

Città di Nettuno



Medaglia d'Oro al Merito Civile



SISTEMA SANITARIO
REGIONALE
ASL
ROMA 6



Città di Anzio

Medaglia d'Oro al Merito Civile

PIANO DI ZONA

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO ROMA 6.6

ANZIO E NETTUNO

TRIENNIO 2021-2023

Indice

INTRODUZIONE

GUIDA ALLA LETTURA DEL PIANO DI ZONA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO ROMA 6.6 ANZIO-NETTUNO	pag 4
DATI STATISTICI DEMOGRAFICI E ANALISI DEL TERRITORIO	pag 13
DATI ANAGRAFICI	pag 21
LA RICOGNIZIONE DELLE RISORSE E DEI BISOGNI DEL TERRITORIO DISTRETTUALE	pag 22
L'ANALISI DEI BISOGNI NEL CONTESTO DEL PIANO DI ZONA: DEFINIZIONI, OBIETTIVI, METODI E STRUMENTI	pag 22
DALL'ANALISI DEI BISOGNI AL PROGETTO DI INTERVENTO	pag 22
AZIONI SVOLTE DALL'UdP PER LA RILEVAZIONE DEI BISOGNI	pag 32
PANORAMICA SULLE MACRO-AREE	pag 33
AREA MINORI E FAMIGLIA	pag 37
AREA ANZIANI	pag 39
AREA DISABILI	pag 43
AREA DISAGIO ED ESCLUSIONE SOCIALE	pag 45
AREA TOSSICODIPENDENZE	pag 46
AREA DISAGIO PSICHICO	pag 47
AREA IMMIGRATI	pag 49
LAVORO DI CONCERTAZIONE CON I TAVOLI TEMATICI	pag 52
ESITI DELLE RILEVAZIONI DEI TAVOLI TEMATICI MARZO-APRILE 2021	pag 54
ATTIVITA' DELLA COMMISSIONE PER L'ACCREDITAMENTO ED I SOGGETTI GESTORI DELLE STRUTTURE PER MINORI, ANZIANI E DISABILI ADULTI NEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO ROMA 6.6	pag 57
REGISTRI SOGGETTI GESTORI ED ASSISTENTI ALLA PERSONA	pag 58
INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	pag 61
UFFICIO DI PIANO (UdP)	pag 61

**I CRITERI PER LA VALUTAZIONE DI IMPATTO DELLA
PROGRAMMAZIONE EFFETTUATA A LIVELLO LOCALE**

pag 65

**LE MODALITÀ E GLI STRUMENTI PER IL MONITORAGGIO SULLO
STATO DEI BISOGNI E DEL SISTEMA LOCALE DEI SERVIZI CHE
CONSENTANO LA MISURABILITÀ DEGLI OBIETTIVI ASSEGNATI E
L'IDENTIFICAZIONE DELLE INEFFICIENZE**

pag 66

CONCLUSIONI

Pag 68



INTRODUZIONE

GUIDA ALLA LETTURA DEL PIANO DI ZONA 2021-2023 DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO ROMA 6.6 ANZIO-NETTUNO

Per la nuova programmazione triennale 2021-2023 il Distretto Socio-Sanitario Roma 6.6 Anzio-Nettuno, recependo e facendo propri i principi guida alla base del Piano sociale della Regione Lazio denominato, “Prendersi cura, un bene comune”, fonda il nuovo Piano di Zona sulla centralità della persona nella comunità, intorno alla quale orientare politiche, progettualità, servizi e strutture specifiche. All'interno della stessa programmazione, sono individuabili cinque parole chiave:

- L'IMPOSTAZIONE centrata sui livelli essenziali delle prestazioni (al momento non esigibili, ma definiti come obiettivi di servizio), in luogo dell'approccio, ormai obsoleto per quanto radicato, centrato sulle categorie;
- LA LOGICA dell'integrazione, che va perseguita a diversi livelli: integrazione delle politiche e degli attori (istituzionali e non), dei programmi e dei processi, dei servizi e degli interventi, delle risorse umane, strumentali e finanziarie;
- L'APPROCCIO di prossimità alla persona, che privilegia interventi domiciliari, centrati su: la permanenza nel proprio contesto di vita, il sostegno all'abitare, l'inclusione nella comunità di appartenenza, la predisposizione di soluzioni abitative che riproducano le condizioni di vita familiari;
- L'INNOVAZIONE nei processi partecipativi, nello sviluppo di comunità responsabili e mutualistiche, nel coinvolgimento nella co-progettazione delle organizzazioni di Terzo Settore e nella valutazione d'impatto delle attività, dei progetti e delle politiche;
- UN APPROCCIO basato sulla conoscenza approfondita dei cambiamenti sociali, dell'offerta di strutture e servizi, delle vulnerabilità e delle prese in carico per la programmazione di interventi personalizzati.

Un ulteriore pilastro è rappresentato dalla spinta all'integrazione sociosanitaria, elemento conduttore ed obiettivo prioritario.

Il nuovo Piano Sociale di Zona fa propri i valori indicati nella legge regionale 11/2016 (negli artt. 1, 2, 5, 7 e 68), con riferimento ai principi contenuti nella Costituzione italiana e nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, oltre agli impegni contenuti nelle diverse Convenzioni sottoscritte dallo Stato italiano (es. Convenzioni ONU sui diritti del fanciullo, Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, Convenzione di Istanbul, ecc.).

Il nuovo cambio di passo a livello locale impone un forte impegno da parte di tutti gli attori sociali per superare la separatezza che in molti casi caratterizza ancora il sistema dei servizi, con linee di intervento “a canne d’organo”, che generano inefficienze e ostacolano i percorsi di accesso alle prestazioni.

La spinta all’integrazione si muove pertanto su due livelli: a livello sociosanitario (istituzionale, programmatico, operativo, professionale ed economico-finanziario) e a livello socioassistenziale con la formazione, il lavoro e in generale con il mondo produttivo, in un’ottica di welfare generativo e di empowerment personale e comunitario, in grado di prevenire e contrastare i rischi dell’intrappolamento nella povertà e nei circuiti assistenzialistici. In questo contesto si valorizzano le potenzialità espresse dalla cooperazione sociale e dal welfare aziendale.

In sintonia con le linee programmatiche regionali, il Piano Sociale di Zona RM 6.6 si propone di raggiungere nel prossimo triennio undici specifici “obiettivi di servizio” per razionalizzare, consolidare e migliorare il sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali e socio-sanitari in tutto il territorio distrettuale, in favore delle persone, delle famiglie e dei gruppi a maggior rischio di esclusione sociale.

- ☐ OBIETTIVO 1: superare la soglia di povertà;
- ☐ OBIETTIVO 2: lavorare insieme;
- ☐ OBIETTIVO 3: non lasciare nessuno solo;
- ☐ OBIETTIVO 4: diffondere servizi di qualità;
- ☐ OBIETTIVO 5: facilitare l’accessibilità ai servizi sociali e sociosanitari;
- ☐ OBIETTIVO 6: generare autonomia;
- ☐ OBIETTIVO 7: rispondere adeguatamente ai bisogni del territorio;
- ☐ OBIETTIVO 8: conoscere di più per fare meglio;
- ☐ OBIETTIVO 9: garantire percorsi di assistenza;
- ☐ OBIETTIVO 10: studio dei fenomeni sociali;
- ☐ OBIETTIVO 11: promuovere la partecipazione dei cittadini.

Accanto agli obiettivi generali a cui tendere, la programmazione di Distretto prevede anche l’introduzione di obiettivi specifici di carattere strategico che coinvolgono cinque temi di interesse, condiviso anche a livello di Ambito e SovrAmbito, così come è emerso recentemente durante i Tavoli di concertazione, insieme alle parti sociali, le OO.SS e gli Organi istituzionali:

- ☐ l’area della senilità e dell’invecchiamento attivo;
- ☐ l’area della prevenzione nella pre-adolescenza e adolescenza nella specifica fascia 13-18 anni;
- ☐ l’area della prevenzione della violenza di genere e delle minoranze;
- ☐ l’area dell’esclusione sociale dei minori disabili nella fascia 13-18 anni;

- ❑ l'implementazione delle azioni di sistema con il coinvolgimento attivo delle Organizzazioni Sindacali (CGL, CISL e UIL) durante le fasi della programmazione dello stesso Piano di Zona 2021-2023 e analogamente del Terzo Settore;
- ❑ la creazione di infrastrutture digitali deputate alla Comunicazione Istituzionale, attraverso un'area dedicata alla diffusione delle campagne informative, deputata esclusivamente al costante aggiornamento della mappatura dei servizi offerti alla collettività.

Nel perseguire gli obiettivi generali fondanti il Piano Sociale regionale e gli obiettivi strategici del Distretto RM 6.6, il nuovo Piano di Zona tenta di estendere la governance delle politiche sociali locali, per corresponsabilizzare maggiormente gli stakeholders, per rafforzarne il senso di appartenenza verso i progetti e i programmi di politica pubblica promossi. Tenendo conto delle priorità strategiche da essi evidenziate e condivise con l'Ente capofila, grazie allo strumento della co-progettazione, un'innovazione introdotta con l'art. 5 comma 2 che alla lettera f) della L.R. 10 agosto 2016 n.11 e proseguita con adozione delle linee guida di cui al DM 72 del 31/03/2021 Ministero Politiche Sociali, oggi più che mai, diventa possibile realizzare partnership tra PA ed Enti del Terzo Settore (ETS), individuati in conformità con procedure di evidenza pubblica (manifestazione di interesse), in base al principio di sussidiarietà, trasparenza, partecipazione, corresponsabilità e sostegno dell'impegno privato nella funzione sociale.

La legge regionale n. 11/2016 indica sette tipologie di servizi quali livelli essenziali (LEPS):

1. servizio di segretariato sociale per favorire l'accesso ai servizi, mediante l'informazione e la consulenza ai cittadini;
2. servizio sociale professionale;
3. punto unico di accesso, garantito in ogni distretto sociosanitario;
4. pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza;
5. servizio di assistenza domiciliare per soggetti e nuclei familiari con fragilità sociali e con le prestazioni di cura sociali e sanitarie integrate;
6. strutture residenziali e centri di accoglienza;
7. strutture semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali o diurni a carattere comunitario.



Il Piano di Zona del Distretto Socio-sanitario RM 6.6, recependo integralmente la DGR 584/2020, inserisce per ciascun LEPS obiettivi di riferimento per tali servizi, da validare nel corso del prossimo triennio, sulla base dei dati relativi agli stati di bisogno della popolazione, all'offerta dei servizi presenti sul territorio e alle risorse disponibili.

Con nuova nomenclatura e codifica, la singola progettazione di Interventi/Servizi è sintetizzata in una nuova schedatura progettuale, attenta alla puntuale pianificazione degli obiettivi da

raggiungere, alla tempistica necessaria, alla verifica sulla base di indicatori quali-quantitativi obiettivabili, calati dentro il singolo progetto di Intervento/Servizio e compatibili con gli indicatori stabiliti a livello regionale.

Per comprendere fino in fondo la visione alla base delle scelte programmatiche intraprese e realizzate fino ad oggi, è opportuno incardinarle sul concetto di continuità e, allo stesso tempo, di innovazione. L'equilibrio dinamico tra queste forze ci permette di affrontare con esperienza e competenza le prossime scelte programmatiche con la consapevolezza di aggiungere sempre qualcosa di più e di meglio.

Nella tabella qui di seguito riportata, si illustrano le iniziative progettuali attivate, realizzate o da attivare fino ad oggi e redatte secondo il format introdotto dalla Regione LAZIO, di cui alla DGR584/2020, per la maggior parte (n.37), allegate al presente Piano di Zona, qui di seguito elencate e distinte per LEPS e NON LEPS:

 Progettazione, informazione, orientamento, integrazione tra servizi sociali e socio-sanitari	1) Programmazione Nuovo PdZ triennale 2021-2023 2) PUA (LEPS) 3) Segretariato Sociale (LEPS)
 MINORI E FAMIGLIA	4) Assistenza Domiciliare Socio-Educativa, ADE (LEPS) 5) Spazio Neutro-Incontri protetti con genitore non collocatario (NO LEPS) 6) Contributi economici famiglie affidatarie (NO LEPS) 7) Contributi economici comunali di Anzio e Nettuno per trasporto e mensa 8) Assistenza e trasporto alunni disabili (NO LEPS) 9) Asili nido e sezioni Primavera comunali di Anzio e Nettuno (NO LEPS) 10) Centro Diurno (0-10 anni) "Mater Amabilis" Comune di Anzio (NO LEPS) 11) Oneri relativi ai minori inseriti in strutture comunitarie e residenziali (LEPS) 12) Centri anti violenza (SovrAmbito Pomezia Capofila) (NO LEPS)
ANZIANI	13) Assistenza Domiciliare Integrata (disabilità gravissima) (LEPS) 14) Assistenza Domiciliare SAD (LEPS) 15) Centri Anziani di Anzio e di Nettuno (NO LEPS)

DISABILI	16) Assistenza Domiciliare Integrata (disabilità gravissima) (LEPS)
	17) Assistenza Domiciliare SAD (LEPS)
	18) Assegno di cura e contributo di cura al caregiver per la Disabilità gravissima (LEPS)
	19) Vita indipendente -assegno di cura (LEPS)
	20) Assistenza Educativa specialistica Scolastica disabili (AEC) comunale Anzio e Nettuno (NO LEPS)
	21) Assistenza alunni Trasporto scolastico comunale Anzio e Nettuno (NO LEPS)
	22) Dopo di Noi- Programmi di semiautonomia (LEPS)
	23) Centro Diurno socio-assistenziale Disabili Adulti (Villa Albani) (LEPS)
	24) Contributi economici regionali erogati singolarmente ai Comuni di Anzio e Nettuno per l'abbattimento delle barriere architettoniche (NO LEPS)
	25) Contributi per lo spettro autistico fino a 12 anni di età (assegno di cura) (LEPS)
	26) Tirocini di inclusione RdC PON INCLUSIONE (LEPS)
	27) Centro Diurno socio-assistenziale Disabili Adulti (Villa Albani) (LEPS)
	28) Centro Diurno Alzheimer Sovrambito (Albano Laziale capofila) (LEPS)
	29) Centro Diurno Caffè Alzheimer Sovrambito (Albano Laziale capofila) (LEPS)
	30) Rette per strutture socio-assistenziali per AD (NO LEPS)
DISAGIO ESCLUSIONE SOCIALE	31) Contributi economici comunali (NO LEPS)
	32) Contributi distrettuali disagio alloggiativo
	33) PIS- Pronto Intervento Sociale (LEPS)
	34) Reddito di Cittadinanza (NO LEPS)
	35) Buoni pasto e buoni spesa comunali COVID-19 Anzio e Nettuno (NO LEPS)
IMMIGRATI	36) FAMI IMPACT (terminato) (NO LEPS)

Come si può osservare dalla scheda, si assiste ad un progressivo spostamento dell'asse verso i criteri della libera scelta da parte della persona, della prossimità alle famiglie, aumentando e diversificando gli interventi per la domiciliarità, per i servizi a bassa soglia come gli sportelli di ascolto nell'approccio di genere e per tutta la sfera della prevenzione.

Forti dell'esperienza consolidata e dei feed back ricevuti a proseguire e innovare su alcuni LEPS, qui di seguito, sono riproposte tutte le iniziative progettuali di Interventi e Servizi, nuove e in continuità con il periodo precedente, che anzi saranno potenziate con un'implementazione di risorse aggiuntive, tra provvidenze statali, Fondi regionali, QSFP del PON-Inclusione, Quote Fondo per l'estrema povertà e risorse comunali.

	SERVIZI POTENZIATI IMPLEMENTATI DIVERSIFICATI	SERVIZI NUOVI E INNOVATIVI
UDP	Ufficio di Piano (UdP)	Carta dei Servizi
Progettazione, informazione, orientamento, integrazione tra servizi sociali e socio-sanitari	PUA (LEPS)	Potenziamento Servizio Sociale Professionale (SSP) di n. 3 assistenti sociali (fondo QSFP 2018) (LEPS)
MINORI E FAMIGLIA	Assistenza Domiciliare Educativa (ADE)	Centro Diurno permanente Adolescenti con fragilità sociale (13-18) (NO LEPS)
DISABILI	Assistenza Domiciliare SAD (LEPS)	
	Centro Diurno socio-assistenziale Disabili Adulti (Villa Albani) (LEPS)	
DISAGIO ESCLUSIONE SOCIALE	Pronto Intervento Sociale (PIS) (LEPS)	Progetto abitare autonomo (disagio psichico) NO LEPS
	Provvidenze disagiati psichici	Servizi alla persona (mediazione familiare, ADE, mediazione interculturale, AD educativa anziani e disabili, assistenza di base) (LEPS)
	Centri antiviolenza (CAV) SovrAmbito (NO LEPS)	Tirocini di inclusione RdC (LEPS)
		Attivazione PUC (RdC Fondo Povertà 2019) (LEPS)

1. Per rispondere ai crescenti bisogni dell'utenza in età senile con problematiche di progressiva esclusione sociale, dovuta al naturale processo dell'invecchiamento a cui si aggiungono le

perdite nella rete familiare (lutto del partner o di un altro familiare) e l'impatto che la pandemia da SARS CoV-2 ha avuto sulla fascia degli ultrasessantacinquenni, sarà ampliata l'offerta di servizi per la domiciliarità mirati al sollievo, all'animazione, alle uscite sul territorio. Dall'analisi, verifica e valutazione di impatto dei progetti di intervento rivolti al target degli anziani non autosufficienti e dei disabili, è emerso come sia ancora imponente la quota delle liste di attesa dei beneficiari potenziali che fin ora non hanno avuto accesso alle misure per la domiciliarità. La direzione intrapresa, in linea, del resto, con gli obiettivi regionali sull'accessibilità, sarà quella di implementare gli interventi per evadere almeno al 90% le liste di attesa. Ancora sulle misure per la domiciliarità, stanno aumentando i bisogni di socialità, sollievo, animazione culturale che non possono essere soddisfatti dalle sole professionalità (es. OSS) esclusivamente deputate al servizio per l'igiene e cura personale. La direzione intrapresa, in linea con gli obiettivi regionali sulla diffusione di servizi di qualità, sarà quella di diversificare le figure professionali ad hoc cucite addosso ai nuovi bisogni emergenti (educatori, animatori culturali, animatori sociali etc.).

2. Per rispondere ai crescenti bisogni dell'utenza in età pre-adolescenziale e adolescenziale compresa nella fascia di età dai 13 ai 18 anni, con problematiche di esclusione sociale per diversi fattori di rischio: evasione scolastica, condizione di NEET (Neither in Employment nor in Education or Training) ovvero che non studiano, non lavorano e non seguono percorsi di formazione, figli di genitori soli o con entrambi i genitori lavoratori e ai crescenti bisogni di minori disabili nella fascia 13-18 anni, in quanto soggetti fragili, talvolta esclusi dal percorso formativo-scolastico standard, facilmente bullizzati, è in fase di avvio la progettazione, possibilmente condivisa, di un Centro Diurno per Adolescenti fragili, a bassa soglia (SBS), polifunzionale, rivolto con particolare riguardo ai ragazzi e le ragazze con le appena descritte vulnerabilità sociali. La *vision* che anima una tale progettazione volge l'attenzione ai temi dell'alfabetizzazione digitale (in post-pandemia l'80% degli adolescenti vive emozioni negative e ben 1 su 2 passa oltre 8 ore davanti allo schermo di un device), dell'educazione affettiva, della socializzazione attraverso il peer-tutoring, dell'esercizio dello sport, mediato da percorsi tematici condotti da esperti qualificati.
3. Per rispondere ai crescenti bisogni delle persone con disabilità in età evolutiva, considerando gli aspetti di sviluppo connessi all'infanzia ed all'adolescenza, in integrazione-comorbidità con le varie tipologie di handicap cognitivo, sensoriale o motorio, è in programma la diversificazione dell'offerta di servizi, implementando le figure educative per la domiciliarità, con funzione socio-educativa in continuità con il PEI e il PAI, redatti all'interno delle équipe multidisciplinari. La figura dell'Educatore Professionale sembra infatti imprescindibile per

coniugare i bisogni di autonomia (intesa non solo rispetto alla motricità globale ed alle prassie fini-motorie, ma soprattutto in ragione delle competenze di autodeterminazione rispetto agli agiti e alla corretta espressione delle necessità personali, attraverso il linguaggio verbale o deittico), con quelli affettivo-relazionale che possano facilitare l'inclusione sociale mediante l'implementazione ovvero la conservazione delle soft-skills;

4. Nell'ambito del disagio psichico adulto, è interessante l'introduzione di nuove progettualità che mirano ad accompagnare le persone all'autonomia abitativa, sul modello del co-housing. Nel progetto, ideato e proposto al Distretto dal DSM Asl RM 6.6, è inteso un processo di graduale conquista di sé e delle proprie abilità resilienti, per riuscire a condividere uno spazio vitale su misura.
5. In tema di prevenzione secondaria sul disagio familiare, sarà ampliata e diversificata l'offerta di servizi alle famiglie di mediazione familiare, condotta da psicologi (separazione conflittuale in corso o successiva a una sentenza del tribunale) e di consulenza legale generica.
6. Per rispondere ai crescenti bisogni dell'utenza in condizione di minoranza e discriminazione di genere, che favorisca la parità di genere, l'accesso facilitato a percorsi di emancipazione culturale e sociale delle donne straniere, delle donne madri sole e delle minoranze in genere, è in fase di implementazione la progettazione, possibilmente condivisa, per la creazione e diffusione di SovrAmbito di sportelli di ascolto e consulenza, anche in forma di teleassistenza con numero verde, condotto da professionalità competenti del settore psico-sociale e giuridico-legale rivolti a questo target di utenza. Il monitoraggio del sistema avverrà all'interno di Tavoli inter-istituzionali previsti nel Protocollo di Intesa del 2018 con i Tribunali Ordinario e dei Minorenni.
7. Sembra auspicabile l'esigenza di ridurre la frammentarietà degli Interventi/Servizi rivolti alla collettività residente nel Distretto Sociale RM 6.6, attraverso la partecipazione alla governance da parte dei due Comuni, durante la formulazione degli atti di evidenza pubblica (gare d'appalto e/o manifestazioni di interesse), pubblicando un unico Avviso a valenza distrettuale, anche per quei servizi a gestione comunale, come ad esempio, per l'assistenza educativo-culturale (AEC) rivolta agli alunni con disabilità della scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di 1° grado di Anzio e Nettuno.
8. Tra le altre azioni di sistema, è avvenuta la ristrutturazione dell'UdP in linea con gli artt 1-10 del Regolamento, in particolare nell'attribuzione di incarichi ad esperti di alta formazione, Valutatore e Rendicontatore e risorse programmate per il Coordinatore. Naturalmente, ciò comporterà anche una riorganizzazione e redistribuzione sugli effettivi carichi lavorativi e di


servizio, oltre che un miglioramento sull'agilità delle prassi informate a partecipazione e condivisione di tutti i processi, nelle scelte e nelle decisioni da prendere.

