zona è stato redatto secondo le indicazioni riportate nelle D.G.R. 537/2017 - D.G.R. 136/2014, e secondo quanto previsto nella Convenzione sottoscritta in data 16/03/2015 dai Comuni afferenti al Distretto Sociosanitario RMH1 oggi RM6/1 Monte Porzio Catone, Frascati, Colonna, Rocca di Papa, Rocca Priora, Grattaferrata, Monte Compatri.

I progetti contenuti nel Piano Sociale di Zona 2017 sono da ritenersi ricompresi nei LIVEAS, non facendo riferimento al solo articolo 22 della legge 328/2000, che definisce il sistema (comma 1) e indica le aree di intervento relative ai livelli essenziali di assistenza (comma 2), bensì facendo riferimento agli orientamenti scientifico-professionali che in questi ultimi anni hanno ri-affermato che qualsiasi processo di recovery è in stretta connessione con la capacità delle persone di avere un ruolo sociale attivo e soddisfacente all'interno delle loro comunità.

**E allora, nella costruzione del Piano Sociale di Zona è necessario considerare essenziali non già le sole strutture, che pure rispondono ad alcuni bisogni in determinate condizioni di disagio/non autosufficienza, ma valutare l'"essenzialità" in termini di efficacia di altri interventi/azioni nella ricostruzione della "normalità" attraverso percorsi attivi di abilitazione/riabilitazione e di effettiva integrazione nel tessuto sociale. E questo significa anche misurarsi con una cultura dei servizi meno passivizzante (operatore vs utente) e di delega (utente vs operatore). Ricordiamo che la convenzione sui diritti delle persone con disabilità, adottata dalle Nazioni Unite nel 2006, è stata ratificata dallo Stato italiano con legge n. 18 del 2009, ben nove anni dopo la 328/2000.**

**Calcolo Indice di Essenzialità Distretto RM H1:** il rapporto tra il massimale di spesa regionale destinata ai servizi essenziali per il 2017 e il totale del massimale di spesa regionale per l'intero Piano Sociale di Zona per il medesimo anno è per il Distretto Socio-sanitario RM H1 da ritenersi pari al **100%**.

E a proposito di riabilitazione psico-sociale, si coglie l'occasione di citare un passo del piano sociale e sanitario 2008/2010 della Regione Emilia Romagna che, in tema di presa in carico dell'utente con problematiche medio-gravi e persistenti, raccomanda tra l'altro "di spostare il più possibile il luogo in cui vengono effettuati gli interventi psico-sociali verso i luoghi di vita del paziente, secondo il principio della presa in carico in vivo,

interpretando in questo modo il concetto di domiciliarietà e ricomprendendo in questo anche interventi rivolti al raggiungimento di posizioni lavorative e di altre mete significative della vita personale”.

La recente D.G.R. 214/2017 che approva la proposta del Piano Sociale Regionale denominato “Prendersi cura, un bene comune” in attuazione della Legge regionale n. 11/2016 “Sistema Integrato degli Interventi e dei Servizi Sociali della Regione Lazio”, ha avviato attraverso un percorso di partecipazione attiva le indicazioni generali per l’attuazione di un modello societario di welfare plurale.

## **La predisposizione del Piano**

Il Piano Sociale di Zona è stato predisposto, come già indicato nell’introduzione, seguendo le linee guida delle D.G.R. 537/2017 e 136/2014.

Sono stati effettuati nel corso dell’anno, numerosi incontri di monitoraggio e verifica relativamente ai progetti attualmente in atto, sono state redatte le rendicontazioni economiche delle diverse annualità.

E’ stata altresì effettuata, l’analisi dei bisogni attraverso la raccolta dei dati e attraverso i Tavoli Tematici nei quali i vari attori coinvolti nel processo (cooperative, associazioni, rappresentanze dei sindacati e delle scuole, cittadini) hanno potuto dare indicazioni secondo le loro conoscenze ed esperienze.

I Tavoli Tematici hanno lavorato per tutto l’intero periodo contribuendo all’analisi dei bisogni e al monitoraggio e alla valutazione dei progetti.

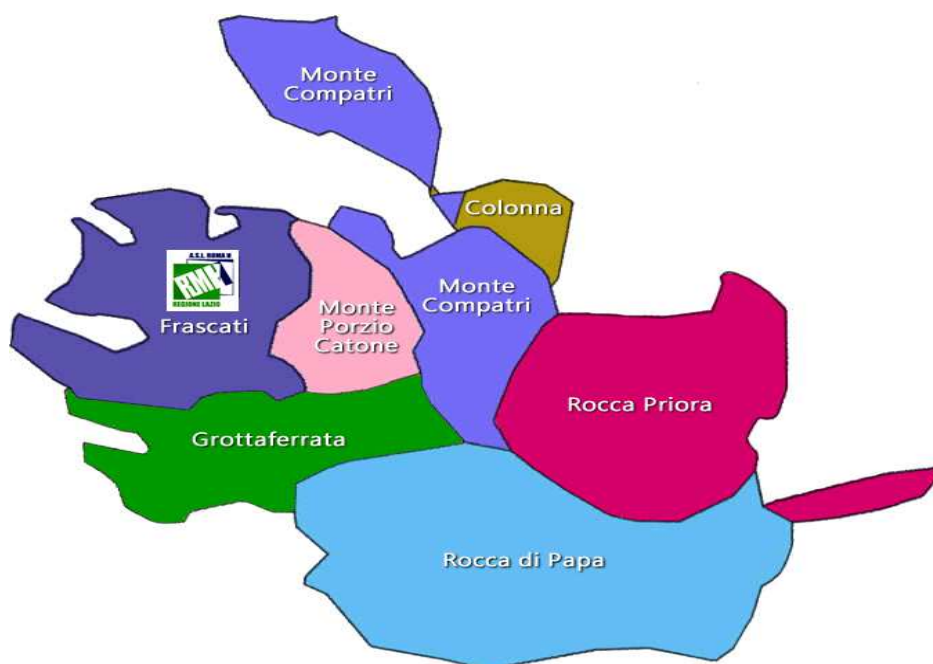
Costante è stato anche il lavoro del Comitato Istituzionale che si è periodicamente riunito per valutare lo stato di avanzamento delle progettualità e in tutti i casi in cui è stato chiamato in causa per necessità varie.

