COMUNE ALBENGA
(SEDE CAPOFILA COMITATO
DEI SINDACI di DISTRETTO)

AZIENDA SANITARIA LOCALE N° 2 SAVONESE

DISTRETTO SOCIOSANITARIO N. 4 ALBENGANESE

PIANO DISTRETTUALE 2008/2010

APPROVATO DAL COMITATO DEI SINDACI
IN DATA 1 0TTOBRE 2008

INDICE

INTRODUZIONE……pag 3

PARTE PRIMA

ANALISI di CONTESTO

PREMESSA……pag. 5

1. Territorio e Comunità Locale

   a. Profilo antropologico……pag. 6
   b. Struttura territoriale……..pag. 9
   c. Struttura demografica……..pag. 12
   d. Struttura socioeconomica…….....pag. 20

2. Analisi dell'offerta, dei bisogni, criticità e risorse.

   Premessa……..pag. 22

   A. Rete 2 Famiglia/Servizi alla famiglia/minori/adolescenti giovani…….....pag. 23
   B. Reti 3 Non autosufficienza/ Anziani & politiche attive per l'invecchiamento ……...pag. 32
   B1 /Non autosufficienza/Disabili…….....pag. 38
   C. Reti 4 & 5 promozione inclusione ed emergenza sociale……....pag. 42

Dati di sintesi risorse e specificità' contesto territoriale,
spesa dei servizi offerti/ bisogni sociali emergenti…… pag 52

LA METODOLOGIA/LA GOVERNANCE

1. La partecipazione degli attori istituzionali e degli attori sociali, alla costruzione del Piano distrettuale…….…….. pag 56

2. Le politiche trasversali: i Piani Regolatori Sociali ……..pag 60

PARTE SECONDA

LE RETI INTEGRATE D'OFFERTA/OBIETTIVI E AZIONI di PIANO PER REALIZZARE:

A. Politiche di promozione e sostegno alle responsabilita' famigliari ……pag 67
B. Politiche per la Non autosufficienza/ Anziani & politiche per l'invecchiamento attivo…..pag 69
B1 Politiche per la Non autosufficienza/Disabili…… pag 70
C. Politiche per l' inclusione e le emergenze sociali…….....pag 71

PARTE TERZA

LE AZIONI DI PIANO PER AVVIARE E CONSOLIDARE L'ASSETTO ISTITUZIONALE E LE NUOVE FORME di GESTIONE:

1. ASSETTO ISTITUZIONALE ED ORGANIZZATIVO…… .pag. 73

   A. La Conferenza dei Sindaci dell'ASL ……..pag. 73
   B. Il Comitato dei Sindaci di Distretto Sociosanitario/Gestione Integrata e Coordinata del DSS, Unità distrettuale…… .pag. 74
   C. Gestione associata degli ATS……..pag. 77

2. ACCESSO E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA: RETE1……pag. 78

   A. Sportello integrato sociosanitario …… .pag. 78
   B. Sportelli di cittadinanza ……pag. 80
   C. Valutazione del bisogno…… pag. 81
   D. Bisogni e criticità rilevati……...…pag. 82
   E. Obiettivi e azioni di piano per realizzare politiche accesso integrazione sociosanitaria……pag. 83

PARTE QUARTA

LE AZIONI di PIANO TRASVERSALI

1. SISTEMI di REGOLAZIONE DELLA QUALITÀ……..pag. 84

2. FORMAZIONE……pag. 85

3. STRUMENTI di MONITORAGGIO E VALUTAZIONE PER MISURARE IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI di PIANO……pag. 86

INTRODUZIONE

Il presente piano di distretto sociosanitario è il primo tentativo di portare a compimento un sistema integrato di servizi sociali e socio-sanitari per la realizzazione di un nuovo welfare comunitario, solidale, radicato nelle comunità locali e nella regione. Un processo che ha visto il suo avvio con la legge 328/2000 (legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), la legge regionale 24 maggio 2006 n. 12 (promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari) e la DGR dell'01.08.2007 N.35 (PSIR 2007/2010).

I mutamenti intervenuti nel quadro demografico e socioeconomico - invecchiamento della popolazione, aumento delle persone immigrate, contrazione e parallelo aumento dei nuclei familiari con esigua rete parentele, aumento delle forme di lavoro meno stabili e delle contraddizioni tra generazioni su lavoro e futuro - richiedono un significativo cambiamento delle politiche poiché i bisogni "della società che cambia", sempre più articolati e complessi, non consentono risposte settoriali, alla malattia o al disagio sociale ad esempio, ma richiedono risposte unitarie che considerino la persona nella sua globalità, anche di relazione, che sappiano garantire assistenza con soluzione di continuità.
L' obiettivo è lo sviluppo di una società solidale, in cui i diritti siano esigibili, in cui sia rafforzata quella coesione sociale che da sempre caratterizza la comunità regionale e che rappresenta un fattore di crescita e dunque di competitività.
Il Piano non rappresenta però una semplice giustapposizione delle linee di programmazione, ma trasformazione di ottica e il riconoscimento della necessità di declinare assieme le problematiche della sanità e del sociale per fare del welfare una parte sostanziale e positiva del cambiamento in atto.

Garantire risposte personalizzate, e nel contempo garantire equità d'accesso nei vari territori, è possibile in una logica di integrazione a tutti i livelli.
Essa permette infatti lo sviluppo di reti assistenziali a cui partecipano servizi diversi e, al tempo stesso, permette di coinvolgere, valorizzando le singole autonomie, tutti i soggetti - Regione, Enti locali, Aziende sanitarie, strutture pubbliche, private no profit, Associazioni, Volontariato, forze sociali - che a vario titolo sono chiamati a svolgere un ruolo per l'affermazione dei diritti di cittadinanza, contributo fondamentale per lo sviluppo di una società più coesa, civile e dinamica.
Per questo, il Piano tenta di sviluppare l'integrazione a livello della programmazione e della valutazione, dell'organizzazione e dell'erogazione dei servizi sociali e socio-sanitari, definendo ruoli e responsabilità dei soggetti coinvolti.

L'assetto istituzionale attraverso il quale la Regione e gli Enti locali hanno organizzato la funzione di governo del sistema pubblico di welfare regionale e locale si consolida attorno a due direttrici: il ruolo della Regione nel governo del Servizio Sanitario, il ruolo degli Enti locali nel governo dei Servizi Sociali, esercitati entrambi in una logica di collaborazione e integrazione.
L'integrazione si sviluppa nelle Conferenze dei Sindaci (organi di raccordo tra Enti e Aziende sanitarie per il governo, a livello locale, di funzioni e servizi sanitari e socio-sanitari), in forme associative tra Enti locali: Comitati dei Sindaci di Distretto Sociosanitario e Conferenze di Ambito (per il governo e l'erogazione dei Servizi Sociali), in accordi gestionali tra Comuni e Aziende Asl (convenzione programmazione ed erogazione di servizi sociosanitari in ambito distrettuale) e nella

“cabina di regia” , istituita a livello regionale quale luogo di definizione e di concertazione delle politiche sociali e sanitarie (vi partecipano gli Assessori regionali alle Politiche per la Salute e alle Politiche Sociali, la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria).
Il modello organizzativo del nuovo welfare, promosso dai Piani di Distretto Sociosanitario, e in continuità con quello adottato con il Piano Sanitario Regionale, è costituito da reti integrate di servizi – tra servizi ospedalieri, tra servizi ospedalieri e servizi sanitari del territorio, tra servizi sociali e servizi socio-sanitari e sanitari.
L’ambito distrettuale diventa la sede elettiva della integrazione con il Comitato dei Sindaci di Distretto Sociosanitario, l’Unità Distrettuale e il Comitato Distrettuale: dei medici di famiglia (con i Nuclei delle cure primarie), dei servizi sanitari e sociali territoriali e di questi con servizi ospedalieri; con l’ elaborazione del piano e l’utilizzo del Fondo per la non autosufficienza; dei rapporti con soggetti no profit nell’erogazione dei servizi sociali e socio-sanitari residenziali e domiciliari, dei rapporti con il volontariato e l’associazionismo.

PARTE PRIMA

ANALISI DI CONTESTO DSS N. 4 ALBENGANESE

"i popoli che non hanno memoria del loro passato
non saranno mai saggi interpreti del presente
e padroni del loro futuro"

Carlo Azeglio Ciampi

PREMESSA. La nostra analisi del contesto territoriale di riferimento e dell'offerta di Servizi sociale s'ispira alla metodologia dell'approccio dello sviluppo di comunità. La Comunità, in codesta accezione, è definita un sottoinsieme socio-territoriale a confini amministrativi definiti dove si dispongono, in un mutuo scambio d'influenze, individui e gruppi, bisogni e risorse (Martini, Sequi 1988). La Comunità pertanto è composta da due elementi:

- Elemento territoriale: spazio, territorio, ambiente naturale e costruito dall'uomo
- Elemento psicologico: insieme dei rapporti tra una pluralità di individui, caratterizzati da sentimenti di solidarietà e conflitto

Si vuole definire infatti una base conoscitiva che delinei il profilo sociale della Comunità e che sottolinei la centralità dei bisogni del territorio e delle risorse dello stesso.
Il piano quantitativo non è sufficiente per una completa stima delle condizioni di benessere e di bisogno nella misura in cui queste siano da riferire a comportamenti e situazioni specifiche della popolazione oggetto di studio. L'analisi deve tenere dunque conto ugualmente d'elementi di tipo più soggettivo e qualitativo relativi alle situazioni specifiche d'organizzazione interna e territoriale dei gruppi nonché al piano delle pratiche, dei modi di vita e degli atteggiamenti di questi soggetti collettivi nei confronti di vari problemi ed ambiti di vita sociale.
A questo livello, si evidenzia il nesso tra un piano d'analisi di tipo più sociologico e socio-economico, che situa la comunità nel quadro di una stratificazione sociale generale, e un livello d'analisi di tipo psico-sociale, culturale e psicologico, tendente ad inquadrare in termini di sistema vivente di relazioni e di tipologia differenziata.

La riflessione sviluppata in questi anni, relativamente alle modalità di risposta ai problemi sociali, infatti ha messo in risalto l'importanza, per gli obiettivi di "riparazione" e "prevenzione", di allargare il campo di intervento inserendo, accanto all'approccio centrato sul singolo individuo, una prospettiva che coinvolge la comunità territoriale. I motivi di questa scelta sono legati al riconoscimento dell'importanza delle risorse presenti all'interno di ciascuna comunità, nella consapevolezza che la valorizzazione delle potenzialità insite in essa costituisca utile risorsa per la soluzione dei problemi che si generano al suo interno.

L'analisi pertanto tenta una lettura integrata del territorio utile al governo dello stesso utilizzando un sistema di indicatori quantitativi e qualitativi di tipo demografico, sociale, ambientale ed economico. Per quanto riguarda gli indicatori demografici in particolare ha utilizzato i dati di previsione forniti dalla Provincia rispetto ad eventuali incrementi o decrementi nella popolazione di riferimento. Per i dati riferiti all'Offerta dei Servizi ed alla Spesa per reti di utenza sono stati utilizzati i dati ISTAT, trasmessi ogni anno alla Regione, quale debito Informativo.

1. **TERRITORIO E COMUNITA' LOCALE**

a. PROFILO ANTROPOLOGICO DI RIFERIMENTO IN CUI SI INSERISCE LA COMUNITA'

1.Scrive Renato Del Ponte - scrittore e storico delle religioni classiche, del simbolismo e delle idee, - nel suo testo "I Liguri - Etnogenesi di un popolo/ Dalla preistoria alla conquista romana", in cui si propone di far risaltare l'attuale identità del popolo ligure attraverso la ricerca e lo studio delle fasi più antiche delle popolazioni che qui sono vissute lasciandovi un'impronta indelebile :

"Viene discussa, ma in genere accettata dalla storiografia moderna, la constatazione di un geniale studioso d'origine ligure, Vilfredo Pareto, a proposito del movimento di circolazione delle élites . Esso:

"in genere è assai lento; solo studiando la storia di un lungo periodo di tempo, per esempio di parecchi secoli, si possono recepire il senso generale e le grandi linee di questo movimento. L'osservatore contemporaneo, colui che porta i suoi sguardi su un breve periodo di tempo, non vede che le circostanze accidentali. Vede rivalità di caste, oppressioni di tiranni, rivolte popolari, rivendicazioni liberali, aristocrazie, oclocrazie; ma il fenomeno generale, di cui questi non sono che aspetti particolari, gli sfugge spesso completamente".

Per comprendere correttamente i fenomeni storici, sembrano necessarie interpretazioni d'ampio respiro e il concetto di "lunga durata" appare indispensabile."

La filosofia illuminista e le correnti razionalistiche e progressiste, a partire dal "700 e sino all'800 avevano fatto credere che l'uomo esprimesse bisogni verificabili solo scientificamente e quindi scientificamente risolvibili con la sconfitta dell'ignoranza, dei pregiudizi e delle superstizioni, e che pertanto si sarebbe aperta la strada verso l'eguaglianza universale, superando le diversità di razza, di religione e dei costumi…Solo a fine "800 - con la nascita tra l'altro della psicologia - e inizio del xx secolo compaiono nuove correnti di pensiero che portano ad una nuova e giusta considerazione degli aspetti non razionali dell'uomo.

"*Se prima atteggiamenti mentali e tradizioni culturali ed etniche, venivano ritenuti solo il frutto di una stagione infantile dell'umanità e quindi degni di una rapida scomparsa, tornavano ora ad essere tenuti nella giusta considerazione . Si erano volute sradicare le tradizioni dal cuore degli uomini e dalla storia creando un deserto, ma da questo ora emerge prepotente il bisogno di recuperare quanto è stato sommerso. "Occorre dunque ripensare la presenza e il ruolo di quelle etnie che, se pur politicamente invisibili da secoli perché prive di vera sovranità, non sono meno reali in quanto si esprimono per mezzo di peculiari esperienze di vita quotidiana, hanno ben precisi codici di comportamento, fanno uso di un determinato linguaggio e soprattutto nutrono interesse per una storia comune da cui traluce un comune paesaggio simbolico. Si tratta di un patrimonio prezioso che si trasmette di generazione in generazione attraverso l'immaginario collettivo, come una sorte di eredità mentale.*

La Liguria è un'area ben definita, culla di una civiltà sostanzialmente omogenea, includente fin dalla più remota preistoria un ampio e ben delimitato territorio, la cui consistenza geografica e storica sono fuori discussione, al di là di più o meno confini politici o amministrativi antichi o recenti. Ma vi è di più: per la Liguria, in virtù della millenaria tradizione dei suoi insediamenti, della specificità del suo suolo e della sacralità d'alcuni suoi siti, paesaggio fisico e paesaggio simbolico spesso coincidono."

Si possono verificare condizioni orografiche particolari - come ad esempio nel nostro caso-, con allineamenti paralleli montuoso/collinari perpendicolari al mare, che non permettono il passaggio tra una vallata e l'altra, sia con litoranee in pianura, sia con passi montani che consentono un'agevole superamento delle dorsali, sia con la presenza di porti naturali e approdi ben protetti, sia con altri aspetti geografici o geomorfici tali da influenzare in modo unitario le forme di vita e delle varie attività.

"Queste condizioni comportano per lo più un'interdipendenza fra la costa ed il territorio oltre la dorsale montana, in quanto consentono un'integrazione economica e culturale fra aree di diverso sviluppo, cosa che non si verificherebbe in territori dalle caratteristiche uguali o simili. Ogni singolo ambiente, dunque, appare legato al suo entroterra (anche oltre le montagne) che non addirittura all'ambiente costiero contiguo e il tutto ulteriormente complicato dalle incessanti trasformazioni morfologiche dovute alla differenza di struttura rocciosa, di deflusso delle acque interne, del tipo di mantello vegetale, dell'erosione del suolo.
Tutto ciò deve essere tenuto presente per meglio comprendere le condizioni di frammentazione etnico-politica delle singole comunità liguri non solo alla vigilia della conquista romana, ma ancora oggi, e la loro spesso molto differente realtà di sviluppo economico e sociale. E questo perché la specificità fisica della regione non permette generalizzazioni e non si può essere sicuri che il medesimo fenomeno si verifichi o comunque si attui allo stesso modo in tutti gli ambienti naturali che noi chiamiamo Liguria."

1.2 L' EVOLUZIONE POLITICA. "Più ancora di quel che non sia avvenuto per altre popolazioni che si trovavano in un'analoga fase di sviluppo storico, sembra che per le genti liguri la coscienza o senso d'appartenenza ad un'elementare comunità etnica sia stata una conquista alquanto tarda e comunque riflessa. Alla conquista di una comune coscienza etnica si opponeva, tuttavia, innanzi tutto un non uguale grado di affinità linguistica. Notevoli differenziazioni nelle antiche parlate liguri erano, infatti, indotte dall'elemento indoeuropeo e per giunta è tutt'oggi possibile riscontrare nel substrato mediterraneo o alpino di quelle parlate rilevanti divergenze lessicali e morfologiche……"
"Un primo esempio, oggi pienamente documentabile, dell'esistenza nella regione ligure di un'organizzazione comune, sorta a scopo difensivo, lo vediamo nella presenza di quei castellari volti a sorvegliare il pericolo di genti provenienti dal mare: Greci, Etruschi, Cartaginesi. Il periodo che va dal IV al III secolo (dall'invasione gallica alle prime guerre coi romani), è caratterizzato in Liguria, oltre che da una nuova riutilizzazione dei medesimi castellari, dal formarsi di nuove e più vaste aggregazioni politiche, che avrebbero potuto preludere ad una federazione nazionale, senza tuttavia che si manifestassero la forza coesiva e l'energia necessarie per una sua effettiva attuazione. Non si può comunque affermare che, anche di fronte alla più tarda minaccia romana, le popolazioni liguri abbiano mostrato di aver raggiunto un grado molto elevato di coesione etnica. In pace o in guerra, i vari agglomerati di comunità liguri si confederano o partecipano a spedizioni militari con raggruppamenti etnici diversissimi. Nelle alleanze o nei conflitti con Galli, Cartaginesi, Greci o Romani, ogni comunità ligure può adottare una posizione differente a seconda dei propri particolari interessi. Talvolta le contingenze storiche o geografiche possono imporre un orientamento prevalente d'alleanza con l'uno o con l'altro, ma non si ha mai l'impressione che una comune coscienza etnica sia divenuta l'*elemento decisivo* per la scelta dell'alleato. Ciò appare evidente durante la seconda guerra punica, allorché le comunità liguri si dividono nell'alleanza con l'uno o l'altro dei contendenti (ad es., *Ingauni e Sabates* con i cartaginesi, *Genuates* con romani): cosa già del resto verificatasi nei rapporti con Marsiglia, amichevoli da parte di Genova, ostili da parte delle tribù provenzali."

La situazione sopra descritta ha continuato a perpetuarsi anche nelle varie fasi storiche successive.

"E' un dato di fatto che per pochissime popolazioni dell'Italia antica, come per i Liguri, ci siano giunte attraverso la tradizione storico-letteraria descrizioni così vivaci e laudative circa il carattere, le abitudini, la mentalità che secondo il comune giudizio li contraddistinguevano.
In un famoso passo di Diodoro Siculo - di seguito riportato -, che riporta le impressioni del filosofo Posidonio, si esprime un'immagine dei liguri destinata a divenire tradizionale:

"costoro abitano una terra sassosa e del tutto sterile e trascorrono un'esistenza faticosa e infelice per gli sforzi e le vessazioni sostenute nel lavoro. E dal momento che la terra è coperta di alberi, alcuni di

costoro, per l'intera giornata, abbattono gli alberi, forniti di scuri affilate e pesanti altri, avendo l'incarico di lavorare la terra, per la maggior parte non fanno altro che estrarre pietre per l'eccessiva disuguaglianza pietrosa del terreno…… A causa del continuo lavoro fisico e della scarsezza del cibo,si mantengono nel corpo forti e vigorosi: In alcune fatiche hanno le donne come aiuto, abituate a lavorare nel medesimo modo degli omini…. Le donne sono forti e vigorose come gli uomini e questi come le belve. Ed affermano anche che talvolta nei combattimenti un gallo grande e grosso, avendo combattuto da solo con un ligure assai esile per sfida, venne da questi battuto….. Essi sono coraggiosi e nobili non solo in guerra…. Come mercanti solcano il mare di Sardegna e quello Libico, slanciandosi coraggiosamente in pericoli senza soccorso….."

"I Liguri erano un popolo lavoratore per eccellenza, in grado di fare fruttare con ogni sacrificio una terra arida e infeconda; sdegnavano gli ozi e gli agi della vita. A prezzo del continuo esercizio delle più grandi fatiche essi riuscivano a mantenere inalterate le caratteristiche migliori della stirpe: una razza di guerrieri, in primo luogo, poi di pastori, di agricoltori, persino di "alpinisti" e da ultimo, di marinai.
Non diversamente gli autori latini, celebrando la sopravvivenza delle antiche virtù nei Liguri, proprio come avrebbe molti anni dopo fatto Tacito nei confronti dei Germani, riconoscevano, per così dire, se stessi e la superiorità morale delle antiche stirpi italiche.

Così come in apparenza non conservano alcuna memoria genealogica sulla loro origine e provenienza, né avevano avuto "l'ambizione di crearsi un blasone e una prerogativa di nobiltà, essi che pure ne avrebbero avuto largamente diritto", i Liguri antichi non avevano saputo dare né veste né fisionomia originali al loro patrimonio d'idee e tradizioni."
"Questa mentalità positiva, aliena dalla riflessione e dalla pura contemplazione " ha scritto Nino Lamboglia, " è dunque altro aspetto fondamentale dell'indole dei liguri, alla stregua della quale devono essere riportati tutti i giudizi positivi o negativi che furono dati in merito ad essa. La "praticità" dei liguri, conseguenza del fatale adattamento alla legge naturale del clima, del suolo e dell'ambiente, ha determinato in essi l'operosità, la parsimonia, l'amor di sacrificio da un lato, dall'altro la scaltrezza, l'avarizia" che sarà bollata da Dante, la "fallacia" rimproverata spesso dai Romani".

b. STRUTTURA TERRITORIALE

Il DSS n. 4 Albenganese (20 Comuni: Alassio, Albenga, Andora, Arnasco, Casanova Lerrone, Castelbianco, Castelvecchio di R.B, Ceriale, Cisano sul Neva, Erli, Garlenda, Laigueglia, Nasino, Onzo, Ortovero, Stellanello, Testico, Vendone, Villanova d'Albenga, Zuccarello/ 5 Ambiti Territoriali Sociali), si estende su una superficie territoriale di circa 302 Kmq. Caratteristica di questo territorio è di corrispondere totalmente, sino ad oggi, a quello della Comunità Montana Ingauna (*).

I 20 Comuni della Zona sono inclusi nelle seguenti fasce altimetriche:

1. montagna interna = 960 ab.* (4 Comuni: Castelbianco, Castelvecchio di R.B., Erli, Nasino)
2. montagna litoranea = 0 ab.
3. collina = 7.816 ab.* (10 Comuni: Arnasco, Casanova Lerrone, Cisano sul Neva, Garlenda, Onzo, Ortovero, Stellanello, Testico, Vendone, Zuccarello);
4. collina litoranea = 52.350 ab.*(6 Comuni: Alassio, Albenga, Andora, Ceriale, Laigueglia, Villanova d'Albenga)
5. pianura = 0 ab.

( )La popolazione residente è riferita ai dati ISTAT 01.01.2007*

La nostra regione, area di trapasso tra la formazione alpina e quella appenninica, tra la zona climatica padana e quella mediterranea - sinistramente nota ancora oggi per i frequenti movimenti sismici e quelli franosi -, presenta dunque nelle sue varie aree una molteplicità di aspetti che, semplificando, si riflettono essenzialmente nell'antitesi fra la zona interna o montana e quella costiera o "Riviera". Anche il territorio del DSS è caratterizzato da questa dicotomia costa/entroterra.
L'entroterra ha un estensione territoriale di circa 202 Kmq. ed una popolazione all'01/01/2007 di 11.009 abitanti (distribuiti su 15 Comuni di piccole dimensioni), caratterizzato pertanto da un'alta dispersione territoriale (media della densità ab. per kmq. 54,50), a fronte di un territorio costiero di circa 100 Kmq. ed una popolazione di 50.117 ab. (media della densità ab. per kmq. 501,17).
Un territorio verde e azzurro, a tratti dolce, a momenti burbero, ovunque ricco di fascino. Dallo scenario piano e rilassato delle spiagge alle ruvide rocce della Val Pennavaira, dalla fertile piana di Albenga ai 1700 metri del monte Galero. L'entroterra fa capo a diverse vallate, perpendicolari alla linea di costa e per aspetti di disposizione orografica, non collegate fra loro: la Val Merula, sinuosa e argentata dal verde dei suoi uliveti; la Val Lerrone, dalla campagna soffice e ondulata; la Valle Arroscia, ora piana e fertile, ora già più impervia; la Valle Pennavaire, arcigna e rocciosa; la Val Neva, dapprima discreta quindi ruvida.

Il territorio del Distretto presenta pertanto una situazione di difficoltà per quanto riguarda le **infrastrutture di comunicazione** sia per quanto concerne i collegamenti con l'esterno che quelli interni per le motivazioni sopra descritte.

*La Comunità Montana Ingauna - ente locale di 2° livello -, con sede in Albenga, dal 1983 ad oggi si è fatta carico , a livello sovracomunale, oltre che delle problematiche connesse allo sviluppo socio economico del suo ambito territoriale di riferimento anche di quelle legate al miglioramento delle condizioni sociali e dei livelli della qualità di vita della popolazione residente nei comuni dell'entroterra e con una attenzione particolare allo sviluppo delle politiche sociali e al miglioramento dei livelli essenziali di assistenza.
La programmazione ha utilizzato come strumento primario il Piano pluriennale di sviluppo socioeconomico voluto dalla legge istitutiva dell'ente (n.1102/1971) e ripreso dalla L.r. n. 20/1996. Le linee strategiche poste dal Piano di Sviluppo Socio Economico della Comunità Montana Ingauna mettono al centro delle politiche dell'Ente la realizzazione di interventi e azioni di supporto ai Comuni per la gestione in forma associata dei servizi comunali ed in particolare di quelli culturali (Sistema Bibliotecario Intercomunale), socio assistenziali soprattutto con riferimento all'assistenza domiciliare e all'area anziani, di gestione del territorio sotto il profilo della tutela e della valorizzazione ambientale (acquedotti potabili, ciclo dei rifiuti, aree di interesse naturalistico) e di quelli destinati alle aziende agricole e alle altre attività produttive (Sportello Unico delle attività Produttive).
Gli indirizzi e le linee programmatiche del Piano di Sviluppo socio economico vengono resi operativi annualmente sulla scorta di un Piano Operativo Annuale dove sono puntualmente indicati gli interventi che si intendono realizzare con le risorse del Fondo della Montagna e cioè del fondo specificamente destinato agli investimenti delle Comunità Montane, costituito da risorse provenienti dal Bilancio dello Stato e dalla Regione Liguria.
Questo ente di 2° livello rappresenta una grossa e valida risorsa per il territorio dell'entroterra. Infatti ha negli ultimi anni si è proposto con funzioni di Unione di Comuni e cioè come il punto di riferimento associativo per i Comuni montani che gli hanno affidato, volontariamente, compiti di esercizio comprensoriale di servizi e funzioni (catasto, servizi sociali, protezione civile ed anti incendio boschivo, educazione ambientale, sportello unico attività produttive, assistenza agli uffici tecnici comunali, sistemi di gestione ambientale certificati UNI En Iso 14001) riconoscendogli la capacità di attivare utili sinergie e di conseguire significative economie di scala nei servizi resi alla collettività; è stato Attore pubblico della pianificazione territoriale in quanto attraverso il suo Piano di sviluppo socio economico, ha pianificato, programmato e gestito con i suoi Comuni il processo di trasformazione del territorio rurale; è stato Partner preferenziale della Regione nella gestione dei

Fondi Strutturali e del Fondo Sociale Europeo della scorsa programmazione in quanto capofila di progetti di respiro regionale quali il progetto SOPHIA, un progetto di prevenzione sociale e di inserimento occupazionale delle fasce deboli, realizzato nell'ambito del programma Comunitario Equal II Fase in cordata transnazionale con spagnoli e polacchi e di cui la Comunità Montana Ingauna è stata capofila per la Regione Liguria.
La Comunità Montana Ingauna ha sempre ricevuto il plauso unanime per la sua capacità di dare risposte ai suoi Comuni e ai cittadini con economicità ed efficienza. Un esempio: l'entità di partecipazione alla spesa di istruttoria richiesta per le pratiche di autorizzazione al superamento del vincolo idrogeologico è di €77,00 a fronte di circa il doppio richiesto in altri comprensori.
Facendo riferimento a quanto precedentemente riportato nei diversi livelli (storico, demografico, economico) di lettura del territorio, di seguito si evidenzia come gli stessi si attraversino, compenetrino, talvolta intreccino, e che finiscano col connotare positivamente o negativamente alcune scelte politiche.
Con la Legge Regionale n. 24 del 04.07.2008 " Disciplina di riordino delle comunità Montane, disposizioni per lo sviluppo della cooperazione intercomunale e norme a favore dei piccoli comuni",gli ambiti territoriali entro i quali può costituirsi una Comunità montana scendono da diciannove a dodici. In provincia di Savona le Comunità Montane potenziali (la costituzione vera e propria deve avvenire a seguito di decreto del Presidente della Giunta Regionale entro la fine del 2008) rimangono tre con un'ipotesi di accorpamento tra 14 dei Comuni dell'Ingauna (Arnasco, casanova Lerrone, Castelbianco, Castelvecchio di R.B., Cisano sul Neva Erli, Garlenda, Nasino, Onzo, Ortovero, Stellanello, Testico, Vendone, Zuccarello) con 10 Comuni dell'attuale C.M. Pollupice (Balestrino, Boissano, Calice Ligure, Giustenice, Magliolo, Orco Feglino, Rialto, Toirano, Tovo San Giacomo, Vezzi Portio). Rimangono fuori tutti i comuni della costa e Villanova d'Albenga che tuttavia mantengono la facoltà di rimanere convenzionati o convenzionarsi ex-novo con la nuova Comunità Montana di riferimento per l'esercizio e la gestione associata di funzioni e servizi.
Ai sensi della citata L.R. n. 24/2008 le nuove Comunità Montane potranno venire definitivamente istituite dalla Regione solo se i comuni che intendono costituirsi in nuovo ambito territoriale montano manifestano la volontà di conferire congiuntamente alla loro Comunità Montana di riferimento almeno 10 tipologie di funzioni e servizi comunali.
I Comuni della Comunità Montana Ingauna - con i requisiti per rimanere nell'ente montano già al momento dell'entrata in vigore della legge -, che risultavano aver conferito con convenzioni e/o atti di delega oltre tredici servizi, già definiscono di fatto un "sub ambito territoriale" per la gestione dei medesimi, diverso e distinto dal "sub ambito territoriale" rappresentato dai dieci comuni della Comunità Montana Pollupice.

Si segnala anche la sensibilità alle tematiche ambientali con la presenza del Cento di Educazione Ambientale Ingauno (CEA) presente in via Poggio, Fraz. Marmoreo nel Comune di Casanova Lerrone. Il Centro è lo strumento con il quale si promuovono iniziative, attività e progetti di educazione, informazione e comunicazione ambientale per uno sviluppo sostenibile.

C. STRUTTURA DEMOGRAFICA.

DATI DEMOGRAFICI DSS 4								
COMUNI/ AMBITO						FASCE D'ETA'		
	TOT. POP. al 01.01.2007	**INDICE CARICO SOCIALE**	**INDICE MINORI**	**INDICE ANZIANI**	**INDICE di VECCHIAIA**	0-14	15-64	OLTRE 65
ALASSIO	11.224	0,66	0,17	0,49	279	1178	6758	3288
ALBENGA	23.735	0,54	0,19	0,36	194	2846	15367	5522
ANDORA	7.317	0,60	0,18	0,41	224	846	4578	1893
CERIALE	5.769	0,57	0,17	0,40	231	632	3678	1459
CISANO SUL NEVA	1.799	0,51	0,22	0,29	129	267	1188	344
AMBITO CERIALE	7.568	0,56	0,18	0,37	201	899	4866	1803
ARNASCO	580	0,62	0,20	0,42	204	73	358	149
CASANOVA LERRONE	788	0,72	0,16	0,56	352	73	458	257
CASTELBIANCO	295	0,59	0,19	0,39	203	36	186	73
CASTELVECCHIO DI R. B.	193	0,77	0,17	0,60	342	19	109	65
ERLI	255	0,73	0,14	0,59	414	21	147	87
GARLENDA	1.208	0,50	0,20	0,30	148	161	808	239
LAIGUEGLIA	2.072	0,61	0,17	0,44	267	213	1290	569
NASINO	217	0,87	0,15	0,72	494	17	116	84
ONZO	220	0,95	0,23	0,72	312	26	113	81
ORTOVERO	1.411	0,48	0,24	0,24	102	227	952	232
STELLANELLO	843	0,57	0,20	0,37	186	107	537	199
TESTICO	225	0,76	0,16	0,59	362	21	128	76
VENDONE	397	0,80	0,24	0,56	234	53	220	124
VILLANOVA D'ALBENGA	2.233	0,53	0,23	0,30	130	336	1460	437
ZUCCARELLO	345	0,49	0,20	0,29	148	46	231	68
AMBITO MONTANO	11.282	0,59	0,20	0,39	192	1429	7113	2740
DSS N.4 ALBENGANESE	**61.126**	0,58	0,19	0,39	212	7.198	38.682	15.246
PROVINCIA	**283.218**	0,62	0,18	0,44	245	31.402	174.919	76.897
REGIONE	**1.607.878**	0,61	0,18	0,43	239	179.501	999.137	429.240
ITALIA	**59.131.287**	0,52	0,21	0,30	142	8.321.900	39.016.635	11.792.752

Indici Carico Sociale e Vecchiaia [L'indice di C.S. rappresenta il rapporto tra il numero di individui non produttivi per ragioni demografiche (0-14 ed oltre 65) e il numero di individui adulti (15-64), mentre l'indice di V. rappresenta il numero di anziani ogni 100 individui infraquattordicenni.]*

Nel corso degli ultimo 30 anni la nostra provincia di appartenenza, è stata caratterizzata da una dinamica demografica recessiva. Le cause sono ampiamente note e vanno ricondotte ad una diminuzione della natalità accompagnata da una elevata mortalità che ha reso, il bilancio naturale negativo ed alla presenza di un flusso migratorio positivo, ma non in grado di bilanciare quello naturale negativo.

In contro tendenza il saldo demografico, per il nostro ambito territoriale, è quasi stabile, anzi comparando la popolazione residente censita al 21.10.91 (ab. 56.521) a quella censita al 21.10.2001 (ab. 57.137) il saldo è positivo di 616 unità.

La classica distinzione fra comuni costieri e comuni dell'entroterra evidenzia come nel triennio si sia assistito ad un processo di ripopolamento di alcuni comuni costieri e si sia assistito anche ad un aumento degli insediamenti abitativi nei comuni del primo entroterra. Nel distretto, area a tradizionale incremento demografico imputabile soprattutto alla presenza di stranieri, il flusso migratorio rilevato nel corso del 2006 si riduce rispetto a quello del 2003 proprio per effetto di una minore capacità attrattiva nell'area, con la conseguenza che a far aumentare la popolazione sono soprattutto i flussi provenienti da altri comuni, molto probabilmente in connessione all'espansione edilizia ed a quel fenomeno di progressivo spostamento della popolazione dalla fascia costiera a quella del primo entroterra che sta interessando tutta l'area provinciale da almeno un decennio.

* **V. Allegato A**: Struttura Demografica per fasce d'età.

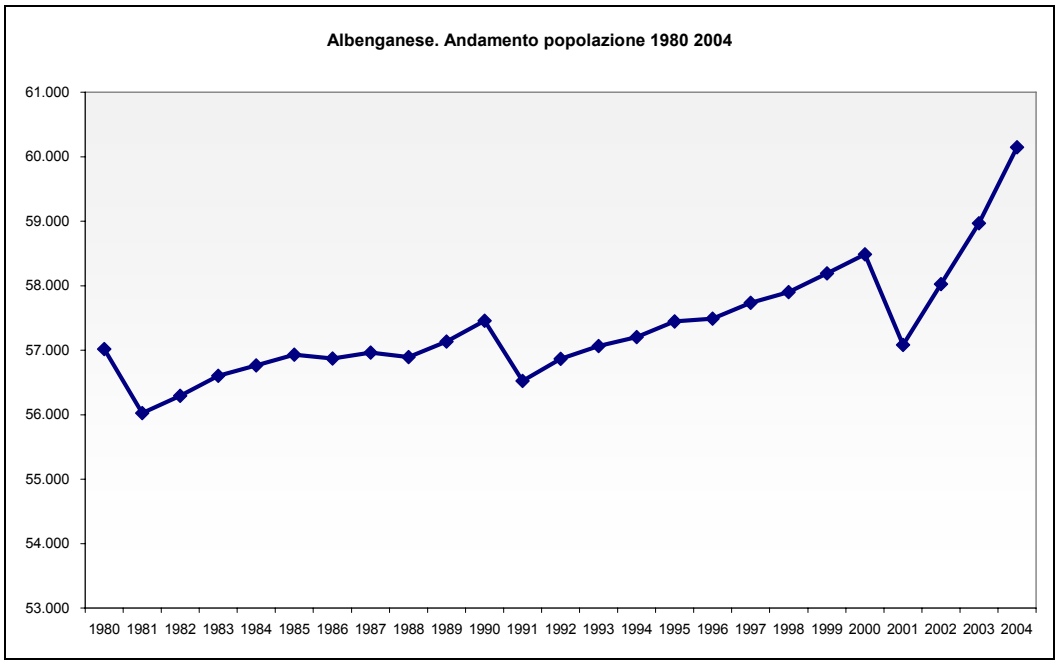
V. Allegato A1 : Documento della Provincia di Savona. Servizio Politiche del Lavoro e Sociali - Osservatorio del Mercato del lavoro a cura della Dott.ssa Stefania Rizzieri " Sintesi dei risultati: un confronto delle analisi per distretti".

Si riporta di seguito parte del documento a cura della Dott.ssa Stefania Rizzieri \rovincia di Savona. Servizio Politiche del Lavoro e Sociali - Osservatorio del Mercato del lavoro - a titolo:

"DISTRETTO SOCIOSANITARIO ALBENGANESE : INCREMENTO O DECREMENTO DEMOGRAFICO ? DATI REALI E DI PREVISIONE"

A fine dicembre 2006 i dati di fonte anagrafica evidenziano una popolazione residente sul territorio del distretto pari a 61.126 abitanti, con un incremento del +3,66% nel triennio (il più elevato fra i quattro distretti) ed un +0,78% rispetto all'anno precedente, in ciò manifestando la continuità di quel lungo processo di lieve crescita demografica che ha sempre caratterizzato l'area anche quando il resto della provincia rilevava evidenti depauperamenti demografici.

Infatti se dal 1980 al 2004 la crescita demografica sul distretto si attesta, in valore assoluto, ad oltre 3.100 unità , la perdita complessiva in provincia, nello stesso periodo, è superiore alle 22.100 unità.

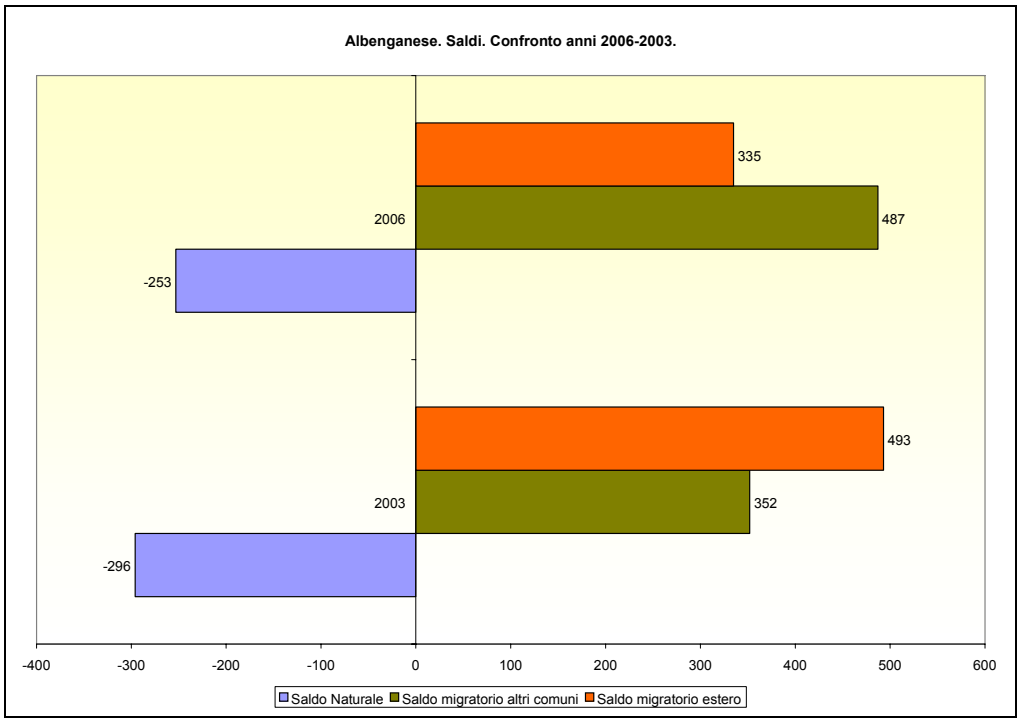


Le evoluzioni demografiche che si sono verificate nell'area trovano la loro motivazione, a parità di negatività del saldo naturale, nei valori decisamente più elevati dei saldi migratori con particolare riferimento a quello da e per l'estero.

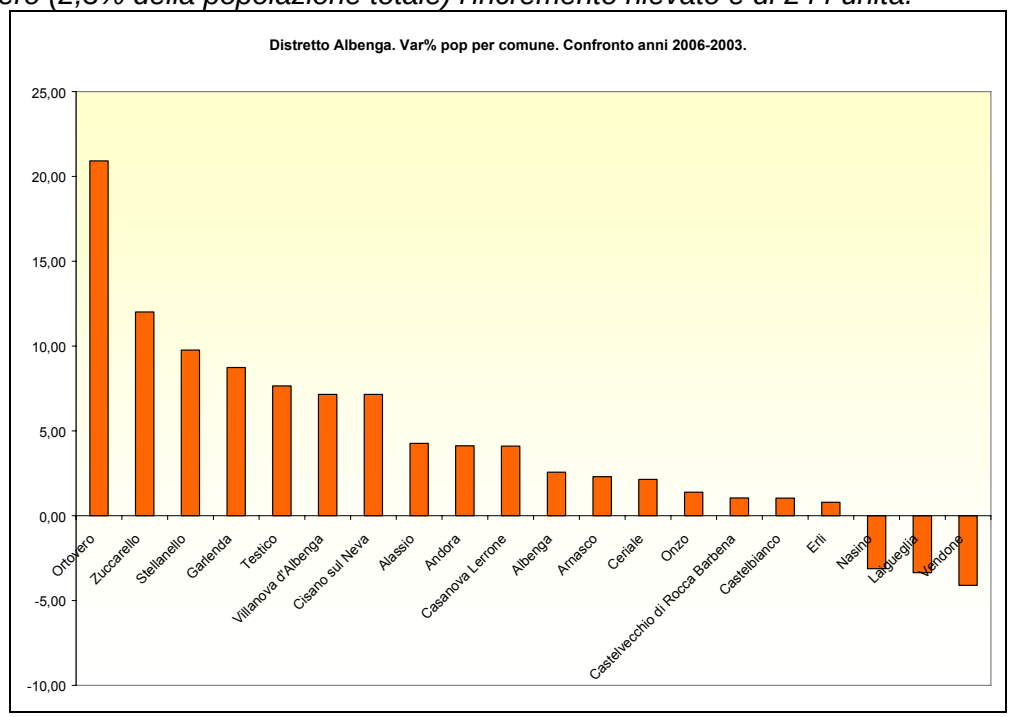
Nel triennio appena trascorso la positività delle performance demografiche sembra determinata, oltre che da migliori condizioni del saldo naturale, per effetto di una maggiore natalità e di una minore mortalità, anche dalla positività della componente da e per altri comuni del saldo migratorio che risulta, infatti, superiore rispetto a quella da e per l'estero.

In sintesi se l'immigrazione ha giocato un ruolo importante nell'alimentare il segno positivo del bilancio demografico negli anni precedenti al 2003, nel corso dell'ultimo triennio, il ruolo attrattore sembra essere stato svolto dai trasferimenti da altri comuni.

I dati, ad oggi, non consentono di evidenziare i comuni di provenienza del flusso immigratorio, ma senza dubbio le cause alla base dei trasferimenti possono essere ricondotte da un lato agli spostamenti connessi all'espansione di edilizia residenziale e, più in generale, alle migliori condizioni della qualità della vita offerte da un certo territorio, e dall'altro alla pratica dei proprietari di seconde case di trasferire la residenza nei comuni in cui è localizzato l'immobile finalizzato ad un minor esborso monetario.



Circa la distribuzione degli incrementi demografici per singolo comune emerge come la performance positiva abbia coinvolto, sia pure con intensità diverse, quasi tutti i comuni del distretto, ad eccezione dei casi di Laigueglia, Nasino e Vendone. In particolare sono i comuni del primo entroterra come Ortovero, Zuccarello, Stellanello a far rilevare i maggiori incrementi demografici, mentre i comuni costieri evidenziano performance più contenute. In sintesi ad Albenga che assomma quasi il 39% della popolazione dell'ambito la crescita è stata di quasi 600 unità, ad Alassio (incidenza del 18%) si rileva nel periodo un aumento di popolazione pari a 459 unità; ad Andora (12% sul totale popolazione) la crescita è stata di 290 unità, ed ancora, ad Ortovero (2,3% della popolazione totale) l'incremento rilevato è di 244 unità.



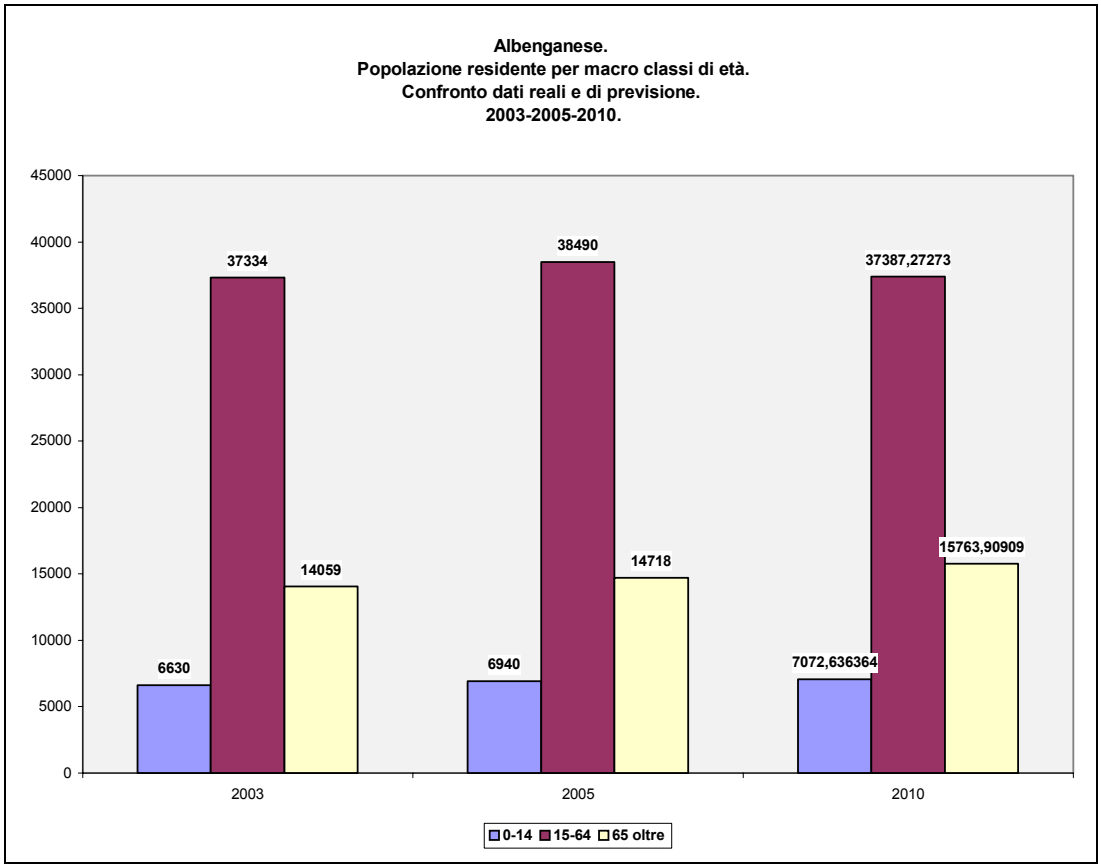
L'espansione demografica incide, ovviamente, sulla richiesta potenziale di servizi. Pertanto la conoscenza di quello che sarà il livello futuro della popolazione consentirà di riformulare il livello ed il tipo di interventi delle politiche sociali.

Le previsioni sulla popolazione residente al 2010 (anno di conclusione del nuovo Piano) evidenziano, in coerenza con le dinamiche negative rilevate a livello provinciale, prevedono un assestamento dei residenti sulle 60.224 unità (+0,13%) rispetto a quanto rilevato nel 2005.