9. Sul fronte dell'informatizzazione, è stato implementato anche l'adeguamento del sistema gestionale informatizzato attraverso l'introduzione di nuove piattaforme (SIAT, SICARE) ed è in fase di avvio la procedura di registrazione sulla Piattaforma SIOSS da parte dei Comuni.
10. Per rispondere agli obiettivi di trasparenza, accessibilità, prossimità, riconoscibilità dei Servizi rivolti al cittadino, riveste, invece, il carattere di priorità la creazione di infrastrutture digitali deputate alla Comunicazione Istituzionale, un primo passo in direzione dell'istituzione della *Carta dei Servizi Sociali* e del relativo costante aggiornamento attraverso la già descritta area dedicata (una stanza virtuale per orientare alla libera scelta dei servizi offerti a livello distrettuale).
11. Sebbene siano stati attivati numerosi nuovi contratti a professionisti di alta formazione e specializzazione, rimane un tema ancora aperto e con ampi margini di miglioramento quello della stabilizzazione del personale, principale fattore qualitativo di efficacia ed efficienza rispetto agli obiettivi di tutta la progettazione ed erogazione dei servizi sociali.
12. Dall'analisi, verifica e valutazione di impatto sugli Interventi/Servizi rivolti all'area dei minori e famiglia, è emersa l'importanza della filiera dei percorsi di sostegno, accompagnamento, implementando le professionalità, come ad esempio nella formazione dei gruppi di muto-aiuto durante, ad esempio, l'affidamento familiare, gli interventi per la domiciliarità socio-educativa, restringendo il campo ai provvedimenti dell'AG e riorientando gli utenti su altri interventi (servizi di prossimità, centri di aggregazione, auto e muto aiuto, segnatamente a carattere preventivo e di contrasto all'esclusione sociale). Dopo questa sintesi di carattere operativo-pratico, si dà inizio alla descrizione di un'istantanea della situazione attuale dei Comuni di Anzio e Nettuno aggiornata al 31/12/2020.
13. Anche il potenziamento orario e di funzionamento del PUNTO UNICO DI ACCESSO andrebbe a rispondere alla crescente richiesta dei cittadini, soprattutto in un'ottica integrata dei Servizi e nella necessità di risposte uniformi e veloci; sono difatti cresciuti in maniera esponenziale gli accessi ai Servizi territoriali sia di natura sanitaria che assistenziale, soprattutto a seguito dell'aumentata complessità della realtà sociale (stratificazione della popolazione, crescente immigrazione degli stranieri, aumento della fragilità degli anziani soli e degli adolescenti in condizione di rischio di devianza, multi-problematicità familiare sia per carenze economiche che psicologiche e di reale integrazione sul territorio): inoltre le condizioni pandemiche e post-pandemiche rappresenteranno un nodo cruciale nel supporto da offrire alla cittadinanza a seguito delle limitazioni imposte, che hanno causato da un lato gravi


effetti sulle condizioni socio-economiche (perdita del lavoro, difficoltà nel reperimento delle risorse per seguire i figli nella didattica a distanza piuttosto che nel tempo libero non più utilizzabile nelle forme di associazionismo sportivo o culturale), dall'altro ripercussioni sul versante socio-psicologico (il senso di isolamento, la fobia legata al contagio e l'urgenza di abituarsi in modo repentino ad un diverso stile di vita, con il distanziamento sociale dagli altri sia in ambito extra-familiare che della rete amicale allargata hanno messo in crisi moltissime persone, soprattutto quelle che già vivevano in una condizione di fragilità sociale e/o psicologica).

DATI STATISTICI E DEMOGRAFICI E ANALISI DEL TERRITORIO

Anzio e Nettuno sono due Comuni complessivamente di 99.949 abitanti di cui 52.373 per Anzio e 47.576 per Nettuno (dati ISTAT al 31/12/2020), distanti dalla Capitale circa 58 chilometri, che fanno parte amministrativamente della Città Metropolitana di Roma Capitale: il territorio con una estensione abbastanza ampia, è per lo più pianeggiante e declinante verso il mare, lungo un tratto di costa di svariati chilometri.



Anzio e Nettuno hanno una densità di 1.243,06 ab/kmq, valore questo nettamente superiore a quello provinciale (811,32 ab/kmq), regionale (8342,53 ab/kmq) e nazionale (201,80) ed in continua crescita, interessati da fenomeni che, pur in presenza della forte crisi del settore edilizio, si presentano ancora come poli attrattori di domanda di residenzialità, probabilmente non soddisfatta dal semplice meccanismo di sostituzione edilizia.



Il riequilibrio demografico verso i comuni dell'hinterland determina anche una differenziazione sempre più netta del profilo d'età prevalente nei comuni capoluogo rispetto agli altri. Nella Provincia di Roma, come nel resto delle Province italiane, l'età media del comune capoluogo tende ad elevarsi, di contro quella dei comuni dell'hinterland, compresi Anzio e Nettuno, tende a diminuire. In particolare, ad Anzio e Nettuno l'età media risulta essere pari a 42,17 anni (41,36 per i maschi e 42,97 per le femmine).

Il tasso di anzianità, che misura il numero di anziani rispetto alla popolazione totale, registra un incremento considerevole, passando dall' 8,90% del 1981 al 19,71% del 2020, a testimonianza del processo di invecchiamento a cui sono sottoposti i Comuni. L'indice di vecchiaia, che misura il ricambio generazionale di un'area, è passato nell'ultimo periodo da 122,71% a 132,61%, con una variazione percentuale del 9,9%, evidenziando un ricambio generazionale minore rispetto al decennio precedente. Tale incremento è superiore rispetto a quello dell'insieme dei comuni dell'hinterland (120,38%), ma inferiore rispetto al dato provinciale

(145,43%), regionale (149,84%) e nazionale (157,69%) a dimostrazione del fatto che Anzio e Nettuno possiedono un ricambio generazionale maggiore rispetto alla Provincia, alla Regione e all'Italia, ma non rispetto alla media dei comuni dell'hinterland.

L'indice di dipendenza strutturale, che esprime il numero dei soggetti non autonomi (65 anni) rispetto a quelli potenzialmente indipendenti (15-64 anni), si attesta su valori superiori all'hinterland (49,67%), alla Provincia (52,65%) e alla Regione (52,62%), ma inferiori alla media nazionale (55,12%). Si osserva un fenomeno definibile “di tendenza”, nel quale è possibile osservare come la variazione negli ultimi tre anni sia superiore rispetto a tutti gli altri contesti territoriali considerati, a parte l'Italia, a dimostrazione di un incipiente fenomeno di incremento di soggetti (soprattutto anziani) di cui la popolazione attiva deve farsi carico per motivazioni che andranno considerate quale base per l'analisi di eventuali fattori insediativi specifici del territorio litorale pontino.

L'apporto di cittadini stranieri all'incremento della popolazione residente di Anzio e Nettuno è in forte crescita, come del resto si registra nel resto della compagine istituzionale: l'incidenza degli stranieri sul totale della popolazione passa dallo 0,94% nel 1991, anno in cui il fenomeno migratorio comincia ad evidenziarsi e viene rilevato in maniera disaggregata per comuni, al 19,30% nel 2020. Ad Anzio e Nettuno, inoltre, si rileva la maggior presenza di neonati stranieri tra i nati dal 2014.

Tale quadro si spiega con le difficoltà di accesso economico al mercato delle abitazioni che, a partire dagli anni Ottanta, hanno spinto non soltanto i residenti italiani a trasferire la loro residenza da Roma all'hinterland, ma anche i residenti stranieri, che hanno così contribuito in modo decisivo al più generale processo di riequilibrio insediativo in atto nell'area: fino al 2001 risiedeva a Roma il 76,08% dei residenti stranieri dell'intera Provincia, mentre nel 2014 l'incidenza della popolazione straniera è passata al 69,38%; tra il 2017 ed il 2020 la popolazione straniera residente nel capoluogo è aumentata del 269,37%, mentre nell'insieme dei comuni dell'hinterland si è sviluppata ad un ritmo notevolmente più intenso (+418,35%).

Quanto sopra, a dimostrazione di un fattore di osmosi interna al contesto territoriale generale del fenomeno migratorio tale per cui, pur diminuendo a Roma in termini assoluti i residenti stranieri, la percentuale di incremento che si registra in termini di residenti stranieri viene assorbita per oltre la metà dall'incremento nei comuni dell'hinterland (+269,37% a Roma; +418,35% nell'hinterland).

Si rileva inoltre come i massimi livelli di concentrazione di cittadini stranieri nell'hinterland si registrino nel litorale laziale, in particolare nei comuni di Nettuno, Anzio, Fiumicino e Ladispoli. Tale fenomeno, di insediamento in comuni costieri, può essere considerato

nella Provincia di Roma una macro-tendenza spesso favorita da processi di successiva regolarizzazione dei flussi e di consolidamento di comunità già insediate.

Il tasso di occupazione nel 2020 assume ad Anzio un valore inferiore (55,19%) rispetto a quello dell'hinterland (58,02%), della Provincia di Roma (61,97%), della Regione Lazio (59,96%), dell'Italia (59,44%) e di Roma (64,14%) ed è cresciuto in trenta anni del 5,39%, in misura inferiore all'hinterland (8,38%), alla Provincia (11,09%), alla Regione (9,35%) e a Roma, ma in percentuale superiore al dato nazionale (4,64%). Il tasso di occupazione giovanile dal 1980 al 2020 è leggermente diminuito, passando dal 32,20% al 32,00% ed è inferiore rispetto al resto dei contesti istituzionali. Secondo la definizione del Censimento Generale della Popolazione, per “occupati” si intendono coloro che possiedono un'occupazione (in proprio o alle dipendenze) da cui traggono un profitto o una retribuzione. Sono considerati tali anche coloro che collaborano, senza avere un regolare rapporto di lavoro, con un familiare che svolge un'attività lavorativa in proprio.

L'analisi dei fenomeni di crescita e di trasformazione socio-economica di Anzio e Nettuno non può prescindere dalla considerazione di quanto è avvenuto, tra la metà degli Cinquanta e la prima metà degli anni Sessanta, nel più generale contesto della nazione – che può a ben diritto definirsi un Paese in rapida trasformazione – e l'analisi dei cambiamenti radicali del decennio successivo che modificarono impetuosamente gli equilibri fino ad allora raggiunti. In poco più di dieci anni, uno sviluppo veloce e continuo trasforma la società italiana da agricolo-industriale a società industriale compiuta, con effetti sull'intero sistema delle relazioni sociali.

Successivamente, la crescita economica del Paese subisce fenomeni di specializzazione per territori, ossia non presenta più aspetti di consistenza diffusa e generale, ma specificità legate alle vocazioni territoriali, alle tradizioni, alle particolari condizioni sociali e politiche del contesto.

Le cause dell'inversione di tendenza del ciclo economico sono di varia natura, dal crollo dei mercati finanziari all'impennata dei prezzi delle materie prime, alla crisi del sistema bancario. In Italia, in particolare in alcuni ambiti territoriali dove sono meno presenti i distretti produttivi, ha pesato in modo particolare la crisi del mercato immobiliare e la conseguente difficoltà di accesso al credito per le imprese e per le famiglie, elemento generatore di una fase recessiva accompagnata da bassa produttività ed assenza di inflazione.

Fatte salve le premesse sulla situazione generale dell'economia italiana (soprattutto in seguito all'emergenza sanitaria da pandemia di SARS-CoV2), che costituiscono la base su cui innestare gli approfondimenti sulle specificità di Anzio e Nettuno, occorre considerare che gran parte della popolazione era attiva nel settore dell'edilizia e nel suo indotto produttivo, e nelle attività a carattere stagionale, spesso non in grado di assicurare decorosi livelli di reddito: tali

attività avevano tra l'altro carattere prevalente di impresa familiare. L'attività industriale si sviluppa investendo in particolar modo l'entroterra: le aziende vengono infatti localizzate lungo la S.S. Nettunense a ridosso della linea ferroviaria Roma-Campoleone-Nettuno dando forma ad una zona industriale confinante col Comune di Aprilia, intorno alla stazione ferroviaria di Padiglione.

Il settore Servizi e amministrazione pubblica è ancora nel 2020, come nel decennio precedente, il comparto con il maggior peso in termini di unità produttive pari a 1.355 unità (38,41% di incidenza sul totale dei settori) e di addetti pari a 4.566 addetti (42,31% di incidenza sul totale dei settori). Si tratta inoltre di un settore in crescita con incrementi, nel periodo 2011-2020, del 55,03 di unità locali e del 15,77 di addetti. Al secondo posto, troviamo il settore del Commercio e riparazioni che, pur registrando incrementi sia di unità locali (949, 17,45%) che di addetti (2131, 44,28%), presenta una diminuzione dell'incidenza delle unità locali sul totale dei settori (passando dal 29,85% del 2011 al 26,90% del 2020) ed un aumento dell'incidenza degli addetti (dal 15,59 al 19,75% nel periodo 2011-2020). Il settore Costruzioni si classifica al terzo posto per numero di unità locali (512, 14,51% di incidenza), ed al quarto posto per numero di addetti (1.122, 10,40% di incidenza). Si tratta di un settore in crescita, nonostante la crisi economica che sta attraversando il nostro Paese. Il settore Alberghi e pubblici esercizi si classifica al quarto posto in termini di incidenza di unità locali ed al quinto posto in termini di incidenza di addetti (10,03% e del 9,05%).

Il settore dell'Industria manifatturiera si classifica al quinto posto per numero di unità locali ed al terzo posto per numero di addetti. Si segnalano evidenti segnali di crisi con decrementi sia delle unità locali che degli addetti: si tratta di un trend negativo che ha attraversato questo settore per effetto della chiusura per il lock-down imposto dalle misure per la limitazione della pandemia da CoViD-19.

Seguono altri settori con minor peso sia in termini di unità locali che in termini di addetti: Trasporti e comunicazioni (2,15%, 3,72%), Credito e assicurazioni (1,87, 1,36%), Agricoltura e pesca (0,91%, 1,35%), Energia, gas e acqua (0,40%, 0,98%). In tale quadro, riveste una posizione importante se pur minoritaria l'attività dell'agricoltura, praticata soprattutto a ridosso della costa e basata su una produzione cerealicola-orticola e su una viticoltura intensiva, in cui la maggior parte delle aziende sono a conduzione diretta.

Allo stesso modo, significativa resta l'attività peschereccia, basata una volta su navi di grande stazza per la pesca cosiddetta "oceanica" o di "altura", oggi svolta su imbarcazioni da pesca costiera giornaliera e da piccole imbarcazioni per la pesca sotto-costa. Si tratta purtroppo di due settori in crisi che nonostante registrino una perdita di unità locali (-3,03%), mostrano un lieve incremento di addetti (+10,61%), segnale questo di interesse verso il recupero di radicate attività

tradizionali, che non ha avuto forse nel passato le necessarie politiche di supporto: si auspica un'adeguata opera di sensibilizzazione soprattutto verso la tradizione gastronomica marinara locale, intesa quale elemento culturale fondamentale. Si pone in evidenza l'importanza del settore Servizi e Pubblica Amministrazione che ad Anzio e Nettuno cresce in misura superiore in unità locali rispetto a tutti i contesti istituzionali; gli addetti, invece, aumentano in misura ridotta, comunque superiore alla Provincia, alla Regione all'Italia e comunque inferiore soltanto all'hinterland di quasi 6 punti.

Un elemento caratterizzante il turismo anziato e nettunese di questo periodo è l'alterazione dei caratteri fondamentali della ricettività tradizionale: i grandi alberghi vengono dismessi e le ville padronali soccombono al dilagare dei complessi residenziali di seconde case, che rispondono più all'esigenza di produzione edilizia intensiva che non di qualità architettonica diffusa.

Il turismo d'élite che aveva caratterizzato Anzio e Nettuno fino agli anni prima della guerra, rendendolo famoso come località esclusiva frequentata dai ceti sociali più elevati, si trasforma nel tempo in turismo di massa, aprendosi alle nuove esigenze del ceto medio e medio-basso, settori emergenti della società.

Gli assi di sviluppo urbano si attestano, ovviamente, sulle strade di scorrimento o comunque sulla viabilità esistente spesso rappresentata dai vecchi tracciati agricoli delle grandi proprietà fondiarie. A mano a mano che il fenomeno delle seconde case diventa più consistente, sostituendosi alle caratteristiche del luogo, cambia il paesaggio e le case unifamiliari circondate da verde tendono ad addensarsi prima in nuclei dispersi, poi in nuclei organizzati sull'intero territorio. Il territorio sia quello rivierasco che quello dell'entroterra si omologa a quelli vicini, con il suo adeguamento all'utilizzo agricolo, industriale ed edilizio, ma nonostante il forte grado di antropizzazione e di uso generalizzato del suolo, resistono ad Anzio e Nettuno parti di territorio ancora dotate di grande suggestione ambientale e paesaggistica: le ville, le aree archeologiche, le pinete, le zone dunose, la Riserva di Tor Caldara, etc.

Il turismo balneare assume progressivamente la forma di "utilizzo istantaneo" dei luoghi da parte di "turisti giornalieri" spinti dalla vicinanza di Anzio e Nettuno con Roma e con i centri contermini dell'hinterland: non mancano sia i collegamenti stradali che ferroviari, che si rivelano insufficienti sul piano della qualità del servizio e sulla capacità di sopportare i flussi di traffico. Accanto al "turismo giornaliero" si affianca sempre più il turismo "stanziale" o di "fine settimana" nelle seconde case: fenomeno senza dubbio prevalente e privo di registrazione nelle statistiche ufficiali come del resto quello giornaliero.

Secondo alcune stime degli Uffici turistici dei Comuni di Anzio e Nettuno, tali flussi, che sfuggono alle statistiche ufficiali, potrebbero addirittura più che triplicare il flusso ufficiale di

turisti, ancorché la tendenza ormai in via di consolidamento vada in direzione della concentrazione delle vacanze nei mesi di Luglio e di Agosto.

Occorre segnalare però che le strutture ricettive, al contrario delle seconde case, non hanno conosciuto sviluppo né in termini di qualità né in termini di quantità dell'offerta, essendo drasticamente diminuite rispetto agli anni precedenti.

Nonostante questa premessa, l'attività turistica ad Anzio e Nettuno permane come uno dei settori economici più importanti delle cittadine, che fa da traino per altri settori come quello del commercio e dell'edilizia. Accanto, quindi, al "turismo balneare" (stagionale o giornaliero) – forma di turismo prevalente di livello medio / medio basso, rivolto prevalentemente ad una clientela abituale, basato esclusivamente sull'utilizzo delle seconde case e secondariamente su campeggi – altre forme di turismo presenti ad Anzio e Nettuno sono rappresentate dal "turismo enogastronomico", dal "turismo velico" e dal "pescaturismo".

Il turismo enogastronomico è supportato da centinaia di ristoranti, alcuni dei quali di elevatissima qualità; luoghi privilegiati di degustazione della cucina tipica locale, che promuovono i prodotti del mare preparati con ricette del luogo, rimaste fedeli alle origini come viva testimonianza di costumi e di consuetudini.

In conclusione, Anzio e Nettuno oggi attraversano una fase di maturità che rappresenta la fase più critica, di ristagno, in cui la destinazione ha perso appeal ed è caratterizzata da una maggiore domanda da parte dei ceti meno abbienti e da un'offerta di servizi meno motivata, in cui viene meno anche il sentimento di accoglienza da parte della popolazione locale.

Le manifestazioni culturali sono invece ricomprese all'interno del circuito dell'"Estate Blu", un cartellone di eventi per i mesi di Luglio e Agosto che mette insieme tutte le iniziative estive proposte dai Comuni in campo artistico, musicale, teatrale e più in generale di intrattenimento, la maggior parte delle quali si svolge nei teatri all'aperto. Altre iniziative si svolgono, annualmente, in occasione del Carnevale e delle feste religiose dei SS patroni.

Esistono sul territorio di Anzio e Nettuno quattro tipologie di infrastrutture che regolano l'accesso al territorio. In primo luogo l'accessibilità stradale: tre sono le principali direttrici viarie, ovvero la Strada Provinciale n. 207 Nettunense, la Strada Statale n. 148 Pontina (che incrocia il GRA a circa 55 km da Anzio e Nettuno), che ad Aprilia interseca la via Nettunense e la Strada Provinciale Litoranea.


In secondo luogo, l'accessibilità ferroviaria: Anzio e Nettuno sono collegate con Roma tramite i treni delle Ferrovie dello Stato per mezzo della linea Roma-Anzio-Nettuno, con una frequenza oraria ed un tempo di percorrenza di circa 50 minuti.

In terzo luogo, l'accessibilità aeroportuale, il cui scalo più vicino è quello internazionale, "Leonardo da Vinci", a circa 60 km dalle cittadine.


In quarto luogo, l'accessibilità marittima: ad Anzio e Nettuno sono presenti complessivamente sia i porti commerciali che la darsena turistica. È previsto inoltre per Anzio un progetto per la costruzione del nuovo porto.

È inoltre, garantita l'accessibilità per mezzo degli autobus della linea Cotral con destinazione Roma Eur Fermi (via Pomezia, Ardea, Torvaianica, Lavinio Mare) e Roma Cinecittà (via Albano, Aprilia, Lavinio Stazione) con una frequenza oraria ed un tempo di percorrenza di circa 60 minuti. Si segnalano relativamente al sistema fisico delle infrastrutture di trasporto alcune problematiche collegate all'inadeguatezza e alla sotto-dotazione del sistema infrastrutturale rispetto agli attuali carichi urbani (la Pontina per esempio andrebbe più che raddoppiata per consentire uno scorrimento veloce del traffico urbano), nonché alla gestione e alla manutenzione delle reti esistenti, legate anche agli elevati costi necessari, affinché il mantenimento dell'efficacia del sistema stradale e ferroviario avvenga secondo criteri e tecnologie rispettose dell'ambiente.