Il Comitato Istituzionale è stato sempre supportato dall’Ufficio di Piano in termini di continui aggiornamenti sulle attività svolte e sulle problematiche di volta in volta riscontrate.

Regolare e proficuo è stato l’apporto di lavoro degli operatori sociosanitari dell’Azienda USL, che hanno seguito sistematicamente, insieme agli operatori del sociale dei Comuni e all’Ufficio di Piano, l’attività del Distretto ed hanno contribuito in base alle loro competenze e funzioni a pianificare e definire gli interventi e a monitorare e valutare i progetti in essere. Questo malgrado la grave carenza di personale che sempre più problematizza il quotidiano dei servizi socio sanitari.

La capacità degli operatori dei Comuni e della ASL di lavorare a stretto contatto e sfruttare tutte le sinergie nonché potenziare il sistema integrato dei servizi è stata aumentata grazie anche all’individuazione da parte dell’Azienda e dei Comuni dei referenti per ciascuna area e per ciascun progetto, facilitando così l’assegnazione dei compiti ed evitando duplicazioni di figure professionali o loro completa assenza.

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



Il Distretto RM6/1, territorio dei Castelli Romani, comprende 7 Comuni: Colonna, Frascati, Grottaferrata, Monte Compatri, Monte Porzio Catone, Rocca di Papa, Rocca Priora. Si estende su una superficie complessiva di Km<sup>2</sup> 146,12 così distribuita:

### Superficie territoriale dei Comuni del Distretto RM6/1

Comuni	Superficie (in Km <sup>2</sup> )
Colonna	3,55
Frascati	22,48
Grottaferrata	18,40
Monte Compatri	24,57
Monte Porzio Catone	9,13
Rocca di Papa	39,72
Rocca Priora	28,27
<b>TOTALE</b>	<b>146,12</b>

Il territorio, pur nella sua ampiezza, presenta notevoli aspetti in comune: l'economia, le usanze e tradizioni. Prevale il territorio collinare su quasi tutto il Distretto, elemento determinante per la modalità in cui è avvenuto lo sviluppo urbanistico di quasi tutti i Comuni.

Si è assistito nel corso degli anni ad una progressiva riduzione delle superfici dedicate all'agricoltura, in particolar modo delle aree destinate alla viticoltura, trasformate con i vari piani regolatori in aree destinate all'edilizia, soprattutto quella di tipo residenziale. Questo cambiamento, che ha comportato una progressiva trasformazione del paesaggio e del tessuto urbanistico tradizionale, è conseguente alla forte domanda alloggiativa,

specie negli anni passati, in corrispondenza con la diminuita redditività delle attività agricole.

La progressiva sottrazione di terre destinate all'agricoltura ha avuto effetti anche sull'economia del territorio. L'importanza del settore agricolo è andata via via riducendosi, pur se attualmente (anche con la progettazione di "mercati del contadino" a Km0) sembra prospettarsi una rinnovata attenzione al settore, in cui trovano occupazione sia immigrati che italiani.

Sempre sotto il profilo economico, è da evidenziare il forte pendolarismo dei residenti, per ragioni di lavoro, verso il centro della Capitale, ovvero verso zone immediatamente raggiungibili ad alta concentrazione industriale (periferia Sud-Est e Sud-Ovest di Roma). La mobilità è un dato di grande evidenza. Il Distretto ha avviato da tempo lo studio di una serie di iniziative per organizzare un sistema di trasporto distrettuale, rivolto in via principale all'utenza dei servizi sociali. Infatti i comuni del Distretto non sono collegati tra loro in modo omogeneo da linee di trasporto pubblico. Ciò rende disagiata la fruizione di diversi progetti socio-sanitari da parte dell'utenza. La soluzione di queste problematiche è ancora lontana ed ha reso necessarie iniziative atte a tamponare almeno parzialmente la difficoltà di accesso. Per fare un esempio concreto il CDHA (Centro diurno disabili adulti) di Monte Compatri ha richiesto l'intervento economico congiunto di tutte le Amministrazioni comunali coinvolte, per permettere l'accesso degli utenti al servizio attraverso un pullmino dedicato.

## **2. Descrizione del territorio dal punto di vista demografico e cenni al quadro territoriale dei bisogni.**

La crisi economica degli ultimi anni ha ridimensionato l'espansione edilizia. I centri storici dei comuni più disagiati per struttura urbanistica, che si erano maggiormente spopolati a seguito dello spostamento della popolazione verso le zone più pianeggianti e di nuova costruzione, sono stati ripopolati da immigrati che negli ultimi anni hanno anche cominciato ad acquistare e ristrutturare abitazioni ritenute poco appetibili dagli italiani. Questo fenomeno ha riguardato, ad esempio, i centri storici di Rocca di Papa e Monte Compatri. Nel complesso risulta comunque stabile, dal 2007 ad oggi, il flusso di immigrati che scelgono di risiedere in quest'area. Nel Comune di Rocca di Papa infatti è attiva una struttura di accoglienza per immigrati che ospita all'incirca 162 immigrati, provenienti dal Gambia, Mali, Nigeria e Senegal. La comunità straniera più numerosa è comunque quella rumena.

L'incremento della domanda di servizi sociali ha riguardato soprattutto le problematiche legate alla crisi economica, che ricadono pesantemente su tutte le fasce più a rischio: dai minori agli anziani, ai nuclei monoparentali. La difficoltà economica del Paese ha ridotto le possibilità di spesa un po' per tutti e certamente alcune fasce di popolazione che già si trovavano al limite delle condizioni di vita accettabili, oggi presentano seri problemi per arrivare alla fine del mese. In questo ambito si registrano negli ultimi anni richieste sempre maggiori di sussidi economici e di aiuto nell'inserimento lavorativo. Compito del Piano Sociale di Zona è perseguire l'integrazione sociale dei cittadini, privilegiando quelli con difficoltà socio-ambientali ed a basso reddito. Per questo la progettazione prevede, già da alcuni anni, il Progetto Reddito Minimo di Inserimento, che nonostante il

Progetto SIA non riesce a far fronte alle aumentate esigenze di sostegno economico e alle problematiche legate alla mancanza di lavoro.