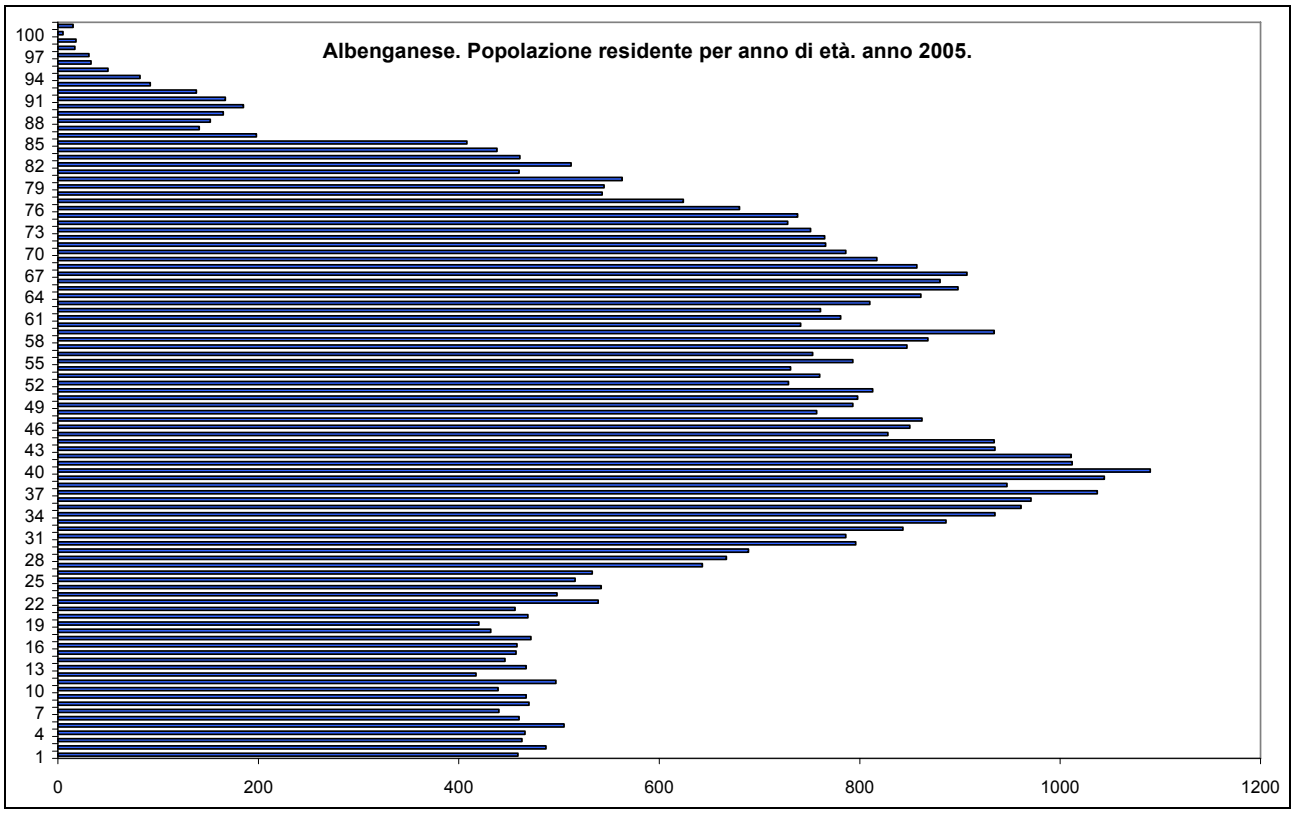
Struttura della popolazione

Un primo elemento informativo è rappresentato dall'analisi della classica macro ripartizione della popolazione nelle classi giovanile, intermedia ed anziana. Com'è noto i problemi più rilevanti connessi a tale macro ripartizione fanno riferimento allo squilibrio esistente fra le classi estreme della popolazione, perciò gli anziani sono certamente più numerosi rispetto ai giovani ed alla progressiva erosione della classe intermedia, quella che fornisce la forza lavoro e che contribuisce, con il proprio apporto contributivo, a supportare le politiche sociali per le altre due.

Nel distretto tale macro ripartizione rileva una condizione migliore rispetto al contesto provinciale: su 100 residenti 11 hanno un'età compresa fra 0 e 14 anni, quasi 64 fra i 15 ed i 64 anni ed oltre 24 sono gli ultrassessantacinquenni.



Inoltre fra il 2003 ed il 2005 la popolazione giovanile aumenta del +4,67%, quella in età centrale del +3,09% e quella anziana del +4,68%. Le previsioni al 2010 indicano un rafforzamento (+1,91%) della popolazione giovanile, una decurtazione di quella in età centrale (-2,86%) ed un'ulteriore aumento degli ultrassessantacinquenni (+7,11%).

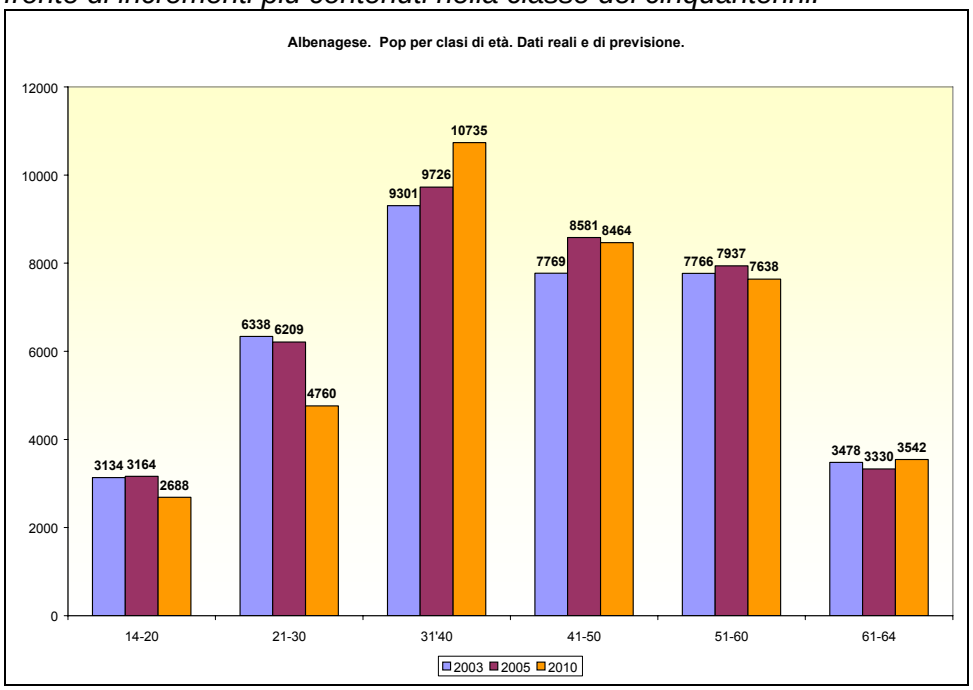


Ciò induce a riflettere sull'entità dei bisogni offerti, sulla loro distribuzione territoriale. I dati indicano, dunque, la continuità dei processi di crescita della popolazione giovanile e di quella anziana e la diminuzione della classe di età centrale.

Erosione della popolazione in età centrale

L'erosione verificatesi negli ultimi anni nella classe di età centrale, quella che lavora o è in cerca di occupazione, è uno dei fenomeni più evidenti del mutamento demografico che ha interessato la nostra provincia nel corso degli ultimi decenni. Recentemente la sia pure lieve espansione demografica ha ridotto tale processo di depauperamento, verificandosi a livello provinciale una crescita del +0,67% per l'intera provincia e +3,07% per il distretto albenganese.

La suddivisione dei residenti per classi decennali di età evidenzia una concentrazione degli stessi nella classe dei trentenni e dei quarantenni. Emerge come nel triennio trascorso gli under venti (14-20 anni) siano rimasti sostanzialmente stabili, a fronte di una lieve diminuzione dei ventenni e dei sessantenni, mentre si rilevano elevati incrementi nei trentenni e nei quarantenni a fronte di incrementi più contenuti nella classe dei cinquantenni.



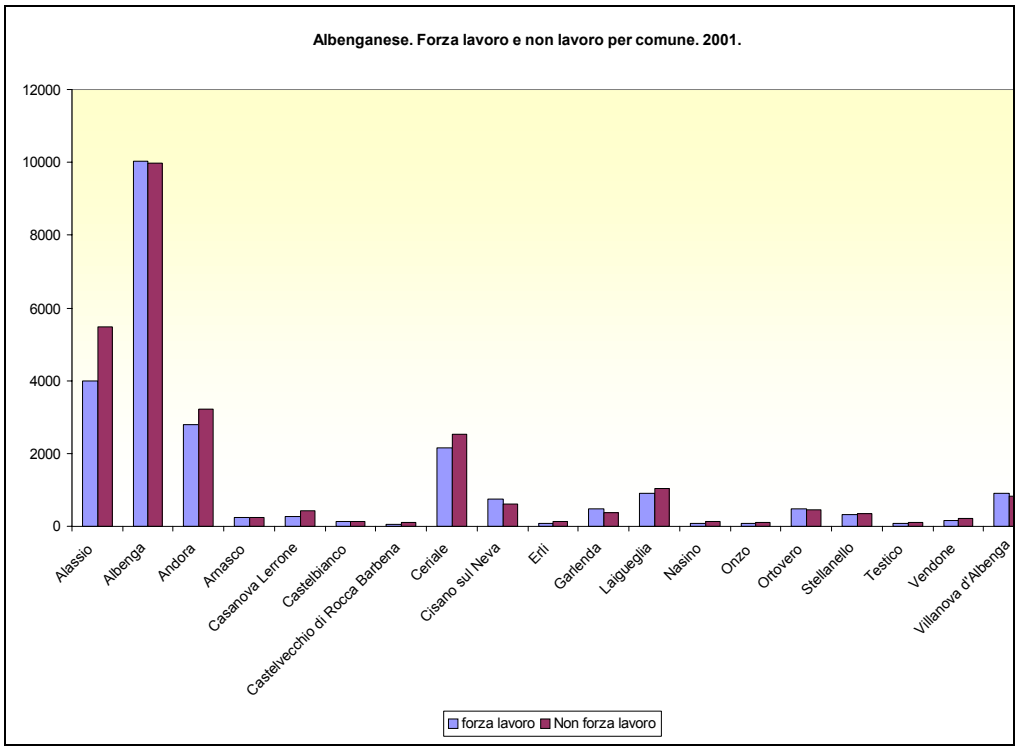
La conoscenza delle performance e delle caratteristiche strutturali della classe di età centrale risulta importante per almeno due aspetti. Il primo è connesso alla conoscenza del target di persone in grado di partecipare in termini di produzione e di sostegno contributivo alla realizzazione di servizi sociali. Il secondo è collegato al monitoraggio di una rilevante parte del disagio sociale (la disabilità, l'inclusione sociale, la salute , il disagio sociale, e le vittime di abuso e di maltrattamenti) e, quindi, della domanda potenziale attuale e futura di servizi di sostegno.

I dati di previsione consentono di evidenziare la continuità dei processi di crescita della classe dei trentenni, una sostanziale stabilità nella classe dei quarantenni e dei cinquantenni e dei sessantenni a fronte di una diminuzione nei ventenni e degli under venti (dai 14 anni ai 20 anni).

In questo contesto appare opportuno approfondire gli aspetti connessi alle dinamiche occupazionali e disoccupazionali quali possibili indicatori dello stato di disagio economico, uno dei fattori propedeutici al disagio sociale.

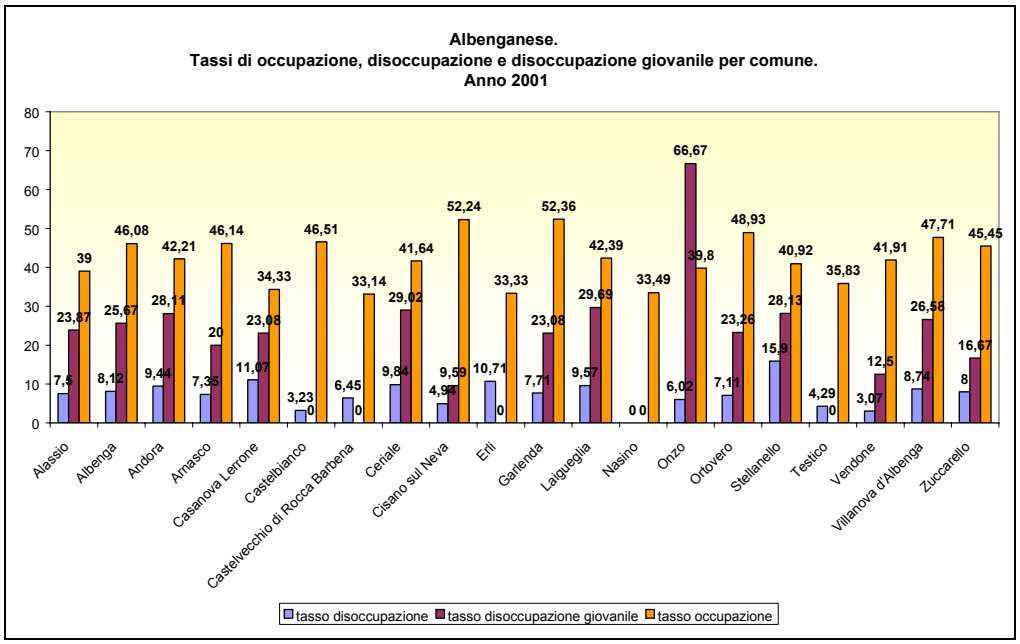
Le fonti a disposizione a livello territoriale di distretto o di singolo comune sono poche e peraltro datate. La fonte più completa, quella del Censimento della popolazione e delle abitazioni, risale, infatti, al 2001, utile per fornire una prima indicazione di struttura in merito alla situazione occupazionale.

Il primo elemento informativo appartiene alla distribuzione fra forza lavoro (che comprende gli occupati ed i soggetti n cerca di occupazione) e la non forza lavoro (studenti, casalinghe, ritirati dal lavoro). L'invecchiamento della popolazione e lo scarso afflusso di nuove leve giovanili ha, generalmente portato, alla crescita della non forza lavoro rispetto alla forza lavoro: a livello provinciale su 100 residenti in età 15 anni ed oltre , 44 lavorano ed il rimanente è costituito dalla non forza lavoro. Nell'ambito la distribuzione è a favore della forza lavoro (47 su 100 residenti) e sussistono alcuni comune come Albenga in cui la popolazione risulta quasi equamente distribuita fra forza lavoro e non lavoro.

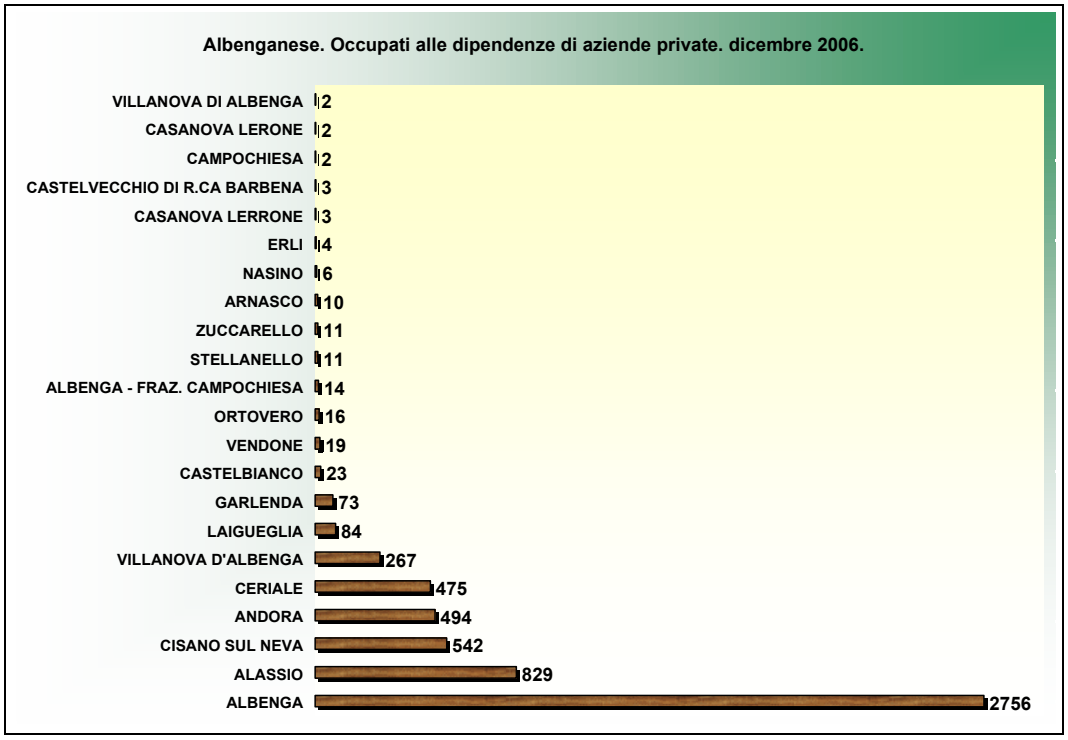


Un ulteriore elemento informativo è connesso all'elaborazione di indicatori (tasso di occupazione, disoccupazione, e di disoccupazione giovanile) per singolo comune che consente, sia pure al 2001, di rilevare le condizioni occupazionali e , quindi, la percezione di reddito nell'area.

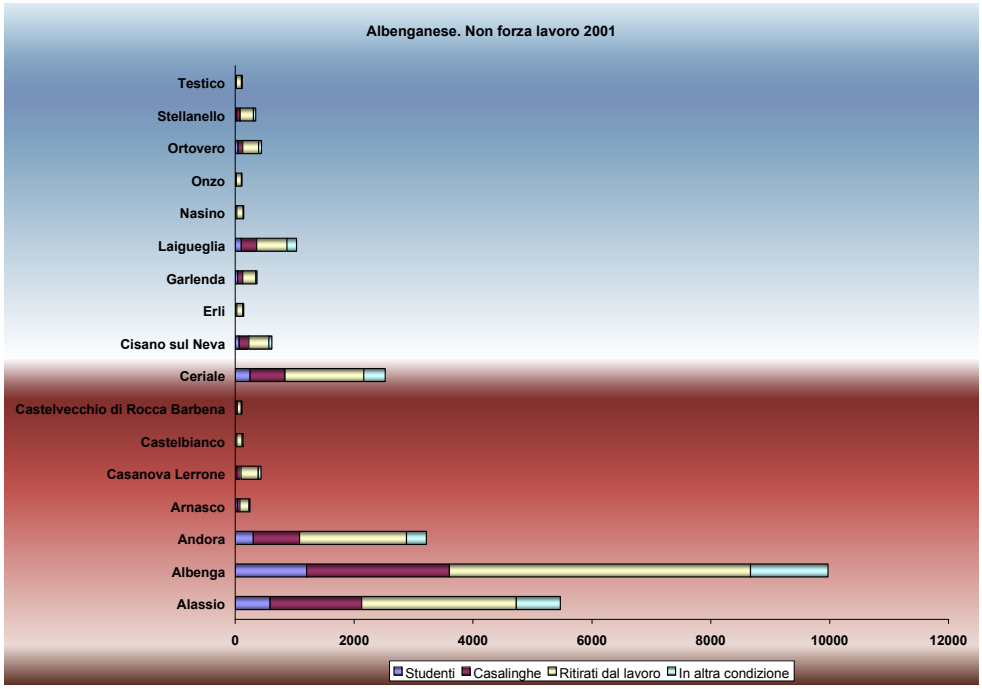
Il tasso di occupazione si colloca su valori superiori alla media provinciale (40,73%) in tutti i comuni dell'ambito. Anche il tasso di disoccupazione assume valori che sono nella maggior parte dei casi inferiori rispetto a quello provinciale (8,1%) , mentre il tasso di disoccupazione giovanile si colloca su valori attorno alla media provinciale (25,42%).



Secondo la fonte Inps[1] gli occupati presso aziende che operano sul territorio del distretto sono pari a 5646 unità per un totale di 1405 aziende con almeno un dipendente. Si tratta di un dato imparziale, in quanto non fanno specifico riferimento ai residenti presenti nell'area e non prendono in considerazione tutte e aziende, ma solo quelle che hanno la sede legale sul territorio. Gli occupati rappresentano il 17,25% dell'occupazione complessiva provinciale.



La non forza lavoro si attesta al 2001, ultimo dato disponibile a 25667 unità pari al 52,4% della popolazione 15 anni ed oltre. I ritirati dal lavoro sono il 53% della non forza lavoro e pari a 13974unità.



[1] La fonte Inps rileva il numero degli occupati alle dipendenza delle aziende del sistema privato.

d. STRUTTURA SOCIO-ECONOMICA

Si riportano di seguito i dati del Censimento Agricoltura 2000 relativi alla ripartizione delle superfici aziendali per comune suddivisi sulla dicotomia costa/entroterra:

Comuni	Sup. Agricola Utilizzata (ha)
Alassio	71,35
Alberga	1267,95
Andora	295,66
Ceriale	144,28
Laigueglia	29,42
Tot	**1808,66**
Entroterra	
Arnasco	141,14
Casanova	216,17
Castelbianco	38,72
Castelvecc	138,61
Cisano	116,55
Erli	90
Garlenda	90,23
Nasino	118,52
Onzo	83,36
Ortovero	117,83
Stellanello	261,88
Testico	92,49
Vendone	116,34
Villanova	159,26
Zuccarello	43,4
Tot	**1824,5**

Dai dati si evidenzia che tale attività produttiva è equamente ripartita sulle due differenti porzioni territoriali, a fronte di un territorio/costiero dimezzato relativamente a quello dell'entroterra e con una popolazione più alta, impegnata anche in altre attività, e con una grossa richiesta di mano d'opera.
E' questo uno dei motivi per cui il territorio è attraversato dal fenomeno dell'immigrazione extracomunitaria, in particolare nella zona della piana Albenganese, tanto da essere considerata la Villa Literno del Nord.
Il fenomeno migratorio non è nuovo al territorio, infatti, per via della richiesta di mano d'opera sia del settore agricolo sia di quello edilizio ci sono state grosse immigrazioni da altre regioni italiane (Veneto, Sicilia, Calabria) negli anni "50, "60 e "70.

Si riporta di seguito la tabella relativa alla consistenza delle sedi d'impresa attive al 31.12.2004 per settore d'attività del territorio del Distretto, ricavata dai dati dalla Camera di Commercio di Savona:

SEDI D'IMPRESA ATTIVE AL 31.12.2004 PER SETTORE D'ATTIVITÀ/ DSS N. 4

SETTORE D'ATTIVITA'	TOTALE IMPRESE	PERCENTUALI
A Agricoltura, caccia e silvicoltura	2.126	25,12
B Pesca, piscicoltura e servizi connessi	8	0,09
C Estrazione di minerali	2	0,02
D Attivita' manifatturiere	585	6,91
E Produzione e distribuz. energ.elettr.,gas e acqua	5	0,06
F Costruzioni	1.496	17,68
G Commercio ingrosso e dettaglio -rip.beni pers.e per la casa	1.853	21,90
H Alberghi e ristoranti	839	9,91
I Trasporti, magazzinaggio e comunicazioni	206	2,43
J Intermediaz.monetaria e finanziaria	144	1,70
K Attiv.immobiliare, noleggio,informat.,ricerca	679	8,02
L Pubbl.amm.e difesa;assic.sociale obbligatoria	0	0,00
M Istruzione	11	0,13
N Sanita' e altri servizi sociali	17	0,20
O Altri servizi pubblici, sociali e personali	457	5,40
X Imprese non classificate	32	0,38
TOTALE	8.462	100,00

****in allegato B ad oggetto: "SEDI D'IMPRESA ATTIVE AL 31.12.2004 PER SETTORE D'ATTIVITÀ E COMUNE" si può trovare la tabella relativa a tutti i comuni del Distretto.**

Si evidenzia pertanto che i primari settori lavorativi sono i seguenti:

- Agricolo (coltivazioni in serre, coltivazioni delle olive, etc.)

(Albenga, Ceriale, Andora, Cisano, Ortovero, Casanova, Villanova, etc.)

- Commercio (ingrosso e dettaglio, rip. Beni pers. e per la casa, etc.)

(Alassio, Alberga, Andora, Ceriale, laigueglia, Villanova d'A., etc.)

- Edilizia (imprese private, piccoli artigiani edili)

(Albenga, Andora, Alassio, Ceriale, Villanova d'A., etc.)

- Turismo (settore alberghiero, ristoranti, spiagge, etc.)

(Alassio, Albenga [+ camping, ristoranti e bar], Laigueglia, Andora, Ceriale, etc.)

- Attività immobiliare (Alberga, Alassio, Andora e Ceriale)
- Attività manifatturiere (Albenga, Alassio, Andora, Villanova)
- Terziario (comuni, istituti, etc.)

La sede delle attività produttive si concentra maggiormente sulla costa.
Il Comune di **Alassio** ed il Comune di **Laigueglia** si caratterizzano in particolare per il turismo (alberghi e ristoranti) ed attività commerciali, il Comune di **Albenga** per l'Agricoltura seguito con lungo distacco da **Ceriale** ed **Andora,** così come anche per il Terziario.
La situazione economica risente del flusso turistico tipicamente stagionale (estate), con lunghi periodi di disoccupazione (inverno). Fenomeno tipico anche del lavoro agricolo e del settore manifatturiero strettamente collegato all'agricoltura stessa

Albenga, (sup. Kmq. 37 ab. 23.735) il comune capofila del Distretto Sociosanitario, è situato ai limiti occidentali della più grande pianura alluvionale della Liguria marittima. Secondo centro a livello provinciale. Nella situazione socioeconomica la città si differenzia sostanzialmente dai vicini comuni turistici costieri di **Alassio, Laigueglia, e Ceriale**. Da Savona a Ventimiglia è, infatti, l'unico centro marittimo a presentare una percentuale di seconde case inferiore al 10% dell'intero patrimonio edilizio con un incremento demografico e del costruito superiore a quello di tutti i centri turistici vicini dove le seconde case superano spesso il 40% del totale come per esempio ad Alassio e a Ceriale.
Un discreto patrimonio industriale, in gran parte collegato alle consistenti produzioni ortofloricole e florovivaistiche, all'aperto ed in serra, della pianura circostante, giustifica particolari fenomeni insidiativi accentuati nei decenni anteriori agli anni "80, anche dal progressivo spostamento verso il mare della popolazione, originariamente residente nei comuni della media ed alta vallata. Questo movimento migratorio, che accomuna in epoca moderna e contemporanea tutto il territorio regionale, si precisa nel caso del Centa con un'alterna bipolarità, esistente da secoli, tra la capitale ingauna della montagna, che è Pieve di Teco (prov. IM - a circa 30 Km. da Albenga/proseguendo all'interno della valle Arroscia sulla SS 453, arteria di collegamento con il Piemonte (importante passaggio della via del sale), e Albenga stessa.
Al territorio dell'albenganese fa riferimento attualmente, in termini di servizi, non solo la popolazione del Distretto, ma un territorio più vasto comprendente la popolazione residente nell'alta Val Pennavaire - comprendente anche i Comuni cuneesi di Alto, Caprauna e Fraz. Cerisola di Garessio - ed in parte la popolazione della Valle Arroscia - nella provincia di Imperia -, che storicamente, per cultura e conformazione orografica hanno sempre avuto uno stretta interdipendenza con l'area dell' albenganese. Infatti le persone gravitano e fanno riferimento alla nostro territorio, sia in alcuni casi per quanto concerne la sede lavorativa sia per quanto riguarda la frequenza alle Scuole Superiori, i ricoveri in Ospedale, gli acquisti al Mercato settimanale, ed ai Supermercati, l'utilizzo dei Servizi territoriali sanitari, delle Banche, etc.) allocati sulla costa (in particolare su Albenga e Alassio).
E' presente nel Distretto lo **Scalo Aeroportuale di Villanova d'Albenga**. E' anche avviato il trasferimento delle officine "Piaggio" (industria aeronautica) di Finale L. in una zona contigua all'aeroporto stesso. A fianco è presente l' **"Ippodromo dei Fiori",** dove si effettua anche attività di ippoterapia (Associazione FUTURO). Nel vicino Comune di Garlenda, è presente un **Golf a 18 buche** e negli ultimi anni, nell'entroterra, si è puntato sulle **Aziende Agrituristiche.**

****In allegato C** "Il documento, della Camera di Commercio Industria Artigianato e Agricoltura di Savona, relativo alla struttura socio-economica dell'intera provincia, finalizzato sia ad un confronto con la nostra specifica realtà di Distretto, che alla rappresentazione del contesto provinciale in cui siamo inseriti".

2. ANALISI DELL'OFFERTA/ CRITICITA'/BISOGNI/ /RISORSE

PREMESSA. Tale analisi dell'offerta sociale e sanitaria parte dalla **contestualizzazione di ogni rete**, con la presentazione a livello quantitativo, là dove è possibile, della popolazione di riferimento e dei dati reali e di previsione (incremento o decremento) fornitici dalla Provincia e finalizzati alle scelte programmatorie.

Tenta inoltre di presentare, in modo sintetico, **gli interventi/ prestazioni e la tipologia dei Servizi offerti a livello territoriale** : per quanto concerne la componente sociale la fonte dei dati, sia economici (anni 2003/2004/2005/2006) che relativi all'utenza (2006) è tratta dalle rilevazioni ISTAT, debito informativo a cui si assolve annualmente nei confronti della Regione Liguria, mentre per la componente sanitaria i dati - forniti dai diversi Dipartimenti fanno riferimento all'anno 2007 e non hanno omogeneità di rilevazione tra aree in quanto afferenti a Servizi diversi.
Metodologicamente i dati sociali e sanitari, per essere confrontabili, dovrebbero far riferimento alle stesse annualità.
Inoltre si rilevano all'interno della rilevazione, degli stessi dati sociali, delle criticità:

- le schede di rilevazione regionali hanno presentato delle variazioni nel corso degli anni che non permettono una confrontabilità omogenea dei dati rilevati a livello temporale;
- non sempre vengono inseriti con lo stesso criterio metodologico, infatti la raccolta stessa dei dati di spesa non sempre sembra sia stata adottata con omogeneità di classificazione da parte di tutti gli operatori;

che inoltre, effettivamente oberati dal lavoro di routine, vivono tale incombenza informativa come un peso aggiuntivo non finalizzato ad una conoscenza utile per la programmazione del Servizio.
Un esempio concreto di tali criticità è la non chiara rappresentazione delle spese relative al Servizio Sociale Professionale che spalmato sulle varie aree, non rappresenta un dato rappresentativo e certo ed appare inoltre sottostimato. Così come le spese per il personale del Servizio non vengono raccolte con omogeneità in modo tale da inficiare la reale rappresentazione dell'investimento sul personale.

Rappresenta inoltre in ogni rete **le criticità ed i bisogni** emersi, e **le risorse** del territorio in termini di molteplicità degli attori delle reti, sia a livello istituzionale che di Terzo Settore.

A. RETE 2 FAMIGLIA/ Servizi alla famiglia/minori/ adolescenti e giovani

A) DATI CONTESTO

Elaborazione su dati ISTAT della popolazione residente al 1.1.2007							
Fasce Età	da 0 a 2	da 3 a 5	da 6 a 10	da 11 a 14	da 15 a 17	TOT	%
ALASSIO	224	244	411	299	197	1.375	16,03
ALBENGA	578	540	945	783	580	3.426	39,94
ANDORA	165	187	282	212	160	1.006	11,73
CERIALE	134	143	206	149	130	762	
CISANO	45	59	90	73	43	310	
TOT ATS CERIALE	179	202	296	222	173	1.072	12,50
ARNASCO	14	13	34	12	9	82	
CASANOVA LERRONE	13	23	19	18	16	89	
CASTELBIANCO	4	9	15	8	4	40	
CASTELVECCHIO	4	3	8	4	4	23	
ERLI	2	2	11	6	6	27	
GARLENDA	37	32	49	43	20	181	
LAIGUEGLIA	49	41	63	60	48	261	
NASINO	4	5	6	2	7	24	
ONZO	7	2	7	10	7	33	
ORTOVERO	48	44	60	75	55	282	
STELLANELLO	20	19	45	23	18	125	
TESTICO	4	10	6	1	0	21	
VENDONE	6	13	18	16	5	58	
VILLANOVA D'ALBENGA	77	59	111	89	63	399	
ZUCCARELLO	12	7	16	11	7	53	
TOT. ATS MONTANO	301	282	468	378	269	1698	19,80
TOT. DSS	1.447	1.455	2.402	1.894	1.379	8.577	100

CRESCITA DELLA POPOLAZIONE GIOVANILE*

*Dal documento della Provincia di Savona " Servizio Politiche del Lavoro e Sociali - Osservatorio del Mercato del lavoro" a cura della Dott.ssa Stefania Rizzieri (la parte in corsivo).

La focalizzazione delle analisi sul target della popolazione che esprime bisogni di scolarità consente di effettuare alcune considerazioni. Nel distretto i bambini da 0 a 2 anni erano pari a 1.409 unità (anno 2005), con un incremento del +3,3% rispetto al 2003. Le stime al 2010 indicano la continuità del processo di crescita (+0,43%) e ciò fa ipotizzare almeno un mantenimento dell'offerta degli attuali livelli integrati di asili nido. Secondo i dati forniti dalla Regione Liguria ([2]) :

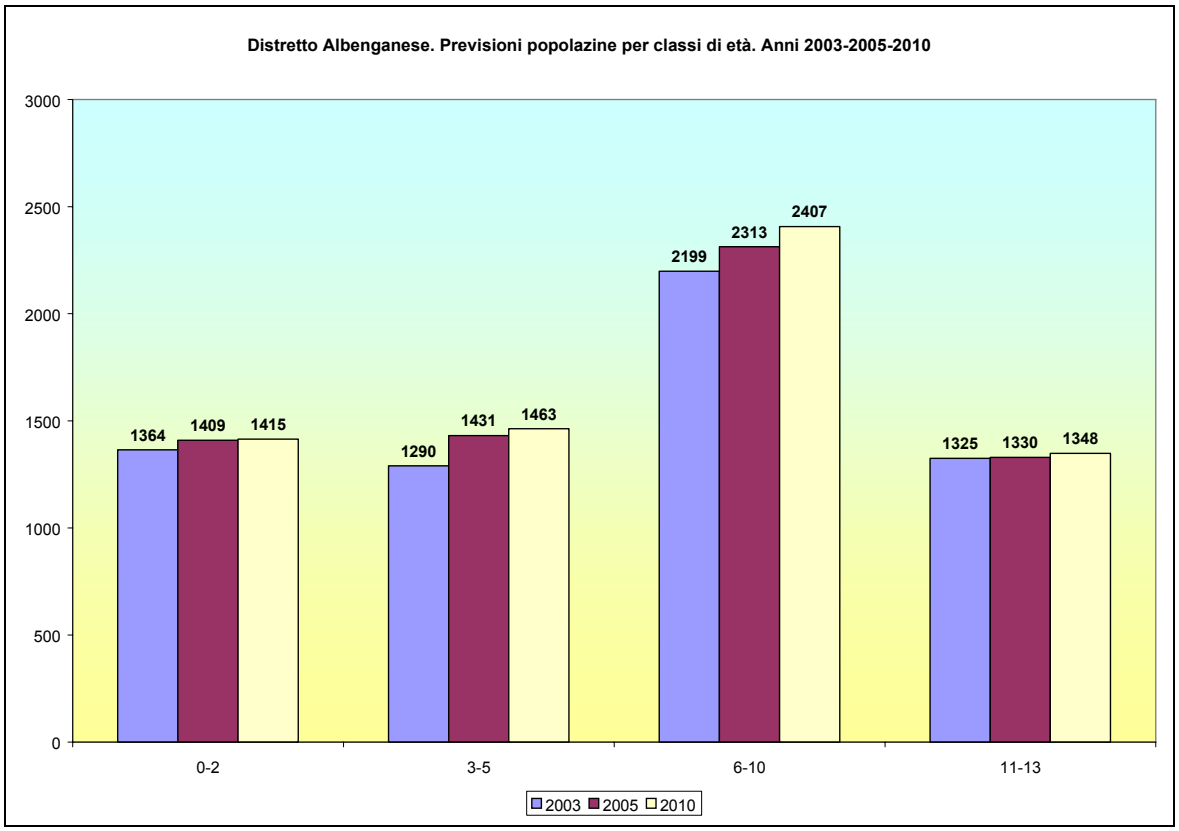
minori <3 anni 01.01. 07	**Asili nido 31.12.06**		**Servizi 31.12.06**		**Servizi innovativi/ sperimentali 31.12.06**		**Totale posti per minori al 31/12/06**	**%**	***obiettivo europeo del 33% (*)***
			integrativi		**per la prima infanzia**			**posti sui minori**	
			per la prima infanzia						
n.	n.	posti.	n.	posti.	n.	posti.	**posti.**		*n.*
1.409	**3**	**113**	1	18	8	129	**260**	**18%**	**465**

il che equivale ad ipotizzare un ampliamento dell'offerta dei servizi anche in considerazioni delle stime previsionali demografiche.

Per la fascia di età successiva, quella fra i 3 ed i 5 anni la crescita complessiva è stata del 10,9% che li fa attestare a 1431 unità. Le previsioni elaborate per i prossimi tre anni evidenziano sempre una crescita anche se più contenuta del +2,25%. Ciò induce a riflettere sulla necessità di avviare politiche per l'ampliamento dell'offerta di servizi di scuole materne atte a soddisfare il surplus della domanda.

([2]) Bollettino Ufficiale della Regione liguria n. 37 del 12/09/07 "Piano Sociale Integrato regionale 2007/2010" L.R. 24 maggio 2006 n.12 (promozione del sistema integrato servizi sociali e sociosanitari) art 25 e 62.

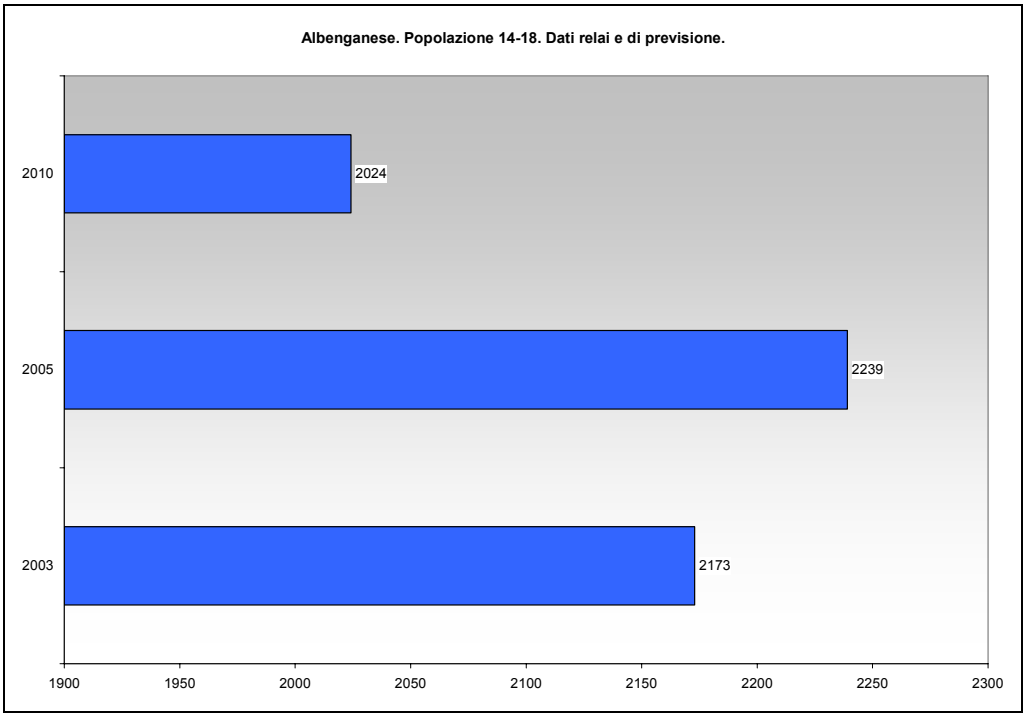
Secondo i dati forniti dal Ministero della Pubblica Istruzione risultano, nell'anno scolastico 2006-2007, sul territorio del distretto, 23 punti di erogazione del servizio di prima infanzia (scuole statali e paritarie) (pari a 66 sezioni) che soddisfano una domanda di 1.501 utenti complessivi. I bambini in liste di attesa risultano pari a 33, mentre non sussistono casi di bambini provenienti da comunità nomade. Il numero di bambini con handicap risulta di 12 unità (sul totale di 58 a livello provinciale).



Per quanto riguarda la classe di età che coincide con la scuola primaria la crescita nel periodo 2003 2005 è stata del 5,18%, aumento che fa attestare i bambini in età 6-0 anni a 2313 unità. Il numero dei bambini risulta complessivamente di 2213 unità. Anche per questa fascia di età le previsioni demografiche indicano una crescita del +4,05% con un assestamento del loro numero a oltre 2.400 unità.

L'utenza scolastica, rilevata dai dati ministeriali per l'anno 2006/2007 evidenzia una domanda di istruzione pari a 2463 unità.

Per quanto riguarda il target di popolazione appartenete alla scuola media inferiore (1330 unità) emerge nel triennio una crescita del +0,38% e con previsioni di ulteriore incremento alla fine del 2010 (+1,36%). I dati di fonte ministeriale evidenziano come l'utenza scolastica sia stata sul territorio complessivamente di 1538 unità. Gli alunni stranieri che frequentano la scuola media risultano pari a 148 unità, quelli diversamente abili pari a 32 unità. Si evidenzia che l'incremento rilevato, nel periodo, dell'utenza scolastica del primo ciclo è da imputare anche alla presenza di cittadini stranieri il cui incremento nella fascia di età corrispondente è stato decisamente elevato.



Il target di popolazione appartenente al secondo ciclo scolastico è pari a 2.239 unità con una crescita nel triennio del +3,04%. Le stime indicano una loro contrazione anche se tale decremento sarà valutato in relazione alla capacità attrattiva di flussi migratori dall'estero. I dati del Ministero indicano una frequenza scolastica di 1845 soggetti.

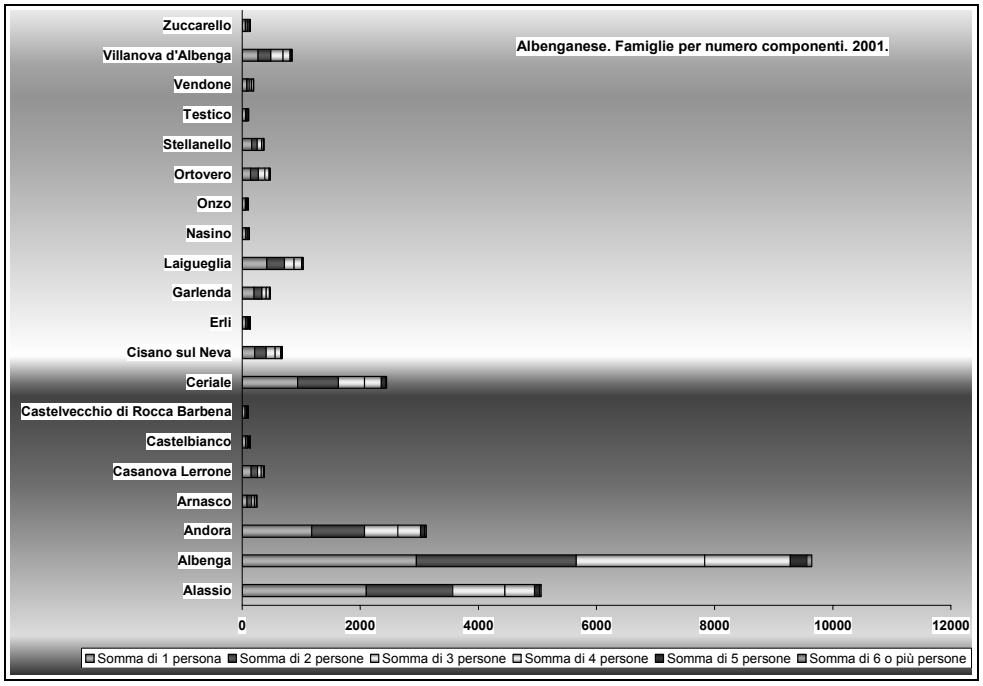
Circa i trend della reali domanda di istruzione futura che si rivolgerà all'area appare opportuno evidenziare che la stessa dipenderà non solo dal bacino demografico di riferimento, ma anche e soprattutto dalla propensione connessa al proseguimento del percorso scolastico (e, quindi, indirettamente anche dalla gamma e dalla varietà delle opportunità lavorative presenti sul territorio) ed anche dalle scelte di indirizzi scolastici in base alle proprie attitudini scolastiche ed all'idea del percorso professionale maturata da ciascun ragazzo.

In questo contesto appare opportuno evidenziare le entità dell'abbandono scolastico, rimandando alla fase successiva di impianto dell'Osservatorio delle Politiche Sociali, l'analisi delle sue caratteristiche qualitative.

I dati ad oggi disponibili per una prima valutazione quantitativa in merito alla dispersione scolastica di secondo grado sono quelli afferenti alla banca dati regionale "Siddif" che ponendo a confronto l'anagrafica dei residenti nelle singole classi di età, fornita dai Comuni, con quella degli utenti scolastici rileva il numero di coloro che si "si disperdono" dal passaggio dalla terza media alle scuole superiori. Per l'area i dati rilevati dalla succitata banca dati evidenziano un numero di 78 unità, valore pari al 29,21% della dispersione scolastica provinciale.

Famiglie

Com'è noto il problema delle famiglie in termini di prima rete sociale di supporto della collettività si pone nei termini di estrema parcellizzazione determinata da un aumento del numero delle famiglie a fronte di una generale diminuzione della popolazione, con la conseguente riduzione dei componenti medi per famiglia. La famiglia integrata da più generazioni non sembra più sussistere e si moltiplicano le condizioni di famiglie unipersonali generalmente costituite da anziani soli.



Le famiglie costituite da una sola persona rilevate nel 2001 costituiscono, ormai, il maggior parte (ben il 35,96% delle totalità delle famiglie). Le coppie con un figlio rappresentano il 28,2%, mentre sono il 19,8% quelle con due figli.

Si sottolinea che - per il DSS - **l'indice di carico sociale minori è pari a 0,19** [rapporto tra la popolazione infraquattordicenne (n. 7.198) e la popolazione attiva 15-64 (n. 38.682)].

B) ANALISI DELL'OFFERTA

A.S.L. 2 / DIP. MATERNO - INFANTILE			ANNO 2007	
U.O. ASS. CONSULTORIALE				
Resoconto ATTIVITA' CONSULTORIALE - DISTRETTO n° 4 Albenganese				
AREE di ATTIVITA'	**PRESTAZIONI**	**UTENZA**	**ACCESSI**	**Tempi di attesa**
				media fra le varie sedi
Ostetricia - Ginecologica	6.804	2.705	4.610	30 gg.
Pediatria Consultoriale	4.871	985	3.048	7 gg.
Pediatria di Comunità (*)	11.377			
Neuropsichiatria Infantile	1.177	239	1.097	
Area Psicologica	2.478	483	2.170	area psico-sociale
Area Sociale	2.599	490	2.361	e riabilitativa
Area Socio-Riabilitativa E.E. / Educatori	1.842	70	2.110	60 gg.
Area Riabilitativa Età Evolutiva / Terapisti Riabilitazione	3.350	648	3.164	
Attività di Prevenzione su Gruppi	**INTERVENTI**			
- Corsi / Incontri su gruppi	152	241	1.180	
(accompagnamento alla nascita - massaggio infantile - neo genitori -				
famiglie pre-adottive)				
- Educazione alla salute (a.s. 2006/'07) (*)	158			
TOT.	**34.808**	**5.861**	**19.740**	

(*)Trattandosi di funzioni istituzionali sulle comunità (nidi - scuole - comunità varie) i valori dell'utenza e degli accessi non sono valutabili in quanto utenti delle prestazioni sono le comunità. I flussi informativi sono riferibili solo al tot. prestazioni / interventi.

