

PIANO DI ZONA 2012-2014

ANNUALITÀ 2012

Distretto:

Comune capofila:



3. Delineare il quadro territoriale dei bisogni (specificare i disagi più acuti e gli squilibri nelle varie zone del Distretto e, successivamente, articolare i bisogni per macroaree. Per ogni tipologia di disagio indicare l'utenza potenziale e l'utenza effettiva)

3.a. Area Minori e Famiglia

3.b. Area Anziani

3.c. Area Disabili

3.d. Area disagio ed esclusione sociale

3.e. Area Immigrati

Specificare per ciascuna delle Macroaree/Liveas il livello di offerta

SECRETARIATO SOCIALE

Nel Distretto è presente il Servizio?

- Sì
- No

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

Prestazioni offerte:

Informazione sulle opportunità offerte dalla rete dei servizi e dalla comunità

- Sì
- No

Consulenza sui problemi familiari e sociali

- Sì
- No

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

- Sì
- No

Raccolta sistematica dei dati e delle informazioni

- Sì
- No

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

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

- Sì
- No

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

- Sì
- No

Mediazione interculturale

- Sì
- No

Destinatari:

Famiglie

- Sì
- No

Anziani

- Sì
- No

Minori

- Sì
- No

Persone con problematiche psico-sociali (specificare _____)

- Sì
- No

Disabili

- Sì
- No

Immigrati

- Sì
- No

Altro (specificare _____)

SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE

Nel Distretto è presente il Servizio?

- Sì
- No

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

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

- Sì
- No

Destinatari

Famiglie

- Sì
- No

Anziani

- Sì
- No

Minori

- Sì
- No

Persone con problematiche psico-sociali (specificare _____)

- Sì
- No

Disabili

- Sì
- No

Immigrati

- Sì
- No

Altro (specificare _____)

✓ **AFFIANCAMENTO E AFFIDO FAMILIARE**

- Sì
- No

Destinatari:

Famiglie

- Sì
- No

Minori

- Sì
- No

✓ **INSERIMENTO LAVORATIVO**

- Sì
- No

Destinatari

Disabili

- Sì
- No

Persone con problematiche psico-sociali (specificare _____)

- Sì
- No

Giovani a rischio di devianza

- Sì
- No

Immigrati

- Sì
- No

Altro (specificare _____)

✓ **DEFINIZIONE DEL PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA**

- Sì
- No

Destinatari

Disabili

- Sì
- No

Anziani

- Sì
- No

Persone con problematiche psico-sociali (specificare _____)

- Sì
- No

Minori

- Sì
- No

Immigrati

- Sì
- No

Altro (specificare _____)

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

Nel Distretto è presente il Servizio?

- Sì
- No

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

Destinatari

Famiglie

- Sì
- No

Anziani

- Sì
- No

Minori

- Sì
- No

Disabili adulti

- Sì
- No

Persone con problematiche psico-sociali (specificare _____)

- Sì
- No

Immigrati

- Sì
- No

Donne in difficoltà, gestanti o madri

- Sì
- No

Altro (specificare _____)

SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE
--

Nel Distretto è presente il Servizio?

- Sì
- No

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

✓ **SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE**

- Sì
- No

Destinatari

Famiglie

- Sì
- No

Minori

- Sì
- No

Anziani

- Sì
- No

Disabili

- Sì
- No

Persone con problematiche psico-sociali (specificare _____)

- Sì
- No

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

- Sì
- No

Altro (specificare _____)

✓ **ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**

- Sì
- No

Destinatari

Famiglie

- Sì
- No

Minori

- Sì
- No

Anziani

- Sì
- No

Disabili

- Sì
- No

Persone con problematiche psico-sociali (specificare _____)

- Sì
- No

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

- Sì
- No

Altro (specificare _____)

- Sì
- No

STRUTTURE A CICLO RESIDENZIALE

- Sì
- No

✓ **STRUTTURE RESIDENZIALI PER MINORI**

- Sì
- No

Nel Distretto è presente il Servizio?

- Sì
- No

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

di cui:

Casa Famiglia

- Sì
- No

Gruppo appartamento

- Sì
- No

Altro (specificare _____)

- Sì
- No

Destinatari

Minori

- Sì
- No

Minori disabili

- Sì
- No

✓ ***STRUTTURE RESIDENZIALI PER DISABILI***

- Sì
- No

Nel Distretto/Municipio è presente il Servizio?

- Sì
- No

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

di cui:

Casa Famiglia

- Sì
- No

Casa Famiglia

- Sì
- No

Comunità alloggio

- Sì
- No

Case di riposo

- Sì
- No

Casa albergo

- Sì
- No

Altro (specificare _____)

- Sì
- No

Destinatari

Anziani autosufficienti, soli o in coppia

- Sì
- No

Anziani parzialmente non autosufficienti, soli o in coppia

- Sì
- No

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

- Sì
- No

Nel Distretto/Municipio è presente il Servizio?

- Sì
- No

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

di cui:

Casa Famiglia

- Sì
- No

Comunità alloggio

- Sì
- No

Comunità di pronta accoglienza

- Sì
- No

Altro (specificare _____)

- Sì
- No

Destinatari

Personne con problematiche psico-sociali (specificare _____)

- Sì
- No

Asili nido

- Sì
- No

Micronidi nei luoghi di lavoro

- Sì
- No

Altro (specificare _____)

- Sì
- No

Destinatari

Bambini fino a tre anni

- Sì
- No

Bambini

- Sì
- No

Adolescenti

- Sì
- No

CENTRI DI ACCOGLIENZA RESIDENZIALI O DIURNI A CARATTERE COMUNITARIO
--

Nel Distretto è presente il Servizio?

- Sì
- No

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

di cui:

Centri di pronta accoglienza notturna per adulti

- Sì
- No

Servizio di mensa sociale

- Sì
- No

Altro (specificare _____)

- Sì
- No

Destinatari

Adulti con grave disagio economico, familiare o sociale (anche senza fissa dimora)

- Sì
- No

Immigrati

- Sì
- No

Altro (specificare _____)

- Sì
- No

ALTRI SERVIZI

- Sì
- No

✓ ***CENTRO SOCIALE PER ANZIANI***

- Sì
- No

Nel Distretto è presente il Servizio?

- Sì
- No

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

✓ ***LUDOTECHE***

- Sì
- No

Nel Distretto è presente il Servizio?

- Sì
- No

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

✓ **CENTRI DI AGGREGAZIONE PER BAMBINI**

- Sì
- No

Nel Distretto è presente il Servizio?

- Sì
- No

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

ALTRO (SPECIFICARE)

5. Specificare gli obiettivi strategici del Piano di Zona e, successivamente, articularli per macroaree.

5.a. Area Minori e Famiglia

5.b. Area Anziani

5.c. Area Disabili

5.d. Area disagio ed esclusione sociale

5.e. Area Immigrati

6. Quali sono le misure adottate per realizzare l'integrazione socio-sanitaria dei servizi?

- Coinvolgimento del Terzo Settore:
 - *consultazione*
 - *partecipazione alla stesura del Piano*
 - *monitoraggio del Piano*
 - *altro (specificare _____)*
- Organizzazioni di consulte
- Predisposizione di uffici o coordinamenti di piano per l'integrazione

Nome progetto	Costo complessivo	Quota budget regionale (D.G.R. 155/2012)	Cofinanziamento (specificare se comunale, provinciale, ASL, etc.)
TOTALI			