Non si è registrato un cambiamento di rilievo nella composizione delle fasce della popolazione dei minori e degli adulti, mentre la fascia degli ultra sessantacinquenni risulta aumentata, rispetto al 2007, di 2 punti percentuali. Ciò significa aumento della popolazione che più di ogni altra richiede prestazioni socio-sanitarie e particolare cura a nuove modalità di assistenza.

A fronte dell'aumento dei bisogni socio-sanitari legati alla situazione socio-economica, nella necessità di rivedere i piani di zona per andare da servizi a progetti, dobbiamo cambiare prospettiva e immaginare nuovi approcci. Un esempio: il progetto Il Girasole, nato nell'area tematica delle dipendenze, passato poi all'area esclusione sociale, è diventato ora Servizio Diurno di emergenza sociale.

Le necessità di ogni tipo sono ampiamente rappresentate e diffuse nella totalità del territorio, dalla disoccupazione al disagio della popolazione giovanile, all'emarginazione degli anziani e dei disabili.

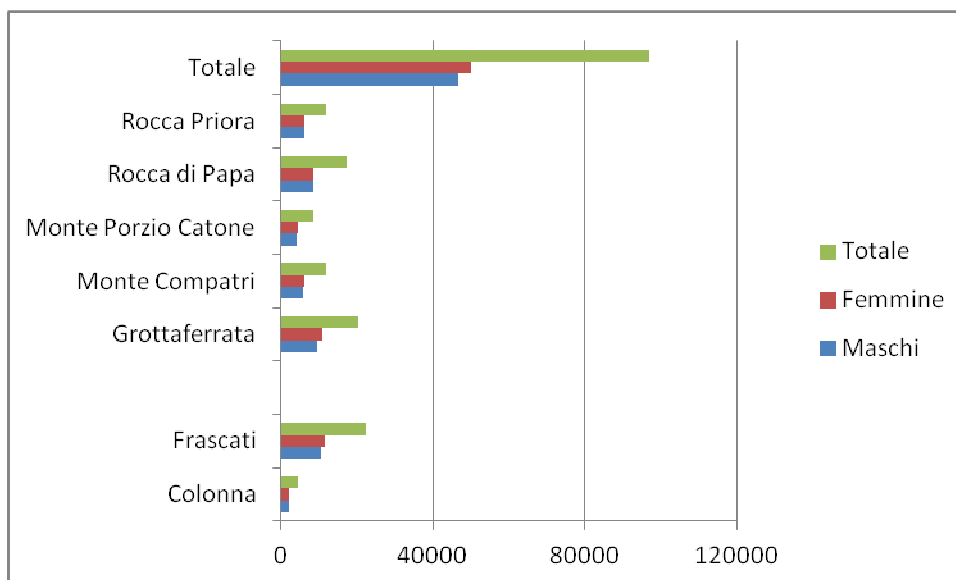
Nel complesso i bisogni e l'offerta di servizi sono piuttosto omogenei sul territorio. Si può affermare che i Comuni che hanno avuto un afflusso di immigrati superiore alla media distrettuale, si trovano in alcuni casi a dover gestire situazioni complesse, che tuttavia non sembrano essere mai sfociate in conflitti sociali di rilievo.

## 2.1 Dati demografici: tabelle

*Le tabelle e i grafici di questa sezione sono elaborati sulla base di dati provenienti dal bilancio demografico Istat 2016 (dato più recente disponibile) e dai dati Istat 2017 relativi alla popolazione 2017 (il dato più completo disponibile per fotografare aspetti della composizione demografica territoriale come il numero e la percentuale di residenti per ciascuna fascia di età).*

### Popolazione al 1 gennaio 2017 (fonte: dati Istat)

Comune	Maschi	Femmine	Totale
Colonna	2102	2207	4309
Frascati	10609	11722	22331
Grottaferrata	9488	10962	20450
Monte Compatri	5916	6107	12023
Monte Porzio Catone	4128	4503	8631
Rocca di Papa	8490	8654	17144
Rocca Priora	6019	5994	12013
<b>Totale</b>	<b>46752</b>	<b>50149</b>	<b>96901</b>



**Numero medio di componenti per famiglia nel 2016 (fonte: bilancio demografico Istat 2016)**

Comune	Numero famiglie	Numero medio
Colonna	1.744	2,47
Frascati	9.311	2,37
Grottaferrata	8.572	2,32
Monte Compatri	5.111	2,34
Monte Porzio Catone	3.464	2,46
Rocca di Papa	6.880	2,45
Rocca Priora	4.873	2,46
<b>Totale</b>	<b>39955</b>	<b>2,3</b>

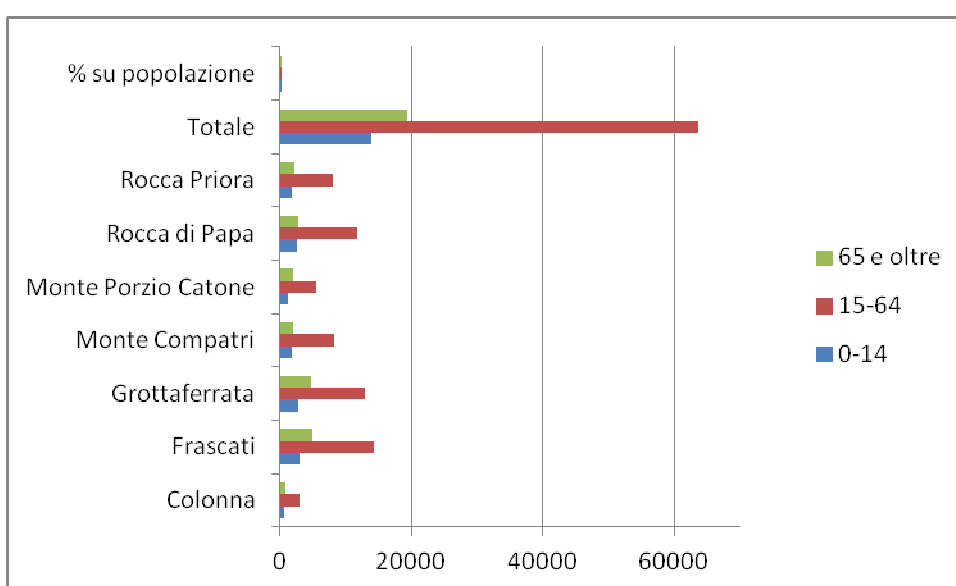
**Densità della popolazione (abitanti per KM quadro – calcolata su dati Istat 2017)**