DISTRETTO DSS4 ALBENGANESE	
B 1. SERVIZI x coppia e famiglia	**UTENTI 2006**
Servizio Sociale Professionale	**690**
Trasporti	**3**
Servizi domiciliari	**1**
Contributi Economici Famiglia /Minori	**175**
Buoni Mensa Scolastica	**257**
Servizio Socio- Educativo Domiciliare	**25**
Contributi Fam. Affidatarie	**16**
Servizio Affido	**11**
Rette per strutture residenziali	**27**
Asilo Nido	**160**
Rette Asilo Nido	**9**
Centri Diurni Estivi	**714**
Centri Aggregazione giovanile	**555**
Contributi ad Enti	
Altro	**2**

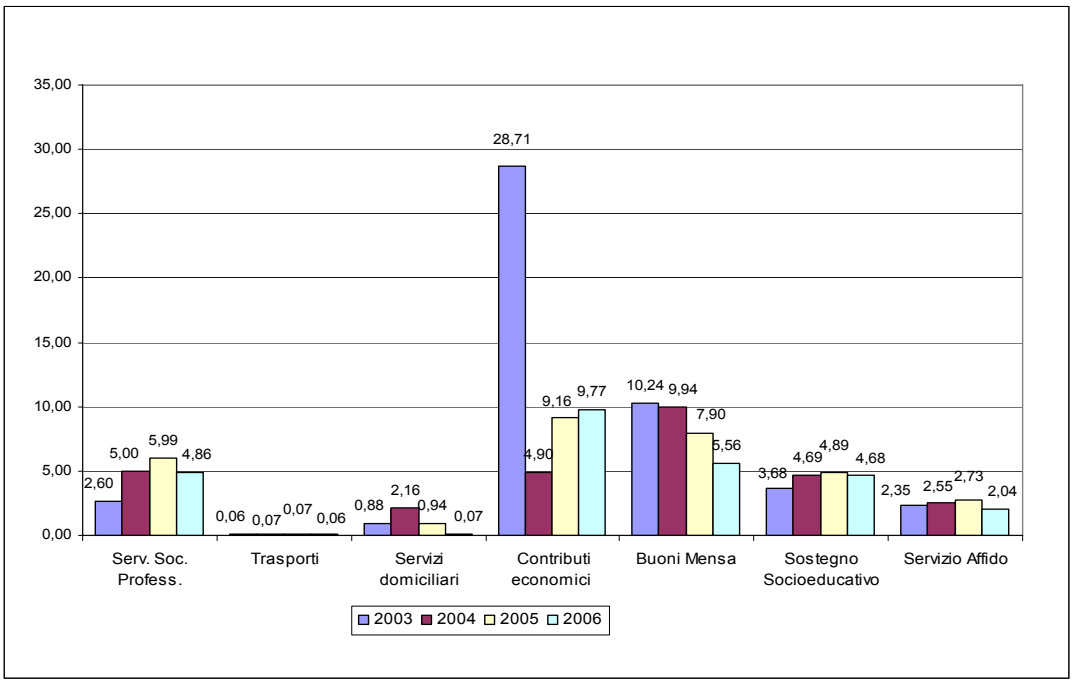
B 2. STRUTTURE DIURNE E RESIDENZIALI 2007	
Comune	**Asili nido/Integrativi Pubblici**
ALASSIO 1	24
ALBENGA 1	60
CERIALE 1	28
ARNASCO 1	9
TOT. posti	**121**

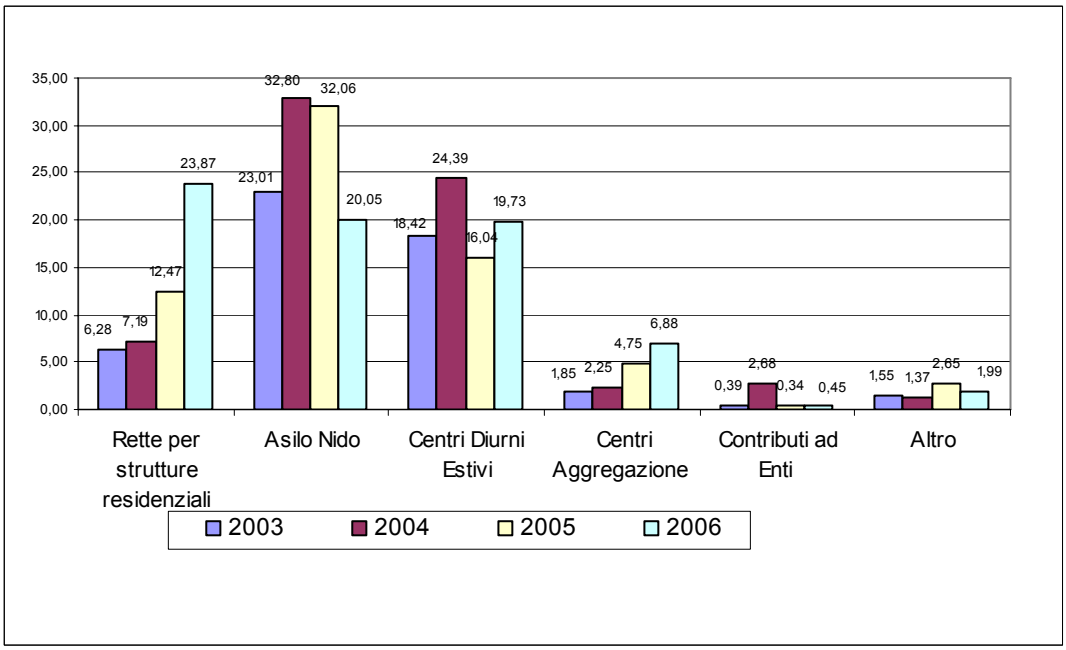
B3. Comunità per minori		Centri di aggregazione	Servizi 2006
2007		2007	a bassa soglia per disagio giovanile
n.	posti	n. centri	n. servizi
1	8	0	2
1*	4 nuclei	0	2

* mamma/bambino

C) SPESA SOCIALE COMUNI DSS

INCIDENZA PER TIPOLOGIA SERVIZI SULLA SPESA TOTALE FAMIGLIA E MINORI





Incidenza della spesa totale famiglie e minori sul totale della spesa

Anno	Totale Spesa Sociale	Spesa Fam. e Minori	%Incidenza Spesa
2003	€ 4.793.501,04	€ 1.779.115,76	**37,12**
2004	€ 4.345.995,88	€ 1.528.742,00	**35,18**
2005	€ 4.571.544,00	€ 1.463.815,20	**32,02**
2006	€ 6.462.359,00	€ 2.063.223,80	**31,93**

D. BISOGNI E CRITICITA'RILEVATI

• Il disagio abitativo è percepito come problema grave e prioritario
• Carenza di famiglie affidatarie disponibili
• Presenza alto numero di conflittualità familiare e separazione dei coniugi
• Necessità di supporto alla genitorialità
• L'importanza di conciliare le responsabilità familiari e professionali dei genitori che lavorano
• Allontanamento dei minori = carenza sostegno alla famiglia di origine dei minori in affido/comunità e carenza sostegno alle famiglie affidatarie
• Bisogno di aumentare le competenze degli operatori per la valutazione della recuperabilità delle famiglie e favorire azioni di sostegno nei casi di "crisi"
• Azioni a favore dei minori stranieri
• Potenziamento dei servizi per la prima infanzia
• Necessità implementazione progetti per l'autonomia a favore di minori e giovani in uscita dalla Comunità
• Prevenzione per gli adolescenti nei confronti di abuso di alcool e sostanze stupefacenti
• Sostegno psicosociale a minori ed adolescenti con problemi comportamentali, di dipendenza e fragilità psicologica (non adeguati gli spazi di Sert e C.S.M = no stessi spazi per minori, con patologie in esordio, e adulti cronicizzati)
• Mancanza di uno spazio consultoriale dedicato esclusivamente agli adolescenti per problematiche sessuologico-ginecologiche ed aspetti psicosociali
• Azioni di contrasto all'abbandono scolastico
• Promuovere ulteriormente il collegamento tra servizi sociosanitari e istituzioni scolastiche
• Intensificazione del raccordo tra la rete sociale, quella dei servizi sanitari e gli interventi per l'istruzione, la formazione, il lavoro, ai fini di una compiuta risposta alla persona, particolarmente se fragile
• Carenza di personale sia nei Servizi Consultoriali che in alcuni Ambiti Sociali: in particolare figura dello psicologo, dell'assistente sociale ed in certi casi dell'educatore
• Mancanza di aggiornamento e formazione adeguata per gli operatori per affrontare particolari problemi complessi
• Carenza di spazi di socializzazione per minori, adolescenti e giovani
• Carenza di strutture di accoglienza e di prima accoglienza per minori ed adolescenti
• Elevata richiesta di servizi per la prima infanzia in particolare in asilo nido = necessità di potenziamento dei servizi stessi

E. RISORSE RILEVATE*

1. Esperienza legata all'implementazione progetti L. 285/97, per la gestione a livello dell'allora Zona di alcuni progetti, che ha permesso una crescita qualitativa, grazie al lavoro di gruppo ed anche al confronto con realtà diversificate;

2. **Scuole :** per la prima Infanzia/ Primarie/Medie Inferiori e Medie Superiori, sono presenti su tutto il territorio, in particolare le Superiori si concentrano su Albenga ed Alassio (**V. allegato D**)

3. **Struttura Semplice Consultoriale ASL2 SAVONESE** : Sede: Albenga - Via 8 Marzo, 12 Dirigente Medico: Dott.ssa Maria Chiara Goslino
le seguenti progettualità in essere**: "**PERCORSO NASCITA" (**V. allegato E**), ABUSO E MALTRATTAMENTO AI MINORI (**V. allegato F**), "EDUCAZIONE ALLA SALUTE E SESSUALITÀ RESPONSABILE" : ormai dai primi anni 90 i Ginecologi e le Ostetriche dell'Ambito "Albenganese" portano avanti programmi di educazione alla salute in alcune scuole medie e superiori del territorio. Gli interventi, quando è stato possibile, sono da anni fatti in Consultorio facendo spostare gli alunni, perché questo, lavorando con gli adolescenti, ha portato ad un miglior approccio sia con gli operatori che con la struttura. Nell'anno scolastico 2007/2008 sono stati fatti interventi nelle seguenti scuole:

Nella loro sede:
* Scuola media Alassio: le terze medie
* Scuola media Andora : le terze medie
* Istituto Istruzione Superiore Galileo (ITIS) : prima , seconda e terza

In consultorio:
* Istituto Istruzione Superiore Aicardi (Agraria) : le prime
* Liceo statale G. Bruno
* Sezione classica : le seconde
* Sezione linguistica : le seconde
* Sezione scientifica : le seconde
* Ente Ligure di Formazione (Elfo): la prima
* Scuola Media Dante Alighieri : le terze medie
* Scuola media Ceriale : le terze medie
* Scuola media Via degli Orti Albenga : le terze medie

*Nell'anno 2007/2008 sarà fatto anche un incontro per classe in due quinte elementari delle T. Paccini di Albenga.

4. **Progetto Yepp.** E' un progetto internazionale attivo in altri paesi europei, volto alla prevenzione del disagio giovanile dovuto ad abusi da alcol e sostanze stupefacenti. In Italia è promosso dalla **Compagnia di S. Paolo** ed a livello territoriale locale dalla **Fondazione Comunitaria per il Ponente Savonese.** I destinatari di Yepp sono gli adolescenti ed i giovani nella fascia di età dai 15 ai 25 anni. Si parte dall'idea fondamentale che i ragazzi possano promuovere un cambiamento all'interno della comunità in cui vivono, impegnandosi nell'ideazione e nella realizzazione di un progetto e nella conduzione dello stesso. Si propone quindi di dare ai ragazzi ed alla comunità il potere di decidere (empowerment) all'interno del proprio territorio. L'idea è di promuovere il cambiamento all'interno della comunità partendo dalle sue necessità e risorse. Il modello di lavoro Yepp prevede che non ci sia un progetto a monte da sviluppare, un'idea preconfezionata da realizzare, un piano di lavoro da imporre, ma che partendo dai risultati della ricerca, si individui il miglior progetto realizzabile in un determinato contesto. Sono quindi i giovani e la comunità del Gruppo di Supporto che devono determinare quale è per loro l'obiettivo più utile, quello concretamente realizzabile, quello che va a coprire bisogni o necessità emersi dalla ricerca sul territorio. Il Comuni di Alassio, di Albenga e Loano aderendo al progetto, dal maggio 2007 hanno dato corso agli adempimenti relativi all'affidamento del servizio di ricercatore e coordinatore locale in affiancamento al gruppo di supporto. Il 23 settembre 2008 è stato approvato e sottoscritto lo specifico protocollo d'intesa che disciplina i reciproci impegni tra INA (Germania), i Comuni di Alassio, Albenga, Loano (Italia), la Fondazione Comunitaria del Ponente Savonese e la Compagnia di San Paolo (Italia) soggetti istituzionali attuatori del progetto YEPP - Youth Empowerment Partnership Programme**.**

5. Faranno parte della rete anche i seguenti progetti con il Contributo Regionale 2008 per azioni innovative o a rilevanza regionale:
• **COMUNE di STELLANELLO** Progetto:"Laboratori scolastici 5.000,00";
• **ATS COMUNITÀ MONTANA INGAUNA** Progetto: "ETA BETA. Laboratorio professionalizzante per soggetti disabili" € 40.000,00;
• **ATS ALASSIO "**Progetto Yepp" (Youth Empowerment Partnership Programme) € 35.000
• **ATS ALBENGA** Progetto: "Tavola insieme" € 3.000,00;
• **ATS ALBENGA** Progetto: "Il Prestalibroinviaggio" € 1.000,00;
• **DSS 4 ALBENGANESE** Progetto: "Scuola e Famiglia: Risorse Territoriali di Prevenzione rivolte al Ben-Essere 30.000,00.(V. Azioni e Obiettivi di DSS4
6. La presenza di **Associazioni** in particolare nei Comuni della costa, ma non esclusivamente, tra cui in particolare - tra i partecipanti al focus-group - le seguenti Associazioni:
• "**S.J.A.M.O.":** Associazione Adozioni Internazionali (Albenga);(Ricevuto Contributo Regionale per azioni innovative o a rilevanza regionale (PSIR 2007/2010 parte terza – punto 3) Progetto "Il treno della Soli-darietà" (2007); Fare accoglienza, adozione e affido-accoglienza di bambini/ adolescenti 8.000,00 (2008);
• **CARITAS DIOCESANA :** (Albenga); Centro accoglienza per madre e bambino "Casa Madre Ada in Albenga (SV) (Ricevuto Contributo Regionale Ristrutturazione CC 2007);
• **CENTRO DI ASCOLTO/ CARITAS DIOCESANA :** (Albenga) Protocollo D'intesa tra DSS N. 4 Albenganese, l' Ente Formazione Professionale E.L.Fo., ed Il Centro D'ascolto Caritas Diocesana / sede di Albenga, in Relazione alle Presentazione : dei Piani Attuativi per la Sperimentazione di Interventi per le Famiglie - ex D.G.R N. 258 del 14.03.2008"-, da Parte del Dss alla Regione, e della richiesta di finanziamento per un corso di Formazione per la figura di "Assistente Familiare", da parte dell' E.L.Fo. alla Provincia di Savona;
• **DIOCESI DI ALBENGA E IMPERIA** : Ricevuto Contributo regionale CC 2007 Ristrutturazione edificio per comunità alloggio per minori in Comune di Ceriale con demolizione e ricostruzione fabbricato);
• **ASSOCIAZIONE VERDEAZZURRA** (Albenga):coinvolgimento genitori di bambini calciatori per la riscoperta dell'aspetto ludico e non competitivo del calcio e la trasmissione di valori positivi, come la solidarietà, per la formazione dei bambini. Sono inoltre rappresentanti sul territorio dell'associazione "Bambini di Chernobyl" di Carmagnola (TO)
• **COMITATO PER IL TELEFONO AZZURRO** (Albenga); Assistenza volontari in orario scolastico per bambini con difficoltà; Progetto sul bullismo;
• **ASSOCIAZIONE IL VOLO DELLA GABBIANELLA** (Ortovero): sensibilizzazione all'affido familiare e all'adozione, educazione e formazione giovanile;
• **FAMIGLIE PER L'ACCOGLIENZA (**Alassio): adozione e affido;
Inoltre rientrano nella rete dei Servizi le seguenti Associazioni in quanto percipienti anch'esse il Contributo Regionale 2008 per azioni innovative o a rilevanza regionale
• **ASSOCIAZIONE SCIENZA E VITA INGAUNA** : Progetto: "Aggiungi un posto a tavola" € 5.000,00;
• **ART ONLUS :** Progetto: "Stelle come milioni di sonagli" € 4.000,00;

- *In Allegato G sono ricomprese tutte le altre Associazioni presenti sul territorio attinenti la rete 2.*

B. RETI 3 NON AUTOSUFFICENZA/ANZIANI & 6 POLITICHE ATTIVE PER L'INVECCHIAMENTO

A) DATI di CONTESTO

ELABORAZIONE SU DATI ISTAT DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE AL 1.1.2007

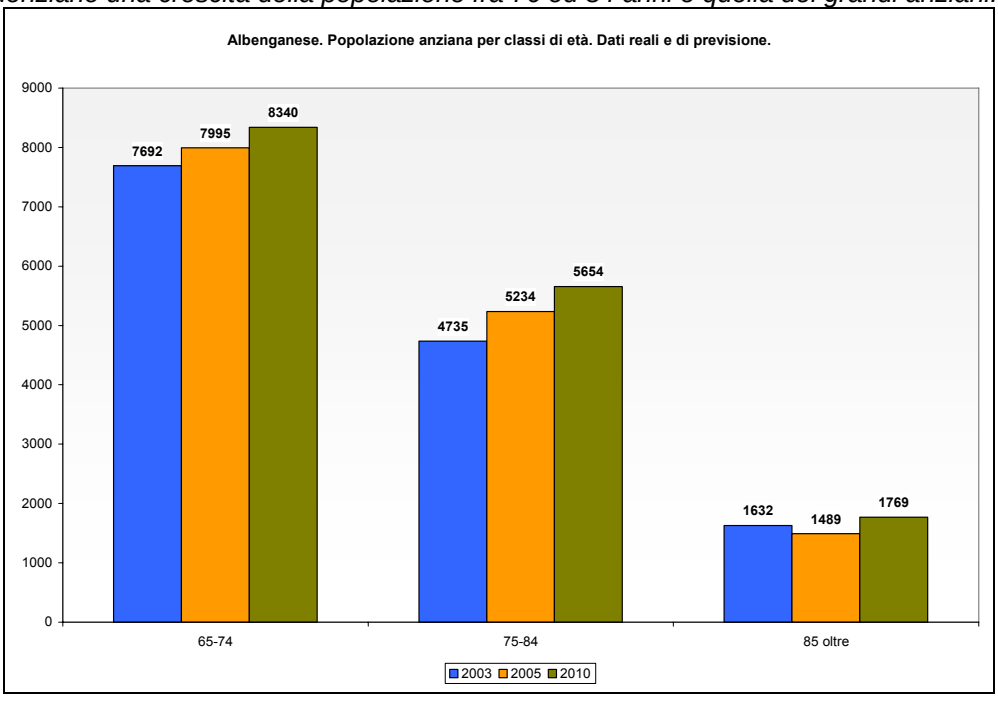
DATI ANZIANI ≥ 65 ANNI	da 65 a 74	>75	TOT. ANZIANI	% ATS TOT. DSS
A.T.S. ALASSIO	1.660	1.628	3.288	21,57
A.T.S. ALBENGA	3.026	2.496	5.522	36,22
A.T.S. ANDORA	1.006	887	1.893	12,42
A.T.S. CERIALE:	832	627	1.459	11,83
CISANO	190	154	344	
A.T.S. COMUNITA' MONT. INGAUNA:	1.425	1.315	2.740	17,97
ARNASCO	76	73	149	
CASANOVA L.	136	121	257	
CASTELBIANCO	35	38	73	
CASTELVECCHIO DI R. B.	33	32	65	
ERLI	31	56	87	
GARLENDA	132	107	239	
LAIGUEGLIA	312	257	569	
NASINO	47	37	84	
ONZO	44	37	81	
ORTOVERO	123	109	232	
STELLANELLO	102	97	199	
TESTICO	40	36	76	
VENDONE	48	76	124	
VILLANOVA	231	206	437	
ZUCCARELLO	35	33	68	
TOT COMPLESSIVO	**8.139**	**7.107**	**15.246**	

Si sottolinea che - per il DSS - **l'indice di carico sociale anziani è pari a 0,39** [rapporto tra la popolazione > 65 (n.15.246) e la popolazione attiva 15-64 (n. 38.682)], mentre - **l'indice di vecchiaia è pari a 212** [rapporto tra la popolazione > 65 e la popolazione infra quattordicenne (n. 7.198)].

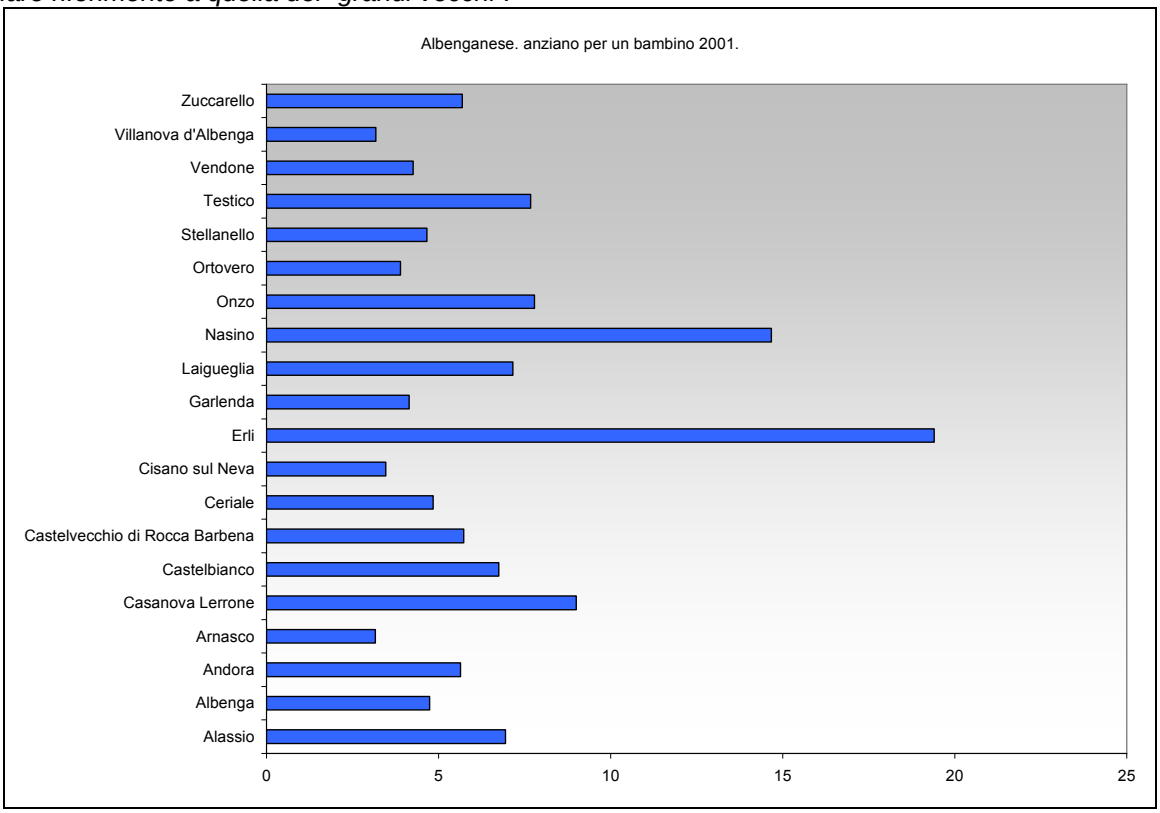
L'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE*

* Dal documento della Provincia di Savona " Servizio Politiche del Lavoro e Sociali - Osservatorio del Mercato del lavoro" a cura della Dott.ssa Stefania Rizzieri (la parte in corsivo)

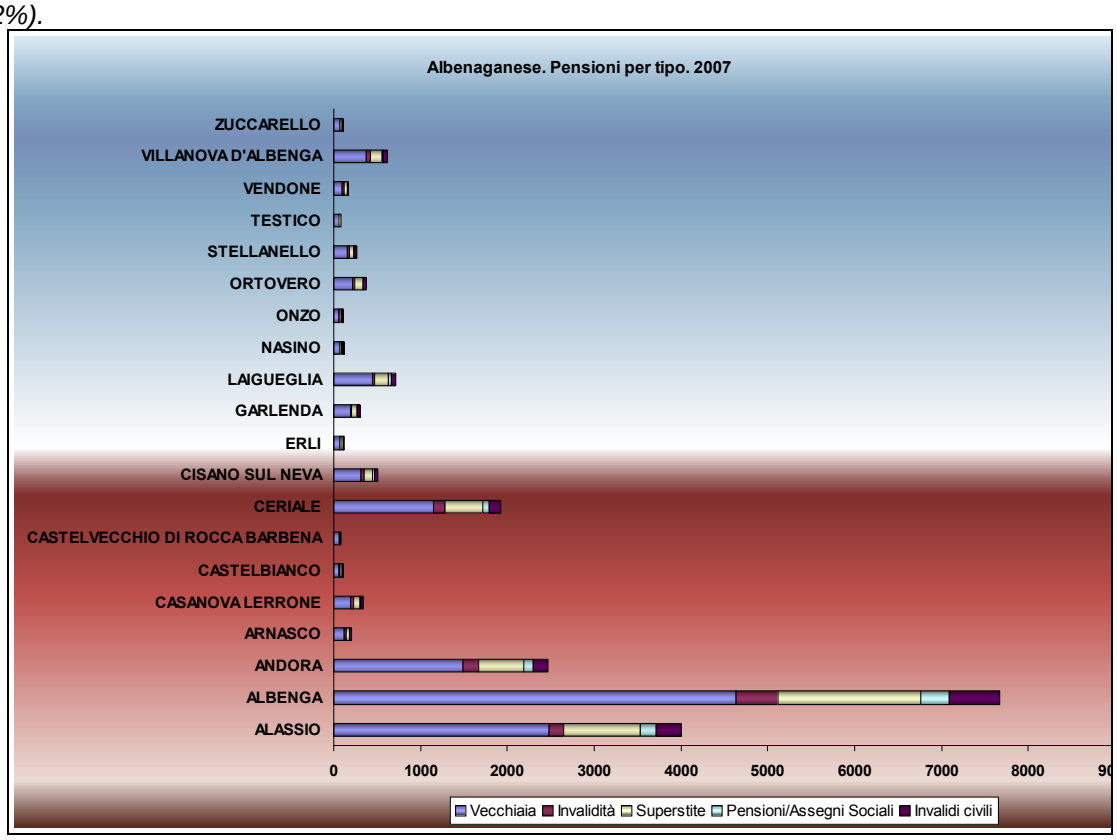
I soggetti con 65 anni ed oltre erano pari a 14.718 [anno 2005] (+4,687% rispetto al 2003). Le previsioni evidenziano una crescita del +7,11% che li fa attestare a 15.764 residenti. In termini di classe di età le previsioni evidenziano una crescita della popolazione fra 76 ed 84 anni e quella dei grandi anziani.



Le stime elaborate indicano per il futuro una crescita complessiva per tutte e tre le classi d'anziani, con particolare riferimento a quella dei "grandi vecchi".



In sintesi le previsioni elaborate per il distretto evidenziano una crescita della popolazione per classi di età con ritmi di crescita differenti. Così a fronte di previsioni di crescita giovanile del 1,91% si assisterà ad una crescita della popolazione anziana del +7,1%. In particolare i tassi di crescita variano al variare della fascia di età considerata: così la crescita maggiore sembra essere imputata alla crescita dei grandi vecchi (+18,82%).



SITUAZIONE DELLE PRATICHE di ACCERTAMENTO DELLE MINORAZIONI CIVILI					
ANNO 2007	TOTALE	Invalidità	Legge 80/06	Handicap (Legge 104/92)	Disabili (Legge 68/99)
Domande pervenute	2.020	1.506	177 (*)	348	166
Sedute effettuate	236	139		52	45
Convocazione effettuate	2.437	1.971		296	170
Visite effettuate (ambulatoriali)	1.884	1.462		295	127
Visite effettuate (domiciliari)	46	37		9	
Pratiche definite	1.632	1.252		271	109
Pratiche sospese per accertamenti sanitari	252	210		24	18
Tempi medi di attesa(in giorni)per tutte le domande		61		76	71
(*)Le domande per la legge 80 sono già conteggiate sia nell'I.C. che nella 104.					

Anziani che hanno chiesto l'esenzione (quindi non rappresentano il 100% di chi è in possesso dell'invalidità civile con accompagnamento o altra misura, ma approssimativamente la maggior parte):

65 - 74 con accompagnamento	> 75 con accompagnamento	ciechi 65 - 74	ciechi > 75	ciechi e sordomuti 65 -74	ciechi e sordomuti > 75	totale
62	**341**	**5**	**14**	**6**	**22**	**450**

B)ANALISI DELL'OFFERTA

U.O. Anziani/ ASL 2 Savonese
Distretto 4 Albenganese

ASSISTENZA DOMICILIARE PRESTAZIONALE	Utenti	Accessi	Prestaz.	Attesa	Costo utente (per anno)	Costo totale (ADP+ADI)
		i.p. + o.s.s.		(giorni)		(per anno)
Ass. Domiciliare	1.550	3.060	3.009	2	-	512.747
A. D. P (M. M. G . n.29)	348	6.788		-	370,45	128.920

A.D. I .	Utenti	Numero accessi i.p. +t.d.r.+ o.s.s	Attesa media giorni	Costo utente	Costo totale (ADP+ADI)
I e II livello	640	14.062	2		512.747 già riportato sopra
M. M. G . (n.5)	6	63	-	198,33	1.190

	POSTI STRUTTURE	Tot.	Con	Non Con	Occup	Attesa (gior)	Costo totale ASL(quota san) (per anno)
	A.C.S.	100	-	100	59		
R.P.	TRINCHERI	100	77	23	100	0	**€ 694.084,00**
	VILLE PARADISO	33	25	8	26	0	**€ 231.238,00**
STRUTTURE	MAGLIONE	40	-	40	40		
	STELLA MARIS	56	-	51	51		
	Totale	329	102	222	276		**€ 925.322,00**
R.S.A.	ALASSIO	40					**€ 1.704.166**

DISTRETTO DSS4 ALBENGANESE	
1. b SERVIZI E CURE DOMICILIARI EROGATE ATS	UTENTI 2006
Servizio sociale professionale	941
Assistenza domiciliare socio-assistenziale	185
Buon vicinato	8
Assistenza domiciliare sociale integrata con servizi sanitari	da perfezionare
Trasporti	110
Contributi integrazione reddito, affitto, prestazioni sanitarie	130
Contributi per inserimenti strutture residenziali	72
Buoni spesa	14
Distribuzione pasti e/o lavanderia domicilio	41
Assegno servizi	19
Telesoccorso e teleassistenza	56
Utenti seguiti da custodi sociali	3
1.b SERVIZI POLITICHE ATTIVE ANTINVECCHIAMENTO EROGATE ATS	UTENTI 2006
Sportello cittadinanza	65
Soggiorni estivi, invernali, termali	244
Attività ricreative sociali,culturali,sportive, attività motoria, piscina, etc.	840
Pasti ristorante	54
Centri di aggregazione/ sociale	482
Iniziative di volontariato	73

2.b INTERVENTI RESIDENZIALI E DIURNI

COMUNE	STRUTTURA	TOT. POSTI	POSTI ACCREDITATI/CENTRI DIURNI
ALASSIO	Casa Albergo " Poggio Fiorito"	45	-
ALASSIO	C. Diurno/Comune Alassio/A.S.L. I° livello demenze	15	15

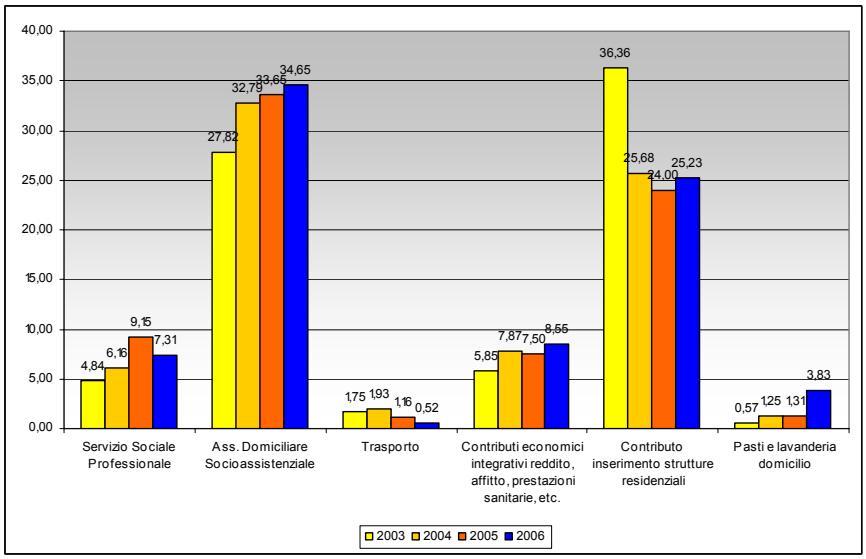
3.b APPARTAMENTI PROTETTI CENTRI ANZIANI O POLIVALENTI (COMUNALI)

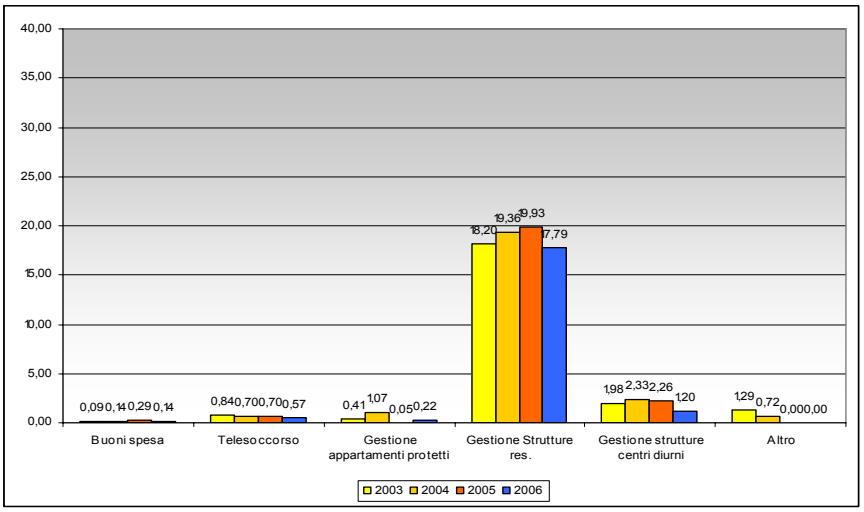
COMUNE	APPARTAMENTI PROTETTI	CENTRI ANZIANI O POLIVALENTI (COMUNALI)
ANDORA	-	1
LAIGUEGLIA	-	-
ALASSIO	-	1
ALBENGA	-	1
CERIALE	6 (di cui 2 x disabili)	-
VILLANOVA	3	1
ORTOVERO/POGLI	-	1
CASTELVECCHI DI R. B	2	-
STELLANELLO	5	-

4.b FRNA ANZIANI (situazione complessiva al 31 dicembre 2007)

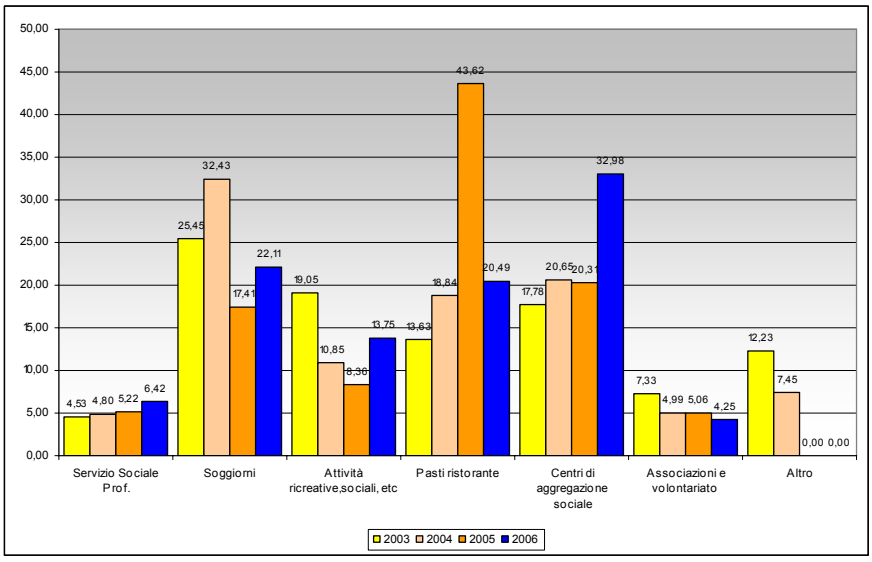
n° domande pervenute al 31-XII-2007	n° domande ammesse alla valutazione al 31-XII-2007	n° domande inserite in graduatoria aventi diritto alla misura economica al 31-XII-2007	n° misure economiche già erogate al 31-XII 2007	n° misure economiche in attesa di erogazione al 31-XII-2007
186	174	133	78	55

C. SPESA SOCIALE
INCIDENZA PER TIPOLOGIA SERVIZI SULLA SPESA TOTALE ANZIANI





INCIDENZA PER TIPOLOGIA SERVIZI SULLA SPESA TOTALE POLITICHE ATTIVE PER L'INVECCHIAMENTO



Incidenza della spesa totale anziani sul totale della spesa sociale

Anno	Totale Spesa Sociale	Spesa Anziani	% Spesa Anziani
2003	4.793.501,04	1.822.826,00	38,03
2004	4.345.995,88	1.836.898,80	42,27
2005	4.571.544,00	1.763.922,96	38,58
2006	6.462.359,00	2.059.751,00	31,87

Incidenza della spesa totale politiche invecchiamento sul totale della spesa sociale

Anno	Totale Spesa Sociale	Spesa politiche invecchiamento	% Spesa politiche invecchiamento
2003	4.793.501,04	€ 95.546,71	1,99
2004	4.345.995,88	€ 113.268,25	2,61
2005	4.571.544,00	€ 208.370,00	4,56
2006	6.462.359,00	€ 131.562,00	2,04

D. BISOGNI E CRITICITA' RILEVATI

- Presenza di anziani soli o coppie, con parenti in altre regioni e/o comunque lontani;
- Alta percentuale di anziani sulla popolazione residente (circa il 25%);
- Alti costi per gli inserimenti nelle strutture residenziali, e misura della non autosufficienza ed assegno servizi non sempre sufficienti a garantire una permanenza a domicilio adeguata;
- Carenza di sostegno ai car-giver dei non autosufficienti sia sotto l'aspetto sanitario che sociale;
- Carenza di soluzioni di pronta Accoglienza e di accudimento/cura continuativa a favore di persone non autosufficienti in situazioni di emergenza familiare (eccetto gli esistenti ricoveri di emergenza climatica socio-sanitaria e di sollievo in R.S.A./A.S.L.);
- Carenza e necessità di potenziamento di operatori sociali e sanitari addetti ai Servizi Domiciliari ; assenza di forme di aggiornamento;
- Problematica demenze:
    1. Mancanza di strutture residenziali specifiche per la cura della malattia;
    2. Carenza di informazioni adeguate alle famiglie riguardo all'esordio della malattia;
    3. Necessità di riorganizzazione dei Centri Diurni, più rispondenti alle necessità familiari [II livello] anche dal punto di vista di localizzazione territoriale ed organizzazione trasporto [per e dai centri]
- Assenza di coordinamento formale tra assistenza domiciliare sociale e sanitaria;
- Necessità potenziamento sistema informativo ed informatico ;
- Carenza di trasporti adeguati e presenza di barriere architettoniche per il raggiungimento dei Servizi in generale;
- Servizi residenziali non rispondenti a : comi vigili, malati terminali;
- Necessità di dimissioni protette da concordare con O.C. ed altre strutture riabilitative residenziali.

E. RISORSE RILEVATE

La presenza di **Associazioni** (**V. Elenco - allegato H**) tra cui in particolare - tra i partecipanti al focus-group - le seguenti Associazioni:
- "Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "DOMENICO TRINCHERI" Albenga.
- "AMICI ANZIANI E DISABILI" :(Andora) Gruppo di volontari che si occupano dei trasporti per visite mediche, aiuto per le commissioni. Convenzione con Croce Bianca .
-"AMICI di PADRE HERMANN": (Alassio) Progetto"Insieme per non restare soli" gruppo di volontari per aiuto pratiche burocratiche, accompagnamento per visite ed esami, spesa, etc.
-"UNIONE EX ALLIEVE/I FMA" Servizio Ambulatoriale di terapia iniettiva,misurazione pressione, stick diabetico (personale infermieristico volontario).

B1. RETE 3 NONAUTOSUFFICENZA/DISABILI

A) DATI DI CONTESTO

SITUAZIONE DELLE PRATICHE DI ACCERTAMENTO DELLE MINORAZIONI CIVILI

SITUAZIONE DELLE PRATICHE DI ACCERTAMENTO DELLE MINORAZIONI CIVILI					
ANNO 2007	TOTALE	Invalidità	Legge 80/06	Handicap (Legge 104/92)	Disabili (Legge 68/99)
Domande pervenute	2.020	1.506	177 (*)	348	166
Sedute effettuate	236	139		52	45
Convocazione effettuate	2.437	1.971		296	170
Visite effettuate (ambulatoriali)	1.884	1.462		295	127
Visite effettuate (domiciliari)	46	37		9	
Pratiche definite	1.632	1.252		271	109
Pratiche sospese per accertamenti sanitari	252	210		24	18
Tempi medi di attesa(in giorni)per tutte le domande		61		76	71
(*)Le domande per la legge 80 sono già conteggiate sia nell'I.C. che nella 104.					

(*)Le domande per la legge 80 sono già conteggiate sia nell'I.C. che nella 104.

PERSONE CHE HANNO CHIESTO L'ESENZIONE TICKET (quindi non rappresentano il 100% dei disabili, ma approssimativamente la maggior parte)

Minori con indennità di frequenza	Minori ciechi	Accompagnamento 18/64	ciechi 18/64	ciechi e sordomuti 18/64	Totale
8	2	103	4	28	155

B) ANALISI DELL'OFFERTA

U.O. DISABILI/SERVIZIO INSERIMENTO LAVORATIVO DISABILI	DISTRETTI SANITARI Albenganese e Finalese/ASL2	DATI ATTIVITA' ANNO 2007	
Prestazioni con utente (1)	Prestazioni con la famiglia (2)	Prestazioni alla rete (3)	N. utenti totali (4)
1350	954	1150	180

Legenda:

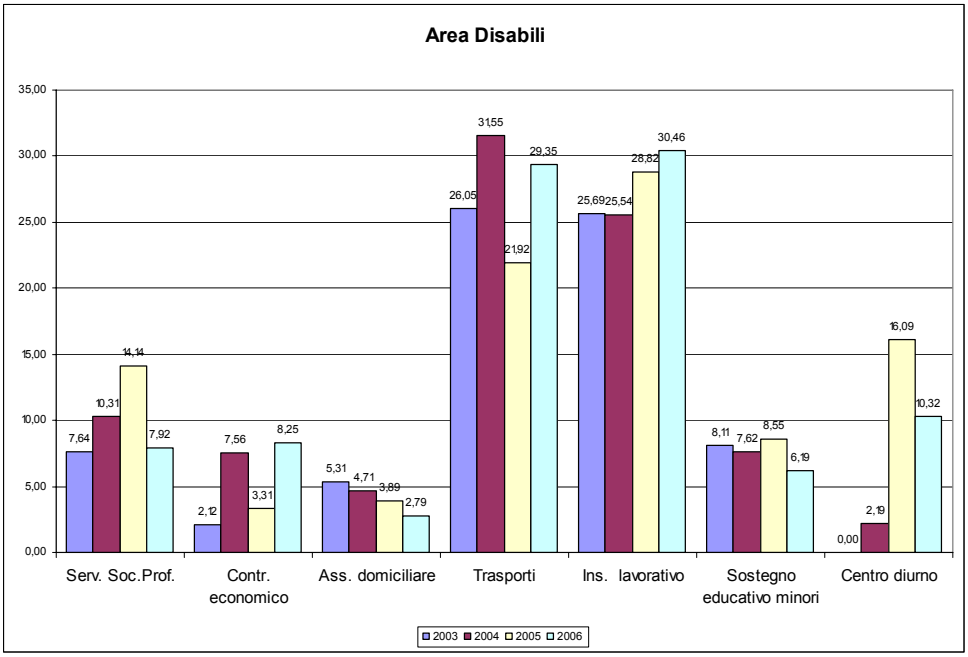
(1) Prestazioni SILD; colloqui psico-pedagogici S.I.L.D. e U.O. Disabili; consulenze esaustive e di orientamento.
(2) Trattamenti Parent Training; progettazione soluzioni individualizzate S.I.L.D. e U.O. Disabili.
(3) Consulenze a: servizi sociali-sanitari; istituti scolastici e professionali; agenzia per l'impiego; Provincia; aziende; progetto collaborazione S.I.L.D./U.S.U. S.Corona.
(4) Utenti in carico S.I.L.D.; utenti in carico U.O. Disabili (ricoveri,trasferimenti,consulenze esaustive e di orientamento).

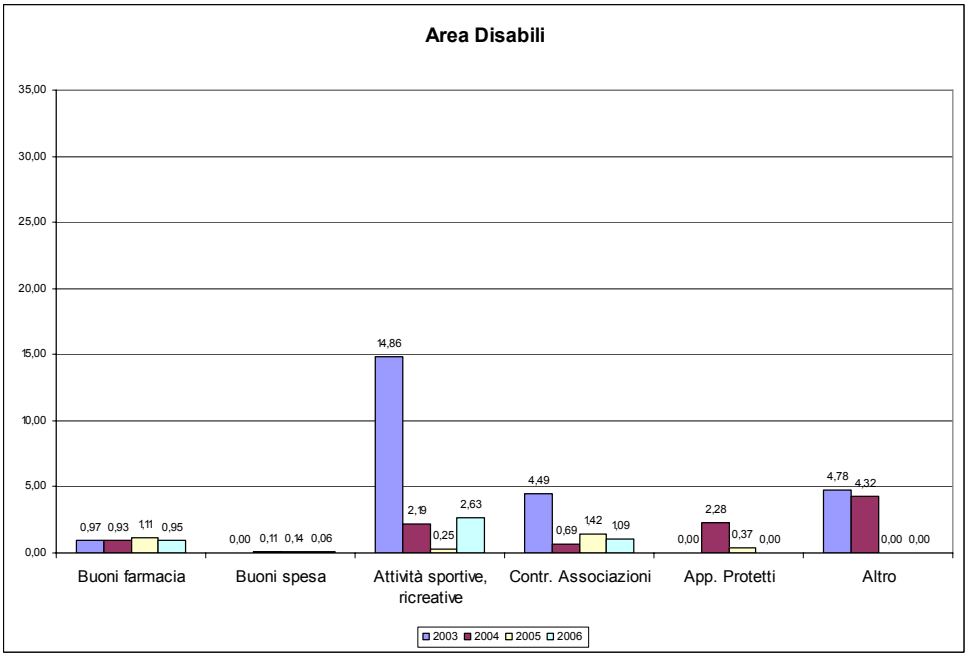
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE/ Utenti in carico U.O. Disabili Distretto Albenganese

Trattamenti riabilitativi ex art. 26 L.833/78 2007/ STRUTTURE	Tipologia trattamento	Utenti	Prestazioni	attesa	Costo totale
S. Famiglia Andora	Ambulatoriale	10			€ 21.792
S. Famiglia Andora	Domiciliare	40	4.680	0	€ 242.704
ISAH Imperia	Amb/Dom	6			
CEPIM	Amb/Dom	10			
UILDM	Domicliare	4			
AISM	Amb/Dom	14			
CHIOSSONE	Amb/Dom	7			
ASS. Semi Residenziale	Struttura	utenti	giornate	attesa	Costo totale
Strutture riabilitative	Il Faggio SV	2			
(Ex art. 26)	ISAH Imperia	2			
Gestione indiretta	S. Famiglia Andora	3	580	0	€ 56.908
Gestione Diretta	I.M.P.Toirano	1	170	0	Non quantificata
ASS. Residenziale	Struttura	utenti	giornate	attesa	Costo totale
Istituti Riabilitativi	S. Famiglia Andora	28	9.359	0	€ 1.343.557
(Ex art. 26)	S. Famiglia Pietra L.	1	365	0	€ 54.779
Assistenza indiretta	Il Gabbiano Pietra L.	6	1.746		€ 262.039
	Il Faggio SV	5			
Gestione Diretta	I.M.P.Toirano	1	230	0	

DISTRETTO DSS4 ALBENGANESE	
B 1. SERVIZI EROGATI DAGLI ATS	**UTENTI 2006**
• Serv. Soc. Professionale	162
• Contr. Economico	15
• Assistenza domiciliare socio-assistenziale	5
• Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari	0
• Trasporti	48
• Inserimento lavorativo	56
• Sostegno educativo minori	8
• Centro diurno (Convenzione ANFASS)	8
• Buoni farmacia	7
• Buoni spesa	3
• Attività sportive, ricreative	37
• Contr. Associazioni	2

C. SPESA SOCIALE
INCIDENZA PER TIPOLOGIA SERVIZI SULLA SPESA TOTALE DISABILI





2. INTERVENTI RESIDENZIALI E DIURNI

COMUNE SEDE STRUTTURA	STRUTTURE DIURNE	n° POSTI CENTRI DIURNI	n° INSERITI RESIDENTI DISTRETTO
ALBENGA	ANFASS	16/20	10
ALBENGA	Il Deltaplano ASL 2 SV	15	12
ALBENGA	Centro Filtro ASL 2 SV	8	7
Totale		41	29

FRNA DISABILI

n° domande pervenute al 31.12.2007	n° domande ammesse alla valutazione al 31.12.2007	n° domande inserite in graduatoria aventi diritto alla misura economica al 31.12.2007	n° misure economiche già erogate al 31.12.2007	n° misure economiche in lista d'attesa per l'erogazione al 31.12.2007
52	46	29	16	13

Incidenza della spesa totale disabili sul totale della spesa sociale

Anno	Totale Spesa Sociale	Spesa Disabili	% Spesa Disabili
2003	4.793.501,04	269.268,02	5,62
2004	4.345.995,88	228.344,58	5,25
2005	4.571.544,00	217.428,94	4,76
2006	6.462.359,00	342.569,66	5,30

D. BISOGNI E CRITICITA'RILEVATI

- Per alcuni ATS non è previsto un Servizio a regime di supporto flessibile che riesca a soddisfare le esigenze della famiglie (organizzative, psicologiche), che necessitano di varie forme di sostegno (tipo l'affiancamento o la sostituzione dei carichi assistenziali a domicilio);
- I Servizi di Assistenza Domiciliare esistenti sono insufficienti e non prevedono i giorni festivi;
- L'area presenta problemi legati al trasporto (costi elevati);
- Carenza sportello unico per informazione ed orientamento
- Servizi residenziali :
  1. mancano completamente strutture convenzionate per situazioni a bassa intensità (R.P<65anni/in alternativa a strutture ex art.26), e per alta intensità (coma vigili) allocate sul territorio del Distretto;
  2. insufficienza di servizi di riabilitazione ambulatoriali e residenziali (che non siano ex art.26);
  3. mancano strutture (comunità alloggio e/o case-famiglia, di pronta accoglienza per emergenze, tempi brevi, e anche del "dopo di noi", quando la famiglia non è più in grado di assistere il disabile in casa;
- Manca per i disabili di media gravità un Servizio di laboratori protetti di mediazione al lavoro;
- Carenza sul territorio eliminazione di barriere architettoniche, viabilità facilitata, utilizzo di semafori acustici, di impianti sportivi disponibili all'utilizzo;
- Il tempo libero dei disabili è preso in considerazione soltanto da associazioni di Volontariato;

E. RISORSE RILEVATE

1. La presenza di **Associazioni** (**V. Elenco - allegato H**) tra cui in particolare - tra i partecipanti al focus-group - le seguenti Associazioni:
2. CONSULTA CITTADINA PER I PROBLEMI DEI DISABILI (Albenga): espressione associativa del mondo dei disabili.
3. U.I.L.D.M.: sportello,informazioni, pratiche,animazione,prima accoglienza, promozione sociale. Percipiente il Contributo Regionale 2007 per azioni innovative o a rilevanza regionale/Progetto "Ci vado ad Occhi Chiusi 2008 – Interventi di abbattimento delle barriere architettoniche
4. A.I.S.M. (Sez. provinciale di Savona): sportello info, animazione, sostegno, tutoraggio, formazione lavoro, ricerca, prima accoglienza, promozione sociale.
4. ASSOCIAZIONE FUTURO ONLUS - CENTRO di RIABILITAZIONE EQUESTRE (Villanova d'Albenga): ippoterapia dal 1989 (solo volontari) per 25 ragazzi e promozione sociale.
5. AMICI ANZIANI E DISABILI (Andora): gruppo di volontari che si occupano dei trasporti per visite mediche, aiuto per le commissioni - Convenzione con Croce Bianca.
7. CENTRO DIURNO SOCIO-RIABILITATIVO .A.N.F.F.A.S. ONLUS (Albenga): - Centro Diurno con personale qualificato dal lunedì al venerdì dalle 9.30 alle 17.30. Convenzione con ASL2 Savonese e Comune di Albenga. Si svolgono attività di psicomotricità, fisioterapia, laboratori occupazionali, gite, sostegno alle famiglie per le pratiche di amministratore di sostegno.