Relativamente al sistema di trasporto locale, sono attivi i servizi di trasporto urbano, finanziati dai Comuni, articolati in diverse linee di trasporto che collegano le zone periferiche e semiperiferiche delle cittadine e le due cittadine tra loro. Nella città di Anzio è, inoltre, presente un servizio estivo di navette che trasportano i turisti dal parcheggio di scambio, situato in prossimità della Stazione ferroviaria, direttamente alle spiagge della città.



L'offerta formativa dei due Comuni è molto ampia dal punto di vista della varietà di indirizzi scolastici. Tuttavia, è distribuita diversamente all'interno del territorio e una delle discriminanti più evidenti è quella intercorrente fra i Licei (che si trovano tutti ad Anzio) e gli Istituti Tecnici (presenti solo a Nettuno).



Per quanto riguarda l'analisi dell'offerta scolastica, emerge come ci sia una preferenza generale degli studenti oltre che per i licei (classico, scientifico, linguistico, musicale, di scienze umane e di scienze applicate), anche per gli istituti tecnici (industriale, commerciale, per geometri, turistico, navale) e professionali (alberghiero, istituto d'Arte, per i servizi socio-sanitari e di produzione dell'industria ed artigianato).

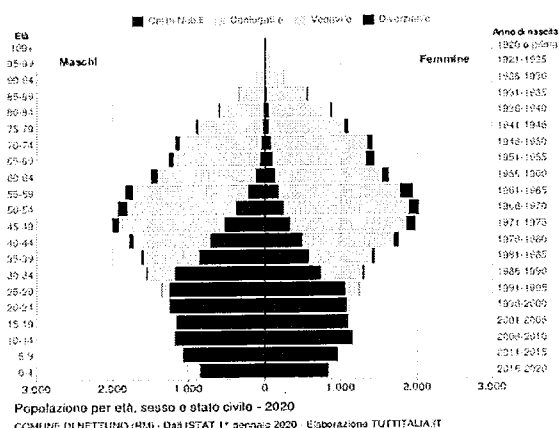
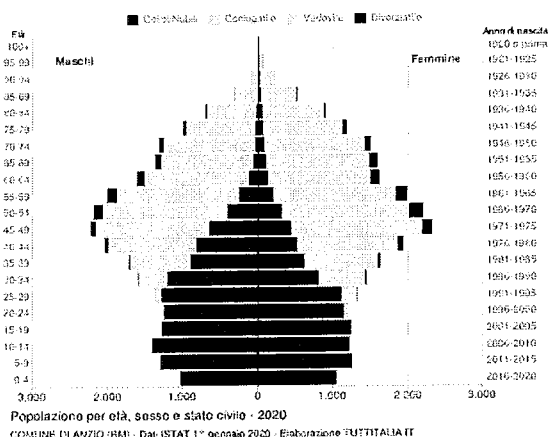
Tra gli studenti si delinea infatti una maggiore propensione verso gli indirizzi scolastici che forniscono una preparazione specifica per un inserimento agevolato nel mercato del lavoro. Questa diversa propensione per i vari indirizzi di studio può spiegarsi sia nei termini di diverse vocazioni economiche che caratterizzano porzioni territoriali dell'hinterland, sia nei termini di una distribuzione di offerta formativa fra i Comuni di Anzio e Nettuno ed il resto del territorio provinciale, profondamente differenziata negli indirizzi scolastici.

Nell'ultimo decennio i Comuni di Anzio e Nettuno, ora afferenti al Distretto Socio-Sanitario ROMA 6.6, si sono fortemente impegnati, 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 di sinergia ed interscambio con gli altri Distretti sociosanitari.

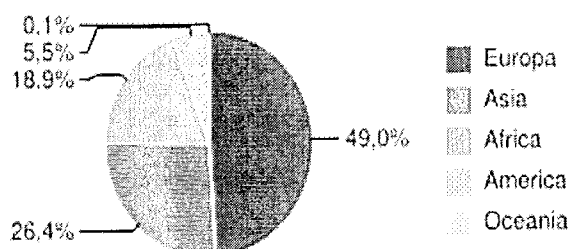
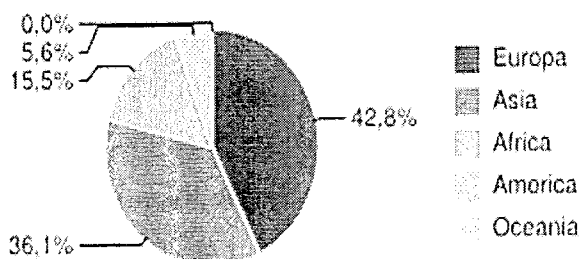
L'attività di redazione del presente Piano di Zona è stata concepita e sviluppata secondo un doppio "binario" e funzionale a svolgere due ruoli. Anzitutto definisce uno strumento metodologico di analisi dei fenomeni che caratterizzano l'intervento sociale realizzato nei territori del Distretto anche 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 sociodemografico e del mercato del lavoro.

DATI ANAGRAFICI

<i>DIVISIONE PER ETA' E SESSO</i>	<i>ANZIO</i>		<i>NETTUNO</i>		<i>TOTALI</i>	
0-19 anni	9797		8.317		18.114	
	M	F	M	F	M	F
	5.040	4757	4.292	4.025	9.332	8.782
20-49 anni	20.084		18.429		38.713	
	M	F	M	F	M	F
	10.253	9.831	9.629	8.800	19.882	18.631
50-65 anni	11.621		10.872		22.493	
	M	F	M	F	M	F
	5.846	5.813	5.204	5.490	10.950	11.203
Dai 65 anni	10.871		9.958		20.969	
	M	F	M	F	M	F
	4.871	5.962	4.440	5.696	9.311	11.658
TOTALI	52.373		47.576		99.949	
	M	F	M	F	M	F
	26.010	26.990	23.565	24.011	49.475	51.274



DIVISIONE PER NAZIONALITA'	ANZIO		NETTUNO		TOTALI	
ITALIANA	46.473		43.009		89.482	
	M	F	M	F	M	F
	21.542	24.931	20.321	22.688	41.663	47.819
COMUNITARIA	2.510		2.327		4.837	
	M	F	M	F	M	F
	1.049	1.461	1.016	1.311	2.065	2.772
EXTRA-COMUNITARIA	3.352		2.418		5.770	
	M	F	M	F	M	F
	2.126	1.226	1.683	1.455	3.809	2.681
TOTALI	52.335		47.754		101.089	
	M	F	M	F	M	F
	25.991	26.971	23.654	24.100	49.645	51.444



LA RICOGNIZIONE DELLE RISORSE E DEI BISOGNI DEL TERRITORIO DISTRETTUALE

Nella società italiana sono in corso cambiamenti che ridefiniscono le caratteristiche del tessuto sociale della popolazione del nostro Paese. Questa profonda evoluzione, sebbene ancora difficile da inquadrare in tutti i suoi aspetti, si muove seguendo alcune traiettorie:

- la riduzione di risorse dovuta alla crisi economico-finanziaria;
- l'invecchiamento della popolazione;
- l'evoluzione del ruolo della famiglia, dei suoi componenti e delle sue caratteristiche;
- la sempre maggiore multiculturalità;
- la questione del ruolo dei giovani all'interno della società.

Queste tendenze fanno da sfondo all'analisi dei bisogni che la popolazione del Distretto Socio-Sanitario ROMA 6.6 rappresenta.

L'ANALISI DEI BISOGNI NEL CONTESTO DEL PIANO DI ZONA: DEFINIZIONI, OBIETTIVI, METODI E STRUMENTI

DALL'ANALISI DEI BISOGNI AL PROGETTO DI INTERVENTO

L'analisi delle politiche pubbliche ci insegna come, prima di progettare un intervento, sia essenziale sviluppare un'adeguata conoscenza della natura del problema sul quale si vuole agire, pena lo scollegamento del servizio offerto dalle reali esigenze della popolazione e l'insorgere di problematicità nell'implementazione dell'intervento proposto, che possono portare anche al suo completo fallimento (Rossi & Freeman, 1992).

In diverse occasioni sono stati definiti programmi inadeguati proprio a causa della non corretta identificazione dei bisogni della popolazione. In altri casi l'intervento non è stato mai attivato semplicemente perché la popolazione cui l'intervento era indirizzato o non esisteva, o non era interessata a quello specifico servizio, oppure non era stata correttamente identificata o, infine, aveva delle aspettative che non potevano essere corrisposte dall'iniziativa proposta.

L'efficace ed efficiente programmazione dei servizi è, quindi, strettamente connessa al fatto che i servizi e i progetti attivati si sviluppino seguendo con attenzione l'evolversi dei bisogni della popolazione. La congruenza tra domanda ed offerta è indubbiamente un criterio importante per valutare la qualità della rete dei servizi di un ambito territoriale su cui progettare un Piano di Zona.

Il rischio che si corre, qualora l'offerta rimanga invariata negli anni senza cogliere l'evoluzione della domanda in atto nell'ambito geografico di riferimento, è quello di piegare le esigenze dell'utente, e più ancora del cittadino in senso lato, alle proposte già attivate dai servizi andando spesso incontro a delle inevitabili diseconomie. La presa di decisione circa gli interventi che è preferibile attivare è, però, chiaramente contraddistinta da margini di incertezza in tutti i contesti e, in particolar modo, in quelli caratterizzati da cambiamenti di tipo socio-demografico, culturale ed economico.

La metodologia delle scienze sociali ha quindi sviluppato un metodo ad hoc per aiutare il decisore nella corretta identificazione delle necessità sulle quali è prioritario intervenire per ridurre e/o contenere le situazioni di disagio.

L'analisi dei bisogni è, appunto, uno strumento di supporto alla decisione, utilizzabile per l'allocazione delle risorse, la progettazione e lo sviluppo dei programmi e degli interventi nel campo della sanità, dell'educazione e, più globalmente, di tutti i servizi alla persona (McKillip, 1998).

L'analisi dei bisogni è, quindi, un processo che consiste nell'identificazione e nella valutazione di quelle che sono le esigenze (i "bisogni") di una comunità o di un altro gruppo di persone. Si tratta perciò di una strategia essenziale per la corretta individuazione degli obiettivi dei progetti e dei programmi.

L'analisi dei bisogni si basa, infatti, sul plausibile assunto che una programmazione/progettazione mirata degli interventi possa aiutare a ridurre la domanda e, in prospettiva, a contenere il numero di quanti si trovano in uno stato di necessità o in una situazione di "bisogno". Passando dal piano teorico al piano operativo, le note di questo paragrafo del Piano di Zona si propongono di illustrare le fasi in cui si articola un processo di analisi dei bisogni effettuata dall'Ufficio di Piano del Distretto Socio-Sanitario ROMA 6.6 (Anzio-Nettuno) e gli strumenti e le tecniche di cui ci si è avvalsi.

Va, tuttavia, evidenziato come il sistema dei servizi alla persona sia spesso stato in passato ancorato maggiormente ad una logica di tipo "prestazionistico" ("programmazione per servizi"), salvo rari tentativi volti ad imboccare più o meno decisamente la strada dell'orientamento ai risultati (conseguente alla "programmazione per progetti"), che si basa, invece, sulla preliminare definizione degli obiettivi dell'intervento definiti sulla base delle risultanze del processo.

Tradurre i risultati di un'indagine conoscitiva sui bisogni della popolazione nella pratica operativa dei servizi non è certo un'operazione priva di complessità, non tanto perché si tratta di superare la frattura generalmente esistente fra il "conoscere" e l'"operare", quanto perché richiede

di interfacciarsi con un complesso sistema di attori, spesso fra di loro interdipendenti, che sono deputati ad intervenire sulla situazione.

Consapevoli di questa difficoltà, gli operatori dell'Ufficio di Piano hanno previsto uno strumento ad hoc all'interno del quale l'analisi dei bisogni dovrebbe rivestire un ruolo di primaria importanza al fine di definire gli obiettivi di intervento. Il Piano di Zona (PdZ) assurge, infatti, a strumento territoriale per la condivisione e concertazione delle politiche sociali, per la fissazione di modalità organizzative dei servizi, di forme di rilevazione dei bisogni e delle risorse, di modalità di collaborazione tra i diversi attori che operano sul territorio, di strategie di coordinamento tra le diverse azioni che si attuano sul territorio stesso. Il PdZ dovrebbe rappresentare lo strumento fondamentale attraverso il quale i Comuni, associati nel distretto sanitario, possono disegnare il sistema integrato di interventi e servizi sociali, con riferimento agli obiettivi strategici, agli strumenti realizzativi e alle risorse da attivare, d'intesa con gli attori istituzionali del territorio, preposti ai servizi socio-sanitari, scolastici, della formazione e del lavoro, oltre che con le organizzazioni no-profit, gli enti delle confessioni religiose riconosciute, che abbiano già ricevuto l'accreditamento, o già attuato specifiche forme di concertazione, ed intendano concorrere con proprie risorse.

L'utilizzo di questo approccio alla programmazione degli interventi nei Piani di Zona richiede, però, il rispetto di precise definizioni in merito alle quali si rendono necessarie alcune precisazioni, in particolare per quanto riguarda gli aspetti relativi alla definizione della popolazione alla quale si deve riferire l'analisi e al livello al quale quest'ultima deve essere condotta.

Una diversa definizione del target potrebbe portare non solo a rilevare un diverso tipo di bisogno ma anche, di conseguenza, a prospettare possibili interventi molto differenti tra loro.

Una volta definita la popolazione di riferimento dell'analisi, su questa sono stati individuati i bisogni che sono poi stati definiti, secondo aspetto fondamentale, a livello di categoria e/o di gruppo (cioè di raggruppamenti di soggetti con un certo insieme di caratteristiche) e non a livello dei singoli individui.

Le proposte per una trasformazione delle politiche attuate e per l'innovazione o la modifica dei servizi offerti nascono in genere dall'insoddisfazione di uno o più gruppi di stakeholder circa l'efficacia e l'efficienza delle politiche attivate o perché vi sono elementi che lasciano presagire che una nuova esigenza stia per maturare nella popolazione. Entrambi i casi presuppongono che un bisogno sia stato identificato: una questione che, come si avrà modo di vedere, non è così semplice. Per tentare di trovare una soluzione a questo problema si deve innanzitutto cercare di

rispondere a due domande: cos'è realmente e in relazione a quali elementi va definito un bisogno? Cosa conferisce ad una determinata situazione lo status di bisogno?

Ogni tentativo di dare una risposta univoca a questi interrogativi rischia, però, di essere fuorviante in quanto potrebbe portare a interpretazioni o troppo restrittive o troppo lasche (magari confondendo i bisogni con le preferenze o con i desideri) oppure di tralasciare alcuni aspetti importanti del concetto di bisogno. Utilizzando le parole di Bertin (1993), si può dire che *“il singolo si riconosce in una situazione di disagio ed esprime un bisogno in quanto ritiene la sua situazione svantaggiata rispetto ai modelli culturali e alla qualità della vita prodotti come norma, in un dato momento storico, da un preciso sistema socioeconomico”*. I problemi sociali, a cui la nozione di bisogno implicitamente rimanda, non sono, quindi, dei fenomeni puramente oggettivi, ma sono, almeno parzialmente, delle costruzioni sociali che scaturiscono sia da condizioni oggettive che da valutazione soggettive delle parti interessate (Rossi & Freeman, ibidem).

In relazione ad un certo ambito, lo stato di bisogno può allora essere definito come una discrepanza fra quanto atteso dal singolo (vale a dire le proprie aspettative e/o aspirazioni) e quanto è in realtà, uno scarto fra la sua condizione e la condizione che si aspetterebbe di avere, che in qualche modo produce un disagio (Witkin & Altschuld, 1995).

Ecco, quindi, che la definizione dei bisogni dei soggetti va sempre contestualizzata al luogo, allo stato e alle caratteristiche della popolazione in cui sono inserite le persone e i gruppi che di quei bisogni sono portatori.

Nel processo di definizione dei bisogni si possono, quindi, riconoscere almeno tre passaggi fondamentali che, a seconda del fatto che abbiano o meno luogo, determinano la natura e la tipologia del bisogno:

1. riconoscimento dello stato di bisogno;
2. traduzione del bisogno in una domanda formulata al sistema dei servizi;
3. riconoscimento dell'esigenza da parte del sistema dei servizi.

Questi tre passaggi vedono come protagonisti attori diversi: i primi due, infatti, coinvolgono direttamente il target di riferimento che, prima, può riconoscere o meno lo stato di bisogno e, poi, può tradurlo o meno in una specifica domanda al sistema dei servizi; l'ultimo, invece, è di esclusiva competenza del sistema dei servizi che può decidere se accogliere l'eventuale esigenza manifestata dalla popolazione.

E' stato necessario a tal proposito verificare la congruenza della risposta a fronte del bisogno espresso; si è trattato, attraverso la rilevazione effettuata dagli operatori dell'Ufficio di Piano, di distinguere fra “bisogno espresso e soddisfatto in maniera congruente” e “bisogno espresso e soddisfatto ma in maniera non congruente”, affrontando eventualmente anche i temi

inerenti alla *customer satisfaction*. Quando si parla di questo tipo di bisogni si pensa tipicamente alle persone che non sono riuscite ad usufruire di un certo servizio per insufficienza del numero dei posti previsti (si pensi, ad esempio, alla realtà delle liste di attesa) e a come, alcune volte, sia possibile, leggendo correttamente il bisogno, individuare percorsi di risposta differenti da quelli proposti o all'interno degli stessi servizi o immaginando nuove forme di offerta in grado di rispondere comunque, anche se magari in maniera più ridotta, alle esigenze manifestate. All'interno di questa categoria finiscono inoltre con il ricadere anche quelle richieste e quelle esigenze per le quali il sistema dei servizi, pur avendone riconosciuto la validità, non è ancora riuscito ad individuare delle possibili modalità di risposta, per cui, di conseguenza, il bisogno risulta non essere soddisfatto.

Si è anche appurato (attraverso la concertazione nei tavoli tematici per esempio), che il bisogno comunque riconosciuto dal target, non venga tradotto in una specifica domanda al sistema dei servizi. È il caso di quei bisogni che vengono direttamente soddisfatti attraverso altre reti di supporto (es. familiare, amicale, volontariato): il bisogno, infatti, in questo caso, esiste ed è riconosciuto dal target ma non viene espresso al sistema dei servizi attraverso una specifica richiesta in quanto è già risolto in altra maniera, è già disponibile, cioè, un'alternativa.

Il bisogno riconosciuto può, inoltre, non tradursi in una domanda esplicita anche per altri motivi: è il caso di quelle richieste che non vengono espresse perché si ipotizza che il sistema dei servizi non abbia al momento attive delle soluzioni che possano contenere la situazione di disagio o perché ancora ci si attende che la propria richiesta non venga presa in considerazione dai responsabili dei servizi. E' questo, purtroppo, anche il caso degli utenti potenziali più svantaggiati che non riescono spesso nemmeno ad esprimere il proprio stato di bisogno. Questo probabilmente accade anche perché si possono verificare delle difficoltà nel rapportarsi e, prima ancora, nell'accedere ai servizi (si pensi, ad esempio, al caso della popolazione extra-comunitaria).

Si è studiato nel corso della redazione di questo Piano di Zona come il bisogno non è esclusivamente il frutto di una volontà del singolo, quand'anche sia da questi riconosciuto, ma è largamente influenzato da fattori sociali, economici e culturali. Se focalizziamo l'attenzione su questi ultimi aspetti, oltre che sui valori e sui modelli culturali, possiamo chiaramente comprendere come il riconoscimento di una situazione di bisogno possa venire a determinarsi a prescindere dal grado di consapevolezza del singolo. In certi casi possono, quindi, essere anche le sole caratteristiche stesse del sistema sociale a portare all'individuazione di situazioni di bisogno. Ecco allora che, in luogo della precedente definizione, è forse preferibile utilizzare la seguente, meno restrittiva: *un bisogno è un giudizio di valore relativo al fatto che un gruppo di persone ha un problema che può/potrebbe essere risolto* (McKillip, 1998). In questa maniera viene meno,

nella definizione del bisogno, l'obbligatorietà della percezione da parte del singolo di una condizione di svantaggio: il giudizio di valore può, infatti, essere dato sia da chi è portatore del bisogno che da soggetti terzi. In questo modo, i margini di soggettività vengono diminuiti: si è in grado di orientare l'azione progettuale, quanto più si fonda su un processo di tipo partecipativo ed esplicito di studio dei problemi.

Le ultime argomentazioni spostano l'attenzione dal piano della definizione dei bisogni al piano della loro rilevazione, che verrà illustrato e discusso nelle note che seguono.

È, infatti, sulla base del quadro conoscitivo della situazione sociale della zona che avviene l'individuazione dei bisogni e delle domande dei gruppi sociali su cui si ritiene prioritario intervenire.

In questo contesto la rilevazione dei bisogni (effettuata tramite le schede che sono parte integrante della presente relazione) rappresenta una parte costitutiva dello stesso processo di programmazione del Piano di Zona, aumentandone i già non indifferenti aspetti di complessità.

Il modello utilizzato si compone di tre fasi:

- ☐ analisi preliminare, finalizzata alla definizione del processo di lavoro e alla raccolta delle prime indicazioni sui bisogni del target;
- ☐ valutazione dei bisogni, finalizzata a completare l'identificazione dei diversi bisogni del target, ricognizione delle risorse e analisi della progettazione, valutazione di impatto dei progetti/interventi sul target di riferimento;
- ☐ eventuale ri-programmazione, finalizzata alla ri-definizione dei bisogni prioritari e degli obiettivi strategici da raggiungere rispetto all'out-come osservato e misurato.

Un pregio del modello adottato è quello di evidenziare un qualcosa di più ampio rispetto alla semplice valutazione dei bisogni che pure ne rappresenta la parte centrale, al fine di supportare la presa di decisione.

Per questo motivo risulta quanto mai necessario mettere in atto anche le azioni sintetizzate nella prima e, soprattutto, nella terza fase.

Fase 1 Pre-assessment (analisi preliminare)

- 1.1 Definizione degli obiettivi dell'analisi e di come questa si integra con la programmazione
- 1.2 Definizione di un gruppo di riferimento per il progetto
- 1.3 Descrizione della popolazione target e del livello di offerta
- 1.4 Mappatura dei flussi informativi esistenti e definizione dei fabbisogni conoscitivi
- 1.5 Definizione della metodologia di lavoro

Fase 2 Assessment (valutazione dei bisogni, degli obiettivi e dell'impatto degli interventi sui bisogni)

- 2.1 Identificazione dei bisogni e dei fattori che li determinano
- 2.2 Pianificazione delle strategie di intervento
- 2.3 Accompagnamento alla realizzazione degli interventi
- 2.4 Individuazione degli obiettivi standard e di target specifico;
- 2.5 introduzione indicatori quantitativi e qualitativi;
- 2.6 Raccolta dati
- 2.7 misurazione delle performance;
- 2.8 valutazione di impatto (VIS) degli indicatori quantitativi e qualitativi sugli obiettivi, sul target specifico.