Comune	Densità
Colonna	1.214
Frascati	993
Grottaferrata	1.111
Monte Compatri	489
Monte Porzio Catone	945
Rocca di Papa	431
Rocca Priora	425
<b>Totale</b>	<b>5.608</b>



Popolazione per fasce di età (fonte: dati Istat 2017)

Comune	0-14	15-64	65 e oltre	Totale
Colonna	632	2.896	781	4.309
Frascati	3.042	14.389	4.900	22.331
Grottaferrata	2.808	12.884	4.758	20.450
Monte Compatri	1.875	8.187	1.961	12.023
Monte Porzio Catone	1.238	5.487	1.906	8.631
Rocca di Papa	2.632	11.699	2.813	17.144
Rocca Priora	1.729	8.035	2.249	12.013
<b>Totale</b>	<b>13.956</b>	<b>63.577</b>	<b>19.368</b>	<b>96.901</b>
<b>% su popolazione</b>	<b>14.4</b>	<b>65.6</b>	<b>19.9</b>	



Numero residenti stranieri (fonte: dati Istat 2017)

Età	Comuni							Totale
	Colonna	Frascati	Grottaferrata	Monte Compatri	Monte Porzio Catone	Rocca di Papa	Rocca Priora	
<b>0 – 14</b>	86	258	196	267	83	336	174	1.400
<b>15– 64</b>	395	1.488	1.381	1.147	336	1.469	820	7.036
<b>65 e oltre</b>	9	67	128	35	26	73	28	366
<b>Totale</b>								8.802

### Incidenza degli stranieri in % (calcolata su dati Istat 2017)

Età	Comuni							Totale
	Colonna	Frascati	Grottaferrata	Monte Compatri	Monte Porzio Catone	Rocca di Papa	Rocca Priora	
0-14	1.9	1.1	0.9	2.2	0.9	1.9	1.4	9,9
15-64	9.1	6.6	6.7	9.5	3.8	8.5	6.8	7,1
65 e oltre	0.2	0.3	0.6	0.2	0.3	0.5	0.2	7
Totale								24

### 3. Quadro territoriale dei bisogni.

#### 3.1 Area minori e famiglia

La rete familiare è nel complesso ancora forte e riesce nonostante tutto ad essere il punto di riferimento per la soluzione di molti problemi individuali. Certamente sono presenti ed in crescita casi di famiglie con problemi di rilievo: separazioni conflittuali, figli contesi, problemi legati alle condizioni economiche, ecc. La mancanza di lavoro ha una ricaduta sui rapporti di coppia e familiari nel complesso, mettendo in discussione il sentimento della propria dignità e inasprendo, a volte anche violentemente i rapporti interpersonali. Il disagio purtroppo a volte sfocia anche in violenza di genere, a cui i servizi fanno fatica a rispondere sia per la nota carenza di personale che per la difficoltà di collocare tali situazioni nella pertinenza di un servizio specifico. L'attenzione sul tema è comunque alta e il problema della violenza di genere è affrontato in sinergia dai servizi e da diverse associazioni del territorio.

Si registrano sempre maggiori richieste di aiuto ai servizi sociali per la soluzione di conflitti familiari e per l'aiuto nella soluzione di problemi tra e genitori e figli, soprattutto dove esiste una situazione di separazione o divorzio. Sempre più presenti sono le famiglie allargate e quelle monoparentali con conseguenti problemi, in alcuni casi di conflitti. Si evidenzia che le richieste di accesso al servizio distrettuale "Spazio neutro" sono aumentate in modo esponenziale. Poiché il servizio non è strutturato per i grandi numeri, si deve ricorrere all'invio al privato sociale. Lo stesso discorso vale per la mediazione familiare: il servizio è attivo con proficuo risultato presso il "Centro Famiglia" di Grottaferrata.

Sono presenti famiglie in cui i genitori sono dediti all'alcoolismo, alla tossicodipendenza, ed affetti da disagio psichico. Sono queste le famiglie più a rischio e nelle quali i figli presentano il maggior grado di disagio sociale.

La crisi economica sta aggravando le condizioni finanziarie di molte famiglie, creando serie difficoltà a fronteggiare anche le spese di prima necessità quali quelle relative alle utenze domestiche o al pagamento del canone di locazione e la rata del mutuo.

Sotto l'aspetto del disagio giovanile, si registrano diffuse situazioni di diminuita percezione del rischio e della violenza. Sentito è anche il problema delle relazioni con i genitori, con i quali si stenta ad instaurare un sereno dialogo.

Le condizioni di disagio sociale ed economico in cui vivono alcune famiglie e una diffusa carenza di adeguate competenze da parte dei genitori porta sempre più spesso i figli ad avere problemi comportamentali, come del resto emerge dalle numerose segnalazioni da parte della scuola. Questo ha sicuramente dei riflessi sull'apprendimento scolastico e può portare a casi di abbandono scolastico. Risulta utile in questo quadro attivare iniziative volte al sostegno della genitorialità e iniziative volte a contenere laddove presenti gli episodi di devianza dei minori, che al momento non è possibile inserire nel Piano Sociale di Zona a causa della scarsità di risorse economiche.

### **3.2 Area Anziani**

Troppo spesso la condizione degli anziani è segnata dall'emarginazione, dovuta a volte alla perdita parziale o completa dell'autosufficienza, che in molti casi rende problematica la permanenza nel proprio domicilio.

Lo stato di non autosufficienza implica la necessità di un aiuto domestico: le famiglie in primo luogo e aiuti esterni. Per i familiari è sempre più difficile occuparsi degli anziani, poiché è complesso conciliare i tempi del lavoro quotidiano e le necessità legate alle richieste delle persone anziane da accudire. L'aiuto esterno fornito da una badante diviene un aggravio economico a cui le basse pensioni difficilmente fanno fronte e la situazione si aggrava quando la non autosufficienza è legata ad una grave invalidità o a forme di demenza.