C. RETI 4 & 5 PROMOZIONE INCLUSIONE ED EMERGENZA SOCIALE

A. DIPENDENZE DATI CONTESTO

Oltre all'attività terapeutica assicurata dall'ASL 2 attraverso il Ser.T. e gli enti ausiliari del Dipartimento è pertinenza del livello distrettuale la prevenzione ed il reinserimento sociale**.** I tavoli di concertazione a livello provinciale tra i Distretti (ex Zone), il Ser.T , le Comunità e le Associazioni no-profit presenti sul territorio provinciale hanno sviluppato nel corso degli anni passati una metodologia di lavoro in rete sulle attività e progetti da avviare sul territorio. In particolare, si sono strutturati progetti continuativi di :

- **"AVVIAMENTO AL LAVORO"** = inserimenti lavorativi protetti con possibilità di assunzioni possibilmente nelle stesse aziende in cui sono stati inseriti in "borsa lavoro" (Protocollo operativo);
- **"PRIME ESIGENZE ED EMERGENZE ABITATIVE"** = oltre al Ser.T., fa parte della rete la Caritas Diocesana di Albenga/ Centro di Ascolto (Protocollo operativo);
- **"SCUOLA E TERRITORIO PER UNA COMUNITA' EDUCANTE"** = La finalità generale del progetto è stata quella di intervenire sulla comunità territoriale della con due iniziative integrate, coordinate e parallele di *prevenzione primaria del disagio minorile e della tossicodipendenza* attraverso l'informazione, il sostegno e la formazione rivolti agli adulti significativi che quotidianamente si occupano di bambini e di adolescenti nella FAMIGLIA e nella SCUOLA. L'intenzione è stata quella di rafforzare l'autonomia e le competenze dei genitori e degli educatori/docenti in particolare, perché fossero in grado di riconoscere e utilizzare le risorse che già hanno, di produrne di nuove e di individuare e modificare le condizioni che creano il disagio proprio e altrui. Si è inteso pertanto contribuire a rendere le *famiglie* e la *scuola* capaci di gestire autonomamente i problemi, di ricercare i maggiori livelli possibili di qualità della vita per tutti i suoi membri e di benessere sociale per la comunità in cui è inserita.
- **"IL LAVORO NELLA COMUNITA'"** La finalità dell'intervento è stata quella di promuovere processi di *empowerment* (potenziamento) della comunità, in modo tale che questa potesse sentirsi ed essere protagonista del proprio sviluppo. Questa finalità è declinata nei seguenti obiettivi specifici:
  - ° esplorazione dei bisogni specifici delle comunità territoriali prescelte (coinvolte 2 realtà territoriali del DSS stesso: Comune di Ortovero (entroterra) ed il Comune di Alassio (costiero) nell'ambito del progetto Yepp (collaborazione);
  - ° individuazione delle risorse presenti nelle comunità;
  - ° individuazione e progettazione di interventi utili ad affrontare le situazioni di disagio evidenziate.

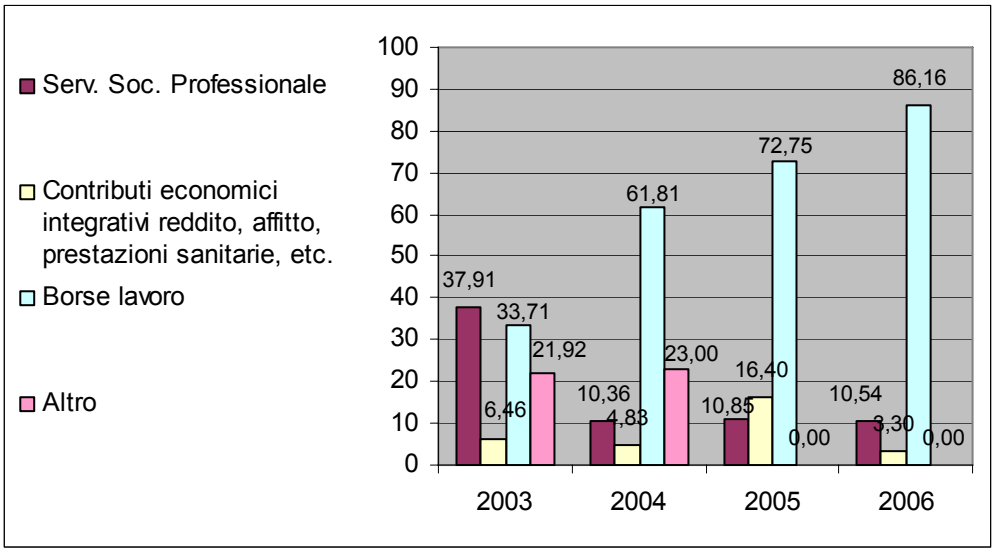
Per l'attuazione del progetto ci si è avvalsi anche della collaborazione della Cattedra di Psicologia di Comunità dell'Università di Genova e di Associazioni no-profit del territorio.

ANALISI DELL'OFFERTA

A.S.L. 2 / DIP. TOSSICODIPENDENZE			**ANNO 2007**
	N° SOGG. RAGGIUNTI	N° INTERVENTI	
Interventi di prevenzione in ambito scolastico*1	160	1	
Interventi di prevenzione in ambito extra scolastico *2	825	11	
Le attività di prevenzione si riferiscono ai seguenti prigetti:			
(1)"Educazione alla salute in ambito scolastico" (all'interno della quale si svolge anche il progetto "Via il fumo dagli occhi")			
(2) "Il lavoro nella comunità" (prevenzione territoriale);			
(2) "Notte nottambuli"(prevenz. Nuovi stili di abuso			
ASSISTENZA RESIDENZIALE	comunità	utenti	costo totale
	10 *	25 *	€ 250.661,60
	*di cui 2 fuori regione	*di cui 2 fuori regione	
ATTIVITA' TERRITORIALI	utenti in carico	di cui nuovi utenti	
Utenti presi in carico	**225**	45	
di cui fuori zona	0	0	
Tipologia utenti presi in carico:			
Alcoldipendenti	64	22	
Tossicodipendenti	161	23	
Utenti trattati e non presi in carico:	**223**		
di cui fuori distretto	118		
Tipologia utenti trattati e non presi in carico:			
per certificazioni patenti	105		
per certificazioni Prefettura	0		
APPOGGI(ved. Utenti fuori distretto)	118		
PRESTAZIONI	N°		
Visite e colloqui	13.404		
Esami, pocedure cliniche e somministrazioni	10.230		
Interventi psicoterapeutici	317		
Relazioni, certificazioni, prescrizioni	637		
accompagnamenti	25		
Altro	4.178		
Numero borse lavoro	2		

DISTRETTO DSS4 ALBENGANESE	
SERVIZI TOSSICODIPENDENZA	UTENTI 2006
Servizio Sociale Professionale	20
Contributi economici	3
Borse lavoro	16

SPESA SOCIALE DIPENDENZE COMUNI DSS



V. Allegato I Proposta progettuale Ser.T per riorientamento Servizio (V. progettualità II Parte)

B. SALUTE MENTALE DATI CONTESTO

L'utente ed i suoi familiari possono rivolgersi al Centro direttamente, senza pagare ticket. E' garantito il rispetto dei diritti di riservatezza e di privacy dell'utente. Al più presto viene effettuato un primo colloquio e l'inizio della valutazione del programma di cura. In caso di urgenze il Centro garantisce, durate l'orario di apertura, una pronta disponibilità di un psichiatra sia interna che esterna.
Dalle ore 20 è attiva la guardia psichiatrica notturna presso il Pronto Soccorso del'Ospedale Santa Corona di Pietra Ligure.
Il CMS eroga le seguenti prestazioni: Visite ambulatoriali nella sede di Albenga; Visite a domicilio; Lavoro terapeutico individuale, di gruppo, o rivolto alla famiglia; Interventi di informazione, formazione ed inserimento lavorativo; Sostegno economico, appoggio per l'accesso a Enti ed Istituzioni; Sostegno all'abitare; Attività di consulenza: all'ospedale, alle case di riposo, al medico di famiglia; Programmi riabilitativi individuali e di gruppo anche attraverso l'inserimento nei centri diurni, centri residenziali, alloggi protetti.
Offre inoltre i seguenti SERVIZI ed iniziative:

- **CENTRO DIURNO =** Ha sede al Albenga in Via Fiume, a circa 350 metri dal C.S.M.; è aperto dal lunedì al venerdì per attività riabilitative di gruppo che si svolgono anche in sedi esterne;

- **ALLOGGIO PROTETTO =** a partire dall'anno 2007, in Via Fiume Albenga, per 4 utenti;

- **IL GRUPPO FAMIGLIE =** Il C.S.M. ha promosso un gruppo di aiuto riservato ai famigliari degli utenti con lo scopo di favorire il confronto e la possibilità di condividere le diverse esperienze. Gli incontri, a cadenza quindicinale, si tengono il martedì pomeriggio;

- **AMBULATORI di CONSULENZA PSICHIATRICA E PSICOLOGICA =** L'obiettivo è offrire una consulenza al medico di famiglia soprattutto per i disturbi ansiosi e depressivi. Si accede con la richiesta del medico pagando il ticket presso il CUPA;

- **TELEFONO AMICO** = Nell'ambito di un lavoro dipartimentale di studio sulle condotte suicidarie sono state individuate delle strategie preventive: tra queste, dal gennaio 2005, è stata attivata una sede locale di Telefono Amico Italia. Tale linea di ascolto telefonico è gestita da un'associazione di volontari che usufruiscono tuttora di una specifica formazione fornita da alcuni operatori del CSM di Albenga;

- **AUTO-AIUTO =** Dal febbraio 2008 il CSM ha promosso l'attivazione di un gruppo rivolto ai propri pazienti con problemi di sovrappeso e/o di scorretta condotta alimentare,intervenendo anche sugli stili di vita. Il progetto prevede una progressiva autonomizzazione degli utenti con conseguente costituzione di un vero e proprio gruppo di auto-aiuto;

- **CONSULENZE PSICOLOGICHE C/O O.C. di ALBENGA =** Da alcuni anni è in atto una collaborazione con l'èquipe di chirurgia bariatrica per la valutazione psicologica pre-operatoria ed eventuali sostegni ai pazienti operati. Recentemente è in fase di elaborazione un progetto di consulenza all'equipe ed ai pazienti del reparto di Nefrologia e Dialisi.

Il CSM di Albenga, facendo parte del **DIPARTIMENTO di SALUTE MENTALE** dell'ASL 2 Savonese, può anche usufruire quindi delle prestazioni erogate dalle seguenti strutture:

- Due **Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC)** presso gli Ospedali San Paolo di Savona e Santa Corona di Pietra Ligure, che sono i Reparti di Degenza;

- Un **Centro per i Disturbi dell'Alimentazione e dell'Adolescenza** presso l'Ospedale Santa Corona di Pietra Ligure;

- Due **Centri di Terapia della Patologia Psichiatrica residenziali** : a Savona (9 posti letto) ed a Pietra Ligure (6 posti letto);

- Una **Comunità Terapeutica** a Savona (6 posti letto);

- Due **Alloggi protetti** a Savona (per un totale di 5 posti letto)

- Quattro **Alloggi protetti** a Carcare (per un totale di 8 posti letto) ed 1 **Alloggio** a Cengio;

- **Convenzionamento per pazienti psichiatrici stabilizzati con strutture residenziali** (R.P.) = sul territorio del DSS 2 posti al "P.Maglione" a Laigueglia e 10 posti al "D.Trincheri" di Albenga. Sul restante territorio dell'ASL

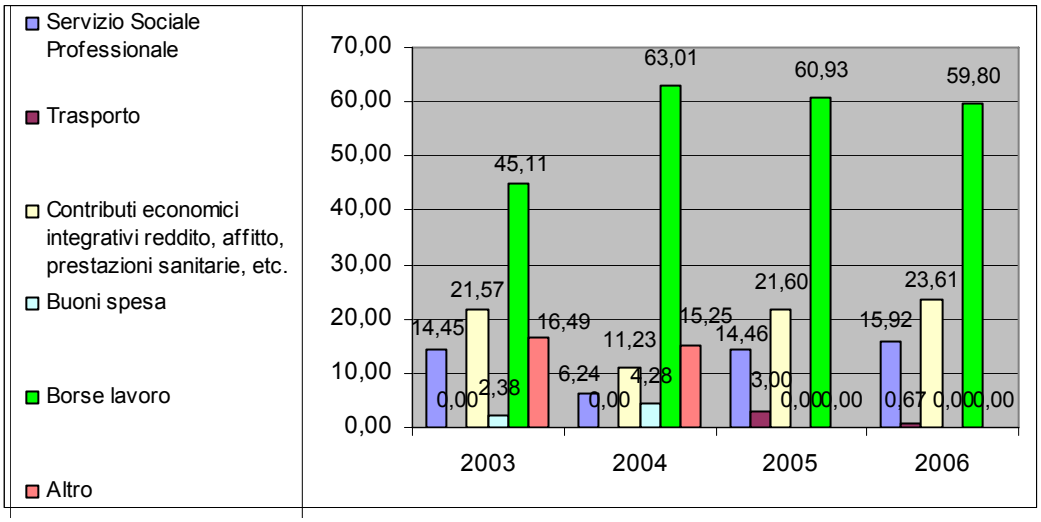
V. ALLEGATO L "BOZZA "AGENDA DI LAVORO" da REPORT CONFERENZA REGIONALE SULLA SALUTE MENTALE (GENOVA 13/14 MAGGIO 2008)

ANALISI DELL'OFFERTA

ASL 2 /CENTRO SALUTE MENTALE ALBENGA	ANNO 2005	ANNO 2007
Visita medico psichiatrica	5.235	4.916
Colloquio psicologico-clinico	999	900
Colloquio di ascolto e supporto	3.646	3.228
Colloquio di consulenza e valutazione sociale	31	42
Psicoterapia Individuale	168	208
Psicoterapia familiare e/o di coppia	39	63
Psicoterapia di gruppo	10	6
Intervento riabilitativo individuale < 4 ore	218	203
Intervento riabilitativo individuale > 4 ore	8	21
Intervento riabilitativo di gruppo < 4 ore	57	20
Intervento riabilitativo di gruppo > 4 ore	0	0
Intervento riabilitativo di rete	198	153
Intervento socio-assistenziale	89	128
Indagine psicodiagnostica	0	12
Intervento di consulenza e/o di Psich.di Laison	160	185
Prestazione infermieristica	1.489	2.383
Accertamento medico-legale	3	1
TOTALE	**12.363**	**12.487**
Contatti effettuati in sede	**10.068**	**9.933**
Ambulatorio CSM	9.658	9.536
Ambulatorio Esterni	400	397
Contatti effettuati fuori sede	**1.754**	**1.597**
Struttura Dipartimentale	188	187
Domiciliare	845	760
Ospedale Generale	272	253
Strutture Convenzionate	188	82
Altro	299	315
UTENTI TOTALI	1.414 573(m) - 841(F)	1.243 500(m) - 743(F)
Nuovi	165 (12%) 66(M) - 99(F)	97(8%) 36 (M) - 61 (F)
Transitati	369 (26%) 159(M) - 210(F)	491 (40%) 203(M) - 288(F)
Rientri	389 (26%) 163(M) - 226(F)	93 (7%) 36(M) - 57 (F)
Utenti Occasionali	491 (35%) 185(M) - 306(F)	562 (45%) 225 (M) - 337(F)
Utenti inseriti in struttura fuori DSS (ASL2)	n. p .	4 (2+2)

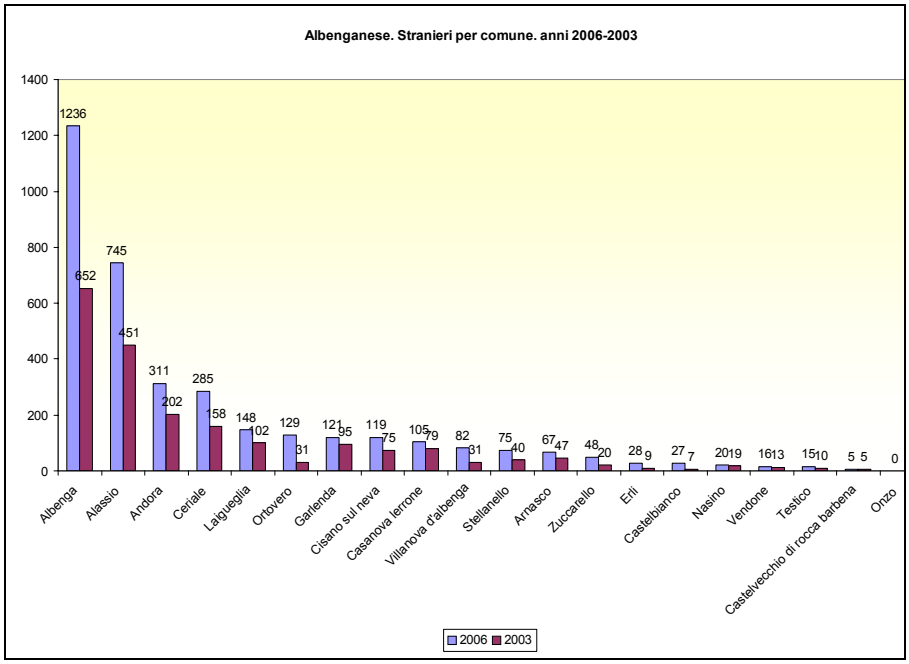
DSS4 ALBENGANESE/SSM	UTENTI 2006
Servizio Sociale Professionale	12
Trasporto	1
Contributi economici	13
Borse lavoro	25

SPESA SOCIALE SALUTE MENTALE COMUNI DSS



C. IMMIGRAZIONE DATI CONTESTO *

Alla fine del 2006 l'incidenza percentuale degli stranieri sulla popolazione residente era del 6,4%, pari a 3905 stranieri rispetto ai 2608 rilevati nel 2003.
Considerando la loro distribuzione nel distretto la maggiore presenza si rileva in due comuni: Albenga (34,51%) ed Alassio (20,8%), anche se si stanno popolando comuni del primo entroterra come Ortovero, Garlenda, Cisano sul Neva. Di fatto la dislocazione degli stranieri sul territorio del distretto ricalca quella della popolazione complessiva e la vicinanza al posto di lavoro, l'offerta di servizi e la disponibilità di abitazioni a prezzi più accessibili sono i fattori più plausibili alla base dei loro processi migratori.

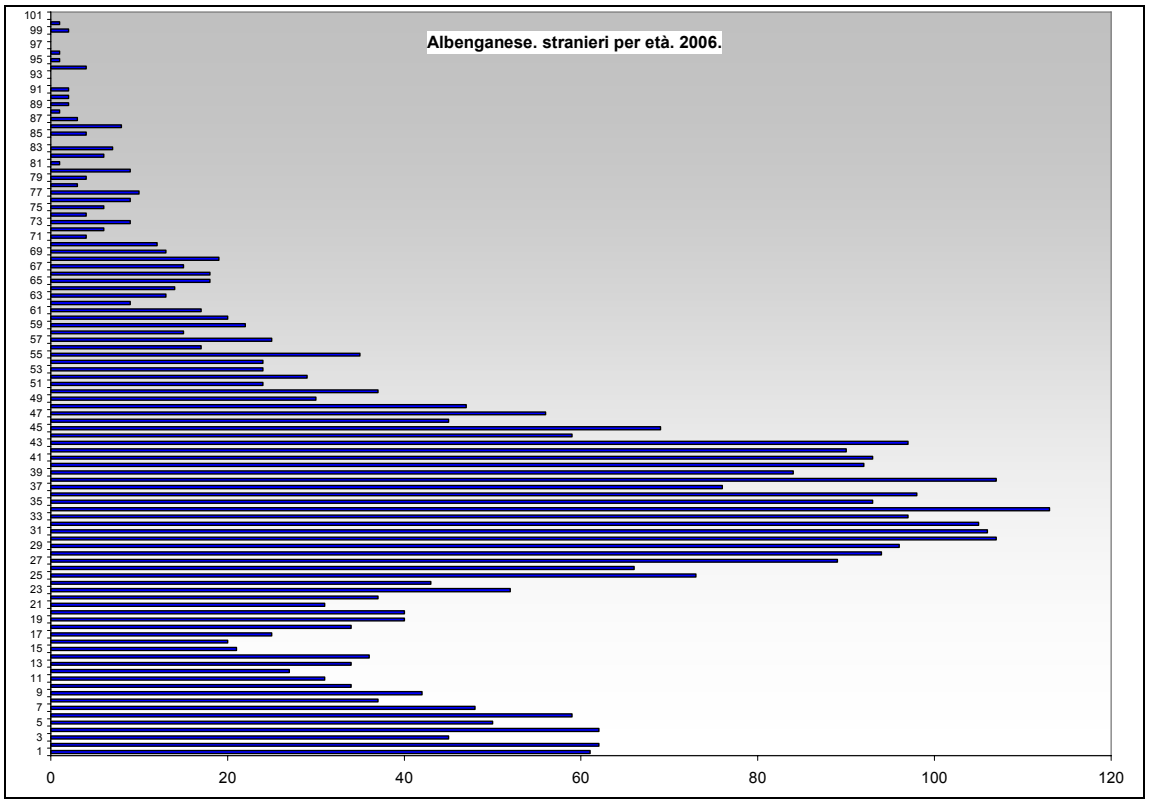


L'importanza dell'afflusso degli stranieri nel riequilibrio delle classi di età estreme è visibile da alcuni numeri. I nati nel triennio sono più che raddoppiati (da 35 a 74 unità); il saldo naturale risulta positivo ed in crescita (da 33 unità nel 2005 a 66 unità nel 2006); il saldo migratorio è positivo anche se in diminuzione nel triennio (da 562 unità nel 2003 a 323 unità nel 2006) per effetto di un flusso migratorio verso i paesi di origine.

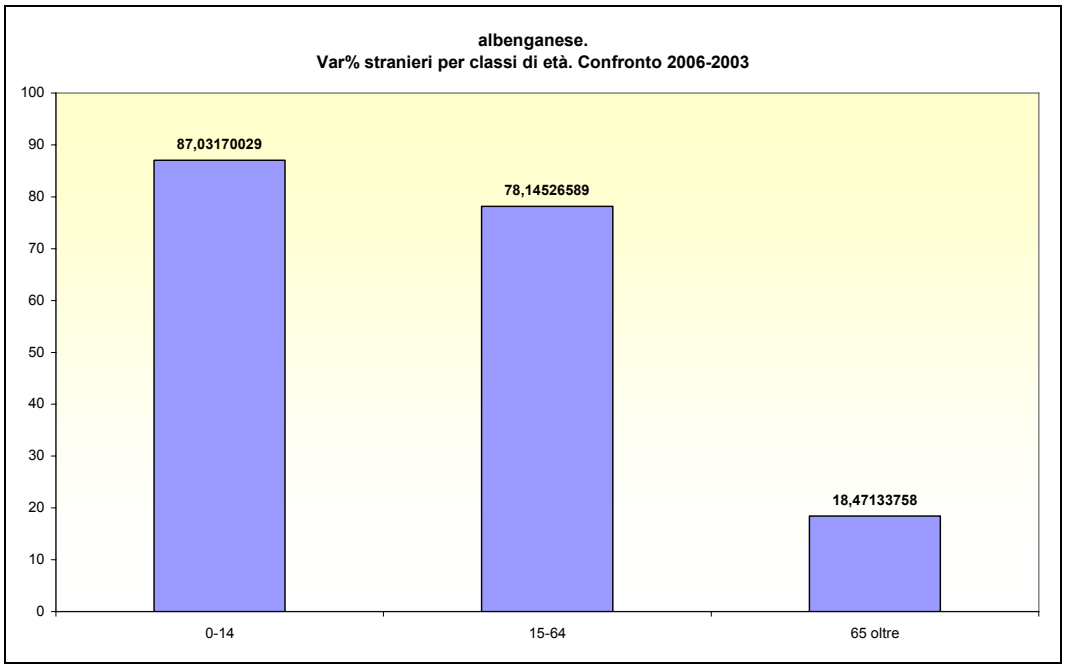
La classe giovanile si incrementa, nel periodo, dell'87,03% e si attesta a 649 soggetti. I ragazzi da 0 a 18 anni passano da 412 unità a 768 unità. La classe di età centrale si incrementa del 78,15%, mentre gli incrementi nella popolazione anziana sono solo del 18,47%.

I benefici derivanti dall'afflusso degli stranieri sono evidenti se si considera il fatto che gli stranieri stanziatesi nel recente passato hanno avviato nel corso del tempo i processi riproduttivi e manifestano una propensione al ritorno nel paese di origine non appena possibile. Un rapido esame della loro distribuzione per singolo anno di età evidenzia come la concentrazione massima sia presente nella fascia di età fra i 27 ed i 43 anni.

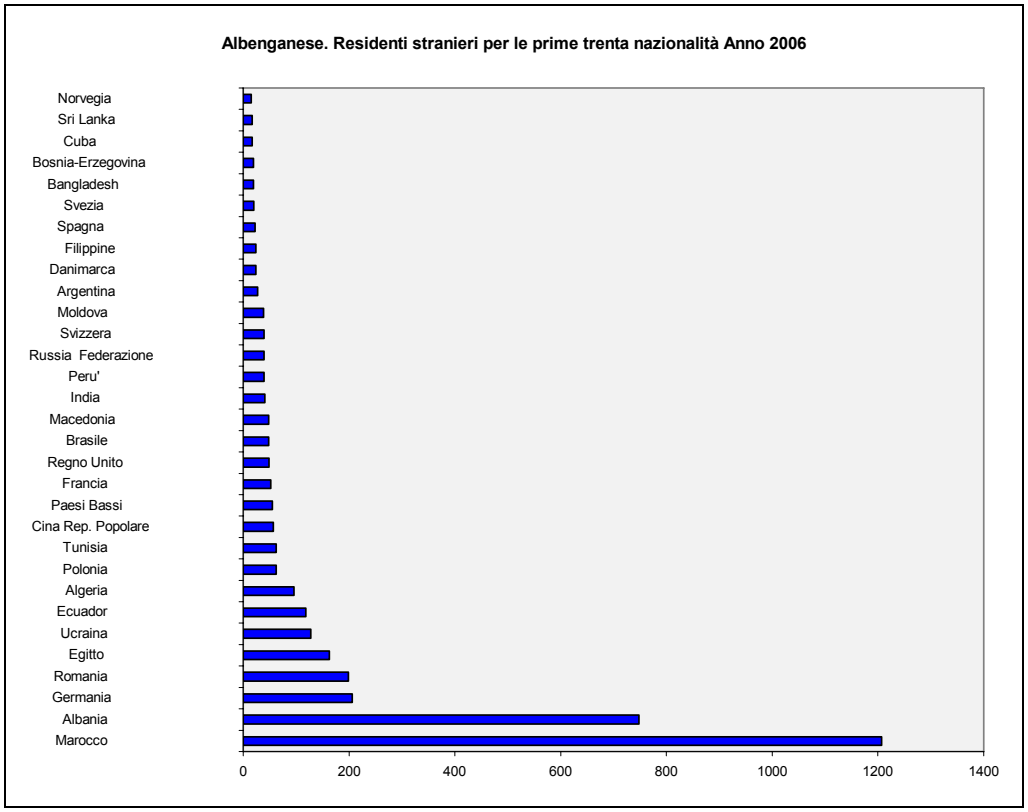
*Dal documento della Provincia di Savona " Servizio Politiche del Lavoro e Sociali - Osservatorio del Mercato del lavoro" a cura della Dott.ssa Stefania Rizzieri (la parte in corsivo).



STRUTTURA DEMOGRAFICA DSS 4 ALBENGANESE/		STRANIERI	DEMOISTAT			
COMUNI	TOT. POP. al 01.01.2007	0-2	3-17	18-64	65-74	>75
ALASSIO	759	31	103	570	26	29
ALBENGA	1.349	73	195	1.026	23	9
ANDORA	372	18	50	274	14	16
AMBITO CERIALE	440	24	74	319	15	8
CISANO	116	6	12	93	4	1
CERIALE	324	18	62	226	11	7
COMUNITA' MONTANA	985	57	163	701	49	15
ARNASCO	69	7	21	36	4	1
CASANOVA LERRONE	112	2	14	81	10	5
CASTELBIANCO	26	1	4	21	0	0
CASTELVECCHIO	5	0	2	3	0	0
ERLI	28	1	8	18	1	0
GARLENDA	126	4	13	96	10	3
LAIGUEGLIA	144	8	20	114	2	0
NASINO	21	0	0	15	6	0
ONZO	0	0	0	0	0	0
ORTOVERO	189	24	40	122	2	1
STELLANELLO	81	4	14	50	8	5
TESTICO	17	0	0	16	1	0
VENDONE	21	0	5	15	1	0
VILLANOVA D'ALBENGA	92	3	14	71	4	0
ZUCCARELLO	54	3	8	43	0	0
DSS N.4 ALBENGANESE	3.905	203	585	2.890	127	77
PROVINCIA	13.850	679	2.389	10.243	348	191
REGIONE	80.735	3.675	13.065	61.207	1.749	1.049
ITALIA	293.922	159.517	506.776	2.210.683	42.407	19.539



In termini di nazionalità prevalenti sono, nell'ordine marocchini, albanesi, rumeni ad essere maggiormente presenti.

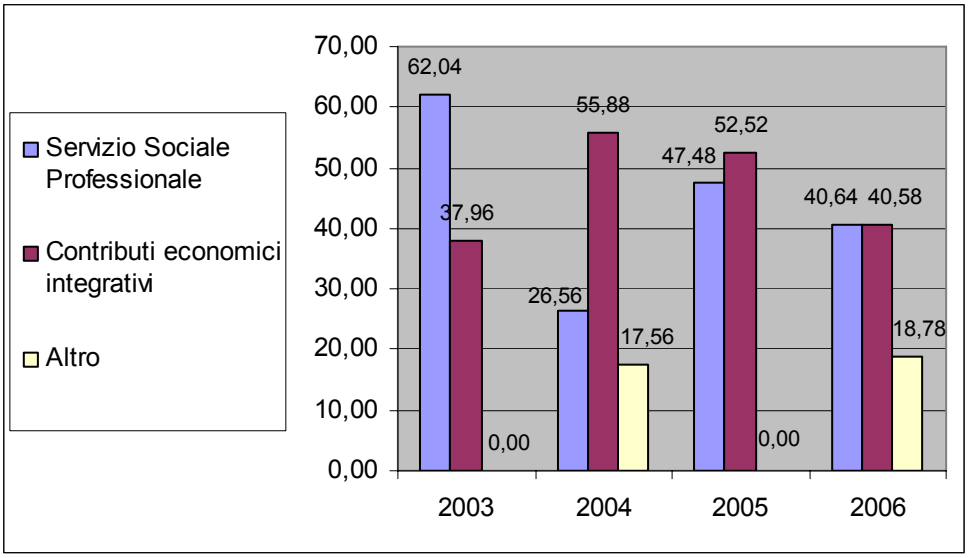


Sino al 2007 presenza sul territorio di un Centro di II Accoglienza per extra comunitari (Caritas Diocesana), che inseguito ad un'analisi dei mutati bisogni sull'utenza stessa, è stato chiuso.

ANALISI DELL'OFFERTA

DISTRETTO DSS4 ALBENGANESE	
1. SERVIZI IMMIGRATI	UTENTI 2006
Servizio Sociale Professionale	136
Contributi economici integrativi	20
Altro	56

SPESA SOCIALE IMMIGRAZIONE COMUNI DSS



D. SERVIZI ESTREME POVERTA' E SENZA FISSA DIMORA CONTESTO

ANALISI DELL'OFFERTA

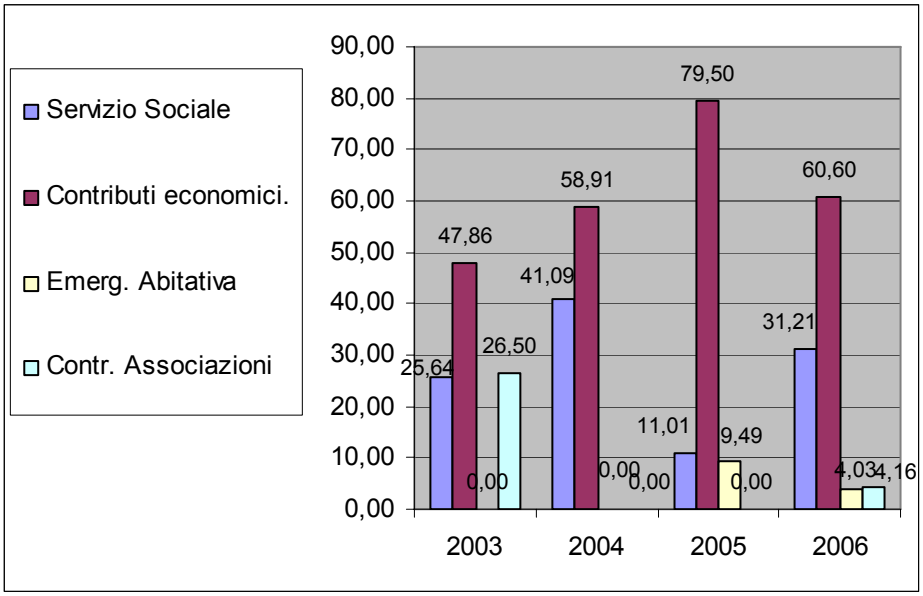
OFFERTA AL 1.1.2007 SERVIZI di INCLUSIONE SOCIALE ED EMERGENZA SOCIALE (RILEVAZIONE PSIR)

Estreme povertà	Immigrati	Senza Fissa Dimora	Emergenza Sociale	Comunità di accoglienza per adulti in difficoltà
Presi in carico	Presi in carico	Presi in carico	Presi in carico	Numero strutture
16	24	20	0	2

DISTRETTO DSS4 ALBENGANESE	
SERVIZI ESTREME POVERTA'/ SENZA FISSA DIMORA	UTENTI 2006
Servizio Sociale Professionale	65
Contributi economici	28
Emergenza Abitativa	14
Contributo Associazioni	1

COMUNE	STRUTTURA	TOT. POSTI
ALBENGA (Fraz. Campochiesa)	**COMUNE di ALBENGA RESIDENZA SOCIALE "Le Rapalline"**	**16**
ALBENGA (Centro Storico)	**CARITAS DIOCESANA(*) Centro di Accoglienza per uomini: 2 moduli PRONTA ACCOGLIENZA (mensa e dormitorio) e II ACCOGLIENZA (percorso e trattamento)**	**6**

SPESA SOCIALE ESTREME POVERTA' COMUNI DSS

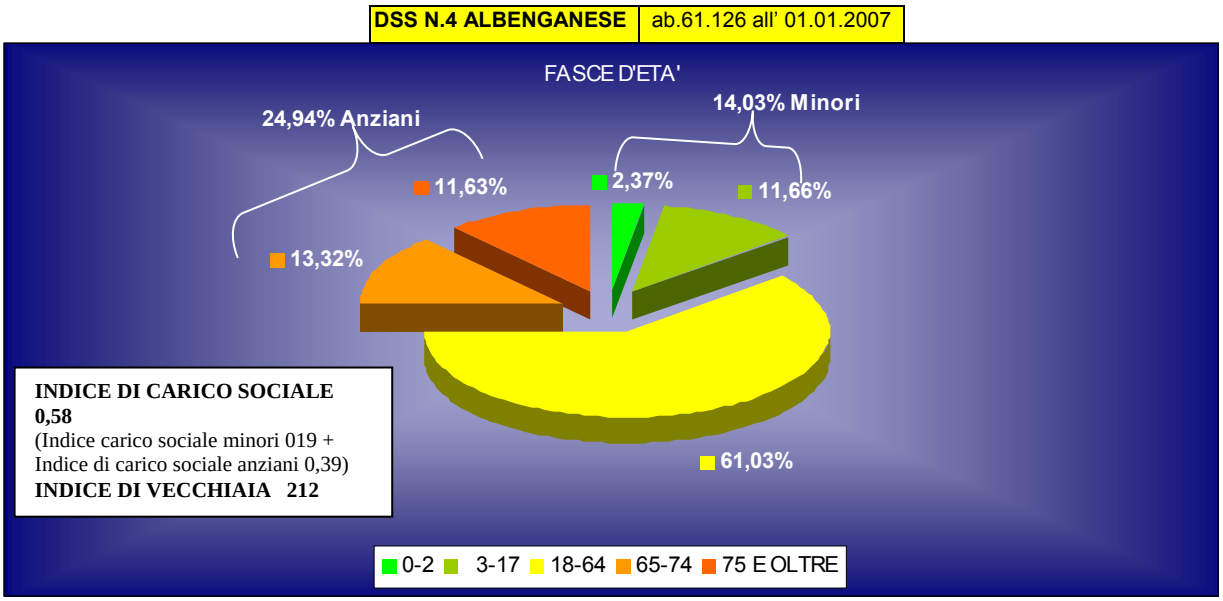


*V. ALLEGATO M Guida Servizi Caritas Diocesana di Albenga-Imperia.

BISOGNI E CRITICITA' RILEVATI

• necessità di prevenzione rivolta a minori con disagio sociale: Mancanza di interventi di prevenzione primaria nella scuola dell'obbligo, coordinati con l'ASL
• problema abitativo : difficile reperimento di soluzioni abitative in generale (alta percentuale di case sfitte e seconde case, affitti alti e spesso privi di contratto);
• scarsità di mezzi pubblici per i collegamenti tra costa ed interno, non sufficienti i collegamenti tra Comune e Comune ed anche all'interno dei Comuni più grandi;
• carenza alloggi protetti per utenza psichiatrica;
• sostenere esperienze di auto mutuo aiuto pazienti psichiatrici e comunque associazioni dedicate;
• difficoltà di conciliazione tra percorsi terapeutici dei genitori e la tutela dei figli minori nei casi di utenti seguiti dal Ser.t e dai S.S.M
• necessità revisione del proprio sistema dell'inserimento lavorativo da effettuarsi con SERT e CSM, a superamento dell'attuale protocollo operativo già in vigore con il SERT stesso:
o Mancanza aggiornamento operatori dei Comuni rispetto alla normativa e progetti sulle politiche attive del lavoro;
o criticità dei progetti di borsa lavoro per persone con disabilità, disturbo psichico e gravi dipendenze che necessitano di inserimenti sociali in ambienti di lavoro, ma non possono transitare verso reali percorsi di inserimento lavorativo
o necessità di valutazione, verifica, termine dei progetti avviati di borse lavoro ed inserimento abitativo (
o offerta occupazionale debole e nel campo turistico prettamente stagionale, inoltre elevata percentuale di lavoro nero;
o scarso coinvolgimento delle aziende
• necessità di mediazione culturale (immigrazione)
• maggiore integrazione con il privato sociale negli interventi individuali di assistenza (per evitare assistenzialismo e sovrapposizioni con i servizi erogati dagli ambiti
• carenza di risposte per le povertà estreme
• visione dei Servizi in ottica esclusivamente assistenzialistica: eccessivo ricorso al mero contributo economico
• difficoltà da parte degli enti istituzionali nella costruzione di una rete sociale attiva e di una mancata visione del territorio, pensato in termini di patto per il sociale, che coinvolga altre aree di sviluppo, che non sono strettamente sociali in senso stretto (economica, viaria, promozione turistica, culturale, etc.);
• l'oggettiva difficoltà a lavorare di una logica di rete nella programmazione di azioni congiunte tra le varie associazioni, che a vario titolo sono impegnate nel settore
• necessità di gestione tramite sportello del rapporto domanda offerta di badanti
• scarsità di Servizi di "Pronto Intervento" sociale ;
• mancanza di forme di "prestito" per situazioni di emergenza sociale-economica;
• mancanza di un "diurno" che consenta alle persone in difficoltà di mantenere un igiene adeguata

DATI di SINTESI: RISORSE E SPECIFICITA' CONTESTO TERRITORIALE, SPESA DEI SERVIZI OFFERTI/ BISOGNI SOCIALI EMERGENTI



	TOT. POP. al 01.01.2007	** INDICE CARICO SOCIALE	INDICE MINORI	INDICE ANZIANI	* INDICE di VECCHIAIA	0-14 FASCIA D'ETA'	15-64 FASCIA D'ETA'	OLTRE 65 FASCIA D'ETA'
DSS N.4 ALBENGANESE	**61.126**	0,58	0,19	0,39	212	7.198	38.682	15.246
PROVINCIA	**283.218**	0,62	0,18	0,44	245	31.402	174.919	76.897
REGIONE	**1.607.878**	0,61	0,18	0,43	239	179.501	999.137	429.240
ITALIA	**59.131.287**	0,52	0,21	0,30	142	8.321.900	39.016.635	11.792.752

L'ampiezza della popolazione residente del nostro DSS è seconda solo a quella del Savonese, senza tenere conto che parte anche della popolazione della Alta Valle Arroscia (Prov. Di IM) e non solo, fa riferimento per i Servizi a questo territorio, e di questo fattore si dovrebbe tener conto per il posizionamento ed il potenziamento dei Servizi Territoriali.
La popolazione è rappresentata inoltre dal 25% circa di Anziani a fronte di un 14% circa di Minori, (l'indice di vecchia si attesta a 212) in linea con il fatto che la Liguria è conosciuta come una regione "vecchia". La controtendenza invece è rappresentata dalla crescita della popolazione, della classe giovanile. L'indice di carico sociale si attesta infatti a + 6 centesimi di punto rispetto a quello nazionale.

RISORSE:
- L'esistenza per l'entroterra di un ente di 2° livello quale la Comunità Montana;
- Apertura nuovo Ospedale comprensoriale ad Albenga (in previsione a metà ottobre);
- Recente raccordo viario tra entroterra e costa (galleria Villanova /Alassio)
- C.E.A. Ingauno = Centro di Educazione Ambientale
- In progettazione collegamenti più diretti con il con il Piemonte (bretella Albenga/ Garessio/ Ceva)
- Avviato Programma Social Housing
- Previsto potenziamento strutturale edilizia scolastica
- Presenza Scalo Aeroportuale
- Trasferimento sul territorio Industria Aereonautica, con conseguente potenziamento posti di lavoro.

PECULIARITA'/CRITICITA':
- entroterra composto per la maggior parte da piccoli comuni (appartenenti allo stesso ATS montano) ad alta dispersione territoriale, con difficoltà negli spostamenti sia perché appartenenti a vallate diverse che per scarsità di mezzi di trasporto pubblici;

(*)L'indice di Carico Sociale rappresenta il rapporto tra il numero di individui non produttivi per ragioni demografiche (0-14 ed oltre 65)e il numero di individui adulti produttivi(15-64), mentre l'indice di Vecchiaia rappresenta il numero di anziani ogni 100 individui infraquattordicenni.

- trasporti carenti anche all'interno dei comuni più grandi;
- attività produttive concentrate maggiormente sulla costa;
- risorse economiche irrisorie per l'entroterra in contrapposizione ai maggiori comuni costieri in cui sono accentrati i Servizi;
- tasso di disoccupazione non alto, ma precarietà del lavoro legata alla stagionalità sia per agricoltura che turismo;
- forte accentramento di immigrazione extracomunitaria legata per la maggior parte all'economia agricola;
- economia basata principalmente sull'agricoltura, ed anche sul commercio e sull'edilizia, vocazione turistica di alcune realtà (Alassio, Laigueglia, Ceriale, etc).

OPPORTUNITA'
- l'assunzione dello strumento a livello metodologico della programmazione nella ridefinizione dell'offerta e nell'organizzazione delle risposte a livello sociale e non solo;
- valorizzazione del territorio, pensato in termini di patto per il sociale, che coinvolge altre aree di sviluppo, che non sono strettamente sociali in senso stretto (economica, viaria, promozione turistica, culturale, etc.) nel rispetto della propria identità territoriale;
- ricerca equità a livello territoriale nell'accesso alle prestazioni e nell'offerta dei servizi;
- la capacità di promuovere la crescita di ben-essere, anche economico, coniugandola alle specificità del territorio stesso, senza snaturarlo, rispettandolo anche dal punto di vista ambientale.

RISCHI
- carenza "dimensione sociale della gestione della pianificazione" non collaborazione diretta tra i vari livelli coinvolti: comunità interessata, livello politico e amministrativo. Per gli amministratori la programmazione è condizionata dal frazionamento del territorio per cui interessi particolari seppur legittimi contrastano fra di loro e non permettono una soluzione razionale e valida;
- mancanza di condivisione del processo di cambiamento per mancanza di cultura e formazione di tutti gli attori coinvolti nella programmazione e nell'assetto organizzativo;
- le diverse posizioni politiche condizionino le scelte associative;
- cultura ligure del territorio non favorevole all'associazionismo.

SPESA SOCIALE. Dalle percentuali per reti d'offerta sul totale della spesa, si evidenzia una concentrazione della stessa sulla non-autosufficenza e sulle famiglie e minori, in linea anche con le percentuali di queste fasce di popolazioni sul totale dei residenti :

RETE 1	Anno	Spesa	%
Accesso e cittadinanza	2003	€ 695.008,07	14,50
	2004	€ 540.636,55	12,44
	2005	€ 728.916,66	15,94
	2006	€ 1.745.353,68	27,01
RETE 2	**Anno**	**Spesa**	**%**
Minori e famiglia	2003	€ 1.779.115,76	37,12
	2004	€ 1.528.742,00	35,18
	2005	€ 1.463.815,20	32,02
	2006	€ 2.063.223,80	31,93
RETE 3	**Anno**	**Spesa**	**%**
Non Autosufficienza & Invecchiamento Attivo	2003	€ 2.187.640,73	45,64
	2004	€ 2.178.511,63	50,13
	2005	€ 2.189.721,90	47,90
	2006	€ 2.533.882,66	39,21
RETE 4 & 5	**Anno**	**Spesa**	**%**
Promozione della socialità ed inclusione sociale	2003	€ 131.736,48	2,75
	2004	€ 98.105,70	2,26
	2005	€ 189.090,24	4,14
	2006	€ 119.898,86	1,86

RETI DI SERVIZI	2003	2004	2005	2006	% FINANZIAMENTO 2007	% FINANZIAMENTO 2008	% FINANZIAMENTO 2009-2010
Accesso, cittadinanza	14,50	12,44	15,94	27,01	17 - 22	15 - 20	10 -15
Famiglia e minori	37,12	35,18	32,02	31,93	35 - 40	33 - 38	30 - 35
Non Autosufficienza (anziani e disabili) e Invecchiamento Attivo	45,64	50,13	47,90	39,21	30 - 35	32 -37	35 - 40
Promozione della socialità e inclusione sociale	2,75	2,26	4,14	1,86	7 –12 (1)	8 –13 (1)	9 –14 (1)

Si evidenzia comunque la parziale attendibilità dei dati in quanto:

- non sempre vengono inseriti con lo stesso criterio metodologico ed omogeneità di classificazione da parte di tutti gli operatori;
- le schede di rilevazioni regionali hanno presentato delle variazioni nel corso degli anni che non permettono una confrontabilità dei dati rilevati a livello temporale ;

Si sottolinea inoltre che non è corrispondente la rappresentazione delle spese relative al Servizio Sociale Professionale che spalmato sulle varie aree, non rappresenta un dato rappresentativo e certo ed appare inoltre sottostimato. Così come le spese per il personale dei Servizi non vengono raccolte con omogeneità, e pertanto inficiano la reale rappresentazione dell'investimento stesso.

Di fatto si rileva che la tradizionale offerta relativa agli interventi verte sul fronte della riparazione, con sporadici casi di interventi volti alla prevenzione del disagio nelle sue variegate espressioni. Si evidenzia comunque che la prevenzione presuppone uno stretto collegamento con le politiche trasversali e necessita l'implementazione di progettazioni più complesse - anche in termini di adeguatezza del personale sia quantitativamente che qualitativamente - delle singole prestazioni offerte e prese in carico dell'utenza attuali.