Fase 3 Post-assessment (ri-programmazione)

- 3.1 Ri-definizione dei bisogni prioritari
- 3.2 ridefinizione delle strategie di intervento
- 3.3 Comunicazione dei risultati

Se inserita nel contesto di programmazione del PdZ, gli step preliminari possono essere considerati come già espletati nel processo stesso di attivazione dei diversi soggetti (Comuni, Consorzi, ASL, ...) chiamati alla costruzione del PdZ. Infatti, l'identificazione degli utilizzatori (cioè di chi agirà sulla base dei risultati prodotti e di chi sarà interessato da questi interventi), degli obiettivi e dell'impiego che ne verrà poi fatto, sono impliciti nel suo utilizzo all'interno del percorso-tipo di sviluppo del Piano di Zona.

La chiarificazione sugli obiettivi che il processo di ricerca si pone permette, inoltre, di costruire in maniera più compiuta il progetto, di definire i diversi stakeholder (cioè quanti sono "portatori di interessi" e quindi "parte in causa" rispetto al problema in questione fra la popolazione target, i responsabili dell'organizzazione/dei servizi, gli operatori e altri membri significativi della comunità) ed eventualmente di decidere il loro coinvolgimento all'interno di un gruppo tecnico di riferimento del progetto (o, come più sinteticamente definito da alcuni autori, "gruppo guida").

Si tratta di un importante momento di chiarificazione sul percorso da affrontare che spesso permette di ampliare gli orizzonti stessi del lavoro e di perfezionare il piano di analisi. Questa scelta contribuisce, inoltre, ad accrescere la probabilità che i risultati della rilevazione dei bisogni dell'utenza, vengano effettivamente utilizzati dai diretti interessati per il lavoro di progettazione degli interventi e diminuire il rischio che i singoli progetti si risolvano esclusivamente come una mera ricerca, senza essere vissuti come un'importante occasione di riflessione che possa, eventualmente, porre le basi per la riprogrammazione degli interventi.

La conoscenza delle caratteristiche socio-economiche e culturali della popolazione target e del contesto in cui questa è inserita, anche attraverso interviste o l'analisi dei dati reperibili nelle fonti disponibili, è, alla luce delle considerazioni svolte nel paragrafo precedente, di fondamentale importanza per la corretta impostazione del Piano di Zona, che non parte da zero, ma viene ad essere definito sulla base del sistema esistente di offerta.

Di pari rilevanza devono poi essere considerate anche le analisi preliminari volte a ricostruire le risorse esistenti in termini di offerta di servizi/attività, le caratteristiche della popolazione servita e, quindi, il livello attuale e i relativi meccanismi di soddisfacimento della domanda. Questa riflessione non solo ha permesso di verificare l'eshaustività dei soggetti coinvolti nel processo di programmazione territoriale, ma ha già direttamente informato dell'esistenza di alcune aree o target di intervento parzialmente o interamente scoperte.

È a questo stadio, infine, che deve essere inserita anche l'analisi della letteratura esistente in materia e il recupero di altri materiali già prodotti sul tema in oggetto. Questo processo di ricostruzione dello stato attuale dovrebbe, quindi, risolversi in una mappatura dei flussi informativi esistenti in merito all'area di bisogno considerata per definire gli eventuali ulteriori fabbisogni conoscitivi (cioè, di conoscenza), che si dovrà poi decidere come soddisfare.

La fase di valutazione dei bisogni, per informare al meglio la selezione delle priorità, ha, inoltre, contemplato anche un'attività volta ad analizzare le cause dei bisogni identificati.

Nello specifico, si sono tenuti in considerazione i seguenti indicatori:

- la diffusione dei bisogni nella popolazione;
- la gravità dei bisogni nella popolazione;
- la capacità di intervenire efficacemente sui bisogni (efficacia);
- la disponibilità di risorse economiche, umane e strumentali per intervenire sui bisogni (sostenibilità);

- la dimensione della discrepanza fra lo stato attuale e quello atteso;

- le conseguenze derivanti dall'ignorare i bisogni (risk assessment).

il processo di lavoro si è contraddistinto per il pieno coinvolgimento dei vari soggetti inizialmente definiti.

Molte sono, infatti, le considerazioni anche e soprattutto di carattere politico che portano a scegliere un intervento piuttosto che un altro alla luce di mediazioni tra le esigenze delle risorse, i vincoli normativi e strutturali e le priorità generali che l'amministrazione si è data: in questo senso, quindi, la scelta non può che essere anche politica.

Per dirla con le parole di Rossi e Freeman, *"la definizione di un problema sociale e la specificazione degli obiettivi degli interventi sono processi sostanzialmente politici, i cui risultati*

non derivano solamente da una valutazione delle informazioni disponibili". Come per il processo di definizione dei bisogni prioritari anche per definire le strategie di intervento ci sono, quindi, due azioni fondamentali da sviluppare: l'identificazione delle possibili soluzioni e la loro valutazione.

La prima azione può trovare utili elementi nelle indicazioni raccolte nella fase di valutazione dei bisogni, nonché nell'analisi della normativa esistente e della letteratura per evidenziare l'eventuale esistenza di best practice alle quali rifarsi.

In questa prima fase di tipo creativo (in cui, cioè, l'interesse è centrato soprattutto sull'individuazione di possibili soluzioni, non tanto sulla loro scelta) altri spunti possono derivare dal confronto con operatori o esperti del settore chiamati a confrontarsi sui dati emersi, anche attraverso un semplice brainstorming. La scelta della strategia di intervento può avvenire con un processo simile a quello esposto in precedenza, attraverso l'esplicitazione di alcuni criteri di giudizio rispetto ai quali le varie alternative proposte devono essere valutate.

In particolare, le alternative proposte come soluzioni dovrebbero ottemperare almeno i seguenti criteri:

- fattibilità, per assicurarsi il legame della ricerca con l'azione, cioè l'effettiva possibilità di realizzare l'alternativa proposta;
- accettabilità, per assicurarsi del grado di rispondenza dei vari stakeholder interessati dalla soluzione proposta (etica, da parte dei destinatari degli interventi, da parte degli operatori del sistema dei servizi, da parte della complessiva organizzazione sociale);
- effetto sulle cause, per assicurarsi che l'intervento proposto vada effettivamente nella direzione di ridurre lo stato di bisogno.

Una volta determinato il tipo di intervento, per espletare pienamente la funzione di raccordo tra ricerca e azione, si dovrebbe indicare un piano di lavoro che guidi sommariamente all'implementazione delle soluzioni proposte attraverso la descrizione dei soggetti coinvolti, delle risorse umane, economiche e materiali necessarie e dei tempi indicativi di realizzazione.

Tuttavia, non ci si può esimere dal rimarcare l'assoluta necessità di un periodico monitoraggio dei bisogni, magari mediante l'istituzione di strutture ad hoc come gli osservatori e i sistemi informativi: si tratta della strada verso la quale anche la stessa Legge 328/2000 suggerisce di indirizzarsi. La frequente comunicazione con i decisori e con i soggetti più significativi (es. con i membri del gruppo tecnico) è, infatti, cruciale per favorire la riuscita dell'analisi dei bisogni e contribuisce a legittimare i risultati ottenuti, oltre a rendere più semplice il processo di raccolta delle informazioni.

Questo metodo di lavoro non richiederebbe nuovi processi di "creazione" dei dati, in quanto le informazioni necessarie sono già disponibili e possono essere sia di natura

numerica/quantitativa che di tipo qualitativo (è il caso ad esempio dei piani sociali, dei piani sanitari, delle relazioni degli operatori e, in generale, di altre documentazioni comunque prodotte dal sistema dei servizi).

L'evidente economicità di questa strategia di analisi è, purtroppo, troppo frequentemente penalizzata dalle carenze dei sistemi informativi che dovrebbero produrre queste informazioni e che non ne garantiscono la rapida disponibilità e il continuo aggiornamento, oltre a non eliminare, spesso, tutti i dubbi sulla loro reale attendibilità e validità.

Un altro elemento che ostacola la diffusione dell'utilizzo di statistiche ufficiali è relativo al fatto che per molti problemi di natura sociale scarseggiano i dati rilevati a livello locale e anche quando questi esistono, non sono utilizzabili perché sono basati su campioni di dimensioni troppo contenute per essere rappresentativi della realtà territoriale in esame, per cui si possono solo operare delle stime. Quando le fonti di dati "istituzionali" non sono disponibili o sono incomplete, si devono considerare le altre opzioni disponibili per la raccolta e la valutazione dei dati.

A seconda dei casi e nei limiti del tempo e delle risorse a disposizione, si è deciso di adottare la strategia di rilevazione (campionaria o censitoria) e ci si è avvalso di questionari e di interviste telefoniche, o di interviste face to face o di indagini mediante questionario auto-somministrato.

Da ricordare come nella fase di progettazione degli strumenti di indagine ci possa essere il ricorso a tecniche di analisi qualitativa, come le interviste o i Focus Group e come, infine, i dati raccolti attraverso queste modalità di rilevazione vadano poi analizzati con opportune metodologie di analisi statistica.

Un approccio di questo tipo presenta però alcuni rischi, in quanto prevede un contatto diretto con i potenziali utenti dei servizi. Si possono, quindi, verificare dei fenomeni quali la creazione di aspettative che possono inficiare la validità e l'attendibilità dei dati raccolti. La terza classe è, infine, sicuramente quella più complessa. Al suo interno sono, infatti, raggruppabili numerose tecniche che variano dalle interviste in profondità, alle storie di vita, che considerano i soggetti singolarmente presi, a tecniche di interazione di gruppo, come i Focus group, la Nominal Group Technique. Per evitare di ingenerare confusione è forse utile evidenziare come a diversificare fortemente le tecniche raggruppabili in quest'ultima categoria sia sostanzialmente la natura del soggetto presso il quale le informazioni vengono rilevate. È opportuno, infatti, distinguere fra la rilevazione delle informazioni presso il target, nel qual caso le informazioni rilevate differiscono da quelle della seconda classe per la loro natura, essenzialmente qualitativa, e per il generalmente maggiore livello di approfondimento, o presso soggetti terzi ritenuti "esperti" rispetto al problema.

In questo caso, quindi, si rinuncia all'osservazione diretta del fenomeno e si preferisce rilevare i giudizi di persone che, per la loro professione o per il ruolo da loro svolto nel sistema, sono considerate in grado di conoscere gli elementi fondamentali per la definizione della natura e delle caratteristiche del problema. Un soggetto potrà essere ritenuto esperto di un problema quando, oltre *“ad essere in possesso di una quantità elevata di informazioni pertinenti, è anche in grado di decodificarne i significati alla luce di un particolare background tecnico-scientifico e di particolari quadri teorici di interpretazione del problema”* (Bertin, ibidem).

L'obiettivo ultimo rimane, comunque, la volontà di aumentare la capacità conoscitiva degli attori che compongono la regia del PdZ al fine di ridurre i margini di incertezza insiti in ogni processo decisionale e orientare in questo modo l'intervento a rispondere in maniera congrua alle situazioni di bisogno rilevate.

AZIONI SVOLTE DALL'UdP PER LA RILEVAZIONE DEI BISOGNI

FASE	AZIONI
PRE-ASSESSMENT	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>Istituzione del Gruppo di Lavoro (GL UdP) per individuare i dati anagrafici necessari per la rilevazione delle fasce “target” di popolazione in merito ai possibili bisogni (popolazione totale, divisione per sesso e fasce di età, popolazione immigrata, ecc.)</i> <input type="checkbox"/> <i>Indagine statistica con la raccolta dei dati numerici sulla popolazione residente (richieste agli Uffici anagrafici dei due Comuni di Anzio e Nettuno) e comparazione con i dati rilevati dalle tabelle ISTAT aggiornate al 31 Dicembre 2020</i>
ASSESSMENT	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>Adozione della modulistica di rilevazione dei singoli progetti-interventi di cui alla DGR 584/2020, per la rilevazione degli indicatori quantitativi (numero di utenti, previsioni per il triennio, presenza della lista di attesa, criteri per lo scorrimento delle liste di attesa, punti di forza e di criticità rilevabili, osservazioni per migliorare l'erogazione ed il funzionamento delle attività, servizi erogati, presenza di regolamenti, numero e qualifiche professionali degli operatori coinvolti, servizi comunali o distrettuali, erogazione diretta od appaltata, ecc.)</i> <input type="checkbox"/> <i>Invio delle schede di rilevazione dei bisogni (schede progettuali) ai referenti dei singoli progetti, con assistenza diretta ed indiretta alla compilazione</i> <input type="checkbox"/> <i>Acquisizione delle schede e focus-group degli operatori dell'Ufficio di Piano per l'analisi delle stesse e predisposizione della tabella sintetica dei dati aggregati per una fotografia situazionale</i> <input type="checkbox"/> <i>Predisposizione modulistica per la rilevazione dei dati prodotti dal Terzo Settore (ETS) e/o interviste con metodologia mista (in presenza o a distanza) ai referenti delle Cooperative Sociali che gestiscono i Servizi appaltati per approfondimenti quantitativi e qualitativi dei dati raccolti (compresi gli indicatori per il miglioramento dei Servizi)</i>

	<input type="checkbox"/> <i>Acquisizione dei report dettagliati mensili e delle relazioni complessive a cadenza semestrale prodotti dalle Cooperative che gestiscono i Servizi appaltati (numero di utenti-operatori impiegati, ore erogate, criticità, segnalazioni scritte ai case manager, n° riunioni di équipe, ricognizione dei desiderata, quantificazione dei margini di miglioramento) e lettura analitica delle relazioni in focus-group degli operatori dell'UdP insieme al Valutatore</i>
	<input type="checkbox"/> <i>Compilazione della Tabella dei dati aggregati con osservazioni di tipo metodologico, quantitativo e qualitativo sottoposta poi al successivo confronto con gli operatori referenti dei singoli progetti</i>
	<input type="checkbox"/> <i>Analisi dei verbali redatti nel corso dei Tavoli di concertazione Tematica per la valutazione complessiva ed analitica delle osservazioni e delle proposte raccolte dai partecipanti istituzionali e del Terzo Settore</i>
POST-ASSESSMENT	<input type="checkbox"/> <i>Compilazione del format delle schede di rilevazione progettuale della Regione LAZIO, comparate con le schede di rilevazione dei bisogni per il match dei dati</i>
	<input type="checkbox"/> <i>Redazione analitica del Piano di Zona nelle aree di pertinenza (minori, disabili, anziani, immigrati, tossicodipendenza, povertà, disagio psichico) per riportare i dati in maniera descrittiva</i>
	<input type="checkbox"/> <i>Pubblicazione sul sito istituzionale per la diffusione dei dati utili alla programmazione in progress condivisa con i Tavoli Tecnici istituzionali e di concertazione con le OO.SS</i>

PANORAMICA SULLE MACRO-AREE

AREA MINORI E FAMIGLIA

Le famiglie residenti nel Distretto stanno mutando le loro caratteristiche fondanti. Sono sempre più rare le famiglie formate da più di tre componenti, dato che corrisponde alla diminuzione del tasso di natalità in Italia.

Inoltre, in base ai dati delle anagrafi comunali, si stima che sul territorio vivano sempre di più famiglie monocomponente o persone sole, soprattutto anziane, soprattutto donne. Questa tendenza si associa al tema dell'uscita di casa dei giovani e della formazione di nuove famiglie. Certamente l'aumento della precarietà del lavoro colpisce maggiormente i soggetti tra i 20 e il 35 anni, che faticano a trovare autonomia personale e dalla famiglia, nonostante abbiano concluso un ciclo di studi superiori o universitari.

Sulla dinamica dei modelli familiari incidono le popolazioni straniere e i processi di immigrazione.

I dati delle anagrafi comunali dimostrano la crescita costante della popolazione straniera e l'aumento delle nuove residenze. Ciò si riflette su una quota sempre più alta di famiglie composte

di soli immigrati e di nuclei familiari (anche italiani) di recente insediamento sul territorio distrettuale.

Rispetto alle nazionalità le famiglie di immigrati provenienti dai paesi dell'est-europeo (Romania ed Ucraina) risultano essere le più numerose, tra quelle di più recente arrivo; ad esse si aggiungono indiani e nigeriani. Invece gli immigrati provenienti dai paesi del Maghreb godono di un maggior radicamento territoriale, dovuto ad una vicenda migratoria ormai ventennale.

Le città vicino al mare, vivono una fase di rapido sviluppo urbanistico, che non è senza contraddizioni. Esse rappresentano poli di attrazione per molte famiglie "straniere" che si spostano in zona per il costo nettamente inferiore delle abitazioni, in confronto alla città di Roma; ciò ha prodotto un aumento di immigrazione di coppie e famiglie sul territorio, favorite dal collegamento ferroviario con la Capitale. Tuttavia, lo sviluppo dell'edilizia privata residenziale non sempre è accompagnata dalla realizzazione di opere pubbliche utili alla collettività.

Dunque, immigrazioni di coppie prevalentemente giovani, anche straniere, aumento del numero delle famiglie mono-genitoriali, progressivo invecchiamento della popolazione, pendolarismo, aumento delle sacche di povertà ed emergenza di situazioni di forte emarginazione sociale e culturale, sono tutti fenomeni che contribuiscono a caratterizzare ed articolare nella complessità la condizione sociale delle famiglie residenti nel distretto. In questo quadro le dimensioni problematiche (sul piano socio-assistenziale) in cui rintracciare gli aspetti di maggior disagio sono le seguenti:

- ☐ famiglie vulnerabili:
- ☐ problemi di condotta dei genitori, specifiche situazioni di crisi delle relazioni familiari connesse a problemi di esclusione sociale ed economici;
- ☐ violenza sulle donne;
- ☐ minori fuori dalle famiglie di origine;
- ☐ problemi di conciliazione tra famiglia e lavoro;
- ☐ educazione, servizi per l'infanzia e l'adolescenza.


Nello specifico i disagi più acuti che emergono dall'analisi della condizione delle famiglie residenti, quelle che rappresentano ai servizi sociali il grado più elevato di fragilità, fanno riferimento a:

- ☐ l'incapacità genitoriale di svolgere compiti primari ed educativi;
- ☐ l'evidenza dell'aumento degli episodi di maltrattamento su donne e minori, sia fisici che psicologici (come emerge dal deciso aumento delle segnalazioni alla autorità giudiziaria e di pubblica sicurezza);
- ☐ l'accentuarsi di situazioni di conflittualità nel contesto delle separazioni coniugali;


- ☐ il problema delle tutele dei minori con particolare riferimento a quelli che non hanno il supporto dei genitori;
- ☐ l'evidenza dell'aumento dei minori che commettono reati e aderiscono a modelli di comportamento "rischiosi".

Più in generale risulta evidente che le difficoltà che molte famiglie hanno nell'espletamento delle attività quotidiane si lega ad una condizione lavorativa spesso precaria e sottomessa alla mobilità territoriale, ad un quotidiano sociale privo di reti di riferimento parentali o di vicinato (è la condizione di molte famiglie straniere residenti nelle aree urbane), alla carenza di servizi di sostegno per le famiglie che possano essere di supporto nella custodia dei figli (scarsità di asili nido, ludoteche, colonie estive garantite dai servizi pubblici a prezzi calmierati). E infatti ciò che soccorre alle volte le famiglie nella gestione dei problemi quotidiani di conciliazione con l'ambito lavorativo sono proprio le reti familiari, le istituzioni scolastiche e non ultimo le parrocchie, che mantengono il proprio ruolo di luogo di socializzazione e controllo sociale dei minori, soprattutto nelle ore pomeridiane.

Nel Distretto manca la presenza di un Centro diurno per minori (soprattutto adolescenti) che possa assolvere in parte a tali problematiche, con funzione di monitoraggio, vigilanza e supporto per le situazioni di minori in carico al SSP, maggiormente a rischio di istituzionalizzazione.



Il problema specifico della tutela e dell'assistenza dei minori merita un approfondimento. Il numero dei minori accolti in strutture residenziali è stato di 48 nel 2019, con una tendenza in aumento nel 2020 (61 casi), la maggior parte di essi ha un'età inferiore ai 12 anni ed è senza il supporto di familiari adulti.



Inoltre, si evidenzia la presenza di ulteriori di minori MSNA ricoverati sul territorio. I minori non accompagnati di origine straniera (in prevalenza tunisini, egiziani e bengalesi ai quali si sono aggiunti più recentemente siriani, iracheni e pakistani) costituiscono un problema rilevante per i servizi sociali, sul cui territorio non sono presenti case-famiglia con specificità di progetto per i minori stranieri non accompagnati.

Per quanto riguarda invece i minori in affidamento familiare, i dati relativi al 2019 parlano di 24 minori affidati a famiglie residenti, numero che sale lievemente nel primo semestre del 2020 (28 minori in affidamento); si tratta in massima parte di affidi intra-familiari.

L'area dei comportamenti a "rischio", consistente nell'adozione di stili di vita border-line, rappresenta una fenomenologia della condizione giovanile che merita una particolare attenzione da parte dei servizi pubblici. Con particolare riferimento alle aree urbane del distretto si osservano:

- ☐ evidente abbassamento dell'età nell'uso di stupefacenti ed alcol,
- ☐ aumento di minori con difficoltà comportamentali e che commettono reati,

- ❑ aumento dei fenomeni di bullismo e vandalismo esito di modalità di aggregazione aggressive e violente.

La metodologia del lavoro di rete è prassi consolidata nell'attività degli operatori del Distretto Sociosanitario Roma 6.6 con un fattiva collaborazione tra operatori ASL Roma 6 con i Servizi Sociali dei Comuni, le Procure della Repubblica, le FF.OO., le Scuole, i Centri Antiviolenza etc.. grazie anche agli specifici percorsi formativi e ad accordi (Protection Network con Terzo Settore e Protocollo di Intesa Inter-istituzionale).