Per quanto riguarda questa patologia nel distretto si riscontra la percentuale del 6% sulla popolazione, sovrapponibile alle statistiche nazionali.

Nel territorio il progetto del Centro diurno per le demenze, attivato nel 2011, vede la presenza quotidiana di 12 utenti a rotazione, a cui si sono aggiunti ulteriori 4 utenti provenienti dagli altri Distretti della ASL RMH, attivati con fondi Alzheimer sovra distrettuali, offrendo quindi una risposta ad un numero limitato di pazienti, ma divenendo comunque risorsa utilissima per i pazienti ma anche per i care giver

Risulta fondamentale ovviamente il servizio di assistenza domiciliare integrata, ma anche l'assistenza domiciliare integrata post ospedaliera, che soprattutto nei casi di parziale autosufficienza, riesce a porsi come strumento utile per ridurre l'istituzionalizzazione e il ricovero ospedaliero improprio.

### **3.3 Area disabili**

Si rilevano come bisogni principali per l'area della disabilità quello dell'assistenza domestica, del recupero di autonomia, dell'inserimento lavorativo (nei casi in cui il livello di disabilità/disagio lo consente) e del sollievo alle famiglie.

Molto sentito è poi il problema dell'inserimento scolastico dei minori disabili. Risulta davvero complesso soddisfare le esigenze di tutta l'utenza viste le carenze finanziarie dei bilanci comunali.

Per quanto riguarda l'inserimento lavorativo, le richieste sono aumentate nel corso degli anni; certamente questo crea un aggravio di problemi per i servizi, ma anche l'opportunità di risultati soddisfacenti per la possibilità di attivare o riattivare, a seconda dei casi, un percorso di inserimento sociale dei soggetti. Certamente la notevole richiesta

ha trovato solo una parziale risposta nelle borse lavoro rivolte all'inserimento lavorativo dei disabili. Anche il privato sociale è molto attivo su questo versante soprattutto con corsi di formazione specifici.

Rimane poi il problema dell'esclusione sociale, avvertito in modo più forte soprattutto per i disagiati psichici, fenomeno che finisce tra l'altro per aggravare la stessa patologia. Per i dati relativi all'Assistenza Domiciliare Integrata per l'anno 2016 si vedano le tabelle alle pagine seguenti.

## DATI RIEPILOGATIVI ADI 2016

2016 UTENTI OSS	COLONNA	FRASCATI	GROTTAF.	M.COMP.	M.POR.	ROCCA PA	ROCCA PR.	TOT
	2(1CAD 1NO CAD)	41 (25CAD 16NO CAD)	26 (19CAD 7NO CAD)	3 (0CAD 3NO CAD)	8 (7CAD 1 NO CAD)	10 (9CAD 1 NO CAD)	9 (8CAD 1NO CAD)	99 (69CAD 30NO CAD)
Anziani								
Minori	2	16	4	2	4	16	4	48
Dsm	1	8	2	1	1	3	5	21
Hand. Adul.	3	28	15	5	3	3	4	61
Serd	0	0	0	0	1	0	0	1
altro	0	1	0	0	1	0	0	2
TOT. Utenti	8	94	47	11	18	32	22	232

Di cui

2016	COLONNA	FRASCATI	GROTTAF.	M.COMP.	M.POR.	ROCCA PA	ROCCA PR.	TOT
Nuove attivazioni	2	13	11	0	1	10	6	43
Cessazioni	1	11	9	0	6	8	8	43
2016 UTENTI EDU								
Educatore minori	2	6	8	0	4	7	3	30
Educatore adulti	0	3	1	0	1	0	0	5
Tot	2	9	9	0	5	7	3	35

Di cui

2016	COLONNA	FRASCATI	GROTTAF.	M.COMP.	M.POR.	ROCCA PA	ROCCA PR.	TOT
Nuove attivazioni	0	2	1	0	0	3	1	7
Cessazioni	1	1	5	0	2	1	2	12
2016-ORE OSS								
Anziani	241 (141CAD 100NO CAD)	8035,3 (5502CAD 2533,3NO CAD)	3993,3 (3246CAD 747,3NOCAD)	291 (0CAD 291NO CAD)	1401 (1314CAD 87NO CAD)	1595,3 (1493,3CAD 102NO CAD)	1116 (1016CAD 100NOCAD)	16673,3 (12712,3CAD 3961NO CAD)
Minori	252,30	2.662,30	372,00	266,30	420,30	1613,15	237,00	5.824,15
Dsm	229	1171,3	139,3	151,3	75	258	420	2.444,30
Hand. Adul.	348,00	7.420,00	2615,30	1.309,30	430,00	429	288,00	12.840,00
Serd	0	0,00	0	0	148	0	0	148,00
altro	0	210	0	0	151	0	0	361
TOT	1070,3	19499,3	7120,3	2018,3	2625	3895,45	2061	38.290,45
2016 ORE EDU								
Educatore minori	42	696,2	995	0	580	642	173	3128,2
Educatore adulti	0	170,3	44	0	325	0	0	539,3
TOT	42	866,5	1039	0	905	642	173	3.667,50

### Assistenza Domiciliare Post Ospedaliera - 2016- Ore erogate

	Colonna	Frascati	Grottaferrata	Monte Comp	Monte Porzio C	Rocca di Papa	Rocca Priora	TOT	Spesa
<b>Gen-Mar</b>	0	106,3	102	6	29	33	109	385,3	<b>€ 7.337,03</b>
<b>Apr-Giu</b>	0	194	70	29	0	32	38,3	363,3	<b>€ 6.918,1</b>
<b>Lug-Sett</b>	0	0	39	43	0	41	4,3	127,3	<b>€ 2.424,09</b>
<b>Ott-Nov</b>	0	89	24	32,3	0	0	54	194,5	<b>€ 3.703,75</b>
<b>Nov-Dic</b>	0	25	34	0	16	7	43	129,4	<b>€ 2.464,08</b>
<b>TOT</b>	0	414,3	269	110,3	45	113	249	1200	<b>€ 22.847,05</b>