RILEVAZIONE DOMANDA E BISOGNI SOCIALI . Rispetto alla tipologia delle **famiglie** che accedono ai servizi si evidenzia che queste ultime sono per la maggior parte composte da persone immigrate in Liguria da altre regioni (anche grandi flussi migratori degli anni "50, "60 e "70). In questa tipologia di famiglia c'è bassa scolarizzazione dei genitori, in gran parte carenza di specializzazione rispetto al lavoro e poca motivazione dei figli alla frequenza ed all'adempimento dell'obbligo scolastico.
Per queste fasce meno abbienti, la situazione economica risente nello specifico della stagionalità e temporaneità dell'offerta del lavoro (sia settori agricolo e turistico che quello dell'edilizio).
La richiesta di manodopera, per i settori lavorativi sopraindicati, ha fatto del territorio nel tempo un punto di approdo per **l'immigrazione**, prima interna (da altre regioni) e negli ultimi anni per quella extracomunitaria, tanto da essere considerata la piccola Villa Literno del Nord.
Si riscontrano poi anche alti tassi di separazione tra coniugi e conviventi, rappresentati da famiglie con un solo genitore e conseguenti disagi per i figli, non solo a livello economico.
La punta dell'iceberg è un alto tasso di famiglie inadeguate, infatti è considerevole il numero dei minori affidati dal Tribunale per i Minorenni di Genova agli enti comunali, ma rimane anche significativa la percentuale di situazioni di disagio minorile segnalate dalla scuola e non solo. Si sottolinea l'inadeguatezza educativa di molti genitori e la necessità di supporto alla genitorialità.
Si evidenzia inoltre un cambiamento per quanto riguarda il fenomeno dei minori non accompagnati, infatti se negli anni passati la media della permanenza in struttura era di 2/3 gg. max, da un po' di tempo si assiste al fenomeno di ragazzi che si presentano ai servizi con la richiesta di essere inseriti. Evidentemente culturalmente è passato il concetto che tali inserimenti rappresentano un'opportunità di "inserimento sociale" per il futuro e non esclusivamente un fattore repressivo.
La Caritas Diocesana di Albenga segnala* che dalla composizione della propria utenza si evince un incremento molto consistente di donne, pari al + 22%, ed inoltre a fronte di un minimo incremento (+ 6,52%) di popolazione bisognosa straniera, si raggiunge un considerevole aumento (+37%) di popolazione italiana che in tre anni ha dovuto ricorrere all'aiuto Caritas per far fronte alla quotidianità. Rileva pertanto un impoverimento della fascia inferiore della società. I loro dati riguardanti la fornitura di vitto a bisognosi , infatti confermano quanto detto sopra: si assiste ad un incremento del 92%.
E' presente inoltre una forte domanda di inserimento negli asili nido da parte di famiglie che cercano di conciliare le esigenze famigliari con le necessità lavorative.
Per quanto concerne **i giovani** che hanno terminato la Scuola e si addentrano nel mondo del lavoro, si presenta una realtà condizionata dalla stagionalità dello stesso e dalle "incerte" messe in regola. Il territorio, come del resto buona parte della Liguria, non offre grosse possibilità neanche nella fascia media-alta di scolarizzazione. Si assiste pertanto a spostamenti verso il capoluogo della Regione se non addirittura verso altre Regioni più interessanti sotto l'aspetto occupazionale.
Altro punto importante che si evidenzia è la netta differenza tra le grosse sollecitazioni estive rispetto alle proposte del tempo libero e la penuria di attività nel periodo invernale. Si ravvisa la necessità di proporre iniziative più stimolanti sotto l'aspetto ricreativo-culturali finalizzate alla strutturazione dell'acquisizione di conoscenze e capacità di scelta per costruire il proprio futuro.

*analisi effettuata sui dati estrapolati da "Gli Studi dell'Osservatorio" a cura dell'Osservatorio delle Povertà e delle Risorse, nel periodo 2005-2007

Altro problema grave e prioritario percepito è il **disagio abitativo**. Si riscontra un forte aumento degli sfratti per morosità. Aumentano le famiglie giovani, tra cui quelle non italiane, che faticano ad accedere al mercato privato delle locazioni e ancor più dell'acquisto. Questo comporta un decremento demografico di alcuni Comuni costieri a favore di un ripopolamento dell'entroterra. Il mercato privato della locazione ha prezzi altissimi e comunque l'offerta è esigua, privilegiando il mercato delle seconde case più lucrativo.
Esistono soprattutto ad Albenga alloggi di ARTE, ma non esiste quasi ricambio, per cui alle centinaia di domande del recente bando, seguiranno tempi di attesa di un anno per le graduatorie e comunque risulteranno alla fine poche nuove unità assegnate. (V. LE POLITICHE TRASVERSALI/PROGRAMMA SOCIAL HOUSING).
Gli stessi Comuni si sono dotati di alloggi da dedicare all'emergenza abitativa con progetti a scadenza di un anno rinnovabili fino a tre anni. Nei fatti però diventa difficile dare mobilità perché non esistono proposte alternative per i locatari alla scadenza del periodo di ospitalità.
Ad Albenga esistono alloggi di proprietà delle imprese di costruzione, che per oneri di urbanizzazione sono stati dati in comodato al Comune, che ospitano da 20 anni 87 persone.

Inoltre le nuove povertà per le famiglie, anche delle fasce medie della popolazione, sono rappresentate da eventi o fasi della vita legati alla **non-autosufficenza**, in particolare per le **demenze**. Infatti la necessità di assistenza continua o di inserimenti in struttura comporta oneri finanziari non sempre compatibili con la media degli introiti familiari ed inoltre capacità particolari di assistenza a cui le famiglie si trovano impreparate. Si riscontra inoltre: un'alta presenza di anziani in coppia o soli, senza parenti o con parenti lontani (anche fuori regione) o che lavorano e l'esigenza di dare risposta al problema delle dimissioni "selvagge" dopo i ricoveri nelle strutture ospedaliere. Si constata che le famiglie, spesso per ragioni di costi, ricorrono alle badanti più che ad inserimenti in struttura come in passato.
Per quanto concerne i **disabili** mancano soluzioni adeguate, in particolare per le persone in coma vigile, strutture di pronta accoglienza per emergenze e/o ricoveri di sollievo, e anche case-famiglia per il "dopo di noi". Non esiste, per la media gravità, un Servizio di laboratori protetti di mediazione al lavoro. Sarebbe più funzionale per quanto concerne gli attuali servizi sanitari l'accorpamento in un'unica sede ad Albenga.

Rivisitando la problematica dell'immigrazione si sottolinea che le realtà maggiormente interessate sono Albenga ed Alassio sulla costa ed Ortovero, Garlenda e Cisano sul Neva per l'entroterra. Il fenomeno che attualmente si presenta è quello dei ricongiungimenti famigliari, con la frequente presenza di minori da inserire nella scuola, con necessità di mediazione culturale e corsi di alfabetizzazione anche per adulti (sul totale della popolazione residente straniera - inizio anno 2007 - il 70% è rappresentato da adulti, il 20% circa da minori infraquattordicenni e solamente il 6% da anziani). Le nazionalità più rappresentate sono nell'ordine: Marocco, Albania, Germania, Romania, Egitto, Ucraina, Ecuador. Per queste due ultime nazionalità la presenza più consistente sembra essere quella della donne che trovano inserimento come badanti.
In generale rispetto a tutte le reti mancano Servizi per le Emergenze e la Pronta Accoglienza, e per quanto concerne i Servizi Territoriali Sociosanitari una maggiore circolarità delle informazioni sia per gli utenti che per gli operatori, come anche la necessità di valutazioni multidimensionali più rispondenti nella tempistica alle esigenze dell'utenza.

LA METODOLOGIA/LA GOVERNANCE

1. LA PARTECIPAZIONE DEGLI ATTORI ISTITUZIONALI E SOCIALI ALLA COSTRUZIONE DEL PIANO DISTRETTUALE. FONDAZIONI BANCARIE, ASSOCIAZIONI IMPRENDITORIALI

PREMESSA.* Nella progettazione nell'ambito della politica dei servizi e delle politiche sociali, vanno superate ottiche programmatorie che si basano su culture settoriali, burocratiche e centralistiche.

Quello che caratterizza oggi le esperienze può essere così sintetizzato:

- L'attenzione a contestualizzare, radicare i processi programmatori in ambiti territoriali "adeguati";
- L'attenzione agli approcci unitari ed integrati;
- Lo sviluppo della concertazione tra istituzioni
- L'attivazione non solo di responsabilità istituzionali ma anche comunitarie;
- La messa a punto di metodologie processuali nella predisposizione del programma e nella articolazione dei progetti, cioè l'attenzione a superare ottiche burocratiche per favorire ottiche partecipative e collaborative.

Il presente Piano può rappresentare uno strumento di sviluppo ed affinché non rimanga una iniziativa reificata od una sommatoria di progetti, l'impegno dei diversi soggetti prima che sui singoli progetti, deve puntare sui **PROCESSI.** Tale attenzione si concretizza nel fare del Ruolo Istituzionale il motore di avviamento del processo, il facilitatore di comunicazione e di formazione, l'attivatore di soggetti di risorse locali, il mediatore di conflitti, il coordinamento del processo.

Ma il processo di sviluppo si attiva se cresce l'informazione, il dibattito, l'orientamento comune verso gli obiettivi, la messa in rete di risorse e di responsabilità.

La concertazione tra istituzioni e tra queste ed altri soggetti comunitari è necessaria quando:

- Vi sono esigenze che attengono alla definizione di politiche dei servizi a favore dell'intera popolazione o di fasce deboli di essa che, per essere efficaci, debbono configurarsi come unitarie ed integrate. A maggior ragione questa concertazione è indispensabile quando si tratta di definire politiche sociali;
- Nella definizione di dette politiche si devono coniugare i livelli di responsabilità con i principi di solidarietà e di sussidiarietà al fine di rendere esigibili i diritti sanciti;
- Le competenze in campo sono diverse quando le opportunità da garantire si caratterizzano per complessità e allora la concertazione produce coordinamento e integrazione dell'azione amministrativa, oltre ad evitare che questioni importanti (ma magari non di stretta competenza da questo o quell'ente), finiscano per essere sottovalutate.

La concertazione in sintesi, è necessaria per :

- Evitare sovrapposizioni;
- Evitare "vuoti" nelle garanzie da rendere esigibili, evitare conflitti e disarmonie;
- Garantire un'ottica progettuale integrativa;
- Favorire programmi e progetti radicati nel territorio

Nella concertazione occorre favorire la NEGOZIAZIONE. Concertare non è solo conciliare ed integrare : a volte c'è la necessità di trovare un EQUILIBRIO tra le parti.

Tra i soggetti coinvolti nella predisposizione di un Piano possono esserci posizioni divergenti. E' sulle divergenze che incidono la capacità di ascolto, la capacità di capire il punto di vista dell'altro, la capacità di avviare un dialogo, la capacità di trovare soluzioni accettabili.

E' sugli stili di gestione dei conflitti che si basano le possibilità di gestione evolutiva dei conflitti.

Tra gli ORIENTAMENTI SOCIALI dei soggetti che interagiscono tra loro, quelli che possono incidere positivamente nella soluzione di eventuali conflitti sono: il DIALOGO, la COOPERAZIONE, la CORRESPONSABILITA'.

*Tratto e rivisitato dal Documento "Aspetti tecnici e metodologici per la concertazione" di F. Vernò / Seminario del 17 aprile "99 organizzato dalla Provincia di Savona.

Il modello della struttura organizzativa e lo sviluppo delle azioni propedeutiche alla formulazione del piano è stato approvato - secondo i seguenti schemi -, dai Presidenti di Ambito in data 10 dicembre 2007 e rivisitato per ridefinizione del calendario in data 10 marzo 2008, :

	composizione	
COMITATO DEI SINDACI di DISTRETTO SOCIOSANITARIO E SUO ESECUTIVO / **DIRETTORE GENERALE ASL N.2 SAVONESE**	• **SINDACI DEI COMUNI di:** Alassio, Albenga, Andora, Arnasco, Casanova Lerrone, Castelbianco, Castelvecchio di R.B, Ceriale, Cisano sul Neva, Erli, Garlenda, Laigueglia, Nasino, Onzo, Ortovero, Stellanello, Testico, Vendone, Villanovad'Albenga,Zuccarello. • **PRESIFDENTI di ATS**	**COORDINAMENTO POLITICO ISTITUZIONALE**
UFFICIO di PIANO	• **Unità Distrettuale (Direttore Sociale Direttore Sanitario) coadiuvati dal** **Comitato Distrettuale (componenti):** Coordinatori di ATS, Rappresentanti dei Dipartimenti territoriali e membri del coordinamento ex art.3-sexies,comma2, del d.lgs.502/1992: 1rappresentanteM.M.G,1pediatra di libera scelta e 1 specialista ambulatoriale convenzionato	**COORDINAMENTO TECNICO ISTITUZIONALE**
ATTORI ISTITUZIONALI: • **PROVINCIA di SAVONA** • **UFFICIO SCOLASTICO PROVINCIALE** • **DISTRETTO SCOLASTICO** • **QUESTURA** • **PREFETTURA** • **AZIENDA PUBBLICA SERVIZI ALLA PERSONA ISTITUTO D. TRINCHERI – ALBENGA** • **ARTE**	**Protocolli di Intesa già in cantiere:** • **Inserimenti lavorativi dei Disabili e delle persone in condizione di svantaggio;** • **abbandono scolastico;** • **"Promozione di strategie condivise finalizzate alla prevenzione ed al contrasto del fenomeno della violenza nei confronti delle donne";** • **"Piano Regolare Provinciale"** • **Protocollo d'Intesa in materia di Intercultura** • **"Progetto Scuola territorio per una Comunità Educante"** • • **Ufficio minori : Progetto abuso** • **"Collegamento emergenze climatiche"** • **Progetto "Alzheimer"** • **Programmazione edilizia convenzionata**	**PARTECIPAZIONE A POLITICHE TRASVERSALI** **=** **RETE ISTITUZIONALE**
ATTORI SOCIALI • **O. N. L. U .S.** • **ASSOCIAZIONI** • **ORGANIZZAZIONI di VOLONTARIATO** • **SINDACATI** • **ENTI CONFESSIONALI**		**PARTECIPAZIONE TERZO SETTORE** **=** **RETE SOCIALE**

- RESPONSABILITA' POLITICA OBIETTIVI ED AZIONI (DESTINAZIONE FINANZIAMENTI) PIANI DSS & ATS: COMITATO DEI SINDACI di DISTRETTO SOCIOSANITARIO/DIRETTORE GENERALE ASL N.2 SAVONESE.
- RESPONSABILITA'TECNICA REDAZIONE PIANO DSS: DIRETTORE SOCIALE
- RESPONSABILITA' TECNICA REDAZIONE PIANO ATS: I COORDINATORI di ATS.

1. Le riunioni tecniche propedeutiche alla rilevazione delle criticità ed alla lettura dei bisogni, finalizzate alla predisposizione del Piano, sono avvenute secondo le seguenti modalità:

TEMPI	CONTENUTI	PARTECIPANTI
Martedì 18 dicembre c.a. ore 8.30	**RETE FAMIGLIA E MINORI**	**DIRETTORE SOCIALE e COORDINATORI di ATS**
Mercoledì 9 gennaio 2008 ore 9.30	**RETE POLITICHE ATTIVE PER L'INVECCHIAMENTO**	
Martedì 15 gennaio 2008 Ore 14.30	**RETE INCLUSIONE ED EMERGENZA SOCIALE**	
Mercoledì 23 gennaio Ore 9.30	**RETE ACCESSO, ACCOGLIENZA E VALUTAZIONE DEL BISOGNO SOCIALE E SOCIOSANITARIO RETE NONAUTOSUFFICENZA**	

2. La definizione Obiettivi ed Azioni di Piano (DSS,ATS) da realizzare, attraverso l'analisi della rete di offerta esistente, le criticità rilevate e le risorse disponibili del territorio, ha portato individuazione dei percorsi e dei tempi per il raggiungimento degli obiettivi:

TEMPI	CONTENUTI	PARTECIPANTI
Mercoledì 19 marzo ore 15.00 :	**RETE FAMIGLIA E MINORI**	**Esecutivo Comitato dei Sindaci DSS Direttore Sociale Coordinatori di ATS o loro delegati**
Venerdì 28 marzo ore 8.30	**RETE ACCESSO, ACCOGLIENZA E VALUTAZIONE DEL BISOGNO SOCIALE E SOCIOSANITARIO RETE NONAUTOSUFFICENZA**	
Mercoledì 02 aprile ore 8.30	**RETE INCLUSIONE SOCIALE**	
Giovedì 10 aprile ore 10.30	**RETE EMERGENZA SOCIALE POLITICHE ATTIVE PER L'INVECCHIAMENTO**	

3. Approvazione/rinnovo delle Convenzioni di Ambito e di Distretto Sociosanitario /ASL: La stipula /rinnovo delle convenzioni di Ambito costituiscono diretta competenza dei Coordinatori. E' competenza dell'Unità Distrettuale predisporre la convenzione, in base agli schemi regionali, tra Comuni ed ASL sulle attività Integrate.
La Convenzione con l'ASL deve essere approvata prima dell'approvazione dei Piani.

4. Definizione Obiettivi ed Azioni delle Politiche Integrate Sociosanitarie di Piano DSS :

TEMPI	CONTENUTI	PARTECIPANTI
14 e 22 aprile **28 maggio e 12 e 30 giugno** **23 giugno** **9 e 23 luglio, 13 agosto** **27 giugno e 28 agosto**	**Politiche Famiglia** **Politiche Nonautosufficenza/Disabili** **Politiche Nonautosufficenza/Anziani** **Politiche Inclusione Sociale** **Politiche Inclusione Sociale**	**Unità Distrettuale con:** **Dip. Materno Infantile** **"** **Dipartimento Cure Primarie** **Dip. Dipendenze** **Dip. Salute Mentale**

5. ALTRI ATTORI ISTITUZIONALI (LE POLITICHE TRASVERSALI)

Coinvolgimento

- Politico = secondo quanto previsto dall'esecutivo del Comitato dei Sindaci di DSS
- Tecnico = Incontri tematici

a. **MINISTERO della GIUSTIZIA / U.E.P.E.** (27 febbraio 2008) proposta Protocollo operativo anche con Caritas Diocesana Albenganese per rete Sportello SpIn)
b. **PROVINCIA di SAVONA**:
    - "Piano regolatore Sociale" 18.10.07, 06.11.07, 23.05.08
    - Sottoscrizione protocolli (V. segue Politiche Trasversali)
c. **ARTE** (V. segue Politiche Trasversali)
d. **FORMAZIONE PROFESSIONALE : ELFO** (11 aprile 08) Protocollo d'Intesa
e. **QUESTURA di SAVONA Ufficio minori :** Progetto Abuso a livello provinciale (coordinamento 4 Distretti Sociosanitari))
f. **PREFETTURA** collegamento per " Progetto Regionale Emergenze Climatiche"

Per quanto concerne

6. PRIMA STESURA DELLA BOZZA di PIANO DSS (luglio - completata trasmissione dati ISTAT, da parte ATS, dati ISTAT 30 giugno)

7. COINVOLGIMENTO ALTRI ATTORI SOCIALI: incontri, interviste individuali e focus group

TEMPI	MODALITA'	PARTECIPANTI
17 luglio **22 luglio** **04 agosto** **10 aprile** **11 aprile** **08 maggio** **18 giugno** **21 agosto**	**FOCUS GROUP** **Famiglia e minori** **Non autosufficienza** **Inclusione ed emergenza sociale** **INCONTRI SINGOLI**	o **ESECUTIVO COMITATO SINDACI** o **DIRETTORE SOCIALE E COORDINATORI ATS** o **Associazioni ed Organizzazioni di VOLONTARIATO (V. I PARTE Reti Offerta)** o **ENTI CONFESSIONALI** o **Azienda Pubblica Servizi alla Persona "D. Trincheri"**

8. RIVISITAZIONE DELLA BOZZA di PIANO DSS (agosto)

9. CONDIVISIONE DELLA BOZZA di PIANO con tutti gli altri attori coinvolti
Trasmissione della bozza per raccolta osservazioni (agosto)

10. STESURA DEFINITIVA

11. APPROVAZIONE DEL PIANO DSS IN COMITATO DEI SINDACI (FINE SETTEMBRE).

LE POLITICHE TRASVERSALI

La Regione ha ben sottolineato come "gli interventi sociali sono ancora troppo spesso confinati nella sfera meramente assistenziale, senza una reale integrazione con gli interventi sanitari e dell'istruzione, nonché con le politiche attive di formazione, di avviamento e di reinserimento al lavoro in modo tale da affrancare buona parte dei cittadini dai bisogni economici e come anche non siano tenute in debito conto le politiche per il miglioramento della qualità della vita anche attraverso l'assetto urbano, la viabilità, i trasporti e la disponibilità abitativa". Tutte le politiche vanno rivisitate ed orientate per determinare il ben-essere della comunità. Si tratta di realizzare un "welfare di comunità" attraverso l'attuazione di "Piani Regolatori Sociali" che realizzino una protezione sociale attiva, capace di mettere in campo opportunità e servizi a sostegno di tutti i cittadini.
Da tempo le maggiori istituzioni per settori a livello provinciale: si sono orientate in questa direzione, anche se non ancora del tutto ancora organicamente:

1. **POLITICHE INTEGRATE PER FACILITARE L'INSERIMENTO NELLA SCUOLA, NELLA FORMAZIONE E NEL LAVORO:**

   PROTOCOLLI di INTESA, PROPOSTI DALLA PROVINCIA:

   1. **INSERIMENTI LAVORATIVI DEI DISABILI E DELLE PERSONE IN CONDIZIONE di SVANTAGGIO** (Provincia di Savona, Asl 2 Savonese, Distretti Sociosanitari Savonese, Albenganese, delle Bormide e Finalese, Ministero Della Giustizia, Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Ufficio Scolastico Provinciale di Savona, Comuni del Territorio Provinciale, Istituti Medi di Primo e di Secondo Grado)
   2. **IN MATERIA di ABBANDONO FORMATIVO** (Provincia di Savona, Centro Servizi Amministrativi di Savona, il Dipartimento Materno -Infantile/ ASL 2 Savonese, Segreteria Tecniche del Savonese, dell'Albenganese, e delle Bormide, Istituti Medi di Primo di Secondo Grado)

2. **POLITICHE PIANIFICAZIONE TERRITORIALE, URBANISTICA ED EDILIZIA SCOLASTICA**

NUOVO POLO SCOLASTICO IN ALBENGA - Documento preliminare alla progettazione.
La Provincia di Savona ha emesso il bando per il progetto del nuovo Polo Scolastico Superiore nel territorio dell'Albenganese. A tale riguardo si è identificato quale possibile sito, il complesso di edifici costituenti l'ex caserma "Turinetto" in Albenga.
Sul territorio sono attualmente presenti due Istituti Superiori: il Liceo Scientifico Classico "G. Bruno" e la sezione Industriale ed Agraria dell'Istituto Secondario Superiore "Giancardi-Gallilei-Aicardi", distribuiti in varie sedi, di cui alcune disagevoli a raggiungersi dall'utenza scolastica. Tali sedi sono ospitate in strutture in parte di proprietà della Provincia di Savona, altrimenti in affitto o in convenzione.
L'intento è quello di creare un unico polo scolastico che, pur garantendo studi di differente formazione, possa consentire connessioni e sinergie nel campo educativo, favorire la socializzazione, mediante nuovi spazi educativi atti a porre l'istruzione scolastica come centro permanente di vita culturale e sociale aperto al territorio.
Questa area, di metratura complessiva pari a mq. 64.081 di cui mq. 46.161 di area e mq. 17.960 di fabbricati, ha le caratteristiche idonee, nella sua interezza volumetrica e spaziale, per realizzare il nuovo polo scolastico ospitante un numero complessivo di studenti pari a 1500 unità (in proiezione).
Dalle prime valutazioni effettuate si ipotizza la possibilità di un riutilizzo degli edifici esistenti, attraverso un intervento di recupero edilizio suddiviso in stralci (con conseguente trasferimento degli istituti in tempistiche differenti) che nella loro totalità porteranno al soddisfacimento delle esigenze ed al raggiungimento degli standard qualitativi richiesti per il liceo scientifico, la sezione

industriale e la sezione agraria. Il polo scolastico dovrà ospitare il Liceo Scientifico Classico "G. Bruno" e la sezione agraria ed industriale dell'istituto Secondario " Giancardi-Galilei-Aicardi".
Il Liceo Scientifico Classico"G. Bruno" offre un corso di studi diversificati quali :

- indirizzo scientifico
- indirizzo classico sperimentale
- indirizzo linguistico

La sezione industriale dell'Istituto Secondario Superiore "Giancardi-Galilei-Aicrdi", ha attualmente attivati l'indirizzo industriale (indirizzo chimico ed indirizzo elettronico e telecomunicazioni) e l'indirizzo scientifico-tecnologico.
La sezione professionale per l'agricoltura e l'ambiente dell'Istituto Secondario Superiore "Giancardi-Galilei-Aicardi" ha attualmente attivato l'indirizzo agroalimentare.

IL NUOVO POLO SCOLASTICO PREVEDERÀ NEL DETTAGLIO:

Sezione industriale –liceo tecnologico

- n. 10 classi
- n. 1 laboratorio di chimica
- n.1 laboratorio di fisica
- n.1 laboratorio di biologia
- n.3 laboratori di informatica
- n.1 laboratorio di elettronica e telecomunicazioni
- n.1 laboratorio elettronica
- n.1 biblioteca
- n.1 sala insegnanti
- uffici
- archivio – depositi
- servizi igienici
- infermeria
- n.1 aula proiezioni

Sezione agraria

- n.10 classi
- n.1 laboratorio di chimica – biologia
- n.1 laboratorio di fisica
- n.2 laboratori di informatica
- n. 1 biblioteca
- n.1 sala insegnanti
- Uffici
- Archivio - depositi
- Infermeria
- N.1 aula proiezioni
- Servizio igienici
- Spazio all'aperto da destinare a serre (almeno 1000 mq)

Liceo "G. Bruno"

- - n.45 classi
- - n.2 laboratorio di chimica - biologia
- - n 1 laboratorio di fisica
- - n.4 laboratori di informatica
- - n.2 laboratori linguistici
- - n.1 laboratorio da disegno
- - n.1 biblioteca
- - n.1 sala insegnanti
- Uffici
- Archivio – depositi
- Infermeria
- Servizi igienici
- - n.2 aule proiezioni

3. POLITICHE INTEGRATE PER L'IMMIGRAZIONE:

PROTOCOLLO D'INTESA IN MATERIA di INTERCULTURA, PROPOSTO DALL' UFFICIO SCOLASTICO PROVINCIALE (Provincia di Savona, Distretti Sociosanitari Savonese, Albenganese, delle Bormide e Finalese, Prefettura Ufficio Territoriale del Governo – Savona, Ufficio Scolastico Provinciale di Savona, Asl 2 Savonese, Università degli Studi di Genova – Facoltà Scienze della Formazione, Forum Provinciale Terzo Settore di Savona)

4. POLITICHE INTEGRATE PER IL CONTRASTO AL DISAGIO ECONOMICO

PROGRAMMA REGIONALE PER IL SOCIAL HOUSING. La Regione Liguria, col "Programma Regionale per il *Social Housing*", ha invitato le Amministrazioni comunali ad alta problematicità abitativa, da sole o in funzione del bacino di utenza di appartenenza, a definire in forma coerente e di medio periodo una politica della casa per il proprio territorio.
Il territorio dell'Albenganese, con il Comune di Albenga - capofila -, Alassio, Ceriale e Laigueglia,

ha risposto stipulando un Accordo di Programma con la Regione stessa, a cui ha aderito anche l'A.R.T.E. di Savona prevedendo i seguenti interventi:

INTERVENTI	Tipo offerta sociale	n° alloggi
Comune di Albenga INTERVENTO 1 - nuova costruzione in Loc.tà San Fedele INTERVENTO 2 - recupero unità abitative in sottotetto esistente Reg. Rapalline Campochiesa INTERVENTO 3 - recupero unità abitative esistenti Reg. Rapalline Campochiesa	***CANONE MODERATO***	INTERVENTO 1 N° 14 alloggi INTERVENTO 2 N° 4 alloggi INTERVENTO 3 N° 2 alloggi
Comune di Ceriale INTERVENTO 1 - riutilizzo di volume sottotetto di immobili comunali in Via Nava	E.R.P.	N. 5 alloggi
Comune di Laigueglia INTERVENTO 1 - ristrutturazione di immobili di proprietà Comunale	*CANONE MODERATO*	N° 5 alloggi
Comune di Alassio INTERVENTO 1 - nuova costruzione in Reg. Loreto	*CANONE MODERATO*	N° 7 alloggi

Si porta a conoscenza inoltre che rispetto ai contributi del Fondo Nazionale per il Sostegno alle Locazioni (art.11 L.431/98, D.M. 75/99 e DD.GG.RR annuali) i Comuni di Alassio, Laigueglia e Testico concorrono ad incrementare con risorse proprie tale fondo.

4. POLITICHE INFRASTRUTTURALI DI COMUNICAZIONE

La Legge Obiettivo delle politiche infrastrutturali ha lanciato la sfida di un profondo ammodernamento della rete infrastrutturale nazionale, da un lato prevedendo le principali opere stradali, autostradali , ferroviarie e portuali da attuare nei prossimi anni , dall'altro individuando le procedure per una celere realizzazione di tali opere.
Si tratta in gran parte di progetti inseriti in un più ampio contesto europeo, che si riconducono per lo più ai "corridoi infrastrutturali" individuati in sede comunitaria dalla commissione "Van Miert". Per la Liguria si tratta di un elenco assai significativo di opere, dal Terzo Valico dei Giovi al Nodo Autostradale Genovese, dalle Autostrade del Mare alla "nuova Aurelia", per la quale è stato richiesto l'inserimento nella Legge Obiettivo.
Il Dipartimento Trasporti, Infrastrutture e Protezione Civile - Servizio Infrastrutture e Porti - sta gestendo complessivamente oltre 30 progetti che, se finanziati, cambieranno il volto della nostra regione.
Opera inserita nel primo programma delle infrastrutture strategiche di preminente interesse nazionale di cui alla delibera CIPE del 21 dicembre 2001:

- il raddoppio della linea ferroviaria Genova-Ventimiglia tratta Andora-Finale Ligure (2° lotto), tale progetto proseguirà il raddoppio a nord della linea ferroviaria previsto dal 1° lotto tra S. Lorenzo al Mare e Andora, rientrando nel progetto complessivo di raddoppio con

spostamento a monte della linea Genova Ventimiglia, volto a superare i limiti causati dalle strozzature dell'attuale tracciato nelle tratte a binario unico. La nuova linea risolverà aspetti di disturbo all'assetto urbano e turistico del territorio presenti nell'attuale linea parallela alla costa e costituirà un segmento fondamentale della direttrice mediterranea, presentando caratteristiche tecniche di potenzialità idonea a consentire un traffico ad alta capacità.

- "Il giorno 23 aprile 2008 si è svolto in Comune ad Albenga un incontro al quale hanno partecipato, oltre al Sindaco ed alcuni amministratori locali, le tre Associazioni di Categoria Agricole, l'assessore regionale Giancarlo Cassini (agricoltura) e Carlo Ruggeri (infrastrutture) accompagnati dai responsabili di RFI e Italferr. Evento sicuramente importante durante il quale c è stato ribadito e confermato, per l'ennesima volta, il fatto che la proposta progettuale migliorativa del nuovo tracciato ferroviario che attraverserà la Piana di Albenga, presentata a tempo debito dal Comune di Albenga, verrà recepita nella progettazione definitiva della tratta Finale L. - Andora attualmente in fase di redazione. Per quanto riguarda la presentazione della progettazione definitiva se ne parlerà molto piu' avanti in quanto i tempi si sono allungati notevolmente a causa della mancanza della copertura finanziaria tanto è vero che, secondo quanto dichiarato dai responsabili di RFI durante l'incontro, il cantiere della tratta in oggetto verrà presumibilmente non prima del 2012.

Opera inserita nell'aggiornamento del 1° programma delle opere strategiche (DPEF 2005-2008, seduta CIPE DEL 18/03/2005:

- il nuovo tratto autostradale Albenga Garessio Ceva allo stadio progettuale. L'opera integrerà il corridoio costiero nella rete trans europea, svilupperà le comunicazioni del comprensorio ingauno con le aree del basso e medio Piemonte, creerà un fattore di competitività a supporto del diversificato tessuto produttivo del ponente ligure.

5. POLITICHE SVILUPPO ECONOMICO ED OCCUPAZIONALI

La Piaggio Aero Industries si trasferirà a Villanova d'Albenga: è l'esito dell'accordo di programma approvato nel mese di agosto. Con questa scelta sarà possibile realizzare nelle aree dell'aeroporto "Panero" un nuovo stabilimento per il rilancio industriale delle attività di produzione aereonautica, settore in cui la Piaggio è presente da sempre e che intende sviluppare ulteriormente con una crescente presenza sui mercati internazionali.
Una procedura complessa iniziata nel 2004 che porterà a una produzione d'avanguardia, con il nuovo stabilimento, nei settori motoristici e velivoli stico frutto di una intensa attività di ricerca e sviluppo. L'investimento complessivo per il nuovo stabilimento sarà di 135 milioni di euro mentre il termine dei lavori di costruzione è previsto entro il 2010.
Il progetto concretizza una scelta fondamentale per tutto il territorio della provincia di Savona che potrà contare sulla presenza di un nuovo stabilimento che consentirà di rafforzare una rete territoriale di piccole aziende improntate ala ricerca tecnologica e allo sviluppo di professionalità di alto livello. Una scelta quindi strategica su cui la Provincia si è impegnata, insieme agli altri enti locali, perché trovasse finalmente uno sbocco concreto. L'area impegnata dal nuovo stabilimento sarà di oltre 45.000 metri quadrati di cui 38.000 per le officine vere e proprie, 3500 di laboratori, 1600 per una sala prova motori e oltre 2200 di uffici amministrativi e di progettazione.
Particolarmente significativi anche i numeri dell'occupazione prevista: sono infatti oltre 1450 i dipendenti diretti ed indiretti dell'azienda ligure di cui 822 presso lo stabilimento che troverà collocazione a Villanova.

6. POLITICHE di TUTELA AMBIENTALE

Il 29 maggio scorso sono state liberate alcune delle tartarughe del centro gestito dalla Provincia di Savona realizzato nell'ambito naturalistico di salvaguardia nato nel 1994**.** Gli esemplari della testuggine palustre **Emys Orbicularis Ingauna,** sono state rilasciate nei nuovi siti preparati per raccoglierli, all'interno di aree protette. Si tratta di esemplari scelti per iniziare l'opera di ripopolamento nei luoghi d'origine di questi animali: un segnale molto importante per la tutela della biodiversità nella provincia di Savona e nella Liguria.

Il Progetto Emys è frutto della collaborazione tra Provincia di Savona, Acquario di Genova, Comunità Montana "Ingauna", Coordinamento provinciale di Savona del Corpo Forestale dello Stato, Università degli Studi di Genova e le associazioni pro-natura Genova e WWF Liguria.
E' una tappa fondamentale del **Progetto Emys** nato per la conservazione e la riproduzione della testuggine originaria del territorio ingauno, che fino a qualche anno fa si reputava estinta a causa delle fortissime alterazioni del suo habitat naturale.
Già a partire dagli anni '60, infatti, gli stagni e i corsi d'acqua della Piana di Albenga che ne costituivano l'habitat naturale venivano cancellati dalle carte geografiche o profondamente alterati dagli interventi di bonifica, arginatura in cemento, captazione d'acqua per uso agricolo dall'eccessivo utilizzo di pesticidi e diserbanti.
Il rilascio in ambiente naturale protetto della testuggine Emys orbicularis ingauna, segna l'inizio di una fase del Progetto finalizzata ad incrementare la ridottissima popolazione naturale con individui riprodotti al Centro Emys, che saranno costantemente monitorati una volta rilasciati nel loro ambiente naturale.
Tutti gli esemplari hanno una marcatura di riconoscimento indelebile e alcuni di essi sono dotati di una piccola radiotrasmittente per seguirne gli spostamenti in natura con tecniche di radio-tracking, sotto il coordinamento del DIP.TE.RIS. dell'Università degli Studi di Genova.
Gli enti alla tutela ambientale ed i volontari coinvolti già da tempo nel Progetto Emys controlleranno lo stato dei siti di rilascio, per prevenire possibili rischi di bracconaggio e di pesca illecita.
La collaborazione tra le istituzioni coinvolte nel Progetto, a cui si sono aggiunti negli anni il Comune di **Albenga**, il Comune di **Garlenda** ed il Comune di **Villanova d'Albenga**, oltre alla Regione Liguria come ente cofinanziatore (fondi UE Rete Natura 2000), ha consentito anche la creazione di un Sito di Importanza Comunitaria (SIC), espressamente dedicato alla conservazione della testuggine palustre ingauna, nei comuni di Villanova d'Albenga e Garlenda. La testuggine è presente, inoltre, all'interno di altri SIC (riconosciuti anche come Aree Protette di Interesse Provinciale) del comprensorio ingauno istituiti per la tutela dei **torrenti Arroscia** e **Centa** e del **Poggio Grande**. Il sito individuato nel territorio di Albenga per il primo ripopolamento di testuggini palustri si trova lungo il fiume Centa.
Il Progetto Emys ha visto la fattiva collaborazione di istituzioni ed enti pubblici e privati, con il prezioso apporto di volontari (studenti ed appassionati, Guardie Ecologiche Volontarie), impegnati nel comune intento di salvare queste testuggini straordinarie, miracolosamente sopravissute alle profonde alterazioni ambientali del nostro territorio. La loro conservazione è un'occasione irrepetibile per ripristinare e tutelare adeguatamente le zone umide della Liguria occidentale e la loro ricchezza biologica.

7. POLITICHE SVILUPPO SISTEMI INFORMATIVI

La banda larga è oggi riconosciuta come strumento indispensabile non solo per il rilancio della competitività del sistema economico, ma anche dal punto di vista sociale, culturale e del tempo libero. Entro 18 mesi la provincia di Savona sarà interamente coperta dalla banda larga per l'accesso a Internet. Con l'aggiudicazione alla società Energia e Territorio s.p.a. della gara per la realizzazione della copertura del territorio provinciale con banda larga per l'accesso veloce a internet, parte il conto alla rovescia per dotare il territorio savonese di una infrastruttura decisiva per cittadini ed aziende. Il 7 luglio è avvenuta la consegna lavori da parte della Provincia di Savona all'azienda aggiudicataria.
L'importo dei lavori pari a 3,5 milioni di investimenti da parte della società vincitrice del bando e 250.000 euro di fondi europei, permetterà la trasmissione e la recezione di dati con una velocità notevole, differenziata a seconda degli enti pubblici collegati.
Per i cittadini della provincia che disporranno della rete entro 18 mesi, è prevista una connettività garantita a internet a 1280 Kbps in download e 256 Kbps in upload best effort.
Tempi più ristretti per la fornitura della rete di telecomunicazione agli enti pubblici: entro il 30 settembre è prevista l'installazione per la copertura della Val Pennavaire mentre entro 180 giorni dall'affidamento lavori dovranno essere collegati gli enti pubblici territoriali della Provincia.
L'obiettivo finale e il dimensionamento della rete prevede di portare, oltre alla connessione ad Internet veloce anche una serie di servizi come VOIP, Videosorveglianza, Applicazioni Business.
L'Amministrazione Provinciale di Savona è da sempre impegnata a sostenere l'evoluzione

tecnologica e riconosce l'importanza di coprire il proprio territorio con tecnologia a banda larga multicanale - wireless (via radio) per eliminare il così detto digital divide (divario digitale)

8. POLITICHE INTEGRATE PER LE PARI OPPORTUNITA':

PROTOCOLLO di INTESA, PROPOSTO DALLA PROVINCIA "PROMOZIONE di STRATEGIE CONDIVISE FINALIZZATE ALLA PREVENZIONE ED AL CONTRASTO DEL FENOMENO DELLA VIOLENZA NEI CONFRONTI DELLE DONNE"- SOTTOSCRITTO IN DATA 19.11. 2007 (Provincia di Savona, Prefettura di Savona, Distretti Sociosanitari Savonese, Albenganese, delle Bormide e Finalese,Azienda Pubblica di Servizi Opere Sociali, Asl 2 Savonese, Organizzazioni sindacali CGIL – CISL – UIL, Ufficio Scolastico Provinciale di Savona, Università degli Studi di Genova – Facoltà Scienze della Comunicazione, Consigliera di Pari Opportunità, Consulta Femminile, Ce.Sa.Vo e le Associazioni di Volontariato, Associazione Telefono Donna, Associazione Ipotesi, Forum Provinciale Terzo Settore, Lega delle Cooperative, Confederazione Cooperative Italiane - Confcooperative)

9. Recentemente la Provincia di Savona si è inoltre distinta, prima provincia in Italia, nella "**PROPOSTA di PIANO REGOLATORE SOCIALE**"***** presentato c/o la provincia stessa il 13 maggio 2008. Dal luglio 2007 erano partiti i lavori propedeutici. Filo conduttore è stato promuovere politiche integrate di equità sociale sul territorio:

□ all'interno dell'Ente Provinciale, a partire dall'area 4 (Servizi alla persona ed alla collettività)

□ tra la Provincia di Savona, i Comuni, enti ed organizzazioni del territorio

e sviluppare progetti innovativi. Obiettivo ambizioso è la produzione di progetti di intervento concreti, condivisi, attivabili e con tempi di realizzazione precisi, per favorire lo sviluppo di un "welfare" comunitario, attraverso un piano di interventi condivisi per il "benessere di tutti. Vuole essere uno **strumento** per supportare la programmazione, la progettazione e la realizzazione del sistema provinciale dei servizi e degli interventi sociali e **mezzo** con cui leggere le politiche provinciali di sviluppo dal punto di vista del bisogno, della domanda e dei diritti sociali, di standard fondati su processi di sostenibilità sociale, ambientale e territoriale, messo a disposizione delle amministrazioni locali per potenziare la capacità degli individui di "stare bene".

I sei assi strategici definiti in via preliminare - **politiche abitative, sociosanitarie, giovanili, pari opportunità, formazione e istruzione, occupazione delle fasce deboli** - sono stati integrati in corso d'opera da un settimo asse, fortemente sollecitato dal territorio: **Informazione, Promozione e Comunicazione**. La sua natura è trasversale rispetto ai temi specifici:

Obiettivi ed azioni:

8. Osservatorio Provinciale sulle Politiche Sociali
9. Sportello Europa
10. Incubatore culturale

■ **POLITICHE ABITATIVE =** Obiettivi e azioni:

- promuovere lo scambio di buone prassi e lo sviluppo di modelli di intervento innovativi ed efficaci
- costruire un punto di raccordo a livello provinciale tra le politiche nazionali e regionali da un lato, e politiche, progetti ed azioni realizzate dalle singole realtà locali
- avviare politiche abitative omogenee e condivise sul territorio, integrate conle politiche urbanistiche e ambientali
- promuovere l'osservazione e la conoscenza del fenomeno del disagio abitativo, attraverso l'Osservatorio provinciale

Il Piano definirà i soggetti, i tempi e le modalità di regolazione del tavolo, ma soprattutto, definirà i primi obiettivi concreti che lo stesso si vorrà dare per il triennio a venire.

Saranno coinvolti i Comuni, ARTE, gli imprenditori e le cooperative di costruzione, le associazioni degli inquilini e dei proprietari, le fondazioni, le aziende di servizi alla persona. Anche le banche dovrebbero essere chiamate ad assumersi responsabilità nelle politiche abitative

- **POLITICHE SOCIOSANITARIE =** Obiettivi e azioni:
  - Formazione per l'integrazione sociosanitaria tra gli operatori dei servizi pubblici e privati
  - Formazione e qualifica di nuovi operatori sociosanitari
  - Promozione ed incentivazione della partecipazione del Terzo Settore alle Politiche Pubbliche

- **POLITICHE GIOVANILI** = Obiettivi e azioni:
  - Promuovere progetti dedicati ai giovani per incrementare la partecipazione sociale, l'espressione creativa, un utilizzo responsabile del tempo libero
  - Sviluppare e integrare progetti per la protezione e la sicurezza dei giovani
  - Favorire i consumi culturali "meritori"

- **PARI OPPORTUNITÀ** = Obiettivi e azioni:
  - della popolazione disabile, promuovendo pari opportunità di accesso alle iniziative del tempo libero, della cultura, del divertimento, dello sport
  - della popolazione immigrata, promuovendo pari opportunità di comunicazione per tutti, e tutela dei diritti primari per una fascia di popolazione particolarmente fragile
  - delle donne, promuovendo la denuncia e l'emersione della violenza domestica, ed il suo contrasto attraverso la tessitura di una rete pubblica di protezione, sostegno e consulenza
  - della popolazione generale, promuovendo un sistema equo di trasporto pubblico.

- **FORMAZIONE E ISTRUZIONE** = Obiettivi e azioni:
  - integrazione istituzionale
  - contrasto alla dispersione scolastica
  - l'integrazione degli studenti disabili e stranieri
  - la revisione degli strumenti di orientamento scolastico

- **OCCUPAZIONE FASCE DEBOLI** = Obiettivi e azioni:
  - garantire il diritto allo studio ed al lavoro, integrando sempre di più il sistema della formazione con quello del lavoro, già a partire dagli anni dell'istruzione obbligatoria con la realizzazione di un modello operativo che:
    a. renda più semplice i percorsi di accesso per l'utente
    b. permetta di integrare gli strumenti (borse lavoro, ILSA, inserimenti lavorativi ex legge 68, work-experience, formazione, tirocini) nell'ambito del progetto individuale
    c. eviti sovrapposizioni e ridondanze mediante una regia del processo
    d. consenta lo scambio di informazioni sia sui percorsi degli utenti, sia sulle aziende,attraverso l'uso condiviso degli strumenti di registrazione dei dati
    e. permetta l'integrazione tra i percorsi scolastici, formativi e di inserimento al lavoro, in particolare per le persone disabili.