Nell'ambito della promozione di azioni congiunte volte alla sensibilizzazione sul territorio di competenza e all'adozione di strategie volte ed interventi coordinati di prevenzione e intervento nei casi di maltrattamento e abuso all'infanzia con interventi di prevenzione e cura per il contrasto di ogni genere di violenza, è stato recepito con Deliberazione del commissario straordinario con i poteri della giunta del Comune di Nettuno n. 24 del 03/07/2018 il Protocollo operativo inter istituzionale "per la promozione di azioni e politiche attive finalizzate alla prevenzione e al contrasto del fenomeno della violenza contro le donne e i minori e alla realizzazione di una rete di accoglienza, ascolto, protezione delle vittime di violenza di genere e di quelle in condizioni di particolare vulnerabilità" sottoscritto dai seguenti organi istituzionali:

- Tribunale di Velletri
- Procura della Repubblica c/o il Tribunale di Velletri
- Tribunale per i Minorenni di Roma
- Procura della Repubblica c/o il Tribunale per i Minorenni di Roma
- Direzione Gen. Uff. Scolastico Reg.le per il Lazio
- Direzione Gen. ASL Roma 6
- Questura di Roma
- Comando Provinciale Carabinieri di Roma
- Comuni del circondario del Tribunale di Velletri

Nello specifico nell'ambito della tutela misura e supporto ai nuclei familiari è operativo nel Distretto Sociosanitario Roma 6.6, il "Protection Network", il cui gruppo di operatori afferenti ai due Comuni di Anzio e di Nettuno, dei servizi sanitari specialistici e degli operatori del Terzo Settore, ciascuno per le proprie competenze, si riunisce mensilmente per la presentazione di nuove situazioni e monitoraggio integrato dei casi già incarico.

Il modello Protection Network ha come scopo la condivisione di responsabilità mediante una collaborazione multiprofessionale, metodologie e strumenti di analisi del fenomeno, di intervento e la creazione di una Rete permanente per la tutela di minori e famiglie.

AREA ANZIANI

L'incremento della popolazione anziana over 75, che si segnala sul territorio distrettuale, richiede maggiori interventi di protezione e cura delle persone (trasferimenti monetari, consumo di farmaci, ricoveri ospedalieri, crescente domanda di servizi sociosanitari, strutture di lunga degenza, assistenza domiciliare) ma anche un diverso sistema delle politiche di protezione sociale con un ampliamento delle possibilità di intervento.

Centrale in questo senso è il concetto di fragilità, che non corrisponde alla disabilità ma ne è un precursore diretto perché tiene insieme le dimensioni, biologica e soggettiva, di perdita di resistenza e di capacità di adattamento agli eventi negativi e ai fattori di cambiamento. Fornire un supporto alla fragilità significa, allora, allontanare e prevenire il momento della non autosufficienza in cui la richiesta di assistenza diventa estremamente elevata.

Tecnicamente i fattori che determinano la fragilità sono di tre tipi: funzionale, clinica e sociale.

La fragilità funzionale consiste in una difficoltà nello svolgimento delle funzioni quotidiane; quella clinica è di tipo sanitaria e richiede cure e spesso assunzione di terapie complesse o ricoveri ospedalieri; quella, cosiddetta, sociale riguarda le necessità di assistenza dell'anziano che vive in zone isolate o disagiati, generalmente con basso reddito, spesso in situazioni abitative inadeguate e senza l'aiuto familiare o di conoscenti.

La comunità anziana, non più intesa solo come portatrice di domanda di servizi sanitari ed assistenziali, richiede anche interventi di natura diversa e integrativi: tempo libero, informazione, formazione, di sicurezza e di prevenzione.

Le esigenze più pressanti ed onerose riguardano gli anziani oltre la soglia dei 75 anni, fascia d'età nella quale è elevato il rischio di precarie condizioni fisiche e di perdita totale o parziale dell'autonomia. Ciò accresce il fabbisogno di assistenza e cure specifiche preferibilmente presso il domicilio dell'assistito per contrastare l'istituzionalizzazione.

Nei Comuni del distretto la famiglia funziona ancora quale supporto che, però, con il processo di urbanizzazione (molto veloce in questi ultimi anni) va ad assottigliarsi sempre più. La tendenza all'aumento delle famiglie nucleari e la crisi economica che spinge a migrazioni indotte, genera un aumento degli anziani soli: solitudine e minore aiuto da parte delle famiglie rendono ancora più fragile la loro condizione.

In questo quadro le dimensioni problematiche (sul piano socio-assistenziale) in cui rintracciare gli aspetti di maggior disagio sono le seguenti:

- ☐ non autosufficienza: assistenza domiciliare di carattere sociale diretta agli anziani fragili (senza reti di sostegno familiari e/o amicali) e assistenza domiciliare integrata con i servizi

offerti dalla Azienda USL per anziani in situazione di non autosufficienza certificata (in prevalenza anziani ultrasettantacinquenni);

- ☐ significatività del fenomeno relativo al mercato delle cure informali, le “cd” badanti;
- ☐ fenomeni di abbandono, incuria e povertà;
- ☐ problematiche legate alla mobilità e alla scarsa conoscenza dei servizi presenti e delle modalità di accesso.

Sul territorio distrettuale i bisogni principali legati agli ambiti di maggior disagio riguardano:

- ☐ la richiesta di assistenza domiciliare: lo stato dell’anziano non autosufficiente implica un aiuto domestico che spesso non può essere fornito da un familiare; il carico di cura per il nucleo familiare dell’anziano, soprattutto con una patologia gravemente invalidante, è tale da far emergere bisogni e richieste di supporto che investono gli ambiti delle relazioni di solidarietà, la sfera psicologica, l’apprendimento di buone prassi, il mutuo-aiuto, l’intervento specialistico, i livelli organizzativi e di integrazione tra servizi sociali e sanitari;
- ☐ il bisogno di cura si aggiunge inoltre la richiesta di supporto da parte del care-giver (si pensi alla condizione socio-sanitaria del malato di Alzheimer e della sua famiglia);
- ☐ l’orientamento e l’accompagnamento dell’anziano e delle famiglie verso il servizio più idoneo e coerente allo stato di salute e al livello di autosufficienza;
- ☐ la qualificazione della rete dell’assistenza domiciliare rappresenta un’urgenza del territorio considerata la presenza di pratiche disomogenee per le dimissioni protette tra Aziende Ospedaliere e territori e la carenza di strutture intermedie per la gestione del post-acuzie;
- ☐ la mobilità intesa come possibilità di accedere all’assistenza lì dove viene offerta e la capacità di pervenire all’informazione sul servizio: le reti sociali che circondano gli anziani diventano essenziali nel momento del bisogno, la tipicità della condizione di fragilità di un anziano bisognoso di assistenza è la multifattorialità, il bisogno si rappresenta come un insieme di problemi; in questo senso si evidenziano sempre più anziani che lamentano la difficoltà di raggiungere i presidi specialistici;
- ☐ la frammentazione delle reti associative e delle organizzazioni di settore: le reti sociali sono reti di solidarietà, di supporto, ma anche informative; le amministrazioni tendono quindi a farsi promotrici di solidarietà a fronte di un evidente indebolimento del servizio pubblico causato dalla contrazione delle risorse economiche.

La povertà colpisce gli anziani in modo specifico: incuria, abbandono, isolamento sono fenomeni in crescita; il cosiddetto barbonismo domestico è una condizione che colpisce soprattutto anziani soli, o lasciati soli, abbandonati dalle famiglie spesso in alloggi di fortuna, che

sopravvivono in una condizione di precarietà materiale, sociale ed esistenziale che è ben presente agli operatori dei servizi.

AREA DISABILI

La quantificazione del fenomeno della cosiddetta disabilità si rivela di difficile realizzazione sia perché è invalso l'uso di riferire a terminologie diverse (disabile, invalido, portatore di handicap) situazioni non equivalenti, sia perché i dati di cui si dispone fanno spesso riferimento alla sola popolazione che si rivolge alle istituzioni, pubbliche o private che siano.

Sul tema della disabilità esistono oggi purtroppo pochi dati che ci restituiscono una fotografia sempre coerente a livello nazionale e sono invece quasi del tutto assenti dati che raccontino la disabilità dei bambini da 0 a 6 anni, come se l'universo dei bambini con disabilità non volesse essere "visto" e interpretato dal complesso di attori sociali, politici e istituzionali chiamati in causa.

Dai dati ISFOL 2011 (gli ultimi disponibili) emerge che sono quasi 3 milioni le persone con disabilità che vivono in Italia: pari al 5% circa della popolazione. Il 93% vive in famiglia, risorsa fondamentale e imprescindibile per la persona.

Da indagini ISTAT 2011 (compatibili con quelli ISFOL) risulta che il 66,2% delle persone con disabilità in Italia sono donne e che 8 persone con disabilità su 10 hanno più di 65 anni.

Più che in altre aree dell'assistenza i bisogni delle persone disabili variano ampiamente in funzione di una pluralità di fattori. Ad esempio, un ruolo importante spetta alle caratteristiche strutturali delle famiglie dei soggetti disabili: numero dei componenti, età del disabile e dei suoi familiari, condizione economica, rapporti delle famiglie con l'ambiente circostante. Tutti questi fattori condizionano molto la situazione del disabile e ne condizionano la possibilità di cura, riabilitazione ed integrazione nel contesto sociale.

Le esigenze terapeutiche, riabilitative e socializzanti del soggetto sono condizionate da variazioni anche sostanziali a seconda dei mutamenti dell'ambiente sociale dove è inserito il soggetto disabile. Ciò significa che, nell'erogazione delle risposte e dei servizi, non è sufficiente tenere in considerazione le sole caratteristiche organiche della disabilità ma deve essere data particolare attenzione all'integrazione dei servizi sanitari con quelli rivolti alle esigenze sociali delle persone disabili e al loro contesto familiare.

Nell'ambito, quindi, della programmazione degli interventi e dei servizi sociali, per favorire una piena tutela dei disabili e delle loro famiglie e promuovere una effettiva opportunità di integrazione, questo distretto ha perseguito, in particolare, i seguenti obiettivi:

- ☐ sostenere e sviluppare l'autonomia e le capacità delle persone non autosufficienti, in particolare dei disabili gravi;
- ☐ creare condizioni di pari opportunità;
- ☐ sostenere e sollevare le famiglie che sopportano, spesso da sole, tutto l'onere relativo alla condizione di disabilità.

In questo quadro le dimensioni problematiche (sul piano socio-assistenziale) in cui rintracciare gli aspetti di maggior disagio sono le seguenti:

- ☐ care-giver familiare: problematiche relative al sostegno di coloro che si fanno carico della cura e dell'assistenza di un proprio caro non autosufficiente;
- ☐ il sollievo alle famiglie dei disabili tramite interventi integrativi della assistenza domiciliare;
- ☐ la problematica del "dopo di noi";
- ☐ problematiche conseguenti l'organizzazione integrata socio-sanitaria degli interventi al disabile;
- ☐ assenza di progetti di apprendimento mirato fin dalla scuola dell'obbligo per il raggiungimento dell'autonomia attraverso l'inserimento lavorativo nei casi in cui la disabilità lo permetta;
- ☐ necessità di progetti specifici per la qualificazione del tempo libero, l'inclusione sociale anche nei contesti formativi o lavorativi (come per esempio l'accompagnamento e l'orientamento nelle agenzie di lavoro ovvero la possibilità di specifici tirocini rimborsati), per il supporto agli utenti diversamente abili anche dopo l'uscita dal percorso scolastico superiore.

Nello specifico, richiamando alcune delle considerazioni già svolte per l'area anziani con riguardo al ruolo e alle difficoltà che le famiglie rappresentano nel farsi carico del proprio familiare disabile, è importante rilevare come risulti fondamentale consolidare servizi e procedure promosse a livello distrettuale al fine di perseguire l'uniformità delle prestazioni offerte dai comuni del distretto.

I servizi di assistenza domiciliare sono stati erogati a pieno regime ed in modo continuativo, anche nel corso dell'emergenza sanitaria da pandemia di SARS-CoV2, allo stesso tempo necessiterebbero di un'integrazione di risorse.

Nel 2019 sono stati n. 112 i soggetti gravemente disabili che hanno usufruito dei progetti di assistenza domiciliare; nel 2020 il numero dei disabili assistiti è andato aumentando (124) grazie all'avvio di programmazione parallele come "disabilità gravissima" (85 domande pervenute) e "La vita indipendente" (una domanda pervenuta), servizi ancora in fase di avvio: si tratta di azioni, svolte in forma diretta o indiretta, sulla base del perfezionamento di un P.A.I. condiviso con l'utente, che prevedono interventi socio-assistenziali, educativi, di risocializzazione (attività

ludico-ricreative, sostegno delle capacità relazionali e comunicative) svolte in ambito familiare o extra-familiare.

A questo proposito si sottolinea la difficoltà di alcune famiglie a sostenere economicamente il costo derivante dalla regolarizzazione e gestione economica dell'operatore sociale. Gli interventi di assistenza domiciliare erogati sul territorio del distretto (Servizi A.D.I. e S.A.D.) testimoniano di un fenomeno in evoluzione (attualmente gli utenti assistiti in A.D.I. sono complessivamente 139).

Anche il centro diurni per disabili (nel distretto ne è presente solo uno a carattere pubblico) costituisce un punto di riferimento importante nel panorama dell'offerta dei servizi territoriali

Il dato numerico dei soggetti disabili che frequentano le strutture riabilitative accreditate in modalità semiresidenziale per i quali i Comuni integrano la quota sociale, ai sensi della DGR n. 380/2010 sono 13.

Anche la lista di attesa per l'Assistenza Domiciliare Distrettuale risulta significativa nella lettura del bisogno crescente di questo Servizio (dato probabilmente anche dall'invecchiamento della popolazione), poiché risulta aggiornata al 31 Dicembre 2020 con N. 36 anziani e n. 8 disabili che stanno aspettando di poter usufruire del Servizio.

Risulta dunque evidente la necessità di rafforzare i processi di mappatura del fenomeno per addivenire ad una conoscenza più approfondita della condizione della disabilità nel contesto distrettuale. Le carenze conoscitive in quest'area assumono la dimensione di una vera e propria criticità programmatoria e gestionale, il cui rischio principale è riferito alla necessità di fornire interventi integrati di assistenza (ed anche differenziati in ragione della patologia rilevata, nonché dei livelli di autonomia presenti o residui), caratterizzati dalla distribuzione equa di servizi e risorse disponibili, evitando sovrapposizioni e disparità di trattamento, per cui alcuni utenti usufruiscono di una pluralità di servizi a discapito di altri, che restano invece ai margini, anche per cause di svantaggio culturale delle famiglie.

Una considerazione importante merita il progetto del "Dopo di noi". Attualmente sono presenti n.12 fruitori del Servizio; tale numero è destinato ad aumentare in considerazione della crescente presenza di genitori anziani, care-giver di disabili gravi privi di altre risorse familiari.

Il Dopo di noi assume grande rilievo non solo a livello delle singole famiglie, ma a livello di comunità e di enti pubblici preposti a garantire non solo i Livelli Essenziali di Assistenza, ma anche e soprattutto "il diritto a vivere nella società con la stessa libertà di scelta delle altre persone", come l'art. 19 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità prescrive.

Appare chiaro che tale tematica debba essere affrontata quando la famiglia è ancora in grado di

occuparsi dei propri figli, perché il dopo di noi deve essere accuratamente preparato nel durante noi. Ogni persona necessita di progetti personalizzati e non standardizzabili che partono da azioni domiciliari, proseguono in percorsi di laboratori e week end di autonomie, e si consolidano con progetti di vita indipendente per creare un “Durante Noi” consapevole in grado di portare ad un “Dopo di Noi” supportato a lungo termine.

Difatti la peculiarità dei progetti per il dopo di noi deve rappresentata dalla flessibilità e personalizzazione, ma al tempo stesso da una estrema complessità, in quanto necessitano della interrelazione fra diversi soggetti e professionalità e la buona riuscita del progetto di vita può dirsi realizzata solo se queste competenze sono armonicamente integrate.

Nel passaggio all'età adulta una parte dei pazienti, in cui prevale la componente psichiatrica, affrisce al DSM, la restante è seguita dalla UOS Cure intermedie per le valutazioni specialistiche. Di fatto, c'è da rilevare che nel territorio della ASL Roma 6 manca un Servizio Disabili in Età Adulta; al momento le persone disabili che diventano maggiorenni che, pertanto, hanno necessità di concludere il loro percorso all'interno del TSMREE, vengono indirizzate dal Servizio stesso, attraverso apposita UVMD deputata a valutarne la gravità, al DSM o alla UOS “Cure Intermedie”, che mettono a disposizione i percorsi e/o trattamenti socio-sanitari a loro disposizione.

D'altro canto l'attenzione del Distretto Sociosanitario Roma 6.6. verso la disabilità e le sue necessità di cura e assistenza si è accresciuta notevolmente negli ultimi anni, con l'attivazione di percorsi di breve o lunga durata, di sostegno alla autonomia, in supporto della famiglia. Il livello di risposta si è sempre più potenziato, diversificato, perseguendo quanto più possibile, l'obiettivo della permanenza nella persona nel proprio contesto di vita, dello sviluppo di competenze e dell'inclusione sociale.

La progettazione del Distretto Sociosanitario ha visto l'avvio, anche durante la pandemia da SARS CoV2 di attività laboratoriali, esperienziali, abitative e sociali che sostengano le persone con disabilità nell'acquisizione, potenziamento e/o mantenimento di tutte quelle autonomie personali e relazionali che permettano di implementare la loro indipendenza e la loro inclusione all'interno della comunità locale.

Il Distretto Sociosanitario Roma 6.6. nei suoi punti strategici e di accoglienza si è strutturato come punto di accoglienza dei bisogni socio-assistenziali e di inserimento socio-lavorativo delle persone con disabilità, sia essa di natura fisica psico-fisica o intellettuale, operando in stretto rapporto con i settori dell' ASL Roma 6, per una valutazione globale della situazione e per la predisposizione di progetti individuali di vita e di cure.

Il lavoro diventa strumento di emancipazione, attraverso la costruzione di percorsi occupazionali si vuole garantire alla persona con disabilità la possibilità di assumere un ruolo, e quindi un'identità adulta. Proficue collaborazioni sono già state avviate con diversi contesti del terzo settore che operano sul territorio per attivare quelle che oggi la normativa regionale definisce tirocini di inclusione sociale ed extracurricolari.

Questo Distretto Sociosanitario in applicazione della normativa nazionale e regionale ha avviato un processo volto a garantire libera scelta delle persona con disabilità e non autosufficienza nonché dei caregiver. A seguito di un cospicuo lavoro è stata prevista la diversificazione degli interventi e servizi ed istituito un primo sistema di accreditamento istituzionale in grado di garantire servizi qualitativamente omogenei sul territorio distrettuale per offrire risposte adeguate ed appropriate ai bisogni assistenziali dei cittadini e quindi configurare l'accreditamento come strumento di qualificazione dei soggetti idonei a prestare un servizio pubblico operando di fatto un processo di selezione degli erogatori di servizi assistenziali, accertandone la capacità di soddisfare determinati livelli di assistenza per garantire la qualità dell'offerta e l'appropriatezza dell'uso delle risorse.

AREA DISAGIO ED ESCLUSIONE SOCIALE

Affrontare l'analisi dei bisogni che la popolazione del Distretto manifesta in ordine ai problemi che usualmente vengono compresi quali fattori di esclusione sociale è un compito arduo.

Il protrarsi della crisi economico-finanziaria ha determinato l'estensione dei fenomeni di impoverimento ad ampi settori della popolazione, determinando situazioni differenti dal passato, nel senso che ai tradizionali" poveri si aggiungono nuove tipologie sociali di "povertà" che pongono ai servizi domande e bisogni innovativi.

Vale la pena, al fine di mettere ordine a questa breve esposizione, elencare le criticità che si presentano sul territorio, con l'avvertenza che l'ambito di interesse gravita intorno ai concetti di povertà, disagio abitativo, disagio mentale, tossicodipendenza.

Come detto è necessario porre schematicamente l'accento su alcune evidenze che si manifestano dal territorio:

- ☐ sono sempre più numerosi gli italiani che accedono ai servizi portando storie di esclusione sociale ed emarginazione;
- ☐ cresce la multi-problematicità delle persone prese in carico, le storie di vita sono sempre più complesse e si caratterizzano spesso per patologie socio-sanitarie di non facile soluzione, che coinvolgono tutta la famiglia;

- ❑ la precarietà e la fragilità occupazionale è molto evidente: cassa integrazione, occupazioni saltuarie, lavoro nero, rendono estremamente difficile per molte famiglie coprire le necessità anche più elementari del quotidiano;
- ❑ la problematica abitativa nelle sue diverse sfaccettature (sfratti, morosità, assenza di garanzie per la ricerca di nuove abitazioni, sovraffollamento) assume sempre più il carattere di emergenza sociale;
- ❑ si profilano, come detto, nuove tipologie sociali che riportano ai servizi storie di fragilità ai margini della povertà: giovani precari, con un lavoro ancora poco definito che non gli consente l'indipendenza economica e abitativa; adulti che nonostante una posizione lavorativa e un'entrata stabile evidenziano segnali di disagio economico perché si fanno carico della famiglia, dei figli minori, del coniuge disoccupato, e non hanno alle spalle reti familiari di integrazione del reddito; ultracinquantenni disoccupati o poco specializzati, che fanno grande fatica a ricollocarsi nel mondo del lavoro (gli esodati); pensionati percettori di pensioni minime rimasti soli;
- ❑ evidenza di un consistente fenomeno di immigrazione proveniente da Roma di persone e famiglie che portano un carico di problematiche sociali, sanitarie e giudiziarie. In questo contesto gli interventi messi in atto dai comuni del Distretto consistono nel contributo economico per far fronte ad esigenze primarie (bonus utenze, servizio mensa, servizio trasporto), nella realizzazione di percorsi mirati finalizzati al recupero e reinserimento sociale e lavorativo, e più di recente nell'attivazione di un pronto intervento sociale che, con riferimento a donne e minori in difficoltà, interviene in situazioni di emergenza per favorire la presa in carico del caso;
- ❑ nell'ultimo anno, probabilmente anche a seguito dell'emergenza sanitaria da CoViD-19, si sono evidenziate numerose difficoltà legate all'aumento delle persone Senza Fissa Dimora, per le quali si è dovuto operare in condizioni di emergenza, constatando per esempio la limitazione degli interventi dovuta alla carenza di strutture ricettive sul nostro Distretto Socio-Sanitario (per esempio dormitori ovvero mense sociali).