### Assistenza Domiciliare Post Ospedaliera - 2016 – Utenti

	Colonna	Frascati	Grottaferrata	Monte Comp	Monte Porzio C	Rocca di Papa	Rocca Priora	TOT
<b>Gen-Mar</b>	0	6	6	1	1	2	4	<b>20</b>
<b>Apr-Giug</b>	0	7	4	2	0	3	2	<b>18</b>
<b>Lug-Sett</b>	0	0	3	3	0	3	2	<b>11</b>
<b>Ott-Nov</b>	0	4	2	1	0	0	2	<b>9</b>
<b>Nov-Dic</b>	0	3	2	0	1	2	5	<b>13</b>
<b>TOT</b>	0	20	17	7	2	10	15	<b>71</b>

### Assistenza Domiciliare Post Ospedaliera 2009 - 2016

Anno	Spesa	Ore
<b>2009</b>	€ 9.539,81	538
<b>2010</b>	€ 12.140,46	665
<b>2011</b>	€ 25.096,86	1333
<b>2012</b>	€ 24.321,91	1278
<b>2013</b>	€ 27.286,11	1421
<b>2014</b>	€ 20.217,27	1053
<b>2015</b>	€ 29.932,74	1572
<b>2016</b>	€ 22.847,05	1200
<b>TOT</b>	<b>€ 17.1382,21</b>	<b>9060</b>

### **3.4 Area del disagio e dell'esclusione sociale**

In merito all'esclusione sociale derivante dalla condizione di anziano e da quella di disabile si è già detto nelle specifiche aree; più avanti si parlerà di quella che riguarda gli immigrati. Il problema è quindi trasversale a tutte le aree. Ci si vuole soffermare in questa sezione soprattutto sull'esclusione sociale causata dal disagio economico e dall'emarginazione.

Il Distretto si trova ad affrontare, così come del resto tutto il Paese, la crisi economica che anche in questo territorio non ha mancato di avere conseguenze. Questa ha aggravato la condizione di povertà di alcune fasce di popolazione, immigrati, tossicodipendenti e disoccupati e neodisoccupati. Sicuramente l'incertezza economica crea un malessere sociale più ampio che in molti casi sfocia in un vero e proprio disagio. Come già rilevato negli ultimi anni, alle tradizionali categorie di poveri si è aggiunta tutta la fascia di popolazione impiegata in lavori precari.

I maggiori problemi economici non hanno mancato di avere i loro effetti anche sulle famiglie monoreddito e monoparentali, famiglie alle prese con le rate del mutuo e sulle famiglie che si trovano a gestire le problematiche inerenti al divorzio o alla separazione, tutte categorie già fortemente provate. D'altro canto le tensioni economiche spesso finiscono con il creare o acuire le tensioni familiari.

I redditi fino a 7.500 euro rappresentano il 25,2% di quelli percepiti dagli abitanti del Distretto, mentre quelli da 7.500 fino a 15.000 euro rappresentano un altro 20,4% (dato 2011 fornito dall'Ufficio dall'Ufficio Studi, Ricerche e Statistica della Provincia di Roma). E secondo dati aggiornati al 1° gennaio 2013, forniti dal medesimo Ufficio, sono 1.528, nel Distretto, i titolari di pensioni/assegni sociali Inps, che percepiscono un ammontare mensile medio di 433,16 euro. I titolari di pensioni di invalidità Inps sono 1.900, e percepiscono un ammontare mensile medio di 406,76 euro.

Certamente, di un qualche aiuto sono gli interventi basati sul sostegno economico, soprattutto per le famiglie in difficoltà con le spese di prima necessità quindi con problemi prettamente di reddito. La carenza di fondi non permette di aiutare tutte le persone che ne fanno richiesta. I contributi economici non aiutano però a risolvere quelle situazioni di esclusione sociale e di disagio dovute all'emarginazione. Questo problema è sicuramente più difficile da risolvere perché non è sufficiente solo l'aiuto economico, ma va pensato un intervento più complesso che permetta alla persona, a prescindere dalle cause che lo hanno portato all'esclusione, di iniziare e completare un percorso di inserimento sociale. Per questo in molti casi si cerca di attivare un percorso di inserimento lavorativo con l'idea che tramite il lavoro si possa riconquistare anche l'inserimento sociale. Per facilitare l'inserimento lavorativo si ricorre al reddito minimo di inserimento o a corsi di formazione, ma anche in questo caso le risorse scarseggiano.

### **3.5 Area immigrati**

L'analisi dei dati testimonia una forte presenza di cittadini immigrati in questo territorio, presenza tra l'altro in forte crescita. L'incidenza degli stranieri sulla popolazione è pari al 9 % (dati Istat 2017). Questo crea sicuramente la necessità di dover favorire l'integrazione lavorando sugli immigrati, ma anche sugli italiani per creare le condizioni

di accoglienza e rispetto verso lo straniero, al fine di evitare situazioni di contrasto e tensioni sociali come purtroppo è accaduto in altre aree del Paese.

In questo ambito la popolazione di riferimento è assai eterogenea: a fronte di cittadini provenienti dai paesi dall'Unione Europea, che presentano alti gradi di integrazione, si contrappongono persone - soprattutto con provenienza da paesi non appartenenti all'Unione Europea o dalla Romania, nazionalità questa con maggior numero di presenze - che manifestano in alcune situazioni gravi problemi di isolamento e di emarginazione. Per questa fascia di persone, se da un lato si riscontrano alcuni casi di buona integrazione dovuta ad un lavoro ormai stabile, ad una situazione legale in regola con le norme, alla costituzione di una famiglia a volte mista, al ricongiungimento con i propri familiari, ad una permanenza ormai pluriennale, o ai rapporti stabili, grazie a figli che frequentano le scuole, con famiglie italiane, dall'altro permane tutta un'altra categoria di persone completamente isolata dalla comunità locale. Questo problema è aggravato anche dal numero cospicuo di stranieri e dalla loro crescita piuttosto veloce in un arco temporale limitato, elemento che rende ancora più difficile il processo di integrazione, notoriamente complesso già quando riferito ad un ristretto numero di persone. A questo si aggiunge inoltre una non sempre diffusa cultura dell'accoglienza da parte degli italiani, sia per diffidenza, che per paura e per intolleranza.