***V. allegato N " la sintesi di ASSI E AZIONI"**

PARTE SECONDA

LE RETI INTEGRATE D'OFFERTA: OBIETTIVI E AZIONI DI PIANO PER REALIZZARE

A. POLITICHE di PROMOZIONE E SOSTEGNO ALLE RESPONSABILITA' FAMILIARI

OBIETTIVI	AZIONI di PIANO	ENTI/STRUTTURE di RIFERIMENTO	RISORSE	TEMPI
A. SUPPORTO GENITORIALITÀ', RICONOSCIMENTO DELL'OPERA SVOLTA DALLE DONNE NEL LAVORO di CURA E SOSTEGNO ALLE GIOVANI COPPIE	**Prevenire e rimuovere le difficoltà economiche e sociali della famiglia,etc.,**	**ATS+COMUNI**	Regionali e dei Comuni	2008 2009 2010
	Iniziative x l'abbattimento dei costi di servizi per le famiglie con numero di figli pari o superiore a quattro.	**REGIONE+DSS+ ATS**	Rich.Finanz. FN Area Interventi per le famiglie (DGR 1296 del 31.10.07)	2008 2009 2010
	Progetto sperimentale innovativo per la riorganizzazione dei Consultori Familiari: **1.** Implementazione di un **Servizio mediazione familiare** in integrazione all'ASL: interventi in ordine a conflitti di coppia, intergenerazionali, nonché a situazioni di disagio familiare	**REGIONE+DSS+S.T. allargata+ ASL**	Rich. Finanz. FN Area interventi per le famiglie (DGR 1296 del 31.10.07)	2008 2009 2010
	2.Progetto di supporto alla genitorialità: **a)** sportelli c/o gli ATS : genitori (sostegno psico sociale alle famiglie d'origine e alle famiglie affidatarie) **b)** supporto a gruppi di mutuo auto aiuto per genitori di preadolescenti e adolescenti	**DSS+S.T. allargata+ASL**	Rich.Finanz. FN Area Interventi per le famiglie (DGR 1296 del 31.10.07)	2008 2009 2010
	CONVEGNO REGIONALE "Scuola e territorio per una Comunità Educante"	**DSS+REGIONE**	REGIONE+DSS	2008
	Sviluppo di interventi per la qualificazione degli assistenti domiciliari (attività formativa) [V. anche RETE NONAUTOSUF]:	**DSS+PROVINCIE+E.L.F.O.+ CARITAS DIOCESANA**	Non richiede investimenti per DSS	2008 2009 2010
	a)Facilitare l'incontro tra domanda e offerta e monitoraggio delle persone che svolgono la professione di assistente familiare	**DSS+E.L.F.O.+CENTRO ASCOLTO CARITAS DIOCESANA**	Non richiede investimenti per DSS(messa in rete)	2008 2009 2010
	b)Incentivare la formazione delle assistenti familiari, con particolare attenzione alle persone straniere (gettone presenza, spostamenti sul territorio per tutoraggio interventi)	**DSS+E.L.F.O.+CENTRO ASCOLTO CARITAS DIOCESANA**	Rich.Finanz. FN Area Interventi per le famiglie (DGR 1296 del 31.10.07	2008 2009 2010
	c)Messa in rete delle risorse del privato sociale finalizzate al sostegno alla famiglia/coordinamento con servizio pubblico	**DSS+S.T. allargata + ASSOCIAZIONI VOLONTARIATO**	Non richiede investimenti per DSS (messa in rete)	2009 2010
	d) Azione di sistema per l'istituzione della figura del responsabile familiare x FNA, funzione Responsabile PIA e supporto alle famiglie	**REGIONE+DSS+ ATS**	Rich.Finanz. FN Area Interventi per le famiglie (DGR 1296 del 31.10.07)	2008 2009 2010

B. MINORI. FAVORIRE LA MAX DIFFUSIONE TERRITORIALE DEI SERVIZI SOCIO-EDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA	Attività di sviluppo del sistema integrato: progettualità servizi per la prima infanzia attraverso coordinamento operativo e programmazione investimenti conto capitale	**COMUNI+ASSOCIAZIONI**	Risorse Naz. e Reg. e Comunali (Rich.Finanz. FN Area Interventi x le famiglie(DGR 1296 /31.10.07	2008 2009 2010
***V. Allegato O Prospetto Potenziamento Servizi per la Prima Infanzia**	Promozione di progetti sperimentali ed integrativi per la prima infanzia :servizi diversificati e flessibili per tipologie: educatrici domiciliari, educatrici familiari, mamme accoglienti	**REGIONE+ DSS+ SOGGETTI DEL III SETTORE+ATS = CON COFINANZIAMENTO LOCALE**	Risorse Naz. e Reg. e Comunali (Rich.Finanz. FN Area Interventi x le famiglie(DGR 1296 /31.10.07	2008 2009 2010
PROTEZIONE E TUTELA DEI MINORI	Stesura protocolli operativi su modalità organizzative dei servizi a protezione e tutela dei minori in relazione ad abuso e maltrattamento ed affido dei minori	**DSS+ S.T. allargata+ASL/DIP. MATERNO INFANTILE**	Non investimento finanziario	2009 2010
	Definizione di protocolli operativi per la tutela del minore/cura del genitore	**DSS+S.T.allargata+ ASL/DIPP. SALUTE MENTALE e SerT**	Non investimento finanziario	2009
PROMOZIONE E DIFFUSIONE DELLA CULTURA SUI DIRITTI DELL'INFANZIA	Protocollo d'Intesa in materia di Intercultura	**UFFICIO SCOLASTICO POVINCIALE, DSS**	Non investimento finanziario	2009
C. ADOLESCENTI E GIOVANI	Creazione Centro Giovani	**DSS+COMUNE CAPOFILA DSS**	Fondi nazionali e comunali	2009
PROMOZIONE DI FORME di AGGREGAZIONE…ETC	Progetto Yepp	**ATS ALASSIO ED ALBENGA**	Fondo propri ATS interessati e x Alassio Contributo Regionale 2008 per azioni a rilevanza regionale	2008 2009 2010
	Progetto di un Serv. Consultoriale per Adolescenti	**DSS+ASL/DIP.MATERNO INFANTILE**	Da definire	2010
	Servizio residenziale Comunità socioeducativa x preadolescenti ed adolescenti	**CURIA VESCOVILE**	Contributo Regione CC 2007 + RIS PROPRIE	2009
	Protocollo d'intesa per Pronta/Accoglienza Comunità socioeducativa per adolescenti	**DSS, ATS+ CURIA VESCOVILE**	Da definire	2010
	Formalizzazione di un Protocollo d'intesa per il contrasto all'abbandono scolastico	**DSS+PROVINCIA+ASL+USP**	Non investimento finanziario	2009
	Realizzazione di linee guida per i comuni per la presa in carico di minori inadempienti	**DSS+PROVINCIA+ASL+USP**	Non investimento finanziario	2009 2010
	Progetto di prevenzione delle dipendenze IL LAVORO NELLA COMUNITA' (v. anche RETE DIPEND.)	**DSS, ATS+ ASL (Sert)**	ATS CMI +Pers. ASL/SERT & DSS	2009
	2 Progetti (1 a livello di DSS+1ATS Alassio)di prevenzione del disagio minorile, della dipendenza e abbandono scolastico (v. anche RETE DIPEND.)	**DSS, ATS+ ASL/ (SSConsultoriale)**	Fondi propri ATS i e Contributo Regionale triennale per azioni innovative o a rilevanza regionale x progetto a livello DSS	2008 2009 2010

B. POLITICHE PER LA NON AUTOSUFFICENZA / ANZIANI E POLITICHE PER L'INVECCHIAMENTO ATTIVO

OBIETTIVI	AZIONI di PIANO	ENTI/STRUTTURE di RIFERIMENTO	RISORSE	TEMPI
Ampliamento e diversificazione della gamma di servizi domiciliari attraverso il potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare	Servizi di assistenza domiciliare a bassa intensità e servizi di prossimità	**ATS**	BUDGET AMBITI	2008 2009 2010
	Custodi sociali, rete di continuità assistenziale	**DSS+ATS+M.M.G.**	REGIONE,ATS DSS	2008 2009 2010
	Messa a regime erogazione FRNA	**DSS+ATS+U.O. ASS. ANZIANI+U.V.M.**		2008 2009 2010
Invecchiamento attivo	Iniziative di socializzazione e cittadinanza attiva	**ATS+Comuni+Associazioni**	Risorse ATS	2008 2009 2010
	Progetto di educazione alla salute nelle R.P. pubbliche convenzionate per demenze	**Unità Distrettuale+DIP.CURE PRIMARIE+Azienda Pubblica di Servizi "Trincheri"**	Personale ASL+ Fondi Distrettuali	2009 2010
Sostegno all'attività di assistenza familiare e prevenzione/contenimento situazioni di fragilità diverse	Personalizzazione degli interventi (progetto personalizzato e case manager) favorendo anche la partecipazione alla progettualità della famiglia (U.V.M. e P.I.A.)	**Unità Distrettuale+ATS+DIP.CURE PRIMARIE**	Non fondi finanziari, ma risorsa di personale già in servizio	2008 2009 2010
	Istituzione della figura del responsabile familiare per la non autosuff. (V. rete FAMIGLIA)	**REGIONE+DSS+ ATS**	Rich.Finanz. FN Area Interventi per le famiglie (DGR 1296 del 31.10.07)	2008 2009 2010
	Facilitare l'incontro tra domanda e offerta e monitoraggio delle persone che svolgono la professione di assistente familiare(V. rete FAMIGLIA)	**DSS+PROVINCIE+E.L.F.O.+ CARITAS DIOCESANA**	Rich.Finanz. FN Area Interventi per le famiglie (DGR 1296 del 31.10.07)	2008 2009 2010
	Incentivare la formazione delle assistenti familiari, con particolare attenzione alle persone straniere (gettone presenza, spostamenti sul territorio per tutoraggio interventi) (V. rete FAMIGLIA)	**DSS+PROVINCIE+E.L.F.O.+ CARITAS DIOCESANA**	Rich.Finanz. FN Area Interventi per le famiglie (DGR 1296 del 31.10.07)	2008 2009 2010
	Messa in rete delle risorse del privato sociale finalizzate al sostegno alla famiglia/coordinamento con servizio pubblico(V. rete FAMIGLIA)	**DSS+PROVINCIE+E.L.F.O.+ CARITAS DIOCESANA**	Non fondi finanziari, ma risorsa di personale già in servizio	2009
Servizi Sociosanitari	Costruzione scheda sociale x strutture residenziali e verifica congiunta sociale e sanitaria	**Unità Distrettuale+ATS+DIP.CURE PRIMARIE+COMMISSIONE L.R. 20/99**	Non fondi finanziari, ma risorsa di personale già in servizio	2009
	Lettura della domanda in relazione all'offerta dei servizi per riorganizzazione servizi offerti	**UNITA' DISTRETTUALE+ATS+S.S. ANZIANI/ASL**	Non fondi finanziari, ma risorsa di personale già in servizio	2009
	Incremento posti convenzionati in R.P.	**Direttore Generale ASL+CONF.SINDACI+DIP. CURE PRIMARIE**	Risorse ASL	2008 2009 2010
	Incremento posti convenzionati in R.S.A.	**Direttore Generale ASL+CONF.SINDACI+DIP. CURE PRIMARIE**	Risorse ASL	2008 2009 2010
	Avvio Rete Cure Palliative	**DIPP.TI CURE PRIMARIE+M.INFANTILE+O.C./ONCOLOGIA&RIANIMAZIONE+ATS+ASSOCIAZIONI**	Fondi regionali dedicati (DGR724/06 & 133/07)	2009

	Attivazione posti residenziali per post-coma o alta intensita' assistenziale	**Unità Distrettuale+Direttore Generale ASL+DIP.CURE PRIMARIE**	da definire	2009 2010
	Incremento assistenza Domiciliare (ADI)	**Unità Distrettuale+Direttore Generale ASL+DIP.CURE PRIMARIE**	da definire	2009 2010
	Protocollo Operativo per dimissioni Protette con O.C.	**Unità Distrettuale+ATS+O.C.**	Non fondi finanziari, ma risorsa di personale già in servizio	2010

B1. POLITICHE PER LA NON AUTOSUFFICENZA / DISABILI

OBIETTIVI	AZIONI di PIANO	ENTI/STRUTTURE di RIFERIMENTO	RISORSE	TEMPI
Promozione di una cultura dei servizi sempre più attenta ai bisogni e alle aspettative dei cittadini disabili e dei loro familiari	INSERIMENNTI LAVORATIVI (Formaz. in situaz./Ilsa, etc.)	**ATS+ ASL/ S.S. DISABILI/SERVIZIO INSERIMENTO LAVORATIVO/sede ALBENGA**	BUDGET ATS+personale COMUNI/ ASL già in servizio	2008 2009 2010
	CENTRO SOCIO-RIABILITATIVO/CONVENZIONE	**DSS+ASL+ASSO-CIAZIONE ANFASS**	COMUNE CAPOFILA+ASL	2008 2009 2010
Attivazione di politiche di accompagnamento degli interessati e delle reti socio-relazionali al fine di promuovere l'autonomia dei soggetti con anche riferimento a scuola e lavoro	INTEGRAZIONE SCOLASTICA : Protocolli operativi da concordare con Scuole ed ASL	**DSS+ATS+ASL(DIP.MATERNO/INFANTILE+PROVINCIA+SCUOLE**	Non fondi finanziari, ma risorsa di personale già in servizio	2008 2009 2010
	Protocollo Operativo LINEE GUIDA Inserimenti Lavorativi Protetti con la costituzione di gruppo Lavoro Integrato ed Interdisciplinari	**DSS+ATS+ASL + PROVINCIA**	Non fondi finanziari, ma risorsa di personale in servizio	2008 2009 2010
	Percorsi di Parent Training	**ASL(S.S.Disabili/SERV. INS.LAV.DIS./sede Albenga+ATS**	Non fondi economici, ma risorsa di personale in servizio	2008 2009 2010
	Redazione dei progetti individualizzati di assistenza da cui possono derivare le attività che vanno da bassa intensità assistenziale alla alta intensità sanitaria (valutazione multidisciplinare e la redazione del PIA con il concorso della famiglia)	**DSS+ATS+ASL(DIP.CURE PRIMARIE/ S.S.Disabili+U.V.M+ATS**	Non fondi finanziari, ma risorsa di personale in servizio	2008 2009 2010
	Sviluppo del sistema informativo tramite la valutazione delle misure avviate	**REGIONE+DSS+ ATS**	risorse di personale già in servizio	2008 2009 2010
	Istituzione della figura del responsabile familiare per la non autosuff.(V. anche reti Famiglia ed Anziani)	**REGIONE+DSS+ ATS**	Rich.Finanz. FN Area Interventi per le famiglie (DGR 1296 del 31.10.07)	2008 2009 2010
	Identificazione di strutture residenziali idonee convenzionate per comi vigili (Hospice) e malattie neuro vegetative avanzate (R.P.)in soggetti non anziani	**ASL /DIP. CURE PRIMARIE+DSS**	Fondi ASL da individuare	2009 2010

Attivazione di politiche di promozione di attività di integrazione e modificazioni dell'ambiente in funzione delle necessità di disabili	Eliminazione di barriere architettoniche/Progetto"Ci vado ad occhi chiusi"	**ASSOCIAZIONEU.I.L.D.M sez.Albenga**	Contr. Reg. per Azioni Innovative o a rilevanza regionale (PSIR 2007/2010 Parte Terza– Punto 3) Anno 2007	2008
	Trasporti "speciali" verso i centri di riabilitazione, i Centri Socioriabilitativi	**ATS**	Budget di ATS	2008 2009 2010

C. POLITICHE PER L'INCLUSIONE E LE EMERGENZE SOCIALI

OBIETTIVI	AZIONI di PIANO	ENTI/STRUTTURE di RIFERIMENTO	RISORSE	TEMPI
Promozione dei diritti di cittadinanza e di integrazione sociale che valorizzino una cultura della tolleranza finalizzata a favorire l'inclusione sociale e a contrastare stati di povertà	Cura e trattamento delle situazioni di psicipatologia/tossicodipendenza/al-coldipendenza, utilizzando ambulatori e centri già esistenti	**ASL/DIP. SSM+ DIPENDENZE**	REGIONE/ ASL	2008 2009 2010
	Valutazione del bisogno in termini di inserimento e di reiserimento della persona dipendente e/o con patologie psichiatriche = Interventi di inserimento lavorativo	**DSS+ATS+ASL/SERT/S.S.M**	Fondi ATS	2008 2009 2010
	Prestazioni di carattere economico (temporanee e continuative)	**ATS**	Fondi ATS	2008 2009 2010
	Progetto per l'Emergenza Abitativa Dipendenze	**DSS+ATS+ASL/SERT/CENTRO ASCOLTO/CARITAS DIOCESANA**	Fondo DSS/ATS	2008 2009 2010
	Revisione protocollo operativo borse lavoro dipendenze	**DSS+ATS+ASL/SERT/S.S.M**	Non investimento finanziario	2008 2009
	PROGETTO SPERIMENTALE: 1. momenti di formazione che coinvolgano MMG e PLS 2. condivisione dei criteri di selezione dei pazienti in trattamento di mantenimento 3. condivisione di procedure nel trattamento di tali pazienti 4. condivisione di criteri e procedure per l'invio di pazienti di "nuova" tipologia 5. apertura di un ambulatorio per le dipendenze, cui inviare questi ultimi pazienti, in ambiente estraneo al Ser.T (ma ovviamente in stretto rapporto con esso) e neutro per quel che riguarda lo stigma 6. momenti periodici di verifica e confronto sull'andamento del progetto.	**Unita' Distrettuale+ASL (MMG+PLS+SERT)**	Non investimento finanziario, da definirsi ulteriormente	2009/ 2010
	Definizione di protocolli operativi per la tutela del minore/cura del genitore (V.anche RETE 2 MINORI)	**DSS+S.T.allargata+ASL/DIP P. S S MENTALE & SerT**	Non investimento finanziario	2009 2010
	Comunità Alloggio Protetto per utenza psichiatrica	**DSS+ASL/DIP.SSM+A.R.T.E.**	SL2/DIP.S.M.	2009 2010

	Prevenzione e valutazione multidimensionale delle situazioni a rischio o di esordio di psicopatologia / tossicodipendenza / alcoldipendenza.= 2 Progetti: "Scuola e Territorio" & "Costruendo:conflitto, confronto, alleanza"	**DSS+S.T.allargata+ASL/DIP SerT+ Scuole del territorio+Università di Genova**	parte 2% BUDGET DISTRETTO/ ATS+ Contr. Reg. per Azioni Innovative o a rilevanza regionale (PSIR 2007/2010 Parte Terza– Punto 3)	2008 2009 2010
	Prevenzione Territoriale Progetto "Il lavoro nella Comunita '(proseguo)	**DSS+ATS+ASL/ SerT/Associazioni**	parte 2% BUDGET DSS/ATS	2008 2009 2010
	Protocollo d'Intesa in materia di Intercultura	**UFFICIO SCOLASTICO POVINCIALE, DSS**	Non investimento finanziario	2009
	Promozione dei servizi di mediazione culturale	**PROVINCIA+DSS+ASL**	da definirsi	2009
	Potenziamento dei servizi di pronto intervento e di bassa soglia a favore di persone senza fissa dimora	**DSS+ATS+CARITAS DIOCESANA**	2% BUDGET DSS/ATS	2008 2009 2010
	Potenziamento degli sportelli informativi all'interno e all'esterno del carcere che offrono un ventaglio diversificato di itinerari orientativi e informativi nonché di facilitazioni all'accesso delle risorse della rete territoriale dei servizi, per soggetti in stato di detenzione (o con problematiche legate alla restrizione della libertà personale) e per i loro famigliari..= lavoro di rete con U.E.P.E. e Caritas Diocesana (Sportello Spin) Protocollo Operativo;	**DSS+ATS+CENTRO ASCOLTO/CARITAS DIOCESANA+MINISTERO di GIUSTIZIA/U.E.P.E.**	Non investimento finanziario, personale in ruolo.	2008 2009 2010
Sviluppo di una rete di servizi territoriali in grado di attivarsi prontamente per intervenire in situazioni di emergenza	Attività di protezione delle vittime di abuso, violenza o sfruttamento	**ATS + ASL(DIP. MATERNO INFANTILE**	Fondi ATS+pers. ASL x cura e trattamento	2008 2009 2010
	Cura e trattamento del minore vittima di abuso o maltrattamento			2008 2009 2010
	Cura e trattamento delle persone abusanti			2008 2009 2010
	Interventi di prevenzione della violenza di genere e misure a sostegno delle donne e dei minori vittime di violenza: Protocollo d'Intesa per la promozione di strategie condivise finalizzate alla prevenzione ed al contrasto del fenomeno della violenza nei confronti delle donne.	**PROVINCIA+DSS+ATS+ASL**	Fondi derivanti da finanziamento regionale	2008 2009 2010

PARTE TERZA

LE AZIONI di PIANO PER AVVIARE E CONSOLIDARE L'ASSETTO ISTITUZIONALE E LE NUOVE FORME di GESTIONE

1. ASSETTO ISTITUZIONALE ED ORGANIZZATIVO

A. CONFERENZA DEI SINDACI DELL'ASL :

Istituita ai sensi del comma 14, art. 3. del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (e successive modifiche ed integrazioni) e richiamata sia agli artt. 15 e 16 della Legge di "Riordino del Servizio Sanitario Regionale 07 dicembre 2006 n. 41, che all'art.12 della l.r. 24 maggio 2006 n. 12 di "Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari.
La stessa ricomprende pertanto tutti i 69 Comuni della Provincia di Savona, coincidente con il territorio dell'A. S. L . n. 2 Savonese. Ha sede c/o il Comune di Savona, comune capofila del Distretto più popoloso.

Tale Conferenza concorre con l'ASL all' individuazione dei bisogni sociali, sociosanitari e sanitari delle comunità rappresentate, per costituire con i Distretti sociosanitari percorsi e processi integrati di protezione sociale, sociosanitaria e sanitaria a favore dei cittadini. Garantisce pertanto la concertazione e la cooperazione tra l'ASL e gli enti locali nell'ambito della programmazione regionale e delle risorse definite. A tal fine contribuisce a delineare le linee di indirizzo e di attività delle AA. SS. LL. e definisce altresì, la programmazione e le modalità di integrazione della risposta ai bisogni di salute che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale.

La stessa, per garantire omogeneità di programmazione sul territorio di competenza, particolarmente per le attività sovradistrettuali, si avvale di un esecutivo e del supporto tecnico di un coordinatore sociale, nominato tra i direttori sociali dei distretti sociosanitari ricompresi nella conferenza stessa. Tale Comitato di rappresentanza è composto dal Presidente della Conferenza, che lo presiede, e da altri quattro componenti.

In particolare i seguenti atti dell'ASL sono approvati previa intesa con la Conferenza dei Sindaci:

1) Piano strategico aziendale;
2) Bilancio pluriennale di previsione, bilancio di previsione economico annuale, bilancio consuntivo di esercizio;
3) Piano attuativo annuale.

Le sue funzioni sono elencate al comma 4, art. 16 della sopraccitata L.R. 41/06, tra le quali si vuole evidenziare:

- Verificare l'andamento generale dell'attività dell'ASL, trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al direttore Generale;
- Adottare linee di indirizzo per l'integrazione delle attività sanitarie e sociosanitarie con gli interventi sociali, promuovendo forme di intesa e di coordinamento;
- Garantire che gli accordi per l'esercizio delle attività sociosanitarie abbiano copertura economica.

Si è ritenuto opportuno procedere alla definizione di un Regolamento che determinasse le modalità di funzionamento della Conferenza e del Comitato di Rappresentanza. In tal senso, la Presidenza della Conferenza ha portato all'approvazione dell'Esecutivo tale bozza, approvata nella seduta del 09 luglio c. a. . E' stata inoltre definita la quantificazione delle spese di segreteria per le convocazioni e lo svolgimento delle riunioni stesse a cui contribuiranno tutti i Distretti.

Si sottolinea che, per quanto attiene l'assetto tecnico, da alcuni anni si è costituito in via informale un coordinamento delle Segreterie Tecniche, che ha reso possibile concertare processi comuni su diversi aspetti legati in particolare ad azioni di valenza sovradistrettuale, quali la gestione dei progetti di inclusione sociale, dipendenze ed immigrazione, gli interventi per la prima infanzia, i progetti di contrasto all'abuso e al maltrattamento o la continuità assistenziale, solo per citare alcuni esempi.

B. COMITATO DEI SINDACI, GESTIONE INTEGRATA DEL DSS ED UNITA' DISTRETTUALE

Il Distretto sociosanitario, sulla base dell'art. 9 della L.R. 12/06, è la dimensione territoriale in cui si integrano le funzioni sociali complesse o di secondo livello e le funzioni sociosanitarie. I suoi confini territoriali coincidono con i confini del Distretto Sanitario, definito ai sensi del d. lgs. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, e della Zona Sociale di cui all'art. 19 della L. 328/2000.

Il territorio del Distretto Sociosanitario n. 4 Albenganese - corrispondente alla ex Zona Sociale n. 4 Albenganese ed all'Ambito Sanitario n. 1/A.S.L. n. 2 Savonese - comprende i 20 Comuni di : Alassio, Albenga, Andora, Arnasco, Casanova Lerrone, Castelbianco, Castelvecchio di R.B, Ceriale, Cisano sul Neva, Erli, Garlenda, Laigueglia, Nasino, Onzo, Ortovero, Stellanello, Testico, Vendone, Villanova d'Albenga, Zuccarello.

Le sue funzioni, l' organizzazione e le modalità di gestione sono esplicitate all'art. 10 della legge regionale di "Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari" sopraccitata.
Successivamente è stata emanata la DGR del 27.10.06 n.1164 ad oggetto "Indirizzi alle Aziende e ai Comuni per l'avvio dei Distretti Sociosanitari, ai sensi della L. R . 24 maggio 2006 n.12……".
L'assetto organizzativo e le sue competenze sono approfondite nella Parte Seconda, punto 1. ed 1.1. del P. S. I. R . 2007/2010 (DCR dell'01.08.2007 n. 35).

L' art. 11 della L. R. 12/2006 prevede:

1. *al comma 1 " I Sindaci dei Comuni compresi nella delimitazione territoriale di ogni Distretto Sociosanitario costituiscono il Comitato dei Sindaci di Distretto Sociosanitario. Il Comitato elegge a maggioranza relativa dei voti espressi un Presidente che si avvale di un esecutivo composto dai Presidenti delle Conferenze di Ambito. Il Comitato dei Sindaci di Distretto Sociosanitario ha sede presso il Comune capofila. I Sindaci possono delegare permanentemente l'Assessore competente in materia" (comma 1).* Il Comitato dei Sindaci di DSS, in data 12.12.06, ha individuato nel Comune di Albenga, il capofila delegato alla gestione del Distretto stesso, ed ha eletto il suo Presidente nella persona dell'Assessore alle Politiche Sociali del Comune di Albenga, delegato dal Sindaco.

2. *al comma 3 "L'attuazione e la gestione delle funzioni sociali e affidata al Direttore Sociale che si avvale di una segreteria tecnica di cui fanno parte i coordinatori degli Ambiti Territoriali Sociali e personale di supporto tecnico, amministrativo* e *contabile".*Il Comitato dei Sindaci - in data 05 settembre 2007 -, ha assegnato la nomina di Direttore Sociale del DSS al Responsabile della Segreteria Tecnica della ex Zona -, ma solamente in data 07.05.08 ha approvato l'organico e la relativa spesa (1personale cat. D - in qualità di Direttore Sociale -, ed un personale di cat. C, come supporto amministrativo), per cui il conferimento del contratto a termine è avvenuto il 01 giugno 2008, data in cui il Direttore stesso ha assunto la responsabilità di tutti gli atti del Distretto.

Si riportano di seguito le Spese sostenute per il personale negli anni passati dal Comune capofila di Zona (non compartecipazione degli altri Comuni), sottolineando che il personale stesso (Responsabile Segreteria e un supporto Amministrativo Cat. C) era utilizzato a tempo parziale (al 70%) :

RETE 1	Anno	Spesa
SEGRETERIA TECNICA SPESE PERSONALE	2003	€ 71.471,00
	2004	€ 65.953,00
	2005	€ 79.088,00
	2006	€ 84.643,00

Mentre lo stesso personale - a partire dai primi mesi del 2007 -, è stato impiegato a Tempo Pieno (amministrativo part-time a 30h/sett.), e dal 1° giugno c.a., la spesa è ripartita - con rendiconto a fine anno - tra i Comuni appartenenti al Distretto, così come definito nel Comitato dei Sindaci del 07.05. 2008.

3. *al comma 4 "La gestione delle funzioni sanitarie è affidata al Direttore del Distretto Sanitario";* la Direzione Generale dell'ASL n. 2 Savonese, a partire dal 28.03.2002 con DDG n. 378 ha attribuito l'incarico di Responsabile di progettazione di modello di funzionamento del Distretto Sanitario dell'Ambito n.1 Albenganese, mantenuto ad oggi come Direttore di Distretto con successive proroghe. Recentemente con DD. DD. GG . n. 482 e n. 483 - entrambe del 21.05.2008 -, ha attivato le procedure concorsuali per la nomina dei Direttori dei Distretti Sanitari e con D. D. G. del 26.06.08 n. 599 sono stati prorogati gli incarichi in corso ai Direttori dei Distretti Sanitari fino alla data di conclusione delle procedure concorsuali sopracitate.

4. *al comma 5 "Per garantire l'operatività dell'integrazione sociosanitaria le ASL e i Comuni stipulano una convenzione secondo uno schema tipo predisposto dalla Giunta regionale",* La regione, in adempimento a quanto previsto, trasmetteva con nota del 06.08.2007 Prot. n. 104034/2041 la D. G. R . n. 838 del 27 luglio 2007 ad oggetto "Approvazione schema convenzione Comuni/ASL per gestione integrata/coordinata dei servizi sociosanitari e schema convenzione per gestione associata servizi sociali nell'ambito territoriale sociale". Il percorso per giungere alla stipula della Convenzione è stato lungo e laborioso in quanto attraversato da vicende collaterali che ne hanno rallentato i tempi, ma nel contempo ha attivato un processo di crescita per quanto concerne gli attori principali, rispetto alla cultura dei Servizi ed ai principi innovativi avviati con la L. 328/2000 e la L . R . 12 /06 :

- nel Comitato dei Sindaci di Distretto Socio-sanitario del 13.02.08 viene approvato lo schema di Convenzione, ma rimane in discussione - relativamente all'art. 5 della stessa - la definizione dell'organico e relativa spesa dei Comuni del Distretto (proposta iniziale di 4 figure professionali). Soltanto inseguito al Comitato dei Sindaci del 07.05.08 - in cui viene approvata la composizione dell'organico e la relativa suddivisione della spesa - così come indicato al sopracitato punto 2 -, si definisce la situazione con la delega al Comune di Albenga alla sottoscrizione della Convenzione stessa, da parte di quei Comuni che ancora dovevano deliberare;

- deliberazioni assunte dalle Amministrazioni degli enti capofila di Ambito Territoriale Sociale di seguito riportate:
    1. Comunità Montana Ingauna (DGE n.12 del 14 febbraio 2008);
    2. Ceriale (Del. del Commissario Straordinario n.61 del 01.04.2008);
    3. Alassio (DGC n. 113 del 30.04.2008)
    4. Andora (DGC N. 92 del 13.05.08)

- Il Comune di Albenga - in qualità di Comune capofila di Distretto Sociosanitario -, e la Direzione Generale dell'ASL N. 2 Savonese, approvano detto schema di convenzione, rispettivamente con D. G. C del 15 maggio 2008 n. 130 e con D. D. G del 29 maggio 2008 n. 515. In quest'ultima data la convenzione stessa è stata sottoscritta dal Presidente del DSS, e dal Direttore Generale ASL . (**V. allegato P**).

5. *al comma 6 "Per le attività sociosanitarie il Direttore di Distretto Sanitario e il Direttore Sociale operano d'intesa costituendo* ***l'Unita Distrettuale*** *e avvalendosi di un* ***Comitato Distrettuale composto*** *dai coordinatori di Ambito Territoriale Sociale, dai rappresentanti dei Dipartimenti territoriali che operano nel Distretto Sociosanitario e dai membri del coordinamento previsto dall'articolo 3-sexies, comma 2, del d.lgs. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni."(*)*
   L'unità distrettuale, Direttore Sociale e Direttore Distretto sanitario, si è realizzata in seguito alle nomine, dei relativi comparti, succitate.
   La Direzione generale dell'ASL con atto del 30.04.08 n. 445 ha deliberato "Attivazione dei Comitati di Distretto dei Distretti socio sanitari n.4 Albenganese e n. 5 Finalese: nomina componenti comparto sanitario". E' obiettivo del DSS formalizzare al più presto il Comitato stesso con atto formale.

(*)Art.3-sexies, comma 2,del d.lgs.502/1992 modifiche ed integrazioni : " Il direttore di distretto si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali. Sono membri di diritto di tale ufficio un rappresentante dei medici di medicina generale, uno dei pediatri di libera scelta e uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto."

C. GESTIONE ASSOCIATA DEGLI ATS

Il Distretto Albenganese è organizzato in 5 Ambiti Territoriali Sociali, 4 corrispondenti a Comuni costieri ed uno Montano comprendente 15 Comuni che, salvo quello di Laigueglia, sono localizzati nell'entroterra.
Nella nostra nota del 23.10.06 prot. n.2832, facente seguito a nota regionale del 06.10.06 prot. 135901/3864, si comunicava che - a seguito delle Conferenze di Zona del 05 luglio e del 09 ottobre 2006 -, l'assetto territoriale delle associazioni intercomunali di Ambito Sociale, ricomprese nel Distretto Sociosanitario, a partire dal 01 gennaio 2007 sarebbero state le seguenti:

- AMBITO ANDORA (ab. 7113 **) richiesta di deroga (nota scritta del 13.10.06);
- AMBITO ALASSIO (ab. 11.240**);
- AMBITO ALBENGA (ab. 23.363**);
- AMBITO MONTANO/COMUNITA' MONTANA INGAUNA (ab. 8795**) richiesta di deroga (Comuni di: Arnasco, Casanova Lerrone, Castelbianco, Castelvecchio di R.B, Erli, Garlenda, Laigueglia, Nasino, Onzo, Ortovero, Stellanello, Testico, , Vendone ,Villanova d'Albenga, Zuccarello). Per quanto concerne il Comune di Villanova d'Albenga è stata espressa la sua adesione a tale Ambito nella Conferenza del 09 ottobre, ma ad oggi non è pervenuta conferma scritta nonostante sollecito del 12.10.06 prot. n. 2812:
- AMBITO CERIALE (Comuni di Ceriale e Cisano sul Neva/ ab. 7513**) richiesta di deroga (nota scritta del 16.10.06):

La Regione con atto D. G. R . del 7/12/2006, n. 1376 ad oggetto "Approvazione, ai sensi art. 62 l.r. 12/2006 Promozione Sistema di servizi sociali e sociosanitari", dei confini e dell'organizzazione ambiti territoriali sociali della Liguria" – integrato con le rettifiche di cui alla d.g.r. del 29/12/2006, n. 1596 deliberava, per quanto concerne il nostro territorio, come da prospetto sotto riportato:

DISTRETTO SOCIOSANITARIO	AMBITI TERRITORIALI SOCIALI *(COMUNE CAPOFILA E COMUNI RICOMPRESI)*	N. ABITANTI A.T.S. (dati ISTAT 2007)	DEROGHE
4 ALBENGANESE (Albenga)	**15. ANDORA**	7.317	
	16. ALASSIO	11.224	
	17. ALBENGA	23.735	
	18. COMUNITA' MONTANA INGAUNA (Arnasco; Casanova Lerrone; Castelbianco; Castelvecchio di Rocca Barbena; Erli; Garlenda; Laigueglia; Nasino; Onzo; Ortovero; Stellanello; Testico; Vendone; Villanova d'Albenga; Zuccarello)	11.282	
	19. CERIALE *(Cisano sul Neva)*	7.568	
	Totale Distretto Sociosanitario	61.126	

Viene concessa una deroga provvisoria, della durata di un biennio dalla data del presente provvedimento: entro tale termine deve essere delineato un nuovo assetto territoriale degli ATS del Distretto Sociosanitario
Ad oggi la situazione rimane invariata anche nell'attesa della definizione dei nuovi assetti delle Comunità Montane della nostra Provincia.

(**) dati ISTAT 2005 trasmessi dalla Regione (Sisweb)

2. ACCESSO ED INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA/RETE 1

A. SPORTELLO INTEGRATO SOCIOSANITARIO

CONTESTUALIZZAZIONE COSTITUZIONE STRUTTURA : in data 31.03.05 e in data 05.04.05 era stato sottoscritto un Protocollo d'Intesa rispettivamente dalla Zona n. 4 Albenganese e dalla ASL 2 in cui si prevedeva:

- L'istituzione di un gruppo di riferimento tecnico coordinato dal Direttore di Distretto Sanitario e dal Responsabile di Segreteria Tecnica;
- la formulazione di Protocolli Operativi tra i Servizi territoriali, che definissero i livelli di responsabilità e di competenza tra operatori diversi, provenienti dall'area sociale e da quella sanitaria, lavorando con un approccio multidisciplinare, rispondente alla complessità dei bisogni espressi ;
- una lettura multidisciplinare del bisogno ed una presa incarico integrata (intervento di rete);
- lo studio e l'implementazione - in via sperimentale - di uno sportello di accesso Informativo Unificato/Segretariato Sociale – Sanitario (**V. Progetto Allegato Q**).

In data 07 dicembre 2006 veniva sottoscritto il "Protocollo operativo per la realizzazione del progetto "Sportello integrato sociosanitario" a livello di Distretto Sociosanitario Albenganese (V. deliberazioni n. 960 del 23/11/2006 dell'ASL n.2. Savonese e DD. GG .CC n.n.313 e 355 rispettivamente del 31.10.06 e del 05.12.06) **[V. Allegato R]**.
Lo Sportello è in funzione dal 12.01.07 situato prima in L.go Centa Croce Bianca 12, attualmente in Viale Martiri della Libertà 1.

SERVIZI OFFERTI:

1. **GESTIONE FONDO PER LA NON AUTOSUFFICENZA (FRNA):** Interventi a favore della non autosufficienza di cui all'art. 46 ex L.R. 12/96 e D.G.R. n. 1106 del 20/10/2006.

   Funzioni Direttore Sociale:

   - Organizzazione e coordinamento dell'operatività e gestione amministrativa, inerenti l'implementazione e l'applicazione della misura in questione;
   - Attivazione delle UVM in accordo con Direttore Sanitario del DS e con i Dipartimenti Territoriali (DGR 1106 del 20.10.06);
   - Approvazione dei verbali e delle graduatorie degli ammissibili alla misura insieme al Direttore Sanitario del DS.

   Funzioni Operatori Sportello Integrato Sociosanitario:

   - Informativa all' utenza circa i requisiti per accedere alla misura;
   - Recepimento delle domande raccolte agli Sportelli di Cittadinanza degli Ambiti Sociali;
   - Verifica della completezza della documentazione richiesta in allegato alla domanda: non sono accettate domande incomplete secondo quanto disposto dalla Regione con DGR 1106 del 20/10/06, le medesime verranno rispedite al richiedente con la motivazione dell'inamissibilità;
   - Protocollo interno delle domande pervenute allo Sportello Integrato;
   - Recapito delle domande stesse al Protocollo dell'ASL (Via Trieste 54), e ritiro delle medesime una volta protocollate con le eventuali domande recapitate direttamente dagli utenti per posta;
   - Creazione cartelle richiedente;
   - Liquidazione del beneficio agli ammessi

Funzioni della Segreteria dell' UVM (DGR 1106 del 20.10.06):

- verifica della congruità dei requisiti secondo quanto disposto dalla Regione con D.G.R. 1106 del 20.10.06, in assenza anche di uno dei requisiti la domanda non viene accettata e ne sarà data comunicazione scritta al richiedente
- Invio della documentazione inerente la domanda ai Responsabili dei Servizi per l'attivazione dell'UVM/compilazione AGEDPLUS (Utenti > 65 = Struttura Semplice Anziani (Dott. G. Genta/Dott.ssa Ricca), Disabili =Struttura Semplice Disabili Dott.ssa M. Del Priore, Disabili Minori= Struttura Semplice Consultoriale Dott.ssa Maria Chiara Goslino, affinché le domande pervenute nel mese siano valutate entro quello successivo. Inoltre ogni richiesta dovrà essere trasmessa via fax all'Ambito Sociale di appartenenza del soggetto richiedente per la compilazione della sezione F (dati sociali);
- Verbalizzazione dell'UVM
- Stesura della graduatorie anziani e disabili e loro aggiornamento;
- Gestione graduatoria degli aventi diritto;
  Se non ammessi dall'UVM comunicazione scritta e motivata al richiedente
- Comunicazione ai richiedenti dell'inserimento in graduatoria e dell'eventuale ammissione alla misura (modi e tempi di liquidazione del beneficio);
- Monitoraggio degli interventi in collegamento con l'Osservatorio Regionale (sistema informativo/informatizzato regionale);

2. GESTIONE ALTRE FUNZIONI SPORTELLO SOCIOSANITARIO:

- **Richieste per soggetti anziani di residenzialità in regime di convenzionamento con S.S.N. c/o le strutture di ospitalita' collettiva di cui al D.P.C.M. 08.08.85**.
  Attivazione U. V. G. (Anziani DGR n.127 del 21.12.92 e DGR n.575 del 24.02 95) : recepimento e registrazione richieste e successivo invio agli ATS di competenza per formulazione punteggio sociale, recepimento dei punteggi e ritrasmissione all'ASL, partecipazione quale membro della commissione;

- **Richieste per soggetti anziani di ricoveri di sollievo in R.S.A**.

- **Richieste di semiresidenzialità e residenzialità extra ospedaliere per soggetti disabili:**
  Partecipazione U.V.H. (Disabili DGR n. 1260 del 18.04.95 e DDG /ASL N.2 Savonese n. 1185 del 10.11.2004);

- **Valutazione Multidimensionale ex DGR n. 1287 del 31.10.07:**
  per soggetti anziani e disabili e comunque altri tipi di persone non autosufficenti che presentano bisogni complessi, richiedenti prestazioni integrate, per l'erogazione delle prestazioni di:
  - assistenza domiciliare, anche integrata con la componente socio-assistenziale
  - assistenza residenziale e semiresidenziale di tipo riabilitativo
  - assistenza residenziale e semiresidenziale, anche integrata con la componente socio-assistenziale
  - assistenza a favore della non autosufficienza (V. punto sopra)

B. SPORTELLI DI CITTADINANZA:

SPORTELLI di CITTADINANZA	SEDI	TELEFONO e TELEFAX
15. ATS ANDORA	Via Cavour 94 17051 Andora	0182-6811242 0182-6811275 0182-6811244
16.ATS ALASSIO	P.zza della Libertà 3 17021Alassio	0182-602224 0182-602283
17.ATS ALBENGA	V.le Martiri della Libertà 1 17031 Albenga	0182-5685234/5/6 0182-5685283
18. ATS COMUNITA' MONTANA INGAUNA (Arnasco; Casanova Lerrone; Castelbianco; Castelvecchio di Rocca Barbena; Erli; Garlenda; Laigueglia; Nasino; Onzo; Ortovero; Stellanello; Testico; Vendone; Villanova d'Albenga; Zuccarello)	Via Niccolari 9/5 17031 Albenga	0182-568616/1 0182-53196
19. CERIALE *(Cisano sul Neva)*	P.zza Nuova Italia n.1 17023 Ceriale	0182-993702 0182-990653

RETE 1	Anno	Tot. Spesa Sociale	Spesa	%
Accesso e cittadinanza	2003	€ 4.793.501,04	€ 695.008,07	14,50
	2004	€ 4.345.995,88	€ 540.636,55	12,44
	2005	€ 4.571.544,00	€ 728.916,66	15,94
	2006	€ 6.462.359,00	€ 1.745.353,68	27,01

PRESENZA PERSONALE all'01.01.2008

SPORTELLI di CITTADINANZA	COORD. ATS	N° ASS. SOC	N°PERS.AMM	N° ASS. DOM	N° EDUCATORI
15. ATS ANDORA	1AMM.	1FullTime	1	in conv. 2	0
16.ATS ALASSIO	1ASS. SOC.	1PartT, 2FP	1	6 in conv.	2 in conv PT
17.ATS ALBENGA	1AMM.	2FT, 1PT	3	7 FT	4 in conv. PT
18. ATS COMUNITA' MONTANA	1AMM.	2FT	1	18 persone buon vicinato	2 PT
19. ATS CERIALE	1ASS. SOC.	1FT	1	2	0

Sono presenti inoltre nel Distretto, in particolare su Albenga, numerosi Sportelli Sociali attivati da enti pubblici, patronati e dal privato sociale che forniscono informazioni a supporto dei cittadini circa i diritti e le opportunità del sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari.

C. VALUTAZIONE DEL BISOGNO:

L' art. 11 della L.R. 12/2006 prevede al comma 7 : *"L'Unita Distrettuale assicura l'operatività integrata anche per la valutazione del bisogni sociosanitari tramite* ***le Unita di Valutazione Multidisciplinari,*** *la predisposizione del Piano di Lavoro Personalizzato, i protocolli operativi di assistenza e l'individuazione del responsabile del caso, nonché per la valutazione periodica dei risultati ottenuti in relazione agli obiettivi programmati".*

La Regione , con atto **DGR del 31.10.07 n. 1287** ad oggetto "Adozione di un sistema di Valutazione Multidimensionale (VDM) a favore della popolazione anziana e disabile. Ricognizione e sistematizzazione dei provvedimenti in atto." - tenuto conto del quadro, di seguito riportato, di disposizioni regionali vigenti in materia di valutazione nonausufficienza - :

• **D.G.R. 20 ottobre 2006 n. 1106** Indirizzi per il Fondo Regionale della Non Autosufficienza: Dispone l'assetto organizzativo del Distretto Sociosanitario per l'accertamento della non autosufficienza e la presa in carico, come segue:
- **Sportello Integrato Sociosanitario** , come unico accesso per i richiedenti la valutazione di non autosufficienza;
- l'**UVM** per la valutazione della non autosufficienza delle persone anziane, che effettua la valutazione attraverso lo **strumento multidimensionale (AGED PLUS)**, comprendente l'esame dei parametri di autonomia, la comorbilità, i disturbi comportamentali e la situazione sociale, quest'ultima mutuata integralmente della scheda SVAMA;
- redazione da parte dell'UVM del **Piano Individualizzato di Assistenza (PIA)**, in cui individua il **responsabile del caso**,incaricato delle verifiche indicate nel PIA sull'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie e sull'utilizzo misura economica.
• **D.G.R. 27 ottobre 2006 n. 1164** "Indirizzi alle Aziende sanitarie e ai comuni per l'avvio dei Distretti Sociosanitari"che disciplina i compiti del DSS ed i rapporti tra ASL e Comuni per la realizzazione delle funzioni integrate e ribadisce l'utilizzazione della valutazione multidimensionale.
• **D.G.R. 30 marzo 2007 n.337** "Definizione dei livelli di assistenza sanitaria domiciliare" che disciplina tra l'altro:
- la **presa in carico** per le cure domiciliari integrate di primo e secondo livello e per le fasi terminali e palliative, basata su approccio multidimensionale che comprende la valutazione globale dello stato funzionale del paziente, attraverso **un sistema di valutazione multidimensionale sperimentato e valicato (AGED PLUS)** , in grado di produrre una sintesi delle condizioni cliniche,funzionali e sociali;
- la predisposizione del **PIA**;
- l'individuazione, all'interno delle equipe di cura, del **responsabile del caso** che, in collaborazione con il MMG, orienta e coordina gli interventi in base a quanto definito nel PIA
• **D.G.R. 11 MAGGIO 2007 N. 463** " Approva la **Scheda per la valutazione della non autosufficienza dei disabili** quale strumento omogeneo per la valutazione multidimensionale, da compilarsi da parte dell'**UVM** per i portatori di handicap

sottolinea che la **Valutazione multimensionale (VMD)** è intesa come "*processo globale e dinamico intersciplinare volto a identificare e descrivere la natura e l'entità dei problemi di carattere fisico,psichico,funzionale e relazionale/ambientale di una persona"* per la presa in carico da parte del Distretto Sociosanitario di anziani, disabili e altri tipi di persone non autosufficienti che presentano bisogni complessi, richiedenti prestazioni integrate. E costituisce pertanto la metodologia elettiva per la costruzione di **percorsi assistenziali complessi** e per garantire

continuità della cura attraverso l'integrazione delle diverse reti (sanitaria,sociosanitaria, sociale e di aiuto informale). Stabilisce pertanto, tra l'altro,:

- la costituzione di almeno un'**Unità di Valutazione Multidimensionele (UVM)** per Distretto Sociosanitario, organismo di valutazione misto sanitario e sociale, composto da medico specialista della patologia o dello stato di disabilità da valutare (neuropsichiatria infantile, geriatra, neurologo,fisiatra,psichiatra,ecc.), infermiere, terapista della riabilitazione (nelle diverse specializzazioni richieste per la disabilità da valutare), l'assistente sociale che ha in carico la persona da valutare, l'educatore se debbono essere analizzati anche aspetti pedagogico-didattici, e il medico di medicina generale. Possono aggiungersi anche altri professionisti, in relazione alla complessità del caso o per altri aspetti che sono utili ad una migliore e corretta valutazione;

- che la processualità con cui si svolge la Valutazione Multidimensionale è la seguente:

  a) accesso ai servizi del DSS attraverso lo Sportello Integrato Sociosanitario
  b) presa in carico del caso da parte del Distretto per sottoporlo alla valutazione
  c) Valutazione Multidimensionale da parte dell' UVM
  d) elaborazione del Pia da parte dell'UVM e individuazione del case manager
  e) erogazione delle prestazioni di:
  - assistenza domiciliare, anche integrata con la componente socio-assistenziale
  - assistenza residenziale e semiresidenziale del tipo riabilitativo
  - assistenza residenziale e semiresidenziale, anche integrata con la competente socio-assistenziale
  - assistenza a favore della non autosufficienza

  f) verifica degli esiti delle prestazioni da parte del case manager

Sul territorio del Distretto, anticipatamente, con gli atti seguenti, veniva formalizzata la costituzione di quanto sopra previsto :

- DDG n. 892 del 02/11/2006 ad oggetto "Istituzione dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare dell'ASL 2 Savonese";

- DDG n. 117 del 01/02/2007 di oggetto "Regolamento di attuazione funzionamento dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare del Distretto Sanitario n.1 Albenganese";

Tali **U.V.M**. sono ormai attive, a partire dall'inizio del 2007, non soltanto per la valutazione dei soggetti che fanno richiesta del FRNA, ma anche per la valutazione e presa in carico da parte del Distretto Sociosanitario di anziani, disabili e altri tipi di persone che presentano bisogni complessi, richiedenti prestazioni integrate.

D. BISOGNI E CRITICITA' RILEVATI RETE ACCESSO ED INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

• per lo sportello sociosanitario necessità di personale con professionalità adeguate;
• complessità per il cittadino per l'accesso ai servizi sociosanitari, disorientamento per non unicità dell' accesso stesso, mancanza di informazioni adeguate (orientamento e supporto) e modulistica non adeguata in termini di esemplificazione;
• potenziamento del collegamento tra la Direzione Sanitaria Ospedaliera e/ Servizi Sanitari e Socio-Sanitari con i Servizi Sociali degli Ambiti Territoriali;
• modello di valutazione multidimensionale (VMD) di complessa applicazione per carenza generale organici personale, necessità di maggiore coinvolgimento MMG, Pediatri di libera scelta e Medici specialisti ambulatoriali.