I servizi territoriali assistono, nel corso degli ultimi anni, all'esplosione della questione abitativa, con un allargamento dal problema al ceto medio. Infatti, l'aumento del costo delle abitazioni, in particolare l'aumento dei canoni di affitto (ovvero la richiesta di garanzie da parte delle agenzie immobiliari in merito ad una regolare occupazione stabilmente retribuita), ha aggravato i problemi di ampie fasce della popolazione coinvolte nella netta riduzione della propria capacità economica: la crisi in atto colpisce particolarmente le famiglie che vivono in abitazioni in affitto a canone di mercato.

Dall'analisi dei bisogni rappresentate dalle persone che si rivolgono al PUA (Punto Unico di Accesso) dei Comuni del Distretto emerge, in modo significativo, che il bisogno abitativo in generale e l'arretratezza con il pagamento delle bollette, l'impossibilità a corrispondere il canone di affitto o la rata mensile del mutuo, in particolare, si combinano sovente con altri tipi di necessità: supporto ed assistenza a una o più persone disabili, spese impreviste, non poter affrontare le spese mediche, fino alla difficoltà di acquistare il cibo necessario per la famiglia.


L'attività istruttoria svolta dall'Ufficio di Piano in esecuzione della DGR 470/2013 e finalizzata alla definizione di un Piano di interventi per il sostegno abitativo ha messo in evidenza i dati descrittivi dell'emergenza abitativa sul territorio distrettuale.

Le aree urbane di Anzio e Nettuno sono certamente quelle più colpite dalla crisi.

AREA TOSSICODIPENDENZE


L'analisi delle problematiche connesse all'uso di sostanze stupefacenti evidenzia un cambiamento, nel corso degli ultimi anni, della tipologia dei pazienti e dei bisogni.

Un fenomeno relativamente recente è quello dell'immigrazione da Paesi Esteri o da altre zone dell'Italia, prima fra tutte l'area della Capitale, di persone con problematiche di dipendenza da alcol e droghe, con patologie correlate e con più o meno grave disagio sociale.



Il fenomeno del consumo a rischio di bevande alcoliche assume caratteristiche preoccupanti per i giovani che vi si approcciano sempre più precocemente; sono cambiate anche le abitudini del consumo: da abitudine familiare, connessa con i pasti, a bevanda da consumare al pub, al bar, in discoteca.

Il problema è sentito anche nei Comuni di questo Distretto. Molto in voga sono, da un po' di tempo a questa parte, le bibite alcoliche definite "alcol pop", colorate e profumate, molto attraenti per i giovani consumatori di alcool. La azione di prevenzione dell'uso di sostanze stupefacenti deve essere costante, perché vi è spesso la convinzione, da parte dei ragazzi, della non pericolosità delle sostanze assunte, convinzione rafforzata spesso dalla piacevolezza e/o dalla facilità di acquisto, anche online.



Oltre alla persistenza delle ben note problematiche legate all'uso dell'eroina e della cocaina, si segnala l'aumento dei casi di assuntori di droghe sintetiche e di poli-assuntori.

Vi è dunque la necessità di porre particolare attenzione alle varie manifestazioni di disagio giovanile con elaborazione di programmi di prevenzione primaria, che coinvolgano direttamente le Istituzioni Scolastiche.

Si riportano di seguito alcuni dati relativi all'utenza del Ser.D. da cui si ricava la necessità di intervenire maggiormente sull'assegnazione di borse di lavoro, di contributi economici e di

formazione per gli utenti che devono reinserirsi durante e dopo i percorsi di riabilitazione dalla tossicodipendenza; al momento sono operativi il centro diurno (che insiste però sul territorio del Comune di POMEZIA), le Comunità Terapeutiche con accoglienza prevalentemente residenziale e l'arrivo di almeno un nuovo caso al giorno presso il SERVIZIO per le Dipendenze (che risulta al momento sotto organico per limitata presenza di Medici assegnati solo con contratti limitati nel tempo) per l'attività ambulatoriale e di cura e sostegno primario; si sono riscontrati alcuni casi di positività al CoViD-19 tra i pazienti seguiti dal Servizio che prosegue incessantemente le attività in presenza; è altissimo il numero degli utenti (uno dei più alti del LAZIO) con problematiche di abuso di alcool e di sostanze psicotrope (anche minorenni con la messa alla prova da parte delle Autorità Giudiziarie), mentre è costante il numero di accessi all'ambulatorio per il Gioco d'Azzardo Patologico.

Altro aspetto di intervento importante nell'area del contrasto ai problemi di tossicodipendenza è la necessità di continuare a garantire e sostenere le risorse sociali e di rete attraverso interventi volti all'integrazione sociale, quali gli inserimenti lavorativi protetti. Si tratta di programmi rivolti ad utenti in carico al Ser.D. in fase di stabilizzazione clinica che hanno l'obiettivo di favorire il percorso di riabilitazione e il reinserimento lavorativo.

AREA DISAGIO PSICHICO

Le problematiche legate alla salute mentale risultano in costante aumento, esse hanno implicazioni rilevanti per ambiti diversi e sono fonte di elevati costi sociali ed economici sia per la collettività, sia per i diretti interessati e i loro familiari.

La tutela della salute mentale della comunità richiede interventi integrati (da parte dei diversi attori sociali) finalizzati a garantire il diritto di cittadinanza alle persone con problemi psichiatrici e/o mentali.

L'obiettivo della tutela della salute mentale implica il prendersi cura di tutte le sfere di vita della persona tra di loro interdipendenti: salute, lavoro, casa, relazioni familiari e sociali, autonomia economica, progettualità di vita. Casa e lavoro sono aspetti dell'esistenza del disagiato psichico che comportano una maggiore difficoltà: non solo trovare casa ma anche abitare nella comunità di residenza; non solo trovare un lavoro ma anche essere in grado di mantenerlo. I protocolli di intesa stipulati tra i Comuni e la ASL per i tirocini di lavoro testimoniano del tentativo di supportare l'utente con disagio psichico nel suo percorso riabilitativo puntando su interventi di inclusione attiva.

Nel 2020, 27 pazienti hanno usufruito di Progetti Terapeutico-Riabilitativo Personalizzati di diversa durata (fino ad un massimo di dodici mesi) relativamente soprattutto al reinserimento

socio-lavorativo. I PTRP vengono attivati attraverso convenzioni con Cooperative/Associazioni iscritte presso un apposito Elenco istituito dalla ASL ROMA 6.

Si è ricostituita recentemente la Commissione Distrettuale che vede quali componenti e referenti dei due Comuni, del CSM e dell'Uff. Integrazione Socio-sanitaria della ASL ROMA 6.6 relativamente per la concessione dei contributi ai disagiati psichici, a fronte di un notevole tasso dell'utenza del Centro di Salute Mentale che nell'anno 2020 ha accolto e seguito più di 600 pazienti.

AREA IMMIGRATI

Il fenomeno immigratorio di questi ultimi 20 anni presenta caratteristiche diverse da Provincia a Provincia. L'aumento della popolazione distrettuale, evidenziato nell'analisi demografica, trova giustificazione anche nel consolidarsi del flusso immigratorio.

Il territorio distrettuale è, infatti, per caratteristiche socio-economiche, naturale attrattore di immigrati: la vocazione agricola di ampia parte del territorio e le coltivazioni intensive in buona parte di esso, coniugati all'allontanamento dei nostri giovani dal lavoro dei campi, rendono necessaria la presenza di immigrati per dare continuità produttiva alle aziende agricole. La maggiore presenza sul territorio distrettuale è rappresentata dai rumeni, dagli ucraini, dagli indiani, dai tunisini, dai nigeriani, dai maghrebini, dai bengalesi e dai filippini. Nello specifico il Distretto conosce una presenza maggiore di rumeni e, a seguire, di indiani e tunisini, specie nelle zone di Creta Rossa, San Giacomo (per NETTUNO) e di Lavinio, Villa Claudia, Quartiere Europa (per ANZIO); a Lavinio è numerosa la comunità indiana, seguita da quella africana, con una prevalenza di nigeriani.

La presenza di una determinata comunità su un territorio comunale è dovuta alla domanda di lavoro, alla presenza di connazionali che fungono da punto di riferimento, alla vicinanza di uno scalo ferroviario che permette una sistemazione comoda ed economica: è il caso, ad esempio, di molti indiani di religione Sikh che vivono a Lavinio, impiegati in lavori domestici ma anche in aziende agricole.

Gli immigrati stagionali sono, invece, generalmente di origine bengalese, pakistana o cingalese e vengono impiegati nell'agricoltura. I maghrebini sono attivi anche nel commercio e nella pesca.

La stagionalità è più legata alla difficoltà di avere una occupazione stabile ed un permesso di lavoro subordinato che alla prospettiva di ritornare in patria dopo aver accumulato una ricchezza sufficiente. Sul territorio distrettuale la comunità indiana tende a richiedere il ricongiungimento familiare, dato confermato dalla numerosa presenza dei figli nelle scuole.

I costi del rientro in patria e le difficoltà per tornare in Italia costituiscono un incentivo alla presenza irregolare sul territorio anche in periodi di crisi. Rispetto ai dati rilevati dalla analisi demo-geografica, va però sottolineato l'ulteriore impulso al fenomeno migratorio registrato sui singoli territori comunali che è da considerarsi strettamente legato ai recenti accadimenti inerenti i conflitti che hanno devastato i territori dei Paesi del Nord Africa.

La difficoltà dovuta ad una diversa lingua, le diverse identità culturali, l'impatto con una differente organizzazione giuridica-amministrativa a loro estranea spiegano le pressanti richieste di informazioni e la necessità di una mediazione culturale a cui i Comuni del Distretto rispondono sia con risorse proprie sia attraverso la rete del privato sociale, fornendo corsi di lingua e cultura italiana, sostegno didattico agli alunni stranieri e Sportelli di orientamento e informazione.

Nel periodo di riferimento, l'avvio di due specifici progetti ("FAMI IMPACT" e "FAMI PRIMA IL LAVORO" ha evidenziato l'imprescindibilità di poter usufruire di figure professionali quali i mediatori culturali e linguistici per l'inclusione sociale della fascia di popolazione extracomunitaria in continua evoluzione e crescita come da dati anagrafici riportati all'inizio del presente Piano di Zona.

I mediatori hanno di fatto collaborato con le Istituzioni per l'integrazione culturale in lingua bengalese, indi, pakistano, Urdu, araba, francese e inglese.

Le maggiori richieste emerse sono di carattere informativo e conoscitivo dei Servizi attivi nei Comuni del Distretto Socio-Sanitario ROMA 6.6

Questa realtà ha reso possibile un inizio di inclusione sociale per tali cittadini. Dato il prolungarsi dell'emergenza sanitaria i progetti ha incontrato enormi difficoltà organizzative. Sembra opportuno allo stato dei lavori, rendere possibile la presenza fissa di mediatori presso i servizi ASL di base (Ambulatori, Pronto Soccorso, Ospedale).

LAVORO DI CONCERTAZIONE CON I TAVOLI TEMATICI

Il lavoro della Concertazione è ispirato dal principio di integrazione tra Servizi Sociali e Sanitari e dal principio di coinvolgimento della comunità locale nella programmazione; un ruolo primario assume il rapporto tra “Istituzioni Pubbliche” e c.d. “Terzo Settore” chiamati a pianificare insieme.

L'organo che contribuisce alla governance del Piano di Zona è lo strumento dei Tavoli Tematici; si tratta di laboratori tematici che contribuiscono alla lettura della domanda sociale e alla programmazione della rete locale degli interventi. Ufficio di Piano del Distretto Socio Sanitario Roma 6.6. ha deciso di riavviare il lavoro dei Tavoli Tematici quali organi di espressione della partecipazione del territorio al sistema di programmazione integrato, nonché strumenti di attuazione della governance.

In questo modo, è stata ribadita l'importanza strategica dei Tavoli Tematici a partire dall'esigenza di consolidare, attorno al Piano di Zona, una governance capace di coinvolgere non solo gli Enti Pubblici, ma anche le risorse della società civile organizzata.

A tal fine, sono stati calendarizzati tutti gli incontri dei tavoli permanenti con l'obiettivo di giungere alla stesura degli atti che devono essere presentati all'Assessorato Regionale del LAZIO.

Nel rispetto delle limitazioni date dall'emergenza sanitaria in corso per la pandemia da SARS-CoV2, tutti gli incontri si sono svolti da remoto su piattaforme messe a disposizione dal Comune capofila del Distretto Sociosanitario Roma 6.6.

Il percorso di formalizzazione della partecipazione dei vari Enti del Terzo settore ai Tavoli Tematici, è stato avviato invitando gli organismi che compongono i vari registri e albi Comunali o Distrettuali istituiti presso i comuni afferenti al distretto, sia pubblici che privati.

Il distretto socio sanitario ha nominato referenti tecnici per ognuno dei sei Tavoli (referente comune di Anzio, comune di Nettuno e servizi ASL); inoltre, nella logica di una maggiore integrazione tra Enti Istituzionali del territorio, in alcune aree tematiche di particolare rilevanza, sono stati nominati dei referenti rappresentanti di altre Istituzioni, così come indicato nelle sezioni dedicate ai singoli tavoli:

- Tavolo disabilità;
- Tavolo anziani;
- Tavolo tossicodipendenze;
- Tavolo immigrazione;
- Tavolo minori e famiglia;
- Tavolo povertà.

I tavoli Tematici sono da considerarsi organi di espressione della partecipazione del territorio al sistema di programmazione integrato, nonché strumenti di attuazione della governance a partire dal basso cioè dal coinvolgimento degli Enti che ogni giorno nel territorio lavorano a stretto contatto con i cittadini.

Complessivamente, il raggiungimento degli obiettivi è legato alla necessità di porre in essere correttivi finalizzati a garantire la migliore definizione del Piano, nel rispetto dei principi voluti dalla legge 328/00 nonché della legge 11/2016 (Integrazione Socio Sanitaria, sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, accessibilità da parte dei cittadini, coinvolgimento della comunità locale).

Nelle analisi e riflessioni maturate all'interno di ciascun Tavolo d'Area il primo passo è stato quello di delimitare l'oggetto di rilevazione e di studio: il territorio, la comunità, il contesto del gruppo sociale al quale ci si riferiva (adulti, anziani, disabili, giovani, minori, migranti). La fase dell'analisi della situazione territoriale ha rappresentato il presupposto alla programmazione e ha posto le fondamenta sulle quali edificare il Piano; in questo senso l'analisi della situazione ha rappresentato la fase pre-progettuale.

L'analisi della situazione di partenza si è articolata in quattro dimensioni:

- la prima, è stata quella relativa alla condizione demografica della popolazione afferente all'Ambito;
- la seconda, ha riguardato l'analisi del sistema di partenza costituito dall'insieme di strutture e di meccanismi che influenzano la vita dei cittadini ed in particolare di quelli in stato di bisogno; infatti, l'analisi del modo in cui i servizi operano al presente permette di stabilire quali cambiamenti siano necessari e/o auspicabili;
- la terza, ha riguardato l'analisi del bisogno che rimane insoddisfatto, disatteso, nonostante l'esistenza di servizi ed interventi specifici rivolti alla popolazione target di riferimento;
- infine, la quarta dimensione, ha riguardato l'analisi dei servizi e degli interventi territoriali. La descrizione dei servizi i modi con cui i bisogni vengono soddisfatti nell'attuale sistema espongono infatti i gap esistenti tra bisogno soddisfatto e bisogno disatteso.

Una volta analizzato il problema da un punto di vista quantitativo e qualitativo, ogni Tavolo d'Area ha proceduto all'analisi delle cause dei fenomeni analizzati. Si rileva che i problemi sono raramente generati da una singola causa e che la multi-causalità delle questioni da affrontare rimandano ad approcci integrati, compositi, spesso multi-settoriali.

Questo sforzo ha permesso il passo successivo che è stato quello della formulazione della “diagnosi comunitaria” che ha portato in evidenza da un lato, l’originale e irripetibile profilo della comunità; dall’altro ha costituito la base di partenza per la definizione e la scelta degli obbiettivi.

Al fine di evitare dispersione nella partecipazione, sono state individuate le seguenti modalità organizzative:

- La calendarizzazione degli incontri:

Ogni Tavolo d’Area ha stabilito le regole per la gestione delle proprie finalità: calendario, tempistiche e investimenti orari complessivi. Gli impegni assunti sono stati generalmente rispettati in tutti i tavoli d’Area; nonostante le difficoltà di conciliazione dei numerosi impegni. Il giorno calendarizzato ha assunto le sembianze di “un giorno fisso per concertare, programmare, progettare (...)” per tutti i partecipanti che si sono messi in gioco.

- I verbali:

L’Ufficio di Piano congiuntamente con alcuni referenti dei Tavoli Tematici individuati tra i due Comuni del Distretto ha redatto per ogni incontro il verbale delle attività svolte, per presidiare le attività avviate, sia dal punto di vista dei processi, che dei contenuti.

A conclusione, vengono di seguito riportati i punti di debolezza e di forza, che sono stati individuati dallo staff dell’Ufficio di Piano, in merito ai processi attivati.

Si tratta di uno sguardo critico o meglio auto-critico, ma lo si ritiene comunque prezioso al fine di migliorare il processo.

Dall’analisi dei processi avviati, sono emersi i seguenti nodi problematici:

- la brevità dei tempi concessi e la carenza delle risorse professionali socio-sanitarie del Distretto Sociosanitario Roma 6.6. a disposizione sono stati fattori che hanno reso maggiormente complesso l’intero processo programmatico;
- la necessità di potenziare il raccordo/coordinamento tra le Associazioni del Terzo Settore, che risultano spesso autoreferenziali rispetto alle proprie attività, rilevando una frammentazione ovvero dispersione delle risorse attivate od attivabili.

Dall’analisi dei processi avviati, sono emersi i seguenti punti di forza:

- la partecipazione ai Tavoli tematici ha consentito di valorizzare le conoscenze e i ruoli dei tanti soggetti presenti sul territorio nella fase di predisposizione, elaborazione e successiva approvazione del Piano;
- ha favorito l’assunzione di atteggiamenti corresponsabili, attenti e consapevoli nei confronti delle diverse aree e problematiche sociali e sociosanitarie affrontate;

- i Tavoli d'Area hanno promosso lo sviluppo di una comunità competente e la messa in rete di responsabilità, competenze, risorse;
- i tavoli si sono generalmente configurati come uno strumento ideale per attivare progettazione di interventi in rete e potenzialmente si configurano come agenti che possono favorire network territoriali, all'interno di un contesto comune di riferimento;
- infine, i tavoli d'Area hanno assunto le sembianze di un luogo simbolico e organizzativo in cui i diversi attori territoriali si riconoscono, depositano e fanno crescere una memoria, elaborano una cultura dell'intervento.

ESITI DELLE RILEVAZIONI DEI TAVOLI TEMATICI (MARZO-APRILE 2021)

DATA	ATTIVITA'	RILEVAZIONI
	CONVOCAZIONE TAVOLI TEMATICI	<i>Nuova mappatura delle Associazioni del Terzo Settore operanti sul territorio che sono state incluse nel nuovo indirizzario per la partecipazione ai tavoli tematici; rilevazione nominativi dei nuovi referenti della ASL e dei due Comuni per gli specifici tavoli tematici; coordinamento con il Servizio Ced del Comune di Nettuno per la programmazione e realizzazione dei Tavoli Tematici mediante stanze virtuali; invio formale convocazioni con ordine del giorno</i>
29/04/2021 Ore 11:30	TAVOLO TEMATICO TOSSICODIPENDENZE	<i>E' emersa la necessità di intervenire maggiormente sull'assegnazione di borse-lavoro, di contributi economici e di formazione per gli utenti che devono reinserirsi durante e dopo i percorsi di riabilitazione dalla tossicodipendenza; altissimo il numero degli utenti (uno dei più alti del LAZIO) con problematiche di abuso di alcool e di sostanze psicotrope (anche minorenni con la messa alla prova da parte delle Autorità Giudiziarie), mentre è costante il numero di accessi all'ambulatorio per il Gioco d'Azzardo Patologico; predisporre piani terapeutici più completi che comprendano per esempio il supporto psicologico anche alle famiglie ed la conduzione di gruppi terapeuti in co-presenza; incremento dei casi di tossicodipendenze tra i giovanissimi, stante anche il fenomeno dello "spaccio al domicilio" presentatosi recentemente a seguito del lock-down; alto drop-out dell'utenza inserita ed aumento notevole dei costi legati all'adeguamento delle strutture per l'emergenza sanitaria SARSCoV-2; sospensione attività di consulenza ed informazione presso le scuole a seguito del CoViD-19, con possibilità di ripresa per il prossimo A.S.; alcune attività formative presso le Comunità (come per es. corsi di informatica) al momento inapplicabile per carenza dei fondi necessari all'acquisto delle strumentazioni</i>
30/03/2021 Ore 11:00	TAVOLO TEMATICO DISABILITA'	<i>Proposta di attivazione di Centri Estivi aperti anche ai minori ed agli adulti disabili con la relativa pubblicazione della normativa e della documentazione necessaria all'istanza per l'autorizzazione; necessità di maggior collaborazione tra le Associazioni del territorio al fine di co-progettare iniziative di pubblico interesse, auspicabili progetti congiunti per la realtà del territorio, utilizzando spazi disponibili comuni sia interni che esterni (già autorizzati); opportuna mappatura delle risorse e delle attività per disabili presenti sul territorio da condividere tra tutte le associazioni già operanti; alcune mettono a disposizione la propria sede per attività comuni; progettazione delle attività che deve essere mirata sulla specifica disabilità degli utenti in ragione del funzionamento clinico; anche le cooperative che gestiscono in modo externalizzato Servizi per il Distretto si sono rese disponibili ad attività laboratoriali integrative anche con le altre Associazioni</i>
14/04/2021	2° TAVOLO	<i>Nel primo Tavolo si è espressa la necessità di un ulteriore incontro di definizione degli interventi. Dall'integrazione, è emerso che si rende necessario censimento aggiornato</i>