Per quanto riguarda i bambini stranieri – che in base ai dati del censimento Istat 2011 rappresentano il 9,9% della fascia di popolazione tra 0 e 5 anni e il 7% della popolazione scolastica minorile – talvolta si riscontrano problemi di inserimento scolastico con profitto e di integrazione con i compagni. Infatti i problemi di lingua e di cultura a volte impediscono un buon apprendimento delle materie scolastiche, e non è raro che per qualcuno di questi minori si incorra nell'errore di attribuire i problemi a disturbi patologici di apprendimento e di comportamento.

È necessario pertanto mettere in atto iniziative volte in primo luogo a favorire l'integrazione, soprattutto dei soggetti più emarginati, e contemporaneamente lavorare per rendere la comunità locale maggiormente predisposta ad accettare il diverso e a capire che si può imparare dagli altri. È quindi importante informare/formare sia gli stranieri, su quali sono i loro diritti e doveri e a chi possono rivolgersi per ricevere aiuto, ma la stessa opera di informazione/formazione deve essere fatta anche sugli italiani per accrescere la consapevolezza che gli immigrati possono essere una risorsa per la comunità.

#### **4. Quadro generale dell'offerta dei servizi socio-assistenziali e integrazione tra i Comuni e la Asl.**

Questo Distretto da anni ha attivato una serie di servizi socio assistenziali in molti dei quali è presente una forte integrazione con gli operatori della ASL. L'integrazione avviene con riunioni di équipe, analizzando insieme i bisogni del territorio, attuando uno scambio di relazioni e documenti, attivando la pianificazione congiunta del piano personalizzato di intervento. Lavorare in integrazione è anche alla base della progettazione del Piano Sociale di Zona e degli altri interventi distrettuali.

A livello di offerta dei servizi, si può pensare all'assistenza domiciliare integrata, che prevede una stretta collaborazione tra operatori dei Comuni e della ASL. Dal 2011 è



attiva un'unità di valutazione multidimensionale integrata e dallo stesso anno è operativo il modello PUA, che ha la centralità nella Casa della Salute di Rocca Priora e i punti diffusi nei Comuni e nei servizi ASL del territorio. Questa collaborazione si attua attraverso la valutazione congiunta dell'utente fino alla successiva predisposizione del piano personalizzato. Stesso discorso vale per il servizio di assistenza educativa scolastica. In questi ambiti, così come per gli inserimenti nelle residenze sanitarie assistite, si è sviluppato un lavoro di équipe che ha permesso di prendere in carico l'utenza in modo completo e di rispondere ai bisogni sia sociali che sanitari.

## **5. Obiettivi strategici del Piano Sociale di Zona.**

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. Ovviamente l'obiettivo è punto di riferimento, dato regolativo ideale che impronta validamente l'esperienza del servizio.

Molto è stato fatto anche per un altro obiettivo, il cui raggiungimento è di fondamentale valore per poter offrire dei servizi moderni: 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, condizione necessaria anche per rimuovere nell'utente la condizione di *cliens* di qualcun altro.

Sotto un profilo di più ampio respiro si dà notevole importanza al raggiungimento della piena integrazione sociosanitaria sviluppando e potenziando gli strumenti e procedure già in essere. Così come è altrettanto importante l'obiettivo di portare i cittadini, le associazioni di volontariato, in generale tutto il terzo settore a partecipare attivamente alla programmazione degli interventi e alla progettazione dei singoli servizi, 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 sfruttare le competenze e ed esperienze di tutti. E' quindi importante anche un cambio di mentalità, passando da un'ottica del Comune come unico decisore ad una di condivisione e partecipazione.

Più concretamente, è fondamentale l'inserimento lavorativo e, anche tramite questo, l'inclusione sociale dei disabili, dei tossicodipendenti, dei disagiati psichici, degli immigrati e di tutte le persone svantaggiate. E' altresì rilevante sostenere la famiglia soprattutto per quanto riguarda lo sviluppo delle relazioni intrafamiliari. Altrettanto necessario è sostenere la famiglia nella cura e assistenza degli anziani fragili e dei disabili, così come è importante eliminare le cause dell'emarginazione di queste persone. Infine, e solo per definire il quadro degli obiettivi interni alla produzione del piano sociale di zona, alla luce delle indicazioni regionali e guardando al quadro riepilogativo dei progetti, il *fil rouge* che li tiene insieme è già l'idea di un loro accorpamento per servizi, partendo dalla formula già utilizzata in passato della ripartizione per aree.

### **5.1 Area Minori e Famiglia (Misura 1.1, Misura 4.1, Misura 4.2, Misura 4.3)**

Per questa area l'obiettivo principale è quello di sostenere la famiglia, in particolare rafforzare le competenze dei genitori e aiutarli nel processo psico-affettivo ed educativo. Oltre ad azioni di prevenzione è importante mettere in atto anche interventi volti ad una mediazione familiare laddove si riscontrino conflitti genitoriali. E' fondamentale supportare la famiglia non solo negli episodi negativi, ma anche in altre circostanze come la decisione di prendere in affidamento familiare o di adottare un bambino.

Aiutare la famiglia significa anche sostenerla economicamente nei momenti di bisogno, soprattutto quando nel nucleo familiare ci sono persone fragili, non solo con contributi economici ma anche attivando prestazioni socio-sanitarie con personale adeguato.

### **5.2 Area Anziani (Misura 1.1, Misura 3.1)**

E' necessario creare le condizioni per evitare ricoveri o istituzionalizzazioni impropri. Questo si può ottenere aiutando le persone anziane a rimanere nel proprio domicilio fornendo cura e assistenza per le faccende domestiche e per l'igiene personale quando l'autosufficienza è compromessa. È opportuno fornire anche interventi per prevenire o rimuovere l'isolamento, condizione che tra l'altro finisce con l'acuire anche le eventuali patologie presenti nell'anziano.

Per quanto riguarda le famiglie, si deve promuovere il loro benessere riducendo il più possibile le condizioni di stress da caregiver.