E. OBIETTIVI E AZIONI di PIANO PER REALIZZARE POLITICHE ACCESSO E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

AZIONI di PIANO	ENTI/STRUTTURE di RIFERIMENTO	RISORSE	TEMPI
Approvazione Piano DSS	Comitato dei Sindaci+D.G./A.S.L.+ Unità Distrettuale	Investimenti di personale DSS/ASL	2008
Potenziamento attività Sportello Sociosanitario, reperimento ed individuazione professionalità idonee allo svolgimento delle funzioni di accoglienza sociale e sanitaria	Comitato dei Sindaci+D.G./A.S.L.+ Unità Distrettuale	Non richiede investimenti nuovi, personale già in ruolo	2008 2009
Stesura Convenzione tra Comune capofila di Distretto e Comuni degli Ambiti Territoriali	Direttore Sociale e staff segreteria tecnica	Non richiede investimenti economici	2009
Costituzione e formalizzazione Comitato distrettuale in base al comma 6 art. 10 L.R. 12/06;	Direttore Sociale e staff segreteria tecnica	Non richiede investimenti economici	2009
Istituzionalizzazione della rete con i Dipartimenti/U.O./S.S.Territoriali (protocolli operativi per attività integrate) V. ALTRE RETI	Unità Distrettuale+Comitato Distrettuale	Non richiede investimenti economici	2009 2010
Collegamento tra la Direzione Sanitaria Ospedaliera e/ Servizi Sanitari e Socio-Sanitari con i Servizi Sociali degli Ambiti Territoriali per stesura protocolli operativi con O.C., R.S.A., altri presidi riabilitativi, per dimissioni programmate)	Unità Distrettuale+Comitato Distrettuale+ Dipartimenti Ospedalieri	Non richiede investimenti economici	2009 2010
Azioni di coinvolgimento dei Medici di medicina generale, Pediatri di libera scelta e Medici specialisti ambulatoriali nel processo di integrazione socio-sanitario;	Unità Distrettuale+Comitato Distrettuale	Non richiede investimenti economici	2009 2010
Costruzione di una griglia di rilevazione, uniforme, degli sportelli sociali esistenti gestiti da enti pubblici e dal privato sociale che forniscono informazione e consulenza sociale (orari, funzioni,)	Direttore Sociale e staff segreteria tecnica	Non richiede investimenti economici / l'eventuale pubblicazione potrebbe avvalersi di finanziamento privato da reperire	2009 2010
Predisposizione e stesura di una guida ai Servizi Territoriali socio-sanitari	Unità Distrettuale+Comitato Distrettuale	Non richiede investimenti economici	2010
Previa individuazione degli operatori referenti, formalizzazione (Protocollo Operativo/delibera distrettuale/delibere ATS) dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare per la valutazione coordinata delle necessità assistenziali sociali e sanitarie sui singoli casi che necessitano di un intervento complesso, che sarà conforme agli indirizzi presenti nella deliberazione ASL 2 Savonese del 02/11/2006 n. 892 relativa a istituzione dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare dell'ASL 2.	Unità Distrettuale+Comitato Distrettuale	Non richiede investimenti economici	2009 2010
Sperimentazione applicazione schema regionale P.I.A/ Realizzazione dei P.I.A.	Unità Distrettuale+ ATS+UVM+M.M.G	Non richiede investimenti economici	2008 2009 2010
Formalizzazione protocollo operativo relativo organizzazione e procedure per l'accertamento della nonautosufficenza e la concessione della misura economica	Unità Distrettuale+segreteria Tecnica	Non richiede investimenti economici	2009
Entro il 7.12.2008/29.12.2008 deve essere delineato un nuovo assetto territoriale degli ATS del Distretto Sociosanitario sulla base delle DD.GG.RR. 7/12/2006, n. 1376 "approvazione, ai sensi art. 62 l.r. 12/2006 "promozione sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari", dei confini e dell'organizzazione ambiti territoriali sociali della liguria" – integrato con le rettifiche di cui alla d.g.r. del 29/12/2006, n. 1596	Comitato dei Sindaci DSS,ATS, Comuni	Non richiede investimenti economici	2009

PARTE QUARTA

LE AZIONI di PIANO TRASVERSALI

1. SISTEMI di REGOLAZIONE DELLA QUALITA'.

Funzioni relative alla L.R. 20/99 "Norme in materia di autorizzazione, vigilanza ed accreditamento per i presidi sanitari e socio-sanitari, pubblici e privati.

L'art. 45 della L.R. 12/06, nonché la normativa nazionale, attribuiscono ai Comuni le funzioni sociali ed amministrative in materia di vigilanza e controllo sui servizi e sulle strutture sociali, sociosanitarie e socioeducative. Mentre restano in capo all'ASL le funzioni di vigilanza igienico-sanitaria nei confronti delle medesime. Gli organismi tecnici che provvedono alla vigilanza trasmettono ai Comuni, alle ASL ed alla Regione, entro il 31 marzo di ciascun anno una relazione annuale sulle attività di vigilanza realizzate. Tale vigilanza sul mantenimento dei requisiti di autorizzazione ed accreditamento da parte dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e diurno si effettua, di norma, ogni biennio salvo verifiche richieste dalle Autorità Pubbliche, su segnalazione dei responsabili dei servizi sociali e degli utenti.
Sul nostro territorio l'ASL n. 2 Savonese con DDG n. 1413 del 29.12.1999 designava i componenti della commissione stessa, e successivamente ciascun Comune del Distretto, alla fine del 2000, ha deliberato - sulla base della L.R. n. 20/99, l'istituzione della Commissione per le Autorizzazioni dei Presidi Sanitari, Socio-sanitari e Sociali. Tale Commissione è composta, per parte A.S.L., da:

- Un funzionario appartenente dell'U.O. Igiene e Sanità Pubblica – che lo presiede;
- Un funzionario appartenente all' U.O. Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di lavoro;
- Un funzionario appartenente all'U.O. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, laddove all'interno del presidio da autorizzare soia prevista la preparazione e la somministrazione dei pasti;
- Altri funzionari appartenenti al Dipartimento di Prevenzione, in relazione ala tipologia del presidio da autorizzare;

e secondo la tipologia del presidio da autorizzare:

- Un funzionario appartenente al Dipartimento Cure Primarie;
- Un funzionario appartenente al Dipartimento Materno Infantile/Disabili;
- Un funzionario appartenente al del Dipartimento delle Dipendenze;
- Un funzionario appartenente al U.O. Assistenza Psichiatrica Territoriale;
- Da uno a tre funzionari medici esperti delle funzioni organizzative e tecniche ospedaliere Dirigente Medico del presidio Ospedaliero di Albenga

ed inoltre è integrata - per l'accertamento dei requisiti dei presidi socio-sanitari e sociali -, da un esperto sociale designato nella persona del Responsabile della Segreteria Tecnica - nella seduta di Conferenza di Zona del 16.11.2000 -, oggi Direttore Sociale del Distretto stesso.
Ogni membro della Commissione può essere sostituito in caso di indisponibilità da altra persona designata.

Tale commissione si attiva su:

- richiesta dei Sindaci dei Comuni del Distretto Sociosanitario
- richiesta della Regione Liguria;
- segnalazione dell'autorità di pubblica sicurezza generalmente NAS dei Carabinieri;
- denuncia di cittadini.

Il Distretto intende promuovere in via sperimentale - vista anche la necessità di pervenire all' impostazione di un sistema di accreditamento anche per le strutture sociali, come del resto è previsto dalla normativa regionale (V. art. 48 L.R. 12/06) dove per accreditamento si intende la funzione istituzionale di riconoscimento del possesso di specifici requisiti, svolta da parte del soggetto pubblico nei confronti del soggetto gestore. L'accreditamento è una funzione intermedia, rispetto ad altre funzioni consequenziali:

1. autorizzazione al funzionamento
2. accreditamento
3. affidamento, contratti, acquisto prestazioni
4. verifica, controllo

I requisiti ulteriori per l'accreditamento sono fissati a livello locale dalle Regioni per l'accreditamento sanitario e socio-sanitario e per l'accreditamento sociale dai Comuni, acquisiti gli atti della Commissione Tecnica di cui all'articolo 13, della già citata L.R. 20/99, come modificato dall'art. 59 della L.R. 12/06 -, il miglioramento della qualità dei Servizi residenziali per minori (offerta educativa) ed anziani (accoglienza sociale ed alberghiera) attraverso la definizione di indicatori/requisiti qualitativi da definirsi in collaborazione con i Dipartimenti : Materno -Infantile e Cure Primarie dell'ASL n. 2 Savonese

2. FORMAZIONE

La formazione stessa rappresenta uno degli elementi per la promozione della qualità e della funzionalità nell'offerta dei Servizi. E' obiettivo quindi del distretto promuovere la formazione su livelli differenti:

- per gli operatori dei Servizi
- per la collettività (molteplicità di attori istituzionali e non [cittadini])
- per i soggetti fruitori/o che offrono servizi

Operatori dei Servizi: si aderisce alla proposta della Provincia, che all'interno del Piano regolatore Provinciale, ha proposto l'istituzione di un gruppo di progettazione di percorsi formativi integrati per promuovere formazione per l'integrazione sociosanitaria. Tra i temi emersi:

- Attività di accoglienza: lo Sportello Integrato Sociosanitario
- Valutazione Multidisciplinare
- Assistenza domiciliare integrata(con particolare interesse all'utente con Alzheimer)
- Accoglienza e cura degli immigrati
- Prevenzione e contrasto della violenza di genere
- Gestione del progetto di inserimento lavorativo
- Assistenza alla genitorialità debole e tutela del minore

Collettività: la condivisione del "Progetto" stesso di Piano Integrato Sociosanitario da parte degli attori Istituzionali e non (Associazioni etc.) ha rappresentato un'occasione di crescita culturale del contesto stesso e quindi del sistema.
E' presente anche come azione di Piano la prosecuzione del progetto "Il lavoro nella Comunità". Lo stesso rappresenta la prosecuzione di un Intervento Preventivo, ma con valenze formative dell'intera comunità soggetto dell'intervento stesso.

Soggetti fruitori/o che offrono servizi: è presente come azione di Piano l'implementazione di un corso di formazione per assistenti familiari - con particolare attenzione alle persone straniere -, in collegamento con le azioni formative dell'E.L.F.O, ente di formazione territoriale (Corso di formazione) ed il Centro d'Ascolto /Caritas Diocesana sede di Alberga (Protocollo d'Intesa). Il corso stesso prevede anche attività di tirocinio che potrà anche effettuarsi (3 mesi di lavoro supervisionato) presso il domicilio della persona assistita (per occupati) (ai sensi della DGR 287/2006).

Il lavoro stesso della Segreteria Tecnica allargata ha rappresentato negli anni un'occasione di aggiornamento permanente per tutti gli operatori.

Si segue con interesse la proposta regionale del "Polo delle professioni del Sociale che permetterà di dare organicità ai percorsi formativi delle professioni sociali e permetterà al territorio di formare le professioni necessarie allo sviluppo del sistema dei servizi sociali e sociosanitari.

3. STRUMENTI di MONITORAGGIO E VALUTAZIONE PER MISURARE IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI di PIANO

La valutazione deve essere innanzitutto una preoccupazione metodologica che accompagna il processo decisionale e consente una riprogettazione mirata e condivisa, inoltre consente una certa trasparenza.

La verifica sullo stato di attuazione del Piano avverrà su più livelli:

- **o** Regionale: "Tavolo di Monitoraggio" sulla base del sistema di indicatori già presenti nello PSIR stesso (Parte Seconda Capitolo 2 "Indirizzi della legge regionale 12/06 sulle reti integrate di offerta del sistema sociale e sociosanitario ligure".)

- **o** Distrettuale (annualmente) : Comitato Distrettuale (Tecnico) = Comitato dei Sindaci di DSS + Associazioni & altri attori Istituzionali "in rete"

Si intende inoltre, aderire all' "Osservatorio Provinciale delle Politiche Sociali" proposto come azione di sistema nella proposta di "Piano regolatore Sociale" della Provincia di Savona. Si ritiene infatti una rilevante opportunità l'utilizzo di questo strumento che dovrebbe consentire una lettura concertata e condivisa dei fenomeni sociali con l'individuazione di indicatori specifici che potrebbero anche eventualmente supportare successivamente il monitoraggio delle scelte effettuate.

GUIDA ALLEGATI

Allegato A "Struttura demografica per fasce d'età" .....….vedi doc. pag. 12
Allegato A1 Dati demografici Provincia/Sintesi dei
risultati:un confronto delle analisi tra Distretti .....….vedi doc. pag. 12
Allegato B "Sedi d'Impresa Attive al 31.12.2004" .....….vedi doc. pag. 20
Allegato C "Struttura socioeconomica dell'intera Provincia……...vedi doc. pag. 21

Allegato D "Elenco Scuole" .....….vedi doc. pag. 30
Allegato E "Percorso Nascita".....….vedi doc. pag. 30
Allegato F " Abuso e Maltrattamenti" .....….vedi doc. pag. 30
Allegato G "Elenco Associazioni presenti sul Territorio"……...vedi doc. pag. 30

Allegato H "Elenco Associazioni presenti sul Territorio"……..vedi doc. pag.37 e 41
Allegato I "Proposta progettuale Ser.T per riorientamento Servizio" ..... vedi doc. pag. 43
Allegato L "Documento Relativo Bozza "Agenda di Lavoro" da report
Conferenza Regionale sulla Salute Mentale".....….vedi doc. pag. 44
Allegato M "Guida Servizi Caritas Diocesana Albenga-Imperia"……vedi doc. pag. 50

Allegato N " Sintesi Assi e Azioni"……vedi doc. pag. 66

Allegato O "Prospetto potenziamento Servizi per la prima Infanzia"……. vedi doc. pag. 68

Allegato P "Convenzione integrazione sociosanitaria"……...vedi doc. pag. 76
Allegato .Q "Progetto Integrazione Sociosanitaria"……...vedi doc. pag. 78
Allegato R " Protocollo operativo per la realizzazione del progetto:
Sportello Integrato Sociosanitario"……..vedi doc. pag. 78

ALL. A

STRUTTURA DEMOGRAFICA DSS 4 ALBENGANESE											
COMUNI/ AMBITO		FASCE D'Età		FASCE D'Età		FASCE D'Età		FASCE D'Età		FASCE D'Età	
	TOT. POP. al 01.01.2007	0-2	%	3-17	%	18-64	%	65-74	%	75 E OLTRE	%
ALASSIO	11.224	224	2,00	1.151	10,25	6.561	58,46	1.660	14,79	1.628	14,50
ALBENGA	23.735	578	2,44	2.848	12,00	14.787	62,30	3.026	12,75	2.496	10,52
ANDORA	7.317	165	2,26	841	11,49	4.418	60,38	1.006	13,75	887	12,12
AMBITO CERIALE	7.568	179	2,37	893	11,80	4.693	62,01	1.022	13,50	781	10,32
CISANO	1.799	45	2,50	265	14,73	1.145	63,65	190	10,56	154	8,56
CERIALE	5.769	134	2,32	628	10,89	3.548	61,50	832	14,42	627	10,87
COMUNITA' MONTANA	11.282	301	2,67	1.393	12,35	6.848	60,70	1.425	12,63	1.315	11,66
ARNASCO	580	14	2,41	68	11,72	349	60,17	76	13,10	73	12,59
CASANOVA LERRONE	788	13	1,65	76	9,64	442	56,09	136	17,26	121	15,36
CASTELBIANCO	295	4	1,36	36	12,20	182	61,69	35	11,86	38	12,88
CASTELVECCHIO	193	4	2,07	19	9,84	105	54,40	33	17,10	32	16,58
ERLI	255	2	0,78	25	9,80	141	55,29	31	12,16	56	21,96
GARLENDA	1.208	37	3,06	144	11,92	788	65,23	132	10,93	107	8,86
LAIGUEGLIA	2.072	49	2,36	212	10,23	1.242	59,94	312	15,06	257	12,40
NASINO	217	4	1,84	16	7,37	113	52,07	47	21,66	37	17,05
ONZO	220	7	3,18	26	11,82	106	48,18	44	20,00	37	16,82
ORTOVERO	1.411	48	3,40	234	16,58	897	63,57	123	8,72	109	7,73
STELLANELLO	843	20	2,37	105	12,46	519	61,57	102	12,10	97	11,51
TESTICO	225	4	1,78	17	7,56	128	56,89	40	17,78	36	16,00
VENDONE	397	6	1,51	52	13,10	215	54,16	48	12,09	76	19,14
VILLANOVA D'ALBENGA	2.233	77	3,45	322	14,42	1.397	62,56	231	10,34	206	9,23
ZUCCARELLO	345	12	3,48	41	11,88	224	64,93	35	10,14	33	9,57
DSS N.4 ALBENGANESE	**61.126**	1.447	2,37	7.126	11,66	37.307	61,03	8.139	13,32	7.107	11,63
PROVINCIA	**283.218**	6.459	2,28	31.102	10,98	168.760	59,59	39.545	13,96	37.352	13,19
REGIONE	**1.607.878**	36.227	2,25	180.113	11,20	962.298	59,85	214.001	13,31	215.239	13,39
ITALIA	**59.131.287**	1.671.585	2,83	8.416.556	14,23	37.250.394	63,00	6.191.160	10,47	5.601.592	9,47

ALL. A1(*)

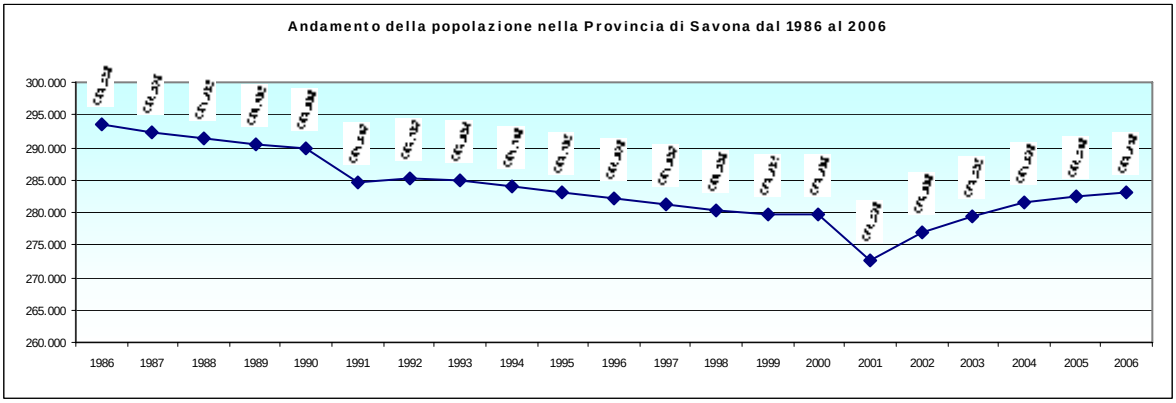
SINTESI DEI RISULTATI: UN CONFRONTO DELLE ANALISI FRA DISTRETTI.

Il quadro proposto in queste pagine si pone l'obiettivo di rilevare i principali fenomeni sociali del territorio provinciale nel suo complesso e nei singoli distretti socio sanitari al fine di fornire alcuni dati e riflessioni per l'elaborazione di strategie e di azioni proprie di ogni Piano socio sanitario.

Il punto di partenza delle analisi è rappresentato da una lettura dei fenomeni demografici quale variabile a carattere orizzontale nell'individuazione dei bisogni attuali e futuri della collettività, lettura che ha dato origine all'evidenzia di alcuni temi ritenuti fondamentali per la comprensione dei mutamenti in atto.

Il primo tema affrontato è quello dell'incremento demografico, dell'entità e della composizione e distribuzione territoriale dello stesso, tema necessario per comprendere i livelli della domanda attuale e potenziale di servizi, della variabilità della stessa in base alle diverse composizioni strutturali della popolazione.

L'evoluzione demografica che inizia sul nostro territorio nel 2002 appare significativa non tanto in termini di entità numerica (entità che risulta, peraltro, contenuta, ma conforme a quanto si verifica in altri contesti dell'Italia del Nord), quanto, piuttosto, in termini di cambiamenti di segno (grafico 1).



Non occorre, infatti, dimenticare come nel corso degli ultimi trent'anni, la provincia di Savona abbia complessivamente perso oltre 27.000 residenti, ovvero un numero di cittadini pari ad oltre gli abitanti, ad esempio, del Comune di Albenga.

Le cause sono ampiamente note e vanno ricondotte ad una diminuzione della natalità accompagnata da una elevata mortalità che ha reso, il bilancio naturale negativo ed alla presenza di un flusso migratorio positivo, ma non in grado di bilanciare quello naturale negativo.

Due gli aspetti rilevanti.

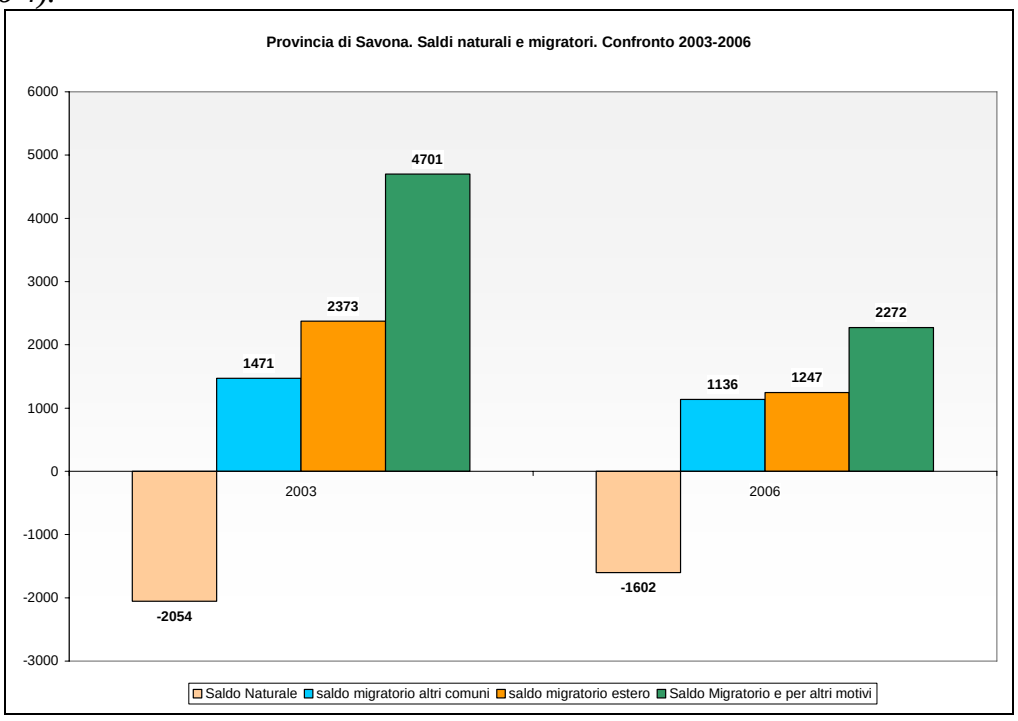
Il primo è rappresentato dal fatto che la diminuzione della popolazione non rappresenta di per sé un aspetto negativo: la minore densità abitativa è senza dubbio un elemento migliorativo della qualità della vita. Il decremento della popolazione ha rappresentato un problema in relazione allo squilibrio con la quale si è verificato, squilibrio evidente nella diversa entità delle classi estreme che ha condotto inevitabilmente ad un basso ricambio generazionale.

Il secondo è che quanto si è verificato in provincia di Savona si è rilevato nella maggior parte delle regioni dell'Italia del Nord: fra il 1981 ed il 2001 la perdita complessiva in quel territorio è stata di –352.970 residenti, oltre l'intera provincia di Savona.

Quello che succede nel 2002 è imputabile ad almeno due fattori: un miglioramento della natalità[1] *a cui, però, si accompagna sempre un'elevata mortalità*[2] *con il conseguente saldo naturale negativo e soprattutto la presenza di un flusso migratorio in ingresso elevato che fa innalzare il saldo migratorio.*

Se si osservano i bilanci demografici annuali successivi al 2002, emerge la progressiva diminuzione del saldi demografici positivi: le variazioni percentuali della popolazione si attestano, infatti, su valori via via più contenuti, performance che risultano, però, in linea con quanto si verifica più in generale nell'Italia del Nord.

Le cause del rallentamento della crescita sono da imputare sempre alla presenza di una bassa natalità, ancorché in crescita nel corso degli ultimi anni, e a quella di un'elevata mortalità. Diminuiscono e si modificano i flussi migratori: i flussi stranieri si contraggono ed aumentano quelli da e per altri comuni, con la conseguenza che il sia pure lieve incremento della popolazione appare determinato più che da ingressi dall'estero, da movimenti migratori da altri comuni italiani (grafico 4).

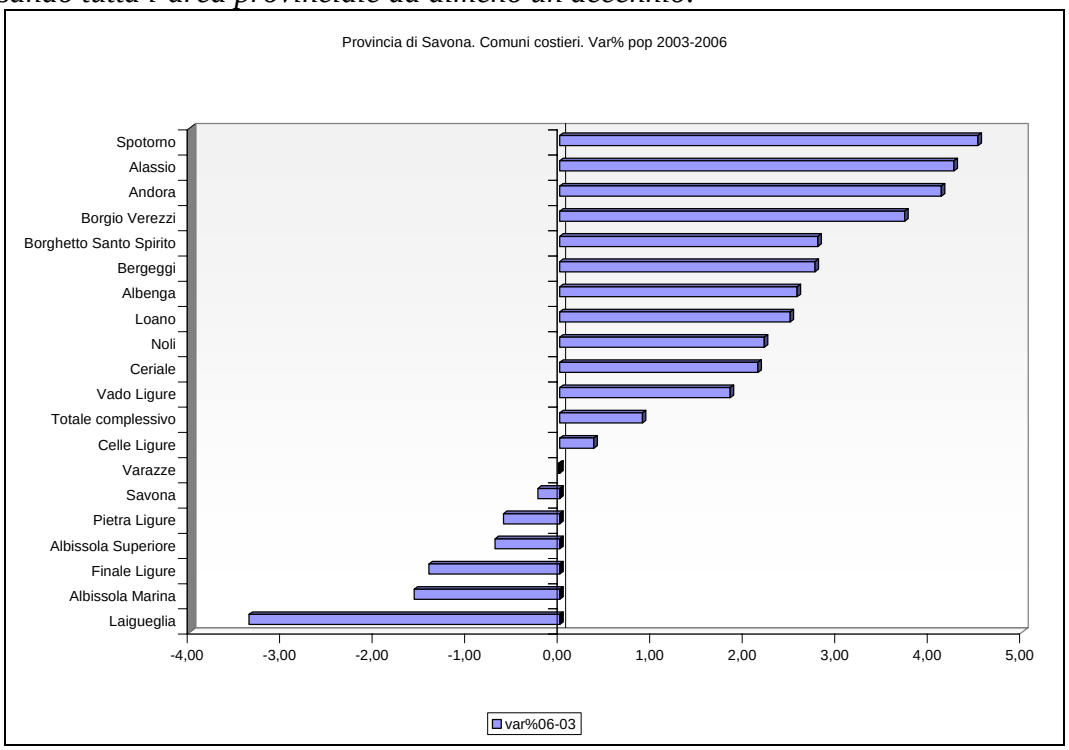


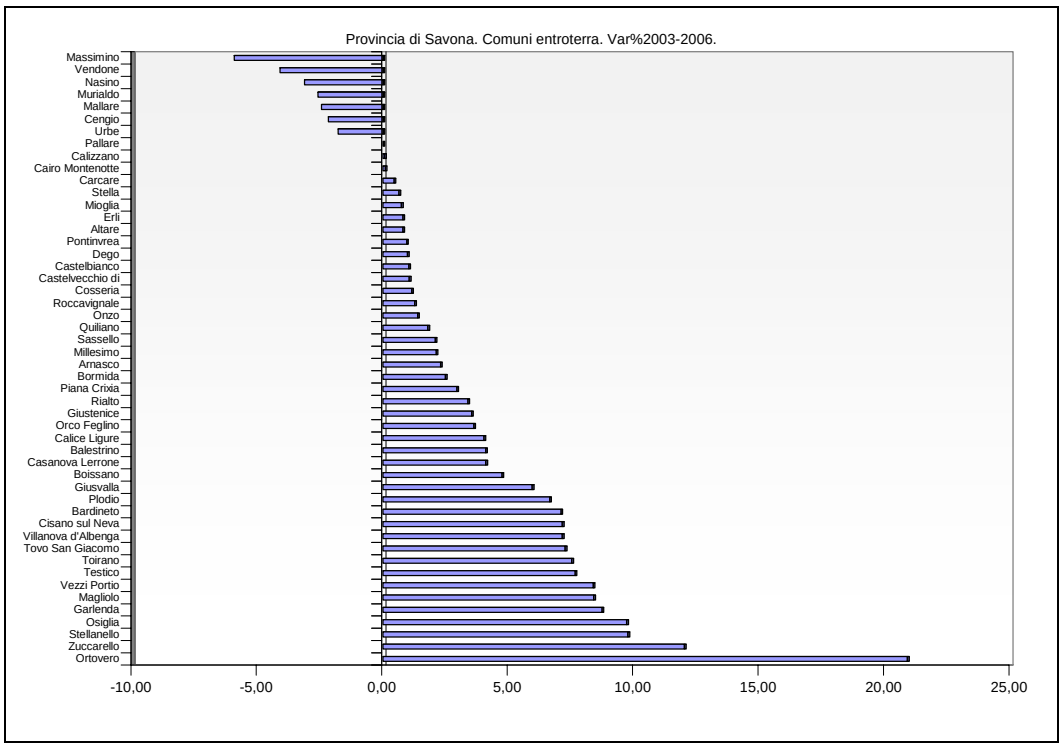
Come si è distribuito l'incremento della popolazione sul territorio?

La classica distinzione fra comuni costieri e comuni dell'entroterra evidenzia come nel triennio si sia assistito ad un processo di ripopolamento di alcuni comuni costieri, in particolare quelli del distretto albenganese e si sia assistito anche ad un aumento degli insediamenti abitativi nei comuni del primo entroterra, sempre con particolare riferimento all'area dell'albenganese Nel distretto albenganese, area a tradizionale incremento demografico imputabile soprattutto alla presenza di stranieri, il flusso migratorio rilevato nel corso del 2006 si riduce rispetto a quello del

[1] Il tasso di natalità ancorché in crescita risulta ancora molto modesto. La graduatoria crescente elaborata sulla base di tale indicatore fra tutte le province italiane, evidenzia per Savona la decima posizione.
[2] La provincia di Savona si colloca alla quarta posizione nella graduatoria decrescente dell'indicatore fra tutte le province italiane.

2003 proprio per effetto di una minore capacità attrattiva nell'area, con la conseguenza che a far aumentare la popolazione nel distretto sono soprattutto i flussi provenienti da altri comuni, molto probabilmente in connessione all'espansione edilizia ed a quel fenomeno di progressivo spostamento della popolazione dalla fascia costiera a quella del primo entroterra che sta interessando tutta l'area provinciale da almeno un decennio.





Anche nel Finalese, area a tradizionale contenimento del decremento demografico, il lieve incremento rilevato nel triennio è da imputare più alla presenza di flussi migratori con altri comuni che a quella degli stranieri. La "fuga" dai centri di maggiori dimensioni appare evidente nelle performance del triennio: a far rilevare diminuzione dei residenti sono i comuni di Finale

Ligure e Pietra Ligure, mentre incrementi si verificano in tutta la fascia dell'entroterra. La vocazione turistica dell'area sembra aver agito anche come fattore trainante della residenzialità per buona parte di coloro che avendo sul territorio la seconda casa hanno, per ragioni economiche, spostato la residenza sul territorio in oggetto.

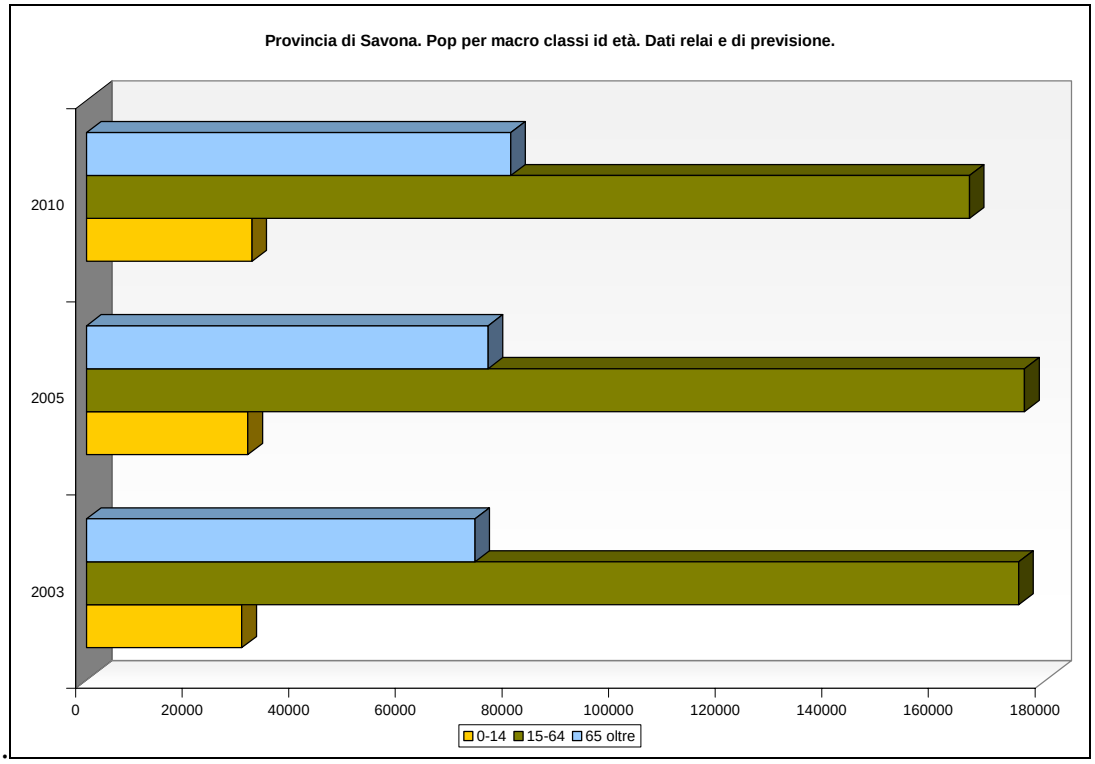
Nel Savonese ed in Valle Bormida gli incrementi sono più contenuti (0,2% per il savonese e 0.5% per la Valle Bormida), confermando la tradizionale difficoltà nell'attrarre residenti. Non occorre dimenticare che le aree in oggetto sono state caratterizzate nel corso degli anni '80 e '90 da un elevato depauperamento demografico (oltre 20.300 residenti a Savona ed oltre 3.100 in valle Bormida fra il 1980 ed il 2004) che ha coinvolto soprattutto il capoluogo provinciale (oltre 15.700 residenti fra il 1980 ed il 2004) e gli altri centri costieri di maggiore dimensioni (Albisola Marina -671 residenti, Vado Ligure -1079 residenti, Varazze -1189 residenti). Fuga dalla città che non svolge più un ruolo accentratore di attività produttive, allontanamento dai centri urbani congestionati in cui la qualità della vita, intesa soprattutto in riferimento all'ambiente, risulta meno elevata.

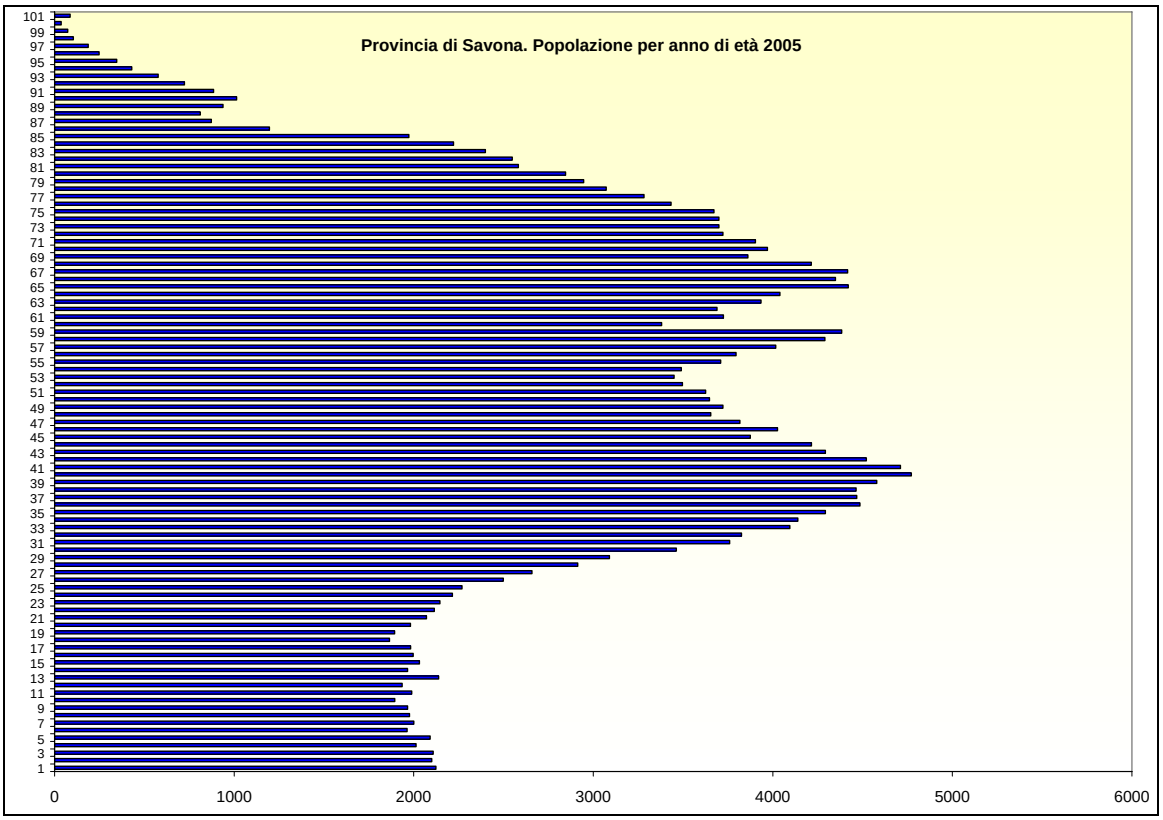
Nel corso dell'ultimo triennio il comune capoluogo continua a perdere residenti (-146 unità) ed anche i centri costieri di Varazze e le due Albissole fanno registrare valori sia pure lievi, ma negativi. Appare invece evidente la migrazione della residenzialità verso i comuni della prima fascia costiera (Quiliano, Stella) e l'espansione di alcuni centri costieri come Vado Ligure, Spotorno, Celle Ligure in connessione, molto probabilmente all'espansione edilizia.

In Valle Bormida i dati evidenziano una redistribuzione dei residenti nei comuni di Podio, Origlia, Piana Crixia, Cosseria, Bardineto,. Mentre situazioni stabili o in diminuzione si verificano per i comuni di Cengio, Cairo, Millesimo.

Le riflessioni condotte evidenziano la necessità di procedere ad una verifica dell'entità e della variabilità dei servizi offerti sui territori a maggiore espansione. Le analisi che tengono conto delle situazioni di disagio connesse a questi processi di espansione dell'entroterra potrà trovare, nel proseguo del lavoro dell'Osservatorio delle Politiche Sociali, un valido supporto conoscitivo attraverso dettagliate indagini quanti-qualitative.

Il secondo tema connesso all'incremento demografico è quello afferente alla struttura della popolazione, caratteristiche che consente di segmentare la potenziale domanda di bisogni e di adeguare l'offerta alle nuove e mutate esigenze che provengono dalla collettività.





Com'è noto il depauperamento demografico verificatosi per effetto della bassa natalità e dell'elevata mortalità accompagnata da bassi flussi migratori ha comportato uno squilibrio fra le classi estreme della popolazione: i giovani rappresentavano una quota decisamente contenuta della popolazione con una incidenza inferiore rispetto a quella degli anziani e nel corso del tempo il basso ricambio giovanile aveva comportato un assottigliamento della classe di età centrale, quella della forza lavoro, quella che contribuisce attraverso il proprio inserimento nel lavoro a supportare i servizi per la soddisfazione dei bisogni delle prime due.

Lo scenario di previsione che si presentava alla fine degli anni '90 era, dunque, quello della famosa "crescita zero" della popolazione. In termini di politiche sociali ciò aveva comportato uno spostamento dell'attenzione dai servizi per l'infanzia a quelli per gli anziani ed a supportare una serie di azioni utili a soddisfare bisogni espressi da un popolo di ultrassessantacinquenni che non esprime solo esigenze di cura e di salute.

L'avvio di un processo di crescita della popolazione ha, in parte, attutito il processo di crescita zero, ma non ha ancora invertito l'ordine alla tendenza di un popolo di anziani. La classe giovanile è aumentata (+3,94% nel triennio)[3], soprattutto per effetto della componente straniera della popolazione, ma nella classica ripartizione per macro classi di età i giovani pesano per il 10,76%, gli anziani per il 26,76% e la classe centrale per il 62,48%.

E tale distribuzione registra oscillazioni positive nell'Albenganese (11,54% i giovani, 24,47% gli anziani e 63,99% la classe centrale) rispetto ai valori medi provinciali, stabili nel Finalese (10,94% i giovani 26,98% gli anziani e 62,08% la classe centrale) e negative nel Savonese (10,49% i giovani 27,67% gli anziani, 61,84 la classe centrale) e in Valle Bormida (10,18% i giovani, 27,01% gli anziani, 62,81% la classe centrale).

E' nelle primissime classi di età, quelle che coincidono con la scuola dell'obbligo, che si avvertono i fenomeni di ripopolamento. Così sempre a livello provinciale i bambini da 0 a 2 anni crescono del +5,3%, quelli da 3 a 5 anni del +6,49%, i bambini in età da 6 a 10 anni del +1,97% e quelli da 11 a 13 anni del +3,14%. Ciò induce a riflettere sull'adeguatezza dei servizi sociali offerti ed a riprogrammare, anche sulla base dei fenomeni migratori fra comuni l'offerta dei servizi stessi. Al ripopolamento delle prime classi di età ha contribuito in maniera rilevante la presenza straniera. I dati ministeriali evidenziano come nella scuola elementare la presenza di bambini stranieri si attesti all'8,47% del totale nell'anno scolastico 2006/07, nella scuola secondaria di primo grado l'incidenza è del 8,72% sempre nello stesso anno scolastico

La crescita della popolazione giovanile è visibile in tutti e quattro i distretti sia pure con intensità diverse. Così nell'Albenganese e nel Finalese si rilevano i maggiori incrementi (rispettivamente il 4,94% ed il 4,73%), mentre nel Savonese e in Valle Bormida gli incrementi risultano leggermente più contenuti (rispettivamente +3,14% e +3,45%).

Più contenuta risulta invece l'incremento nelle classi di età dai 14 ai 18 (+2,38%). In particolare aumenti si verificano nell'albenganese (+3,04%), nel finalese (+2,99%), nel Savonese (+2,94%) e diminuzione in Valle Bormida (-1,16%).

Crescita della classe giovanile, ma anche di quella anziana e sostanziale stabilità della classe di età centrale: questo è il quadro che emerge dalla lettura dei dati demografici.

Ma quale sarà il livello della popolazione nei prossimi tre anni e come sarà la sua composizione in termini di età?

Per tentare di fornire una risposta a queste domande si sono elaborate delle stime previsionali, stime che non hanno la presunzione di prefigurare lo scenario reale dei prossimi tre anni, ma piuttosto di fornire una previsione possibilistica. Le stime sono state elaborate sulla base di serie storiche di dati a partire dal 1980 e che come tali tengono conto dell'elevato decremento demografico verificatosi in quegli anni. [4] Le previsioni elaborate dalla Regione Liguria evidenziano

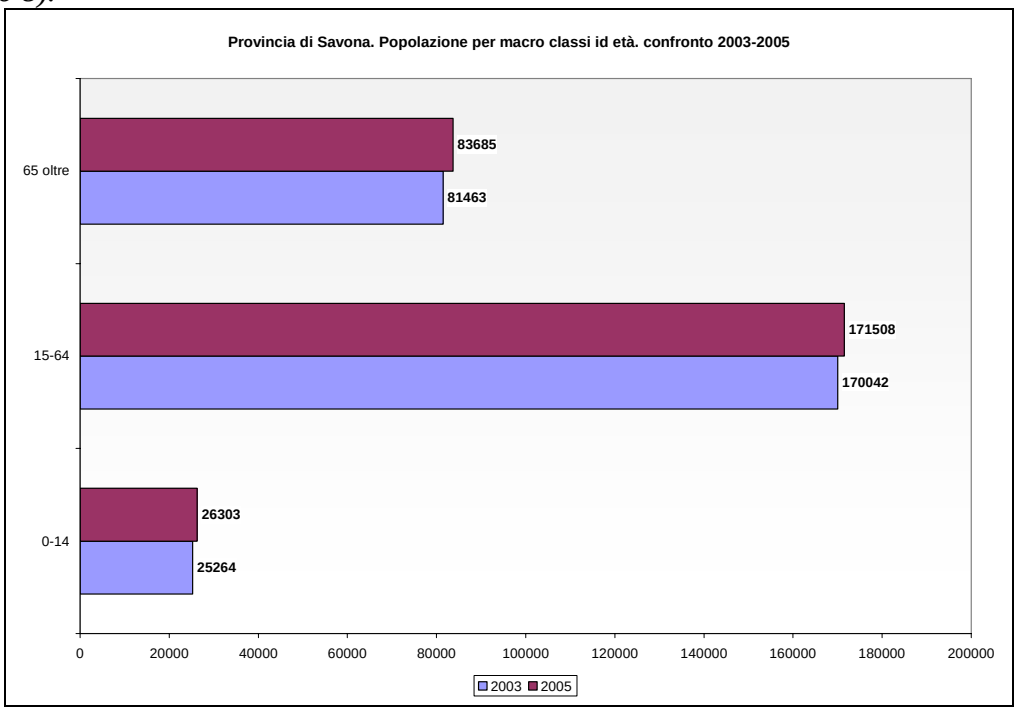
[3] A cui si contrappone un aumento della classe anziana del +3,41% ed un lieve incremento di quella centrale +0,63%.
[4] In merito alla metodologia di analisi occorre evidenziare la reale difficoltà nell'elaborare stime su territori ristretti, quali quelli distrettuali, poiché l'attendibilità del fenomeno risulta maggiore tanto maggiore è la dimensione territoriale

al 2010 una diminuzione della popolazione provinciale del -1,50% ed anche le stime elaborate dal presente ufficio evidenzia una perdita complessiva della popolazione pari al -1,90%.

A livello di singole aree distrettuali le performance assumono segno ed intensità diverse. Nell'albenganese si assiste ad una crescita del +0,13%, mentre nelle altre tre aree distrettuali la perdita è del -1,07% per il Finalese, -2,94% per il Savonese e -2,83% per la Valle Bormida.

Tale scenario potrà essere più o meno smentito dall'entità della regolarizzazione dei processi migratori stranieri e dalla capacità di ciascun area di far affluire sul proprio territorio nuovi flussi migratori. Infatti da un lato la presenza di stranieri sul territorio (e, quindi, di soggetti che esprimo bisogni e disagi) non sembra essere completamente rilevata dalle statistiche anagrafiche a cui sfuggono tutti coloro che pur presenti sul territorio non hanno un permesso di soggiorno in quanto privi di lavoro e dall'altro risulta estremamente difficile stabilire a priori le "ondate migratorie" che si potranno verificare in futuro.

Se la popolazione subirà in futuro una lenta diminuzione, la ripartizione fra le macro classi di età evidenzierà una crescita del +2,49% per la popolazione giovanile, una decurtazione del -5,87% per quella in età centrale e la continuità della crescita della popolazione anziana (+5,61%) (grafico 8).



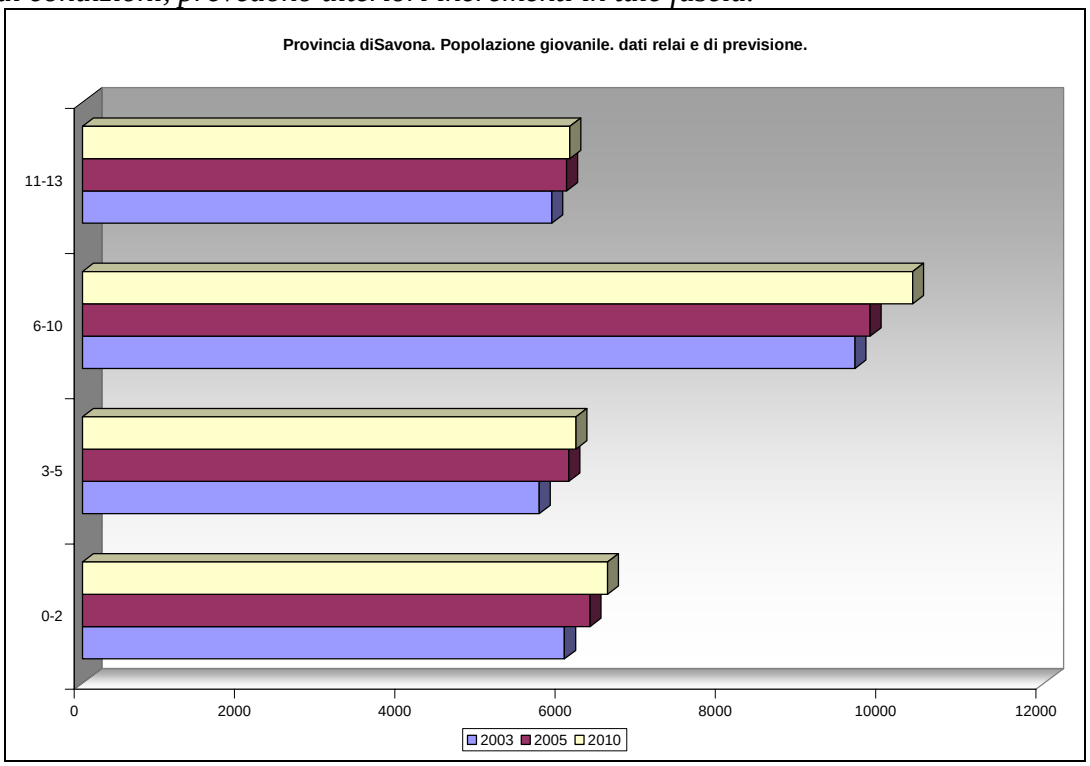
Ciò evidenzia, dunque, la continuità nei processi di crescita della popolazione giovanile e di quella anziana e dell'erosione della classe di età centrale, confermando, dunque, la continuità delle azioni intraprese dalle politiche di supporto a tali segmenti di popolazione.

<u>Il terzo tema è quello della crescita della popolazione giovanile</u>. I dati della popolazione segmentati per fasce di età coincidenti con quelle dell'obbligo scolastico consentono di evidenziarne le caratteristiche e le performance. Nella fascia di età 0-2 anni il numero dei residenti era al 2005 pari a 6333 individui con una crescita rispetto al 2003 del +5,30% ed una previsione di crescita del +3,40% che li farà attestare ad un livello di 6549 residenti.

---

di riferimento. Per questo motivo l'Istat elabora previsioni solo a scala nazionale e regionale, mentre solo recentemente l'Ufficio Statistica della Regione Liguria ha proceduto ad effettuare delle stime, sulla base del modello Migliorini, a livello provinciale.