Ore 11:30	TEMATICO DISABILITA'	<i>relativamente alla numerosità degli utenti disabili sul territorio distrettuale (anche in specificazione per fasce di età, sesso, residenza anagrafica, ecc.) ed alle offerte dei Servizi attivi tra Anzio e Nettuno cui poter fare riferimento. Un censimento che includa anche gli aspetti relativi ai bisogni specifici in ragione delle diverse patologie e dei diversi livelli di funzionamento, per tarare gli interventi sulle reali necessità degli utenti; tenendo anche in considerazione il rispetto delle normative vigenti sulla riservatezza dei dati. Assenza a livello statale e locale di supporti, come per esempio la mancanza di un punto di linguaggio LIS. Si rileva che molte famiglie non hanno le competenze per ricercare o utilizzare i servizi presenti sul territorio per il sostegno ai ragazzi disabili, soprattutto per un eccesso di burocrazia o difficoltà di reperimento delle corrette informazioni. Proposta di creare una mailing list tra tutte le Associazioni presenti, al fine di facilitare le informazioni e le comunicazioni anche in merito agli Avvisi Pubblici ed alla modulistica per la pubblicizzazione e le istanze di partecipazione ai vari progetti relativi alla disabilità (già in essere o di futura attivazione. In particolar modo il dr. SABELLICO dell'AIPD si dichiara disponibile a fornire il supporto della sua Associazione per fornire i dati dei ragazzi della sua associazione (sia partecipanti attivi al momento che partecipanti in passato) perché ogni Associazione possa anche funzionare da filtro ed intercettazione dell'utenza e dei suoi bisogni, facilitando così il censimento di cui si trattava; fa l'esempio di come le Associazioni possa far fluire meglio le informazioni essendo di supporto alle Istituzioni (vedi le prenotazioni vaccinali CoViD-19 per i soggetti fragili nell'eccellenza della Regione LAZIO su questo). Si propone un modello di rilevazione unico, soprattutto in merito ad un grosso lavoro che si è iniziato per una guida "multiservizi alla disabilità" a livello Distrettuale.</i>
30/04/2021 Ore 12:30	TAVOLO TEMATICO ANZIANI	<i>Si riporta la necessità di differenziare le attività proposte agli utenti in ragione della loro condizione di salute ed autonomia (anziani attivi come risorsa, oppure anziani che abbisognano di assistenza); il Centro anziani di NETTUNO "Franco Romani" chiede la disponibilità di un pulmino per permettere la frequenza del centro agli anziani delle zone periferiche della Cittadina; prevedere attività intergenerazionali (anziani e ragazzi) per il recupero della memoria storica; alta numerosità di utenti anziani in condizione di solitudine per i quali si auspicherebbe la creazione di un Centro Diurno per anziani "fragili"; disponibilità delle cooperative sociali operanti sul territorio a cooperare</i>
31/03/2021 Ore 12:30	TAVOLO TEMATICO IMMIGRAZIONE	<i>Emerge una criticità legata all'iter legislativo e burocratico che risulta eccessivamente complesso per le necessità degli ospiti dei centri, poiché le risposte non sempre sono celeri (in merito per esempio alla regolazione dei documenti e della residenza anagrafica, ecc.) che rendono complicato l'inserimento degli immigrati nelle attività formative e di inclusione sociale e lavorativa; rilevato invece l'ottimo funzionamento dei mediatori culturali del progetto "FAMI IMPACT" e "FAMI PRIMA IL LAVORO" all'interno dei Servizi socio-sanitari ed educativi e di supporto agli ospiti del CAS; difficoltà di accesso ai percorsi scolastici di alfabetizzazione alla lingua italiana ed emozionale, poiché secondo la vigente normativa è possibile l'iscrizione degli stranieri solo in occasione di regolarità dei documenti (permesso di soggiorno o almeno presentazione della richiesta) di cui spesso gli ospiti dei CAS sono ancora sprovvisti</i>
31/03/2021 Ore 12:30	TAVOLO TEMATICO FAMIGLIA E MINORI	<i>Auspicabile creazione centro di aggregazione per la fascia in età adolescenziale; creare dei protocolli d'intesa al fine di costruire una società educante ognuna con le proprie specificità coinvolgendo le associazioni sportive del territorio, le associazioni scout; proposta da parte delle associazioni della presentazione ognuno per le proprie competenze di un progetto riguardante la fascia dei minori 0-18 anni da presentare al tavolo tematico Area Minori e Famiglia; le associazioni del terzo settore, hanno evidenziato la necessità da parte degli attori istituzionali di farsi promotore di ogni attività sul territorio al fine di creare una rete per facilitare la comunicazione fattiva e preventiva soprattutto nell'ambito scolastico, considerato che alcune associazioni hanno difficoltà ad interagire con i Dirigenti Scolastici</i>
01/04/2021 Ore 12:30	TAVOLO TEMATICO POVERTA'	<i>Rilevato incremento del numero degli utenti in situazione di povertà (non solo economica o lavorativa, ma anche relazionale) data dall'isolamento per il CoViD-19, per cui si rendono sempre più necessari spazi di aggregazione per le varie fasce di età (soprattutto quella adolescenziale e della terza età) e strutture ricettive per le persone che si trovano prive di alloggio; appare opportuno anche un coordinamento dei vari centri di ascolto dislocati sul territorio al fine di condividere le informazioni per evitarne la dispersione, nonché il dispendio di risorse già erogate; sta iniziando una collaborazione tra le Associazioni del territorio con il Movimento Slot Mob al fine di diffondere la conoscenza dei Servizi e le condizioni di povertà distrettuale</i>

In questa prospettiva e in conclusione, si può dunque affermare che la vera forza innovatrice del processo attivato non è stata tanto o non è stata solo nell'attivazione di nuovi servizi e/o interventi, ma si è espressa anche nel promuovere nuove prassi di lavoro, nella messa in comune delle competenze come aspetti costitutivi e non contingenti o meramente funzionali del lavoro sociale.

ATTIVITA' DELLA COMMISSIONE PER L'ACCREDITAMENTO ED I SOGGETTI GESTORI DELLE STRUTTURE PER MINORI, ANZIANI E DISABILI ADULTI NEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO ROMA 6.6

Con l'istituto dell'accREDITamento, si innova il sistema regionale del welfare e ci si propone di assicurare una maggior coerenza con il sistema complessivo di regolamentazione e programmazione del sistema integrato di servizi sociali e sanitari. In altre parole, l'accREDITamento si configura come la naturale conseguenza di una nuova modalità di rapporto fra soggetti pubblici e privati, fra competenza sanitaria e competenza sociale.

Si tratta di un percorso a carattere dinamico e temporalmente delimitato, che deve prevedere valutazioni periodiche sia in ordine alla qualità degli interventi erogati, sia relativamente alla loro effettiva necessità in relazione al mutare dei fabbisogni e della domanda di interventi socio-sanitari.

L'obiettivo primo dell'accREDITamento riguarda la necessità di corrispondere alle aspettative dei cittadini che, in modo sempre più vigile e competente, chiedono ai servizi "vicinanza", interazione, flessibilità nelle forme organizzative, personalizzazione degli interventi ed equità dei costi.

Il modello dell'accREDITamento va incontro a questa esigenza connettendosi direttamente da una parte con la programmazione distrettuale, dall'altra con regole di individuazione dei criteri ed elementi di qualità fondati su trasparenza, coinvolgimento degli utenti nonché nella valutazione del processo e dei risultati.

Il processo ha l'obiettivo di mettere a disposizione della collettività servizi che rispondono a precisi standard di qualità, in assenza dei quali non potranno essere erogati per conto del Pubblico.

L'accREDITamento è infatti finalizzato ad individuare i servizi e le strutture necessari per la copertura del fabbisogno espresso nella programmazione territoriale e consente l'instaurazione dei rapporti di servizio pubblico tra i soggetti titolari della committenza dei servizi socio-

sanitari ed i soggetti gestori/erogatori di tali servizi, le cui relazioni vengono disciplinate attraverso un apposito contratto di servizio.

La programmazione rappresenta pertanto il presupposto dell'accreditamento e ne condiziona le procedure di rilascio e lo svolgimento delle attività conseguenti.

Il Comune di Nettuno in qualità di Comune Capofila del Distretto Socio sanitario Roma 6.6 ha avviato pertanto un processo volto ad acquisire candidature finalizzate all'accreditamento e alla conseguente e successiva costituzione degli Elenchi dei Soggetti Gestori qualificati ed idonei che si impegnano a fornire al Comune di Anzio ed al Comune di Nettuno servizi a carattere residenziale e semiresidenziale in favore di utenti minori, anziani, adulti disabili.

Le domande pervenute sono state oggetto di apposita istruttoria tecnico amministrativa ad opera di una Commissione congiunta specificatamente costituita dal Dirigente del Comune capofila, un processo di valutazione distrettuale altamente qualificato.

Ad opera esplicativa si riporta di seguito il complesso iter avviato dal Distretto Sociosanitario Roma 5.5. in esecuzione della normativa vigente in materia dell'accreditamento.

1. Redatti gli **AVVISI PUBBLICI** con relativa modulistica relativamente:

- a) alla domanda di iscrizione al Registro Distrettuale delle strutture **ACCREDITATE** sul territorio di Anzio e Nettuno (strutture residenziali e semi residenziali per minori e nuclei madre-bambino; anziani; disabili adulti);
- b) alla domanda di iscrizione al Registro Distrettuale dei **SOGGETTI GESTORI** delle strutture già con accreditamento presso lo stesso Distretto od altri Distretti di insidenza territoriale (strutture residenziali e semi residenziali per minori e nuclei madre-bambino; anziani; disabili adulti).

2. **PUBBLICAZIONE** degli Avvisi Pubblici e della relativa modulistica sui siti istituzionali del Comune di ANZIO e di NETTUNO.

3. Istituzione con Determina Dirigenziale della **COMMISSIONE PERMANENTE** per l'accreditamento e l'inserimento delle strutture residenziali e semi-residenziali per minori e nuclei madre-bambino; anziani; disabili adulti; la Commissione è composta dal Presidente di Commissione, dal Segretario Verbalizzante e da altro membro tecnico di Commissione.

4. Si sono ricevute N.14 domande per l'**ACCREDITAMENTO** delle strutture, così suddivise:

- a) **N.7** strutture residenziali per minori e **N.1** struttura semi-residenziale per minori;
- b) **N.3** strutture residenziali per anziani
- c) **N.3** strutture residenziali per disabili adulti

La commissione, valutate le istanze, ha ammesso ed **ISCRITTO** al Registro delle strutture accreditate **N.12** strutture così suddivide:

- a) **N.7** strutture residenziali per minori e **N.1** struttura semi-residenziale per minori;
- b) **N.1** struttura residenziale per anziani
- c) **N.3** strutture residenziali per disabili adulti.

5. Si sono ricevute **N.18** domande per l'inserimento del Registro dei Soggetti Gestori, così suddivise:

- a) **N.11** strutture residenziali per minori e **1** struttura semi-residenziale per minori,
- b) **N.3** strutture residenziali per anziani,
- c) **N.3** strutture residenziali per disabili adulti.

La commissione, valutate le istanze, ha ammesso ed **ISCRITTO** al Registro dei Soggetti Gestori **N.15** strutture così suddivide:

- a) **N.10** strutture residenziali per minori e **1** struttura semi-residenziale per minori;
- b) **N.1** struttura residenziale per anziani
- c) **N.3** strutture residenziali per disabili adulti.

6. E' stato **PUBBLICATO** sui siti istituzionali dei Comuni di ANZIO e di NETTUNO, l'elenco delle strutture **ACCREDITATE** e delle strutture inserite nel Registro dei **SOGGETTI GESTORI** secondo le suddivisioni di cui sopra.

7. Sono stati predisposti e revisionati i **REGOLAMENTI** e gli **SCHEMI DI CONVENZIONE** per le strutture residenziali e semi-residenziali per minori e nucleo madre-bambino e per anziani e disabili adulti; gli Atti sono al momento in spedizione ai Dirigenti di ANZIO e di NETTUNO per l'approvazione; si sono inoltre inserite nei Regolamenti le fasce ISEE per la compartecipazione degli utenti alla spesa.

8. La Commissione ha altresì ricevuto **N.9** disponibilità all'accoglienza di minori fuori Regione ed ha provveduto a rispondere con le informazioni necessarie per l'istanza di iscrizione al Registro dei Soggetti Gestori.

REGISTRI SOGGETTI GESTORI ED ASSISTENTI ALLA PERSONA


Il Comune di Nettuno in qualità di comune Capofila del Distretto Sociosanitario Roma 6.6. (Anzio e Nettuno) ed in esecuzione della D.G.R. n. 88 del 28 febbraio 2017 e la legge regionale n. 11 del 10/08/2016 ha provveduto ad istituire i seguenti registri distrettuali:

- ☐ un registro degli assistenti alla persona, ove sono stati iscritti i soggetti in possesso di specifici requisiti riconosciuti idonei e dunque accreditati, a fornire supporto ai destinatari degli interventi di assistenza domiciliare nella libera scelta degli utenti;
- ☐ un registro dei soggetti gestori dei servizi alla persona, ove sono stati iscritti i soggetti del Terzo Settore i quali, sulla base del possesso di specifici requisiti, sono stati ritenuti idonei ad erogare prestazioni nell'ambito del servizio pubblico di assistenza alla persona, consentendo di perseguire un sistema di offerta che erogasse Servizi di qualità che possano andare incontro ai reali bisogni delle persone da assistere, nel pieno rispetto della loro dignità umana ed al contempo costituire uno strumento di preselezione di tali soggetti gestori per l'accesso alle procedure di affidamento dei servizi di assistenza alla persona.

Al momento, sono iscritti:

- N. 3 presso il Registro degli Assistenti alla Persona
- N. 8 presso il Registro dei Soggetti Gestori

L'istituzione dei registri avrà lo scopo di:

- 
- ☐ facilitare la libera scelta delle persone destinatarie degli interventi assistenziali e/o dei loro familiari nella ricerca e individuazione di assistenti personali professionalmente formati ed in possesso dei requisiti rispondenti ai bisogni assistenziali espressi dagli utenti;
 - ☐ qualificare il lavoro di cura rivolto a persone in condizioni di disabilità gravi e gravissime e/o di non autosufficienza ed a persone con disabilità per la vita indipendente;
 - ☐ far emergere il mercato sommerso del lavoro di cura offrendo opportunità di crescita professionale, riconoscimento e visibilità pubblica ai lavoratori del settore;
 - ☐ favorire gli interventi di assistenza che prevedano l'erogazione diretta di benefici a carattere economico per l'acquisto di prestazioni da soggetti accreditati dal Distretto Socio Sanitario Roma 6.6., finalizzati a sostenere le famiglie che si prendono cura dei familiari disabili e/o non autosufficienti.

Stante la ristrettezza degli iscritti al Registro, nonché rilevato di contro l'elevato bisogno dell'utenza a fruire di tele personale, il Distretto ha espresso la necessità di dare ampia

pubblicizzazione delle modalità di iscrizione allo stesso Registro, anche con incontri informativi con le rappresentanze Sindacali, al fine di proporre anche specifici percorsi di reclutamento/formazione delle risorse per tale personale. La maggiore problematica rilevata dai contatti che si sono ricevuti dagli assistenti che avevano intenzione di iscriversi al Registro era difatti il mancato adeguamento del profilo professionale in merito ai titoli di studio o formativi loro in possesso; gli operatori esprimevano infatti la difficoltà di reperire corsi di formazione od aggiornamento a basso costo, ovvero direttamente erogati o riconosciuti dalla Regione LAZIO.

Inoltre, si rilevava per gli Assistenti alla Persona di origine extra-comunitaria la difficoltà a superare il test di lingua italiana di livello A2 di cui alla normativa vigente; nonché l'ottenimento da parte della Medicina Legale del territorio dell'idoneità psico-fisica per le mansioni da svolgere, attestata da idonea certificazione sanitaria. Difatti, nonostante le competenze nell'assistenza alle persone anziani o disabili, la maggioranza degli Assistenti alla Persona, trovavano piuttosto complesso per loro l'iter burocratico per l'ottenimento dei due requisiti di cui sopra.

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Nel distretto ASL Roma 6.6 esiste e si è consolidata nel tempo una metodologia di lavoro basata su una costante integrazione socio-sanitaria, che riguarda sia gli aspetti progettuali, che gestionali e di monitoraggio dei Servizi territoriali.

A livello istituzionale, la partecipazione al comitato istituzionale distrettuale del coordinatore per l'“integrazione socio-sanitaria” della ASL Roma 6.6 e del Direttore del Distretto Sanitario Roma 6.6, accanto ai sindaci e ass.ri alle Politiche Sociali dei due comuni, permette una lettura congiunta e più completa delle realtà territoriali, sia in termini di bisogni che di risorse presenti e da implementare, ciò al fine di realizzare una gestione coordinata ed integrata delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (Comuni) con le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale (ASL).

Tali sinergie si traducono a livello operativo nella partecipazione di una assistente sociale coordinatore ASL ad alcuni dei lavori dell'Ufficio di Piano nella parte programmatoria e tecnico-gestionale dei progetti.

Grazie alla firma di appositi protocolli di intesa, la ASL ROMA 6 partecipa con il Distretto alla gestione associata di progetti territoriali sia con personale sanitario (infermiere e coordinatore


sociale PUA), che con risorse logistiche (sede Centro Diurno Disabili con relative utenze, pulizie e servizio mensa).


Il PUA/Segretariato Sociale rappresenta il fulcro della gestione integrata ASL/Comuni dal 2018. E' articolato su N.3 sedi di cui N.2 Spoke e N.1 Hub presso il Distretto Sanitario (Casa della Salute); il personale dedicato appartiene sia al Distretto Sociale (assistenti sociali) che alla ASL Roma 6.6 (1 assistente sociale coordinatore, 1 infermiere, medici specialisti per le UVMD). Le procedure sono state condivise e raccolte in un Regolamento previsto dal Protocollo di Intesa, adottato sia per le attività di front-office che per il back-office. Per tutti i casi complessi sono convocate le UVMD con la presenza a seconda delle situazioni anche del MMG o PLS.

In una fase iniziale sperimentale si ipotizza di prevedere all'interno del PUA per il prossimo triennio programmatico, in particolare nelle attività di back-office, una "cabina di regia" da cui attivare e monitorare i percorsi necessari.

Un altro aspetto operativo emblematico dell'integrazione socio-sanitaria è rappresentato dalle Unità Valutative Multidisciplinari Distrettuali, composte da specialisti e tecnici della ASL ROMA 6.6 e da tecnici dei Servizi Sociali comunali che, a valle di una corretto pre-assessment da parte del PUA, si occupano di valutare le istanze relative ai progetti sulla disabilità ("Disabilità gravissima" minori ed adulti, "Dopo di NOI", "Centro Diurno Disabili Adulti", "Vita Indipendente", "sostegno famiglie con minori con sindrome autistica", PTRP, Interventi disagiati psichici).

Il lavoro svolto dalle UVMD integrate con personale sociale e sanitario per la valutazione di specifiche istanze finanziate con le risorse del Piano sociale di zona ha permesso un approccio più completo ed organico a quanto veniva rappresentato in termine di bisogni e richieste di cura.

 Su ciascun progetto a gestione integrata i tecnici socio-sanitari lavorano congiuntamente sia nella progettazione dei servizi, che nel monitoraggio dei singoli PAI.

 A titolo esemplificativo per il PUA è prevista la rilevazione quantitativa degli accessi sia attraverso il sistema regionale SIAT che apposito file descrittivo degli stessi; a livello qualitativo nell'anno 2019 è stato somministrato un questionario di gradimento agli stessi utenti; per il Centro Diurno Disabili Adulti sono previste riunioni periodiche con gli operatori della Cooperativa che gestisce il servizio e con i familiari degli utenti ed infine per il Dopo di Noi riunioni periodiche con il coordinatore della Cooperativa che gestisce il servizio, altri Stakeholder coinvolti e con i familiari degli utenti.

Per il triennio 2021/2023 si stanno ipotizzando procedure che prevedano il coinvolgimento della UVMD in modo più ampio anche per il monitoraggio dei PAI di casi già in carico ai servizi territoriali e per la predisposizione dei Patti di Inclusione relativi ai percettori il reddito di cittadinanza.

Ulteriori procedure prevedranno la formalizzazione in modo istituzionale del processo di flusso per la nomina delle UVMD con l'adozione di un eventuale regolamento secondo anche le disposizioni regionali in merito alla costituzione delle UVMD all'interno del Distretto Sanitario (DCA 431/2012 e successive modificazioni ed integrazioni) ed un lavoro condiviso ed integrato all'interno del distretto stesso con i tecnici ed i referenti istituzionali.

Nell'ultimo anno, a seguito dell'emergenza pandemica da Covid-19, si è inoltre infittito il lavoro congiunto della ASL ROMA 6 con i due Comuni rispetto al monitoraggio delle condizioni di igiene, salute e sicurezza all'interno delle strutture sanitarie e socio-assistenziali che ha visto una consistente accelerazione dei benefici effetti di una corretta prassi vaccinale sull'aumento del tasso di immunizzati presenti nelle stesse strutture.

Nonostante si proceda nei fatti ad una gestione quanto più possibile integrata dei servizi e delle prestazioni previste dal Piano di Zona, si rileva un margine di ampio miglioramento sull'istituzionalizzazione delle prassi.

In tema di rafforzamento dell'integrazione tra Politiche della Salute e Politiche Sociali, di cui alla DGR 149/2018, è auspicabile il ricorso ad ulteriori indicazioni regionali che aggiungano chiarezza alla materia rispetto alle procedure da intraprendere.

In linea con le indicazioni che emergono dalle normative regionali, la legge 11/16 "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio", la legge 112/16 "legge sul Dopo di Noi" ed il Piano Sociale Regionale "Prendersi cura" è stato avviato dall'ASL Roma 6.6 presso il Distretto Sociosanitario Roma 6.6. un percorso di formazione circa il **budget di salute** a seguito del quale sono stati formati operatori sociosanitari dei servizi del Distretto Sociosanitario Roma 6.6. a cui si sono aggiunti, come uditori, i volontari delle associazioni che compongono la Consulta di salute mentale della Asl Roma6.

Tali normative pongono il budget di salute come uno strumento operativo che mira a realizzare progetti sempre più integrati, che rispondano in modo sempre più efficace ed adeguato alle necessità e ai bisogni assistenziali e terapeutici degli utenti che presentano situazioni complesse.

Il budget di salute si configura come strumento alternativo alla istituzionalizzazione che punta a far sì che l'intervento terapeutico non si riduca a quello farmacologico, spesso insufficiente nelle malattie croniche e nella salute mentale.

La metodologia del budget di salute è stata sperimentata dagli operatori sociosanitari che hanno operato nel progetto "Dopo di Noi" del SovrAmbito Roma 6.4 e Roma 6.6. per il quale il Comune di Nettuno è individuato come Comune Capofila del SovrAmbito stesso.

La collaborazione tra pubblico, famiglia, terzo settore e società civile, secondo un principio di cogestione e co-progettazione oltre al risparmio economico sulla spesa pubblica, ha permesso l'attivazione di meccanismi di inclusione sociale e di rigenerazione dei territori nonché piani assistenziali personalizzati sempre più integrati a vari livelli.