### **5.3 Area Disabili (Misura 1.1, Misura 1.3, Misura 3.1)**

Rimane valido anche per questa tipologia di utenza l'obiettivo di ridurre i ricoveri impropri e aiutare le famiglie e i disabili stessi nelle faccende domestiche e nella cura della persona. Dove possibile si ritiene opportuno promuovere azioni per favorire occasioni di inclusione sociale. Altri obiettivi fondamentali sono quelli di sostenere e sviluppare l'autonomia e le capacità possibili delle persone non autosufficienti, in particolare dei disabili gravi, di creare le condizioni per le pari opportunità e di sostenere e sollevare le famiglie che sopportano, spesso da sole, tutto l'onere della disabilità.

Per ultimo, ma non per importanza, deve essere considerato l'obiettivo dell'inserimento lavorativo di lungo periodo.

### **5.4 Area disagio ed esclusione sociale (Misura 5, Misura 6.1, Misura 6.2, Misura 6.3)**

Non si deve pensare al solo obiettivo di aiutare le persone a far fronte alle spese (utenze domestiche, rata del mutuo ecc.), ma si deve anche proporre l'obiettivo di sostenere le persone a ritrovare da sole la piena autonomia economica. Inoltre, poiché molte volte alle precarie condizioni economiche si affianca anche il disagio e l'esclusione sociale, è importante sostenere la persona nel percorso di inserimento lavorativo di lungo periodo, come modalità di azione utile a rimuovere gli ostacoli di ordine economico e come mezzo per facilitare il reinserimento sociale della persona.

### 5.5 Area Immigrati (Misura 6, Misura 6.1, Misura 6.2, misura 6.3)

In via primaria si cerca di favorire la piena integrazione della popolazione immigrata, integrazione non intesa come rinuncia alle proprie usanze e culture, ma come inserimento nella vita sociale attraverso il lavoro, la scuola e altri spazi civili di integrazione e partecipazione. Dall'altra è opportuno creare nella popolazione italiana la cultura dell'accoglienza, del riconoscimento del diverso non come minaccia ma come risorsa.

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

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

### 7. Modalità adottate per realizzare il coordinamento con gli altri organi dello Stato e con la pluralità dei soggetti locali.

Le scuole, i loro rappresentanti partecipano costantemente ai Tavoli Tematici e ad altre riunioni tecniche relative all'area minori e famiglia. In questo modo si possono meglio progettare gli interventi rivolti a questa tipologia di utenza e si può avere una migliore conoscenza del bisogno dei minori. È anche prevista la partecipazione di un rappresentante dell'Ufficio Regionale Scolastico al Comitato Tecnico. Inoltre alcuni Comuni hanno sottoscritto uno specifico protocollo di intesa con la scuola per quanto concerne il servizio di assistenza educativa scolastica. Mentre risulta pratica seguita in tutti i Comuni quella di presenziare con propri operatori sociali, oltre che agli operatori della ASL, a gruppi di lavoro sull'handicap che si svolgono negli istituti scolastici. E' in definizione l'Albo distrettuale per l'Assistenza alla Persona come previsto dalla D.G.R. 88/2017.

### 8. Strumenti di valutazione dei risultati raggiunti.

In via principale il monitoraggio dei progetti e la loro valutazione avvengono sostanzialmente attraverso riunioni specifiche di équipe, composte nella quasi totalità dei casi dagli operatori dei Comuni e della ASL insieme a rappresentanti del privato sociale

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. Nell'anno in corso è stata avviata anche una valutazione puntuale di tutti i progetti dati in affidamento e di cui alleghiamo una puntuale scheda riepilogativa di tale monitoraggio.

Risultano altrettanto utili, anche per valutare l'impegno e la bontà del lavoro dell'ente attuatore, i questionari che vengono somministrati agli utenti o ai familiari degli utenti. Dalla lettura dei dati si possono infatti trarre utili indicazioni non solo sull'efficacia dell'intervento, ma anche su eventuali modifiche o migliorie da apportare al servizio.

Per il monitoraggio e la valutazione risulta utile infine il lavoro dei Tavoli Tematici che vengono sistematicamente convocati anche per questo scopo.

## **9. Innovazioni organizzative, operative, gestionali e di sistema del Distretto.**

Il Distretto ha attivo il funzionamento del Punto Unico di Accesso.

Il protocollo è stato approvato dal Comitato Istituzionale con Delibera n. 12 del 20/05/2011, successivamente, con Delibera n. 16 del 08/07/2011, sono state approvate le procedure operative per il funzionamento del Punto Unico di Accesso. Con le procedure operative si specificano alcuni dettagli e si rende concretamente funzionante il PUA, infatti si specificano le sedi, gli orari di apertura e il personale messo a disposizione dalla ASL e dai Comuni. Sono altresì specificati i criteri per il monitoraggio. Il servizio è attivo dal mese di febbraio 2012.

Dallo scorso anno sia i Comuni che la ASL hanno individuato gli operatori referenti di area tematica e di progetto. Questo ha aumentato la capacità degli operatori dei Comuni e della ASL di lavorare a stretto contatto e di sfruttare tutte le sinergie, nonché di potenziare il sistema integrato dei servizi. Si è facilitata in definitiva l'assegnazione dei compiti e si sono evitate duplicazioni di figure professionali o loro completa assenza.

Dal 2015 è stata avviata nel Distretto la sperimentazione del sistema operativo denominato Budget di Salute, al fine di fornire alla Regione Lazio elementi concreti per l'emanazione delle apposite linee guida, previste dalla nuova Legge Regionale. Il Direttore Generale della ASL Roma 6 e il Sindaco di Monte Porzio Catone, quale capofila del citato Distretto Sociosanitario (Comuni di Monte Porzio Catone, Frascati, Colonna, Grotta Ferrata, Monte Compatri, Rocca di Papa e Rocca Priora), hanno sottoscritto un Protocollo d'Intesa per avviare lo studio e la sperimentazione del sistema operativo integrato Budget di Salute. Seguendo il dettato del Protocollo d'Intesa, è stato predisposto un piano formativo, rivolto a tutti gli operatori sanitari, sociali pubblici e del terzo settore, coinvolti nel lavoro dei servizi rivolti alle persone che, richiedono un'elevata integrazione sanitaria: Materno infantile – Anziani – Handicap e Patologie psichiatriche – Dipendenza da droga, alcool, farmaci – Patologie per infezioni da HIV – Patologie in fase terminale – Inabilità o disabilità conseguenti a patologie croniche.