La metodologia della co-progettazione e del budget di salute ha richiesto un forte investimento iniziale del SovrAmbito nella definizione degli obiettivi e delle attività previste, nella stesura dei singoli PAI, nella mediazione con i vari attori coinvolti. La valutazione delle domande ha previsto l'utilizzo all'interno dell'UVMD della scheda SVaMDi, sia in formato cartaceo che elettronico e un format di Piano Assistenziale Individualizzato approvato in sede di SovrAmbito secondo la metodologia sperimentale del budget di salute. Il lavoro con gli utenti è proseguito senza interruzioni anche nel periodo di piena pandemia diversificando le frequenze e le attività, in ottemperanza a quanto stabilito dai vari provvedimenti regionali.

Tale processo ha potenziato d'altro canto il reinserimento e l'attivazione delle reti sociali intorno alla persona, dove attraverso il meccanismo del budget personalizzato, ha reso possibile il passaggio da un welfare assistenzialista ad un welfare di comunità dove ogni intervento/servizio/realtà sulla persona interagiva con obiettivi univoci.



UFFICIO DI PIANO (UdP)



In linea con la DGR 751/2017 l'Ufficio di Piano rappresenta il monitor e la cabina di regia organizzativa e di funzionamento dell'Ambito Rm 6.6. La programmazione di Zona acquisisce in questa triennalità un nuovo significato: può contribuire positivamente alla ricomposizione tra le diverse istituzioni e gli attori che operano nel welfare locale, impostando un modello di politiche sociali fondate sull'innovazione, sull'integrazione delle diverse componenti del sistema di welfare nella logica dell'investimento, piuttosto che sul modello dell'assistenza e del "contenimento" di gravi criticità.

In tale contesto, appare strategico per i comuni rafforzare il ruolo degli Uffici di Piano in termini di dotazioni strumentali, di personale e di risorse economiche conferite.

Il rafforzamento del welfare di comunità come modello di produzione di servizi e come modalità di intervento, mette ancora più al centro del sistema il Terzo Settore, il suo ruolo di attivatore, produttore di servizi e quindi attore centrale della rete. Anche il D.Lgs 3 luglio 2017, n.117 - Codice del terzo settore, stabilisce che le amministrazioni pubbliche, “nell’esercizio delle proprie funzioni di programmazione e di organizzazione a livello territoriale degli interventi e dei servizi nei settori di attività di cui all’art. 5, assicurano il coinvolgimento attivo degli enti del TS, attraverso forme di co-programmazione e co-progettazione”. Già nelle annualità precedenti si è agito al fine di potenziare le relazioni in essere con altri enti territoriali attori del welfare, favorendo il dialogo e la programmazione di interventi. I soggetti istituzionali con cui si è collaborato appartengono a differenti tipologie: Enti locali, enti pubblici, Terzo settore.

1. Descrizione della struttura organizzativa e delle attività

L’Ufficio di Piano è un ufficio gerarchicamente autonomo, con compiti di programmazione e gestione dei servizi oggetto della convenzione che costituisce il Distretto Socio Sanitario. E’ una struttura tecnico-amministrativa stabilmente incardinata presso il Comune capofila (attualmente NETTUNO) e dotata di risorse umane con competenze sia amministrativo-contabili sia tecniche legate allo specifico campo dei Servizi Sociali. L’UdP è composto da:

N. 1 Istruttore amministrativo-contabile del Comune Capofila;

N. 1 Assistente sociale Comune di Nettuno;

N. 1 Psicologo Comune di Anzio;

N. 1 Assistente sociale coordinatore Distretto ASL ROMA 6.6;

N. 1 Esperto esterno Valutatore dell’UdP-esperto sociale-tecnico (a partire da maggio 2021);

N. 1 Esperto esterno Rendicontatore dell’UdP- esperto contabile-amministrativo (a partire da maggio 2021);

il Dirigente AREA I Ufficio Servizi Sociali Comune Capofila-Coordiatore UdP.

L’UdP si avvale, inoltre, della collaborazione dei tecnici e degli amministrativi preposti allo svolgimento delle Gare e alla stipula dei Contratti.

Il funzionamento e l’organizzazione dell’Ufficio di Piano sono disciplinati da un apposito regolamento, approvato dal Comitato Istituzionale insieme alla convenzione. Nello specifico:

- ☐ Il Coordinatore UdP svolge compiti di pianificazione e indirizzo, verifica e controllo, raccordo di tipo tecnico-amministrativo con gli uffici interni all’AREA e il Distretto RM 6.6.
- ☐ Si avvale della collaborazione di Esperti di alto profilo professionale all’uopo incaricati;

- ☐ Il personale tecnico e amministrativo, strutturato tra Comuni e ASL, avvalendosi delle professionalità specifiche collabora alla:
- ☐ progettazione e redazione del piano sociale di zona;
- ☐ progettazione dei servizi sociali dell'ambito territoriale;
- ☐ Stesura capitolati d'appalto e disciplinari di gara, avvisi pubblici e manifestazioni d'interesse;
- ☐ Redazione modulistica dei PAI (Piani assistenziali individualizzati) e dei PEI (Piano educativo individualizzato);
- ☐ Predisposizione schede di valutazione e monitoraggio per i servizi complessi;
- ☐ Disamina delle DGR e delle nuove linee guida per l'adeguamento dei progetti e la predisposizione / stesura dei relativi Atti;
- ☐ raccordo con le strutture dei Comuni convenzionati competenti in materia di Servizi Sociali;
- ☐ Redazione delle comunicazioni agli utenti di tutti i progetti per l'attivazione ovvero sospensione, revoca, inserimento in lista d'attesa, mancanza di requisiti d'accesso al servizio, aggiornamento documentazione ed informative;
- ☐ Partecipazione alle Commissioni Tecniche relative ai servizi/progetti attivati o in attivazione;
- ☐ Partecipazione alle Commissioni Tecniche permanenti relative agli Avvisi pubblici aperti (vedi per esempio accreditamento strutture, inserimento nel registro dei soggetti gestori per le strutture per minori, disabili, anziani, registro soggetti gestori per i servizi alla persona);
- ☐ Evasione della corrispondenza ricevuta dalla Regione Lazio;
- ☐ Monitoraggio e verifica dei servizi/interventi/progetti erogati con i fondi del Distretto Sociosanitario Roma 6.6;
- ☐ Partecipazione ai tavoli tematici come parte attiva e segretari verbalizzanti;
- ☐ Predisposizione della modulistica cartacea ed elettronica relativa all'UDP;
- ☐ Attività di informazione e consulenza agli utenti e alle Associazioni del Terzo Settore;
- ☐ Rilevazioni statistiche di tipo quantitativo e qualitativo sui servizi attivati, con lo stato dei lavori e la programmazione delle azioni future, ivi comprese le stesure dei report in forma tabellare e di relazione trasmessa anche al Comitato Istituzionale;
- ☐ Attività di rete inerente le comunicazioni, informative, aggiornamento sui tempi e le verifiche con tutti i soggetti coinvolti nella progettazione ed attuazione (Servizi Sociali, ASL, Sindacati, Organismi Pubblici e Privati);
- ☐ Attività di intermediazione diretta con gli utenti di alcuni servizi per la consegna o la verifica della documentazione e le comunicazioni inerenti le modalità di attivazione e la rilevazione delle problematiche emergenti nell'erogazione del servizio;

- ☐ Supporto nell'evasione della corrispondenza e delle richieste relative ai Soggetti gestori dei vari servizi e/o dei referenti distrettuali quali il DEC/RUP;
- ☐ Attività di raccordo con gli organismi politici, ASL, Regione;
- ☐ Analisi dei bisogni e dei dati del territorio per individuare le priorità, per orientare la spesa sociale dei Comuni verso obiettivi di co-programmazione, per orientare e proporre un utilizzo efficace delle risorse assegnate al territorio in funzione delle esigenze e delle scelte dei Comuni e degli eventuali vincoli di utilizzo;
- ☐ Costruzione e gestione del budget assegnato al Piano di Zona, gestione dell'istruttoria e dei processi di impegno, liquidazione, monitoraggio dei fondi, rendicontazione;
- ☐ Sviluppo e diffusione del sistema informativo del Distretto per la gestione della cartella sociale unificata;
- ☐ Affidamento della gestione e attivazione dei Servizi;
- ☐ Erogazione delle spese di gestione;
- ☐ Controllo e rendicontazione.

2) Modalità di collaborazione con il personale dell'Ente capofila e dei Comuni del Distretto

Il Coordinatore ed il Responsabile dell'Ufficio di Piano è il Dirigente dei S.S. del Comune Capofila.

Il personale tecnico è composto da un'Assistente Sociale del Comune di NETTUNO ed uno Psicologo del Comune di ANZIO (entrambi dipendenti dei Servizi Sociali Comunali impegnati nei Settori di appartenenza, che dedicano pro-quota oraria di 18 ore settimanali il Lunedì, il Mercoledì ed il Venerdì dalle ore 8:00 alle ore 14:00 per l'Ufficio di Piano) un'Assistente Sociale coordinatore per l'Integrazione Socio-Sanitaria della ASL ROMA 6.6 (dipendente ASL che dedica una quota oraria di 6 ore settimanali il lunedì dalle ore 8:00 alle ore 14:00 per l'Ufficio di Piano) e, a partire da maggio 2021, dall'Esperto sociale Valutatore d'Impatto, Psicologo, con contratto autonomo, con servizio prevalente presso la sede del Comune capofila e dall'Esperto Rendicontatore, con contratto autonomo, reclutati mediante Avviso pubblico di selezione comparativa emesso dal Comune di Nettuno.

E' prevista, inoltre, la figura professionale di un consulente legale, attraverso una compartecipazione finanziaria comunale.

Il Gruppo tecnico partecipa attivamente a tutte le fasi di programmazione ed attivazione dei progetti attraverso specifici gruppi di lavoro, in collaborazione con il Servizio Sociale/Asl e con gli organismi di Terzo Settore presenti sul territorio.

Un istruttore amministrativo-contabile dipendente comunale, anch'essa in quota oraria settimanale.

L'Ufficio di Piano, inoltre, ha avviato un ampio spazio di confronto con le Organizzazioni sindacali con il mondo del Terzo settore, nell'ottica di riconoscere, valorizzare e coinvolgere tutte le espressioni di organizzazione della società civile, in particolare quelle del volontariato, dell'associazionismo e della cooperazione sociale che saranno coinvolti in gruppi di lavoro specifici propedeutici alla predisposizione dei Piani di zona triennali e, laddove se ne ravveda l'esigenza, nella fase delle singole attività.

I CRITERI PER LA VALUTAZIONE DI IMPATTO DELLA PROGRAMMAZIONE EFFETTUATA A LIVELLO LOCALE:

In tema di valutazione, si è conclusa la procedura di assegnazione formale dell'incarico di natura autonoma e libero professionale all'esperto sociale-tecnico Valutatore dell'Ufficio di Piano, espletata mediante Avviso Pubblico di selezione comparativa. Tale figura professionale si integra per la prima volta nell'équipe dell'Ufficio di Piano già esistente, per trentasei ore settimanali, con prevalenza nella sede dei Servizi Sociali del Comune capofila.

La Valutazione di Impatto è un tema che investe caratteristiche quali-quantitative e rappresenta un nodo imprescindibile per una corretta e puntuale programmazione del Piano di Zona di Distretto, poiché si fonda su dati obiettivabili attraverso i quali si misurano come e quanto gli interventi di natura sociale e sociosanitaria integrata penetrano nei contesti dei bisogni sociali, socio-sanitari a diversi livelli di complessità generando degli out-come, ovvero dei processi di cambiamento. La valutazione di impatto è sostanzialmente la *misura positiva del cambiamento* e funge da chiave di lettura per la riproducibilità, l'implementazione, il consolidamento degli interventi, a valle di una stima in termini di efficacia, efficienza, replicabilità, desiderabilità.

Alcuni criteri cardine per la Valutazione dell'Impatto Sociale (VIS):

- ☐ Trasparenza delle procedure di rilevazione e misurazione (indicatori ed indici);
- ☐ Coerenza delle misure di indici e indicatori con l'oggetto della valutazione;
- ☐ Ricorso al time sheet a piccolo, medio e lungo termine, ovvero al timing in cui avviene la rilevazione/misurazione;
- ☐ Terzietà del sistema di valutazione rispetto ai contesti di rilevazione ex ante/ex post;
- ☐ Attenzione al sistema valoriale basato sulla *reputation* dell'Offerta Sociale partecipata dagli stakeholder del Distretto RM 6.6, volta a creare e consolidare credibilità e fiducia da parte del cittadino fruitore;

- ☐ Confrontabilità dei dati provenienti dal sistema integrato dei servizi LEPS/non LEPS e il fabbisogno rilevato in un intervallo di tempo stabilito;
- ☐ Fruibilità dei dati da parte dell'Ufficio di Piano al fine di individuare Obiettivi e Priorità per ridurre al minimo la frammentazione del welfare locale.

LE MODALITÀ E GLI STRUMENTI PER IL MONITORAGGIO SULLO STATO DEI BISOGNI E DEL SISTEMA LOCALE DEI SERVIZI CHE CONSENTANO LA MISURABILITÀ DEGLI OBIETTIVI ASSEGNATI E L'IDENTIFICAZIONE DELLE INEFFICIENZE

La metodologia e gli strumenti da impiegare per la rilevazione dinamica dello stato dei bisogni afferenti a livello locale sono attualmente sottoposti ad una revisione che vede il superamento dell'attuale articolazione in Misure e Sotto-misure del Piano Sociale di Zona a vantaggio dei LEPS.

L'attuale centratura è, infatti, sulla “persona” con i suoi bisogni, a cui risponde ciascun LEPS (Livello Essenziale delle Prestazioni Sociali) all'interno di un nuovo sistema di classificazione dei Servizi e degli Interventi (S/I), che genera un nuovo modello di Pianificazione del Welfare Sociale, i cui standard qualitativi saranno, comunque, successivamente individuati dall'Osservatorio delle Politiche Sociali e approvato dalla Giunta Regionale.

All'interno di questo nuovo paradigma, diventerà primario il ruolo della misurabilità degli obiettivi prefissati e raggiunti e la loro valutazione di impatto. La vision va nella direzione della riduzione massima dello scarto tra pianificazione e realizzazione dei Servizi/Interventi, valorizzando le risorse economiche, il capitale umano e le procedure impiegate per il massimo raggiungimento della Qualità.

In vista di un ulteriore miglioramento, qui di seguito, si elencano, in proposta, gli strumenti tipici da impiegare per la Valutazione complessiva dei bisogni, dei Servizi e degli Interventi rivolti all'utenza di tutto il Distretto RM 6.6.

Strumenti per la rilevazione di *indicatori quantitativi* (età, genere, stato civile, nucleo familiare, condizione economica, scolarizzazione, condizione occupazionale, condizione di salute, alfabetizzazione digitale etc.):

- ☐ Dati ISTAT aggiornati;
- ☐ Dati Anagrafe comunali;
- ☐ Dati DSU/ISEE aggiornati;
- ☐ Dati ISFOL aggiornati;

- ☐ Dati su inoccupazione/disoccupazione provenienti dagli storici lavorativi del CPI di competenza territoriale;
- ☐ Dati SIOSS (fanno parte del pacchetto applicativo previsto dalle azioni regionali per lo sviluppo del Sistema Informatizzato delle prestazioni sociali);
- ☐ Dati sulle certificazioni L.104/92;
- ☐ Dati sulla quota di invalidi civili provenienti dai verbali medico-legali dell'INPS;
- ☐ Dati sul fabbisogno formativo e di aggiornamento degli operatori.

Strumenti per la rilevazione di *indicatori qualitativi* (efficacia, efficienza, economicità, sostenibilità, riproducibilità, trasparenza, prossimità, vicinanza, soddisfazione, desiderabilità etc.):

- ☐ Report sistematici di servizio degli operatori;
- ☐ Relazioni sistematiche di servizio degli Organismi affidatari del servizio;
- ☐ Riunioni di équipe inter-servizi;
- ☐ Verbali Tavoli Tecnici/Tematici con le parti sociali e il Terzo Settore;
- ☐ Monitoraggio sistematico dei progetti di servizio;
- ☐ Questionari per gli operatori;
- ☐ Questionari per l'utenza.

Strumenti per la Valutazione dell'Impatto Sociale (quota proporzionale del progetto/servizio/intervento rispetto al reale fabbisogno espressa in valore percentuale):

- ☐ Match tra domanda e offerta sociale complessiva di Distretto;
- ☐ Valore di Impatto tra Obiettivi Raggiunti e Obiettivi Attesi (Indice di saturazione degli obiettivi) per ciascun progetto di servizio attivato;
- ☐ Valore di Impatto delle Azioni di Sistema (numerosità, frequenza, tempestività, efficacia, trasparenza della mappatura dei processi di condivisione, partecipazione, decision making, pianificazione, controllo, verifica, supporto attivo da parte di tutti gli stakeholders sul totale delle azioni);
- ☐ Evidenze provenienti dalla *Customer Satisfaction* (Indice di soddisfazione dell'Utenza);
- ☐ Evidenze provenienti dalla *Job Satisfaction* (Indice di soddisfazione lavorativa).

A valle della Valutazione di Impatto Sociale (ex post) sarà possibile quantificare e qualificare la misura dell'out-come, del cambiamento nella risposta emotivo-comportamentale dell'utenza rispetto ai servizi/interventi ottenuti, della pianificazione per una implementazione dei Progetti/Servizi erogati o, diversamente, della riprogettazione ricalibrando i confini delle azioni progettuali (es. ridefinizione degli obiettivi, dei destinatari, allargamento/riduzione della platea, inserimento di obiettivi strategici, sperimentazione di servizi innovativi etc.) della pianificazione dell'Offerta Formativa e di Aggiornamento agli operatori.

La Valutazione positiva dell'Impatto rappresenterà il volano per gli orientamenti futuri rispetto alla programmazione della spesa, degli investimenti e degli impegni rivolti alla collettività tutta.

CONCLUSIONI

Al termine di questo lavoro, che colloca il Piano di Zona 2021-2023 all'interno di un contesto programmatico e progettuale di Distretto, è interessante sottolineare come, in questi anni, si sia innescato un processo di cambiamento volto a mantenere valore e a generare nuovi valori, attraverso azioni congiunte e condivise per la *messa a terra* degli Interventi e dei Servizi essenziali, con uno sguardo più ampio rivolto alle nuove forme di bisogno e di aiuto, ad oggi non ancora riconosciute come essenziali ma che necessitano ancora di processi di assimilazione dal punto di vista culturale, all'interno del tessuto politico, sociale, istituzionale. A vent'anni dalla L.328/00, molta strada è stata fatta ma la storia più interessante deve ancora essere scritta: quella di "lavorare insieme" superando barriere personali e schemi categoriali, perché l'integrazione degli interventi e dei servizi dia veramente i suoi frutti. Una ulteriore sponda, al momento, è offerta dal Piano Sociale Regionale "Prendersi cura, un bene comune", che rimette al centro la persona con i suoi bisogni.

Ripensando a questo fondamentale valore della "persona" inscindibile dal suo contesto di appartenenza e in interconnessione con più contesti (personale, familiare, sociale, di vita) si situa il valore dell'intervento e cioè il suo "progetto di vita", profondamente connesso con la capacità del suo contesto di accoglierlo o di prepararsi a farlo.

Dopo anni di intensa preparazione, il Distretto RM 6.6 sta ripartendo da qui e, in particolare, da due indirizzi fondamentali, raccogliendo il "sentiment" collettivo:

1. L'inclusione a tutti i livelli;
2. La deistituzionalizzazione delle persone.

Il tema dell'inclusione diventa un mero esercizio di astrazione se non si coniuga con precise azioni. Da una parte, si agisce sul piano gestionale, dall'altro, sul piano del management sociale.

Si darà valore alle competenze tecnico-pratiche delle persone deputate a governare questi processi e cioè tutto il personale tecnico e amministrativo che viene rafforzato in termini di formazione-aggiornamento, da una parte, e potenziato nel numero e nelle funzioni ricoperte dall'altro, attraverso nuovi meccanismi assunzionali e di reclutamento di expertise.

Sul piano del management sociale, sono stati introdotti "nuovi" modelli e paradigmi di intervento come quello del Punto di Accesso universale (PUA), al quale afferisce tutta la platea del Distretto

per una presa in carico globale. Questo modello, non nuovo dal punto di vista cronologico, si inserisce solo di recente nel territorio e attecchisce con successo, ma ha bisogno di essere implementato con azioni specifiche che sono già state dettagliate in precedenza.

Le politiche del welfare sociale che introducono misure di inclusione e di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale si stanno gradualmente trasformando da mere misure assistenzialistiche di sostegno al reddito, a veri e propri interventi personalizzati di inclusione sociale e lavorativa con specifici progetti di rete, in collaborazione con gli Enti del Terzo Settore, che sono già stati dettagliati nelle sezioni precedenti.

Sulla seconda direttrice, si situano tutte le azioni rivolte alla prevenzione dell'istituzionalizzazione, sulle aree della disabilità e del disagio psichico, della famiglia e anche rispetto alle fasce d'età. In linea con la Regione Lazio, il distretto RM 6.6., con azioni congiunte, sta dando corpo al valore della domiciliarità, riportando la persona il più possibile nella sua "zona comfort" e avvicinando l'operatore a quella dimensione "personale" di vita, fatta di prossimità.

Tradotto in una chiave di prevenzione sociale, in particolare nella fascia della disabilità 0-6, la prossimità dovrà diventare un volano per intercettare i bisogni delle famiglie, dei bambini e delle bambine che, in quella specifica fascia, sono già in carico ai Servizi socio-sanitari del Distretto Asl Roma 6.6 e sui quali la scuola ha già costruito un PEI. Questo processo di integrazione socio-sanitaria ha bisogno di essere ancora assimilato per tradursi in una concreta risposta socio-assistenziale ed educativa, ma è già vicino ad una soluzione, rappresentata dalla transizione su comuni piattaforme digitali del flusso dei dati dell'utenza, che mettano in connessione l'Asl con i due Comuni di Anzio e di Nettuno.

Al termine del triennio, il bilancio sociale del Distretto RM 6.6 che ne deriverà, si declinerà di fatto su misure, azioni e strumenti e risposte maggiormente leggibili, fruibili e vicini ai bisogni di ogni cittadino.