Secondo i dati forniti dalla Regione Liguria[5] *il territorio provinciale offre 21 asili nido per un totale di 714 posti disponibili ed ancora 7 servizi integrativi per la prima infanzia per un totale di 153 posti disponibili, 17 servizi innovativi per la prima infanzia per un totale di 218 posti disponibili e un complessivo posti per minori pari a 1085 unità rispetto ai 2090 programmati secondo l'obiettivo europeo del soddisfacimento del 33% della domanda di servizio. Il conseguimento dell'obiettivo europeo appare giustificato se si considera che le stime previsionali, a parità di condizioni, prevedono ulteriori incrementi in tale fascia.*



L'aumento dei minori con meno di tre anni non si verifica, ovviamente, in maniera analoga su tutto il territorio. Nel distretto albenganese le stime indicano sostanzialmente una invariabilità del fenomeno (+0,43%),, è invece nel finalese e nel savonese che si evidenzieranno i maggiori incrementi (rispettivamente +5,93% e +5,22%), mentre in valle bormida le stime indicano una lieve diminuzione (-1,54%). In termini di dotazione delle strutture sono, secondo le elaborazioni effettuate nel documento regionale, i distretti del savonese e dell'albenganese a evidenziare una maggiore percentuale di soddisfazione dei servizi (il 19% ed il 18% della copertura della domanda).

Nella scuola materna i numeri della possibile utenza sono pari a 6068 unità al 2005 con una crescita nel periodo del +6,49% ed una previsione di crescita complessiva a livello provinciale pari a 1,46% che fa attestare i bambini della scuola a 6157 unità. I dati forniti dal Ministero della Pubblica Istruzione relativi ai frequentanti della scuola materna per l'ano scolastico 2006/2007 evidenziano una domanda complessiva di 6521 unità (per 112 punti di erogazione dei servizio), valore superiore a quello di previsione elaborato per il 2010, ma che comunque risulta indicativo al fine di evidenziare i naturali processi di crescita dei minori dai tre ai cinque anni.

Nel distretto albenganese la crescita demografica della classe di età della scuola materna si attesta a 1463 unità, evidenziando un incremento del +2,25%; anche nel finalese si rileva una

[5] Bollettino Ufficiale della Regione liguria n. 37 del 12/09/07 "Piano Sociale Integrato regionale 2007/2010" Legge regionale 24 maggio 2006 n.12 (promozione del sitema integrato servizi sociali e sociosanitari) art 25 e 62.

crescita del +4,54% (1276 unità nel 2010), nel savonese +0,54% (2640 unità nel 2010) e in valle bormida le variazioni percentuali fra il 2005 ed il 2010 indicano una diminuzione del -1,68% (che fa attestare i bambini in età a 777 unità).

Il numero di coloro che nel 2005 avevano un'età compresa fra i 6 ed i 10 anni era pari a 9828 unità con una crescita rispetto al triennio precedente del +1,97% ed una previsione di crescita al 2010 del +5,41% che li fa attestare a 10.389 bambini. I dati del Ministero relativi sempre all'anno scolastico 2006/2007 evidenziano una domanda complessiva di istruzione pari a 10570 unità per un numero complessivo di punti di erogazione del servizio pari a 95 unità. Anche in questo caso le performance verificatesi nel passato e le stime previsionali variano da distretto a distretto. L'area dell'albenganese fa rilevare una crescita sostenuta: i bambini in età della scuola di primo grado sono pari a 2313 e, secondo le stime, saliranno a 2407 unità (+4,05%). I frequentanti, secondo i dati del Ministero nell'anno scolastico 2006/07 sono pari a 2463, ovvero superiori rispetto alle stime del 2010; ciò fa presupporre la necessità di continuare od eventualmente aumentare l'offerta di dotazione del servizio. Nel finalese i bambini in tale fascia di età sono pari a 1939unità e le previsioni indicano una crescita del +2,18% che li farà attestare a 1981 unità. Nel savonese il segmento della domanda di scolarità di primo grado è pari a 4225 unità e le previsioni indicano una crescita del +7,44% che li farà attestare a 4561 unità. Infine in Valle Bormida, nonostante le previsioni di decremento demografico, la fascia di età dei bambini in età 6-10 anni prevede una crescita del +5,99% che li farà passare dagli attuali 1311 ai prevedibili 1411.

Per quanto riguarda la fascia di età della scuola secondaria di primo grado il numero complessivo rilevato anagraficamente è stato di 6040 unità, con una crescita del +3,14% rispetto al triennio precedente ed una previsione di crescita del +0,67% che li farà attestare a 6080 unità . I dati del Ministero della Pubblica Istruzione evidenziano un numero di utenti per l'anno scolastico 2006/2007 pari a 6362 unità, valore superiore a quello stimato che fa ipotizzare la continuità delle politiche di adeguamento dell'offerta del servizio alla crescente domanda.

Con particolare riferimento al territorio emerge come nell'area albenganese le previsioni ipotizzino una crescita del 1,36% che farà attestare la popolazione a 1348 unità. Anche nel finalese e nel savonese si evidenzia una crescita della popolazione in tale fascia di età (rispettivamente del +4,29% con raggiungimento di quota 1225 e del +1,50% che consentirà di arrivare a 2696 ragazzi). In Valle Bormida le previsioni indicano un decremento del -7,73% con l'attestamento della popolazione a 811 unità.

Le previsioni demografiche indicano, nonostante le complessive performance negative ella popolazione, una situazione di crescita della popolazione giovanile, crescita che sembra diffondersi, in maniera più o meno evidente, in tutte le fasce di età e, con eccezione della Valle Bormida, in tutte le aree distrettuali.

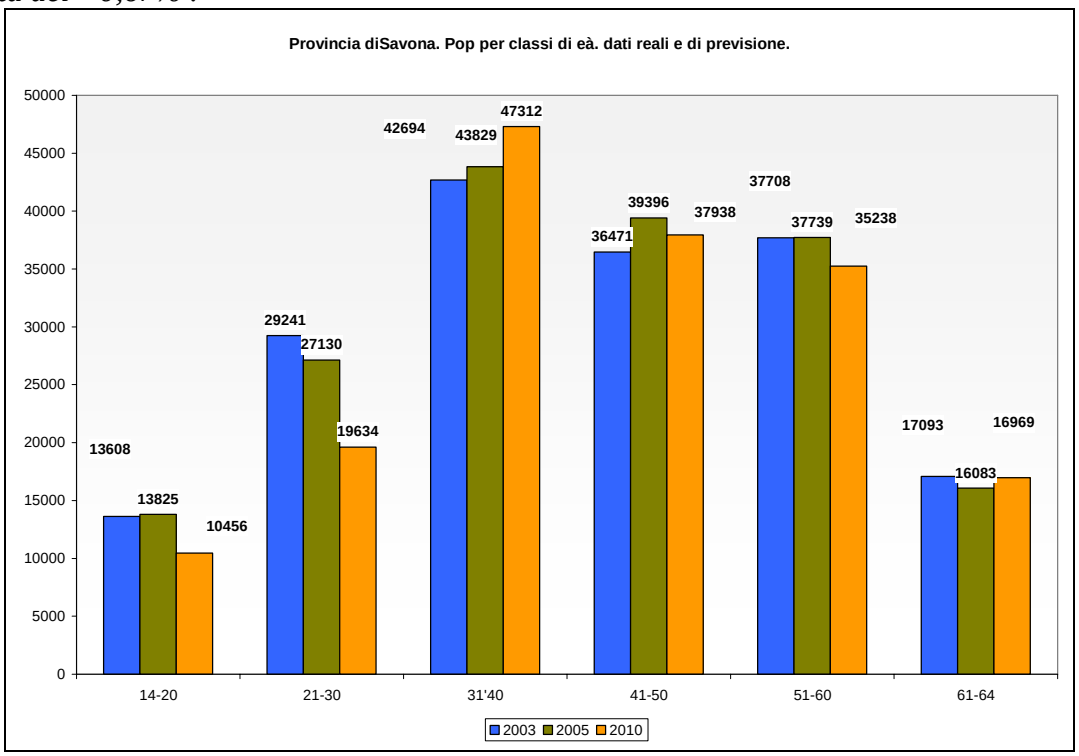
Il target di popolazione appartenente al secondo ciclo scolastico è pari a 9971 unità con una crescita nel triennio del +2,38%. Le stime indicano una loro contrazione che li fa attestare a 8134 alunni (decremento sarà valutato in relazione alla capacità attrattiva di flussi migratori dall'estero). I dati del Ministero indicano una frequenza scolastica di 10002 soggetti. Circa i trend della reali domanda di istruzione futura che si rivolgerà all'area appare opportuno evidenziare che la stessa dipenderà non solo dal bacino demografico di riferimento, ma anche e soprattutto dalla propensione connessa al proseguimento del percorso scolastico (e, quindi, indirettamente anche dalla gamma e dalla varietà delle opportunità lavorative presenti sul territorio) ed anche dalle scelte di indirizzi scolastici in base alle proprie attitudini scolastiche ed all'idea del percorso professionale maturata da ciascun ragazzo.

In questo contesto appare opportuno evidenziare le entità dell'abbandono scolastico, rimandando alla fase successiva di impianto dell'Osservatorio delle Politiche Sociali, l'analisi delle sue caratteristiche qualitative.

"La dispersione scolastica è un fenomeno complesso che comprende in sé aspetti diversi e che investe l'intero contesto scolastico-formativo. Il sempre maggiore contributo del sistema scolastico alla formazione culturale e professionale dei giovani e la costante crescita degli indici di scolarità per l''istruzione secondaria registrarti negli ultimi decenni, si sono riflessi nel ridimensionamento del fenomeno della dispersione che si manifesta in misura molto contenuta fino alla scuola secondaria di primo grado, mentre rimane ancora significativo a partire dalla secondaria di secondo grado."[6].

I dati ad oggi disponibili per una prima valutazione quantitativa in merito alla dispersione scolastica di secondo grado sono quelli afferenti alla banca dati regionale "Siddif" che ponendo a confronto l'anagrafica dei residenti nelle singole classi di età, fornita dai Comuni, con quella degli utenti scolastici rileva il numero di coloro che si "si disperdono" dal passaggio dalla terza media alle scuole superiori. Per l'area i dati rilevati dalla succitata banca dati evidenziano un numero di 267 unità.

Il quarto tema è quello dell'erosione della popolazione in età centrale. L'erosione verificatesi negli ultimi anni nella classe di età centrale, quella che lavora o è in cerca di occupazione, è uno dei fenomeni più evidenti del mutamento demografico che ha interessato la nostra provincia nel corso degli ultimi decenni. Recentemente la sia pure lieve espansione demografica ha ridotto tale processo di depauperamento, verificandosi a livello provinciale una crescita del +0,67% .



La suddivisione dei residenti per classi decennali di età evidenzia una concentrazione degli stessi nella classe dei trentenni. Emerge come nel triennio trascorso gli under venti (14-20 anni) , i trentenni ed i cinquantenni siano leggermente aumentati , più evidente è, invece, la crescita dei quarantenni ed in diminuzione appare la classe di età dei ventenni e dei sessantenni.

[6] Ministero della Pubblica Istruzione "la dispersione scolastica" indicatori di base per l'analisi del fenomeno.

I dati di previsione consentono di evidenziare la continuità dei processi di crescita della classe dei trentenni, una sostanziale stabilità nella classe dei quarantenni ,dei cinquantenni e dei sessantenni a fronte di una diminuzione nei ventenni e degli under venti (dai 14 anni ai 20 anni).

In sintesi se la popolazione in età centrale farà rilevare per i prossimi tre anni una diminuzione saranno soprattutto le classi più giovani (ventenni) ad essere sguarnite a meno di nuovi flussi migratori.

La conoscenza delle performance e delle caratteristiche strutturali della classe di età centrale risulta importante per almeno due aspetti. Il primo è connesso alla conoscenza del target di persone in grado di partecipare in termini di produzione e di sostegno contributivo alla realizzazione di servizi sociali. Il secondo è collegato al monitoraggio di una rilevante parte del disagio sociale (la disabilità, l'inclusione sociale, la salute, il disagio sociale, e le vittime di abuso e di maltrattamenti) e, quindi, della domanda potenziale attuale e futura di servizi di sostegno.

I dati ad oggi disponibili non consentono di rilevare l'insieme delle fenomenologie con cui si manifesta il disagio sul territorio. Così, ad esempio, se è possibile avere a disposizione il numero dei disabili in cerca di occupazione, non si ha quello relativo al numero complessivo dei soggetti diversamente abili residenti sul nostro territorio. La creazione di una rete informativa anche attraverso l'ausilio dell'osservatorio delle politiche sociali consentirà di monitorare costantemente tali fenomeni.

In questo contesto appare opportuno approfondire gli aspetti connessi alle dinamiche occupazionali e disoccupazionali, quali possibili indicatori dello stato di disagio economico, uno dei fattori propedeutici al disagio sociale.

I dati a disposizione che consento di effettuare alcune riflessioni a livello di singolo comune e, quindi, di distretto, sono quelli del censimento Istat che, pur essendo ormai datato al 2001, consente (anche in considerazione del fatto che sei anni sono un periodo di tempo abbastanza breve per i fenomeni demografici) di avere a disposizione un quadro puntuale.

Il primo elemento informativo appartiene alla distribuzione fra forza lavoro (che comprende gli occupati ed i soggetti n cerca di occupazione) e la non forza lavoro (studenti, casalinghe, ritirati dal lavoro). L'invecchiamento della popolazione e lo scarso afflusso di nuove leve giovanili ha, generalmente portato, alla crescita della non forza lavoro rispetto alla forza lavoro: a livello provinciale su 100 residenti in età 15 anni ed oltre , 44 lavorano ed il rimanente è costituito dalla non forza lavoro.

Un ulteriore elemento informativo è connesso all'elaborazione di indicatori (tasso di occupazione, disoccupazione, e di disoccupazione giovanile) per singolo comune che consente, sia pure al 2001, di rilevare le condizioni occupazionali e , quindi, la percezione di reddito nell'area. I tassi di disoccupazione che l'Istat rileva alla data del Censimento sono decisamente elevati (8,1% a livello provinciale). Le rilevazioni successive effettuate in base all'indagine campionaria delle Forze di lavoro evidenziano, nel corso degli anni, un deciso miglioramento delle condizione disoccupazionale; nel 2006 l' Istat ha rilevato un tasso di disoccupazione provinciale pari al 4,1%.

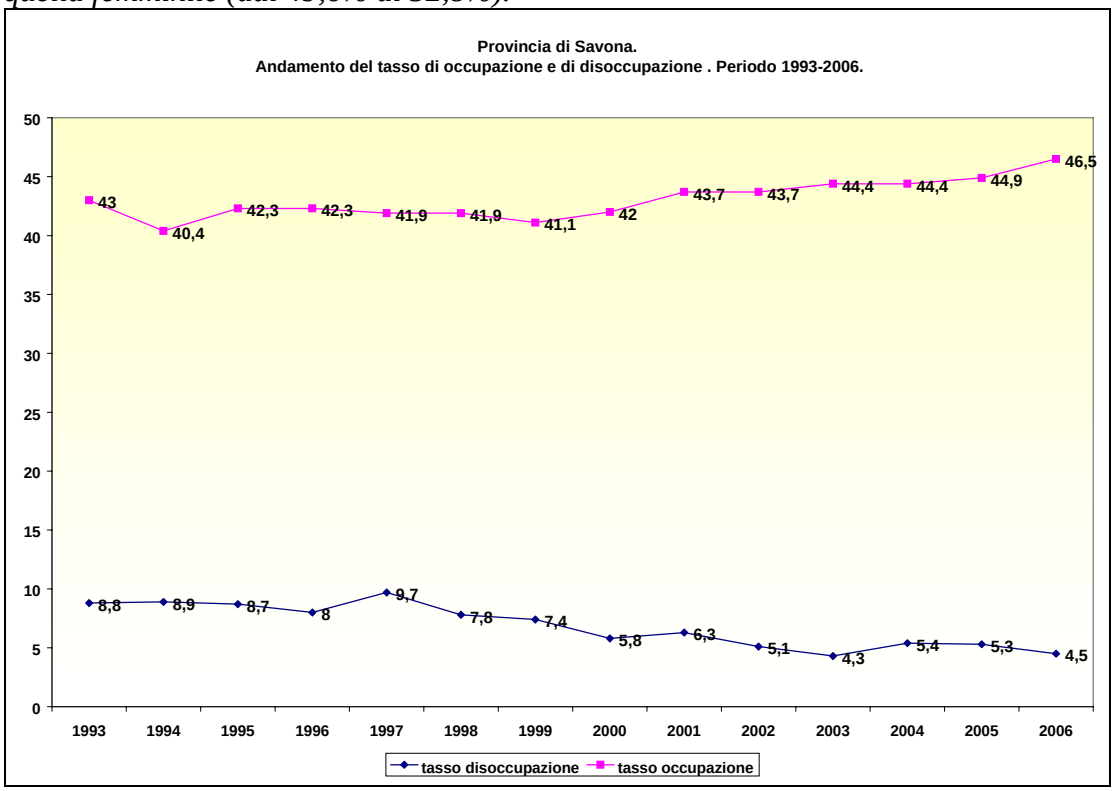
Inoltre della non forza lavoro il 51% è rappresentato da pensionati ed il 9,6% da studenti (e quindi soggetti che rientreranno successivamente nella forza lavoro) ed il rimanente è costituito da casalinghe..

L'area del lavoro che comprende gli occupati ed i soggetti in cerca di lavoro è stimata in 122.000 unità (+3,38% rispetto all'analoga stima del 2005). Gli occupati complessivi sono pari a 116.000 ed i soggetti in cerca di occupazione sono stimati a 6.000 unità.

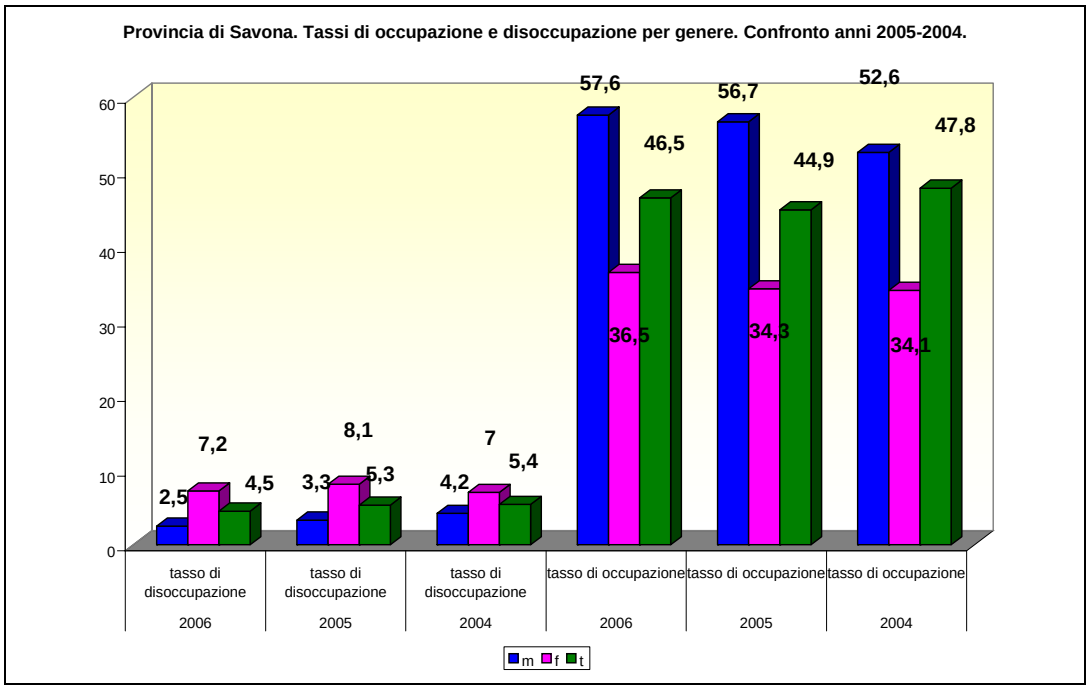
Rispetto al 2005 il primo aggregato aumenta del +3,57% (+5,36%fra il 2005 ed il 2004) ed il secondo rimane invariato . L'occupazione aumenta per effetto di un incremento dell'occupazione di entrambi i generi.

Se si considerano le tre classiche aree di analisi (le modificazioni del lavoro per genere, la distribuzione della posizione della professione nell'occupazione e la distribuzione dell'occupazione per macro settore di attività economica) emerge, in riferimento al primo aspetto, un miglioramento delle performance occupazionali e disoccupazionali per entrambi i generi, anche se permane il divario nei tassi di occupazione e disoccupazione a scapito delle donne.

Il tasso di disoccupazione complessivo diminuisce, passando dal 5,3% nel 2005 al 4,5% nel 2006. Il tasso di disoccupazione per genere evidenzia una diminuzione per quello maschile (dal 3,3% al 2,5%) e di quello femminile (dal 8,1% al 7,2%). Aumenta il tasso di occupazione complessivo (dal61,7% al 63,8%, imputabile alla componente maschile (dal 74% al 74,8%) ed a quella femminile (dal 49,6% al 52,8%).



Se si posizionano i tassi di occupazione e di disoccupazione della provincia di Savona con quelli delle altre province del Nord emerge come nel nostro territorio le stime disoccupazionali rilevate da Istat risultino ancora elevate: la provincia di Savona si trova, infatti, in 10 posizione nella relativa graduatoria decrescente delle province del Nord ed è preceduta solo dalle province di Ferrara, Forlì, Venezia, Genova, Biella, la Spezia, Novara, Alessandria e Cremona. Il posizionamento della disoccupazione femminile risulta peggiore rispetto a quello generale: la provincia di Savona si colloca in quarta posizione (dopo Rovigo, Forlì, Venezia); il posizionamento del tasso di disoccupazione maschile risulta, invece, decisamente migliore (in 28 ma posizione).



In sintesi se nel complesso la disoccupazione provinciale è una delle più elevate nelle province del nord, ancora di più risulta quella femminile, mentre quella maschile si colloca su valori più contenuti.

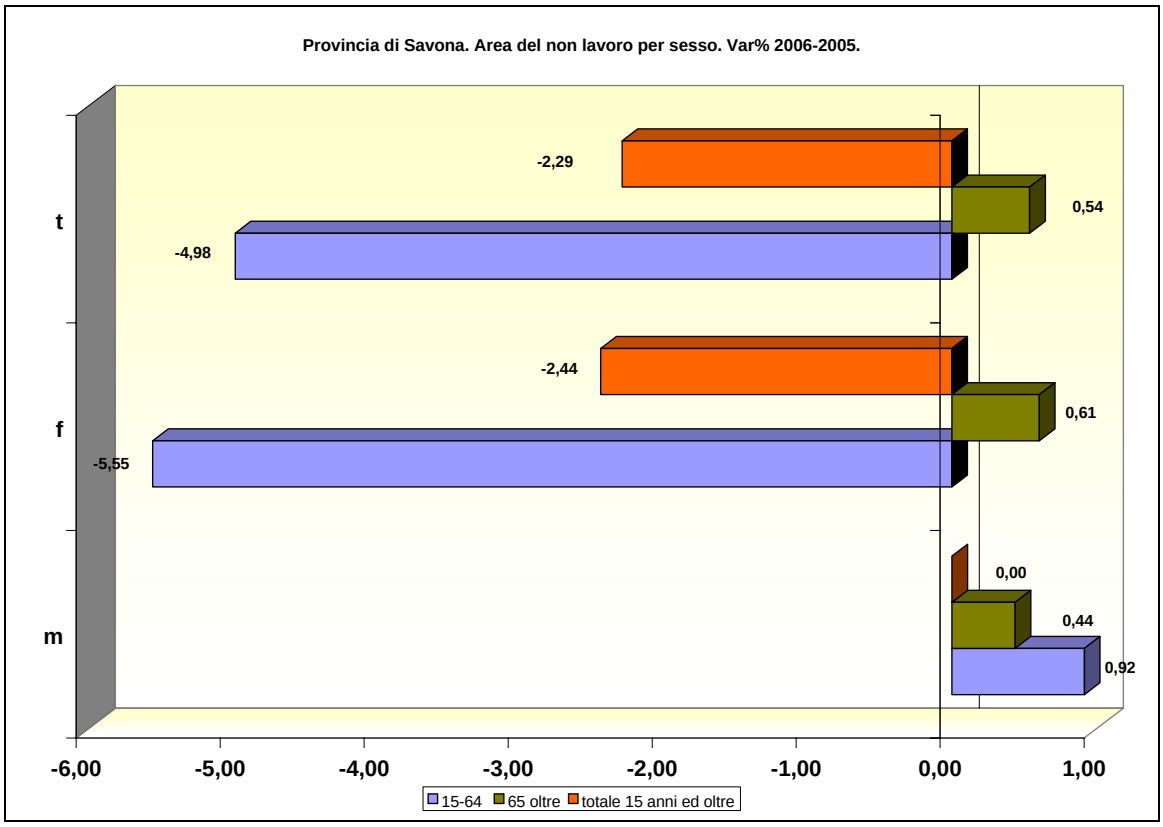
Fatta 100 l'occupazione complessiva nel 2006, 63 sono dipendenti e 37 indipendenti, distribuzione invariata rispetto al 2005. In termini di performance si assiste ad un aumento sia dell'occupazione dipendente(+3,98%) che di quella indipendente (+4,06%).

In particolare l'occupazione dipendente aumenta in tutti i comparti economici (ad eccezione dell'agricoltura) e l'occupazione indipendente si incrementa soprattutto nell'industria.

In sintesi l'aumento dell'area del lavoro che coinvolge entrambe le componenti di genere , si è tradotta in un incremento nell'occupazione alle dipendenze in tutti i macro settori economici ed in una maggiore occupazione autonoma solo nell'industria.

Per quanto riguarda l'ultimo aspetto, quello della distribuzione dell'occupazione per macro settore di attività emerge come su 100 occupati complessivi, ben 74 operano nei servizi, 21 nell'industria e 5 nell'agricoltura. La terziarizzazione dell'economia provinciale e ligure, più in generale, è ormai un fatto consolidato fin dalle analisi effettuate sulle risultanze dei dati censuari Istat 1981. Ciò che si vuole evidenziare è che le stime elaborate da Istat evidenziano fra il 2005 ed il 2006 una sostanziale invarianza nella distribuzione dei macro settori economici.

Rientrano nell'area del non lavoro della popolazione in età 15 anni ed oltre la popolazione in età centrale che non vuole o non può lavorare ed i ritirati dal lavoro. il primo elemento informativo attiene alle caratteristiche strutturali dell'area del non lavoro: il 55% è costituito da soggetti in età 65 anni ed oltre ed il rimanente 45% da soggetti 15-64 anni. rispetto a quanto rilevato nel 2005 si assiste ad una diminuzione della complessiva area del non lavoro (-2,29%) per effetto di una contrazione della popolazione in età centrale (-4,7%) a fronte di un lieve incremento dei ritirati dal lavoro (+0,16%). in particolare la diminuzione complessiva dell'area del non lavoro è da imputare alla componente femminile (-2,44%) nella fascia di età 15-64 anni (-5,55%).



In sintesi continua il fenomeno, già emerso nel 2005 rispetto all'anno precedente di progressivo spostamento delle donne dall'area del non lavoro all'area del lavoro.

Infatti la diminuzione progressiva riduzione della popolazione in età centrale non può interamente spiegare il depauperamento dell'area del non lavoro femminile in ciò confermato dall'aumento dell'occupazione femminile già evidenziato.

I dati relativi al movimenti nel mercato del lavoro di fonte propria dei Centri per l'Impiego evidenziano una situazione di sostanziale stabilità verso il miglioramento nei principali aggregati del mercato del lavoro.

Anche i dati Inps rilevano un aumento dell'occupazione dipendente (+1,41%) rispetto a quella rilevata alla fine del 2005, e cresce, anche, del +2,04% il numero delle aziende presenti sul territorio.

Diminuisce anche il numero dei soggetti che si rivolgono ai centri per l'impiego alla ricerca di un'occupazione che si attestano a fine dicembre 2006 a 10.436 unità, per effetto sia di un maggior numero di inserimenti lavorativi e sia anche per le modifiche apportate nelle modalità di rilevazione dei dati dettate dalle innovazioni normative introdotte dalle leggi di riforma del mercato del lavoro.

Le caratteristiche strutturali di chi è alla ricerca di occupazione rimangono invariate, per cui i clienti dei centri per l'impiego continuano a caratterizzarsi per l'elevata incidenza di soggetti con precedente esperienza di lavoro (65,05%), per una prevalenza dell'offerta femminile sul totale (60,52%), con particolare riferimento alle donne trentenni e quarantenni (il 60,57% rispetto al 48,37% della componente maschile). Le categorie professionali prevalenti disponibili al lavoro sono quelle relative all'amministrazione e della gestione (29,36%) in cui le donne rappresentano

ben il 69% della categoria. Anche la categoria del personale non qualificato risulta significativa (28,23%).

Il 38,41% ha una licenza di scuola media inferiore, il 28% è diplomato , il 9,8% è in possesso della sola licenza elementare ed il 8,36% ha conseguito una laurea. Rispetto all'offerta rilevata alla fine del 2005 è aumentata l'incidenza dei laureati e dei diplomati in cerca di occupazione sul totale dell'offerta di lavoro.

Nel complesso l'incidenza di soggetti extracomunitari è pari all'8% del totale con prevalenza di nazionalità albanese, marocchina, ecuadoregna e rumena. Dopo i ricongiungimenti familiari le donne non comunitarie rappresentano il 53,67% della totalità degli stranieri iscritti ai centri per l'impiego provinciali.

Aumenta, altresì, il numero degli avviamenti complessivi al lavoro, che fanno registrare un + 2,4% rispetto all'anno precedente. I nuovi contratti di lavoro sono pari a 36.014 unità, le proroghe di contratti avviati in precedenza pari a 6.303 unità (principalmente 71,69% di contratti a tempo determinato) e le trasformazioni pari a 5624 unità, principalmente di contratti a tempo indeterminato (da full time a part time per il 59,06%) e da part time a full time (il 40,39%).

La maggiore domanda di lavoro proviene principalmente dall'industria in senso lato (+4%) e dal terziario (+2,61%), comparto, quest'ultimo, che assomma il 62,35% della totalità delle assunzioni.

In riferimento alle tipologie contrattuali applicate il 52% è a termine, seguono i contratti avviati a tempo indeterminato (29,13%), i contratti in somministrazione (10,28%) e quelli in apprendistato (7,02%). Da segnalare come nel corso dell'anno aumentino i contratti di lavoro flessibili (part time, apprendistato, tempo determinato 6,7%) e quelli di lavoro atipico (somministrazione, inserimento, intermittente, ripartito, associazione in partecipazione, a progetto, occasionale3,6%).

Il quinto tema rilevante è quello connesso alle famiglie. Com'è noto il problema delle famiglie in termini di prima rete sociale di supporto della collettività si pone nei termini di estrema parcellizzazione determinata da un aumento del numero delle famiglie a fronte di una generale diminuzione della popolazione, con la conseguente riduzione dei componenti medi per famiglia. La famiglia integrata da più generazioni non sembra più sussistere e si moltiplicano le condizioni di famiglie unipersonali generalmente costituite da anziani soli.

Le famiglie costituite da una sola persona rilevate nel 2001 costituiscono, ormai, il maggior parte (ben il 36% delle totalità delle famiglie). Le coppie con un figlio rappresentano il 30%, mentre sono il 20% quelle con due figli. Le famiglie unipersonali hanno una incidenza maggiore nei comuni della seconda fascia costiera dell'Albenganese (Nasino, Erli, Testico, Onzo) mentre valori al di sotto della media provinciale si rilevano per le aree della prima fascia costiera,come Ortovero, Villanova d'Albenga, Cisano sul Neva); il comune di Albenga rilevare valori in linea con la media provinciale. Anche nel Fnalese l'incidenza delle famiglie unipersonali nei singoli comuni risulta più modesta. I comuni di Bissano, Magliolo, Toirano, Tovo san Giacomo, Vezzi Portio, presentano tutti incidenze inferiori alla media provinciale. In Valle Bormida l'incidenza risulta elevata nei comuni che hanno registrare un flusso migratorio in uscita (Dego, Massimino, Origlia, Pallare, Bardineto) , mentre i comuni che negli ultimi anni hanno rilevato una crescita demografica l'incidenza percentuale risulta meno elevata (Cosseria, Carcare, Millesimo, Plodio). Nel savonese il comune capoluogo rileva una incidenza percentuale di famiglie unipersonal ipari al

34,36%, mentre valori più elevati si registrano per i comuni delle due Albissole di Celle e di Varazze.

Il sesto tema rilevante dall'incremento demografico è quello dell'immigrazione, tema su cui si è accentrato il dibattito nel corso degli ultimi anni in considerazione del fatto che rappresenta uno dei bacini di disagio sociale in termini di integrazione nei diversi aspetti sociali (scuola, cultura, religione, lavoro, ecc..). Tema anche in cui i dati a disposizione non coprono i confini conoscitivi, ovvero non riescono a fornire una conoscenza esatta né del loro numero né delle loro caratteristiche. Si ricorda che la rilevazione degli stranieri è desumibili dall'anagrafe comunale e dai permessi di soggiorno rilasciata dalla Prefettura, ma che questi ultimi sono subordinati alla disponibilità di un lavoro, e che pertanto non vengono censiti l'insieme dei soggetti che lavorano in nero, o che vivono di sussistenza.

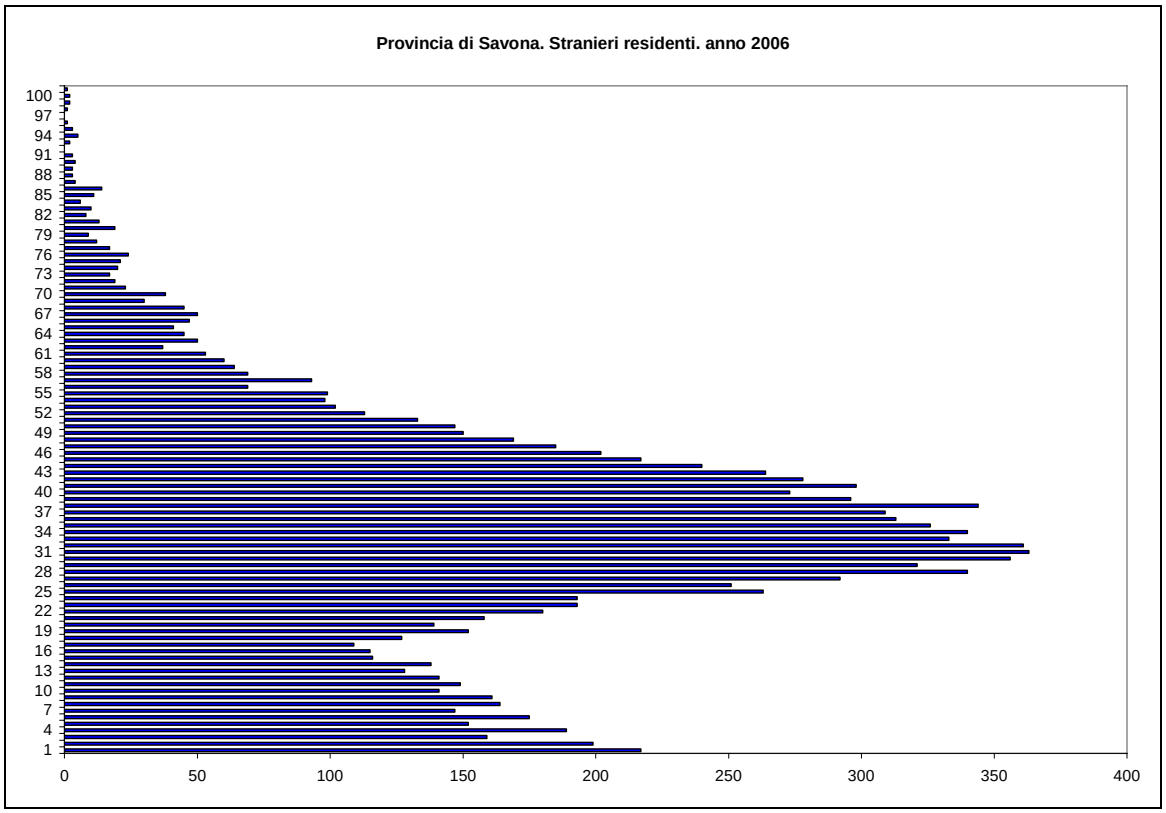
L'afflusso degli stranieri ha giocato un ruolo determinante nella crescita della popolazione bilanciando con il saldo migratorio positivo quello negativo naturale dei residenti savonesi. Nell'arco di tre anni (dal 2003 al 2006) il loro numero si è quasi raddoppiato da 6766 unità a 12586 unità.

Alla fine del 2006 l'incidenza percentuale degli stranieri sulla popolazione residente era del 4,49%, in linea con quella rilevata a livello regionale (4,62%). Nonostante il rilevante incremento del loro numero nei tre anni considerati, la presenza straniera della provincia di Savona si attesta su valori uniformi a quanto si è verificato in altre province italiane di analoga dimensione demografica. Ad esempio Pistoia con i suoi 279.061 abitanti presenta una incidenza di stranieri pari al 5,80%, la provincia di Rimini con 289.932 abitanti evidenzia una incidenza del 6,04%.

La distribuzione sul territorio degli residenti stranieri appare diversa a seconda dell'ambito considerato. Così sono il 5,95% nel distretto albenganese, il 4,08% nel finalese, il 3,84% nel savonese ed il 4,72% in valle bormida. In linea generale la distribuzione degli stranieri sul territorio sembra concentrarsi nei grandi centri: Savona ed Albenga assommano il 39% di tutti gli stranieri censiti; seguono Cairo Montenotte, Alassio, Loano, finale ligure, Pietra Ligure, Varazze. Nell'arco del triennio si assiste anche ad un popolamento straniero dei comuni dell'entroterra.

Grazie all'afflusso di stranieri si è lentamente migliorato lo squilibrio generazionale fra le classi estreme, attraverso l'implementazione delle classi giovanili e di quelle in età centrale senza contribuire ad aumentare il numero di quelle anziane. Così nel 2006 il 18,9% degli stranieri aveva un'età fino ai 14 anni, il 77,25% un età compresa nella forza lavoro ed il 3,9%erano ultrassesantacinquenni. Fra il 2003 ed il 2005 l'incremento giovanile degli stranieri è stato del 91,76% , quello dell'età centrale del 88,02% e quello anziano del 36,79%. La percentuale di bambini presenti nelle scuole elementari e in quelle di primo grado è del 8,56% del totale.

Uno dei fattori più importanti della presenza straniera sul nostro territorio è rappresentato dall'implementazione della classe centrale, quella che produce ricchezza necessaria a garantire gli interventi di tutela sociale. Una semplice analisi dei dati raggruppati per classi di età evidenzia che l'incidenza straniera sulla popolazione assume valori massimi fino a quarant'anni, per poi diminuire progressivamente nelle età più avanzata fino a ridursi a livelli quasi insignificanti per gli ultrasessantenni, anche per effetto, molto probabilmente, di un rientro nel paese di origine.



La produzione di ricchezza è condizionata dalla presenza o dall'assenza di un lavoro sia esso dipendente che autonomo. I dati di stock relativi all'occupazione ed alla disoccupazione di fonte ufficiali quali Istat non consentono di rilevare quanti sono gli stranieri occupati. I dati di flusso dei centri per l'impiego consentono, invece, di avere un'indicazione degli inserimenti lavorativi degli extracomunitari. Tali dati non forniscono, dunque, il livello occupazionale, ma danno indicazioni in merito alla capacità di impiego da parte di tali soggetti.

Nel corso del 2006 il numero degli avviamenti di soggetti extracomunitarii è stato di 7.616 unità pari al 15,8% degli avviamenti complessivi. I comparti a maggiore inserimento lavorativo sono quelli dell'agricoltura, edilizia e terziario.

L'insieme dei dati che viene elaborato dall'Osservatorio del mercato del lavoro della Provincia di Savona evidenzia una situazione del mercato del lavoro in miglioramento anche se permangono vecchie e nuove contraddizioni. Aumenta la domanda di lavoro che proviene dal tessuto produttivo locale, ovvero aumentano i fabbisogni di professionalità richiesti dal mercato, ma gli stessi appaiono anche maggiormente frazionati in plurime forme contrattuali che tendono a ridurre il periodo dell'inserimento lavorativo. La gamma delle richieste professionali è sempre suddivisibile in quella dei "grandi numeri", ovvero figure professionali ad elevato contenuto manuale ed a bassa ed elevata specializzazione (operatore generico di produzione, manovale edile, cuoco, cameriere ai piani, di sala, elettricista, muratore, carpentiere ecc…) e quella dei "piccoli numeri" in cui rientrano professionalità di tipo intellettuale più o meno specialistiche (impiegato di ufficio, personale di segreteria, ecc…). In tale distinzione gli inserimenti lavorativi degli extracomunitari avvengono principalmente con professionalità afferenti il primo gruppo e come tali non sembrano porsi in competizione rispetto a quelli dei residenti italiani.

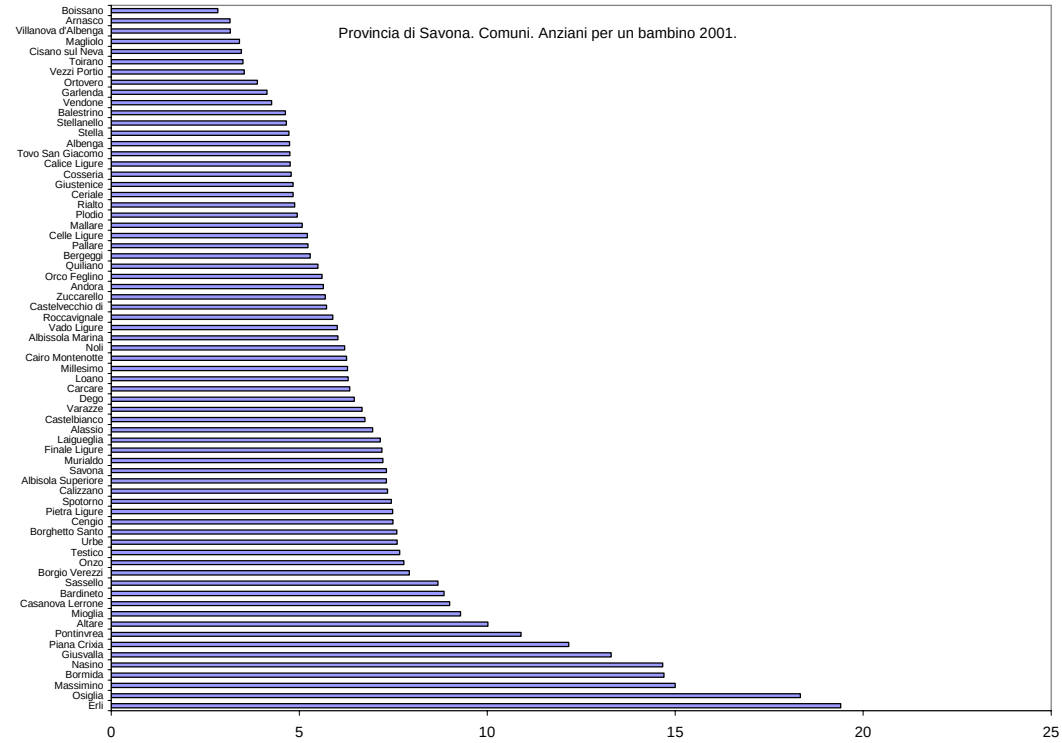
I dati forniti dalla Camera di Commercio in merito al numero dell'imprenditoria straniera evidenzia come fra il 2006 ed il 2005 siano cresciute del +14,5% le imprese individuali con titolare extracomunitario.

In merito alle nazionalità prevalenti sono gli albanesi ad essere maggiormente presenti sul territorio (33% degli stranieri), seguiti dai marocchini (14,44%9, dagli equadoregni (6,97%), rumeni (6,43%), egiziani (4,53%). La distribuzione delle nazionalità prevalenti varia a seconda dei distretti: nell'albenganese si ritrovano nell'ordine: marocchini, albanesi, rumeni; nel finalese albanesi, ecuadoriani, egiziani, marocchini; nel savonese albanesi, ecuadoriani, rumeni, marocchini, in valle bormida albanesi, marocchini, rumeni, senegalesi.

Secondo i dati Istat i permessi di soggiorno rilevati al primo gennaio 2006 evidenziano la presenza di 9874 soggetti extracomunitari che sommati, sia pure con tutte le cautele, ai residenti stranieri già presenti si evidenzia la presenza di una popolazione complessiva straniera di oltre 32.000 unità. E tale popolazione si assomma a quella dei residenti italiani nell'utilizzare i servizi di base e nella esplicitazione dei bisogni.

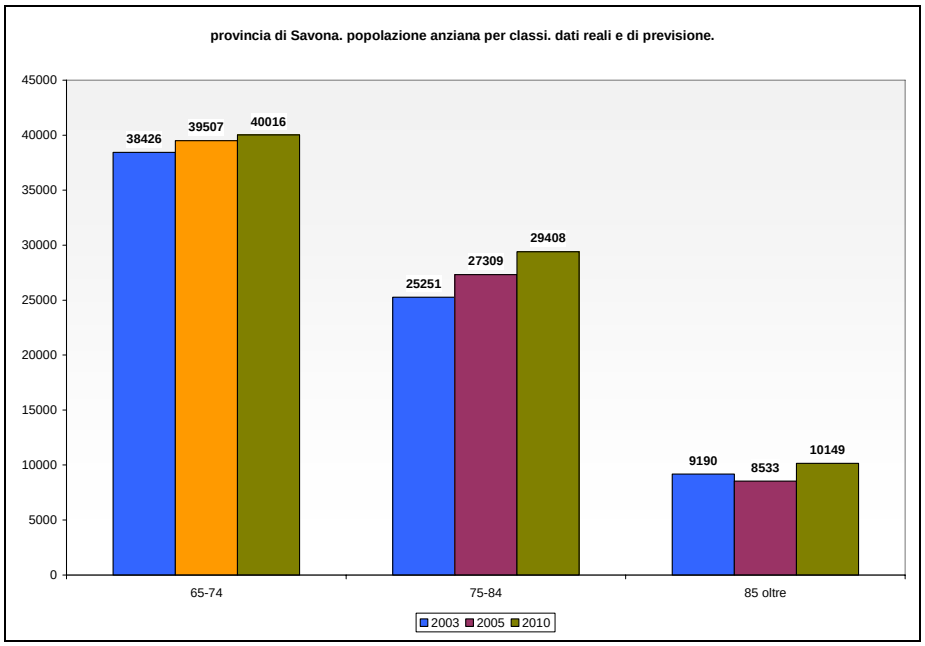
L'ultimo tema demografico è quello afferente il progressivo invecchiamento della popolazione. Le mutate condizioni di vita, i progressi medici da una parte e la denatalità dall'altra hanno contribuito in maniera determinante al mutamento del rapporto fra le componenti interne della popolazione savonese. L'invecchiamento della popolazione costituisce un problema in merito ad almeno due aspetti: il primo in riferimento al naturale squilibrio fra persone che lavorano e che, quindi, costituiscono elementi attivi nella produzione del reddito e persone che costituiscono esclusivamente i destinatari delle politiche sociali; il secondo attiene al fatto che la trasformazione verso una dimensione anziana della popolazione ha e sta comportando una modificazione nella domanda di servizi sociali, nelle prestazioni sanitarie, nella richiesta di nuovi e diversi bisogni.

Gli indici di vecchiaia evidenziano al 2001 a livello provinciale un valore decisamente elevato pari a 252,47 considerando che l'indicatore assume per l'Italia il valore di 131,38, per l'Italia Nord Occidentale il 157,56 e3 241,64 per la Liguria.



Alla fine del 2005 la popolazione ultrassesantacinquenne era pari a 75.349 pari al 26,75% della popolazione complessiva e con un incremento rispetto al 2003 del +3,4%. Lo squilibrio generazionale risulta evidente dai seguenti numeri: per ogni ragazzo al di sotto dei quindici anni ci sono oltre due anziani. La distribuzione del numero degli anziani

Le stime elaborate per i prossimi tre anni quantificano la presenza degli ultrassesantacinquenni a 79572 unità con un incremento del +5,6%.



In particolare i tassi di crescita variano al variare della fascia di età considerata: così la crescita maggiore sembra essere imputata alla crescita dei grandi vecchi (+18,93%). Occorre, però, evidenziare che la provincia di Savona presenta un tasso di mortalità decisamente elevato e che ciò produrrà molto probabilmente un effetto calmierante rispetto ai processi di crescita anche sul territorio del distretto.

In sintesi in futuro si assisterà all'ampliarsi della dimensione degli anziani in cui è, però, possibile individuare gamme differenziate non solo in senso orizzontale (i tanti percorsi di vita), ma anche in quello verticale (la terza e la quarta età). Ci si troverà, cioè, di fronte ad una classe di popolazione in cui , a parte alcune eccezioni , le migliorate condizioni di salute, per effetto dei progressi in campo medico, e quelle di vita consentiranno loro di formulare delle aspettative in termini di attività, di scelte, di consumi, ecc… Gli anziani liberati dal lavoro avranno nuovi orizzonti, potranno, finalmente scegliere fra le tante possibilità di vita, liberati dalle responsabilità familiari e sociali potranno dedicarsi ad attività scelte anziché obbligate.

E' facile immaginare quali potranno essere gli effetti dell'affacciarsi e del radicarsi sul mercato di una domanda di beni e di servizi proveniente da tale classe di età, quali , ad esempio, quelli connessi agli aspetti del benessere psico fisico e tutto ciò che è collegato con il corpo e con la salute psicofisica.

L'allungamento della vita media aumenterà anche le dimensioni degli anziani connesse alla quarta età, quella dei grandi vecchi, con un conseguente aumento delle malattie croniche e disabili ponendo, quindi, quesiti in merito ad una domanda di cura e di assistenza.

Il miglioramento delle condizioni di vita ed i progressi scientifici in campo geriatrico conducono a formulare ipotesi per cui gli anziani del futuro rappresenteranno una parte della popolazione che formulerà aspettative e chiederà, quindi, servizi, quantitativamente più numerosi e qualitativamente più diversificati rispetto agli attuali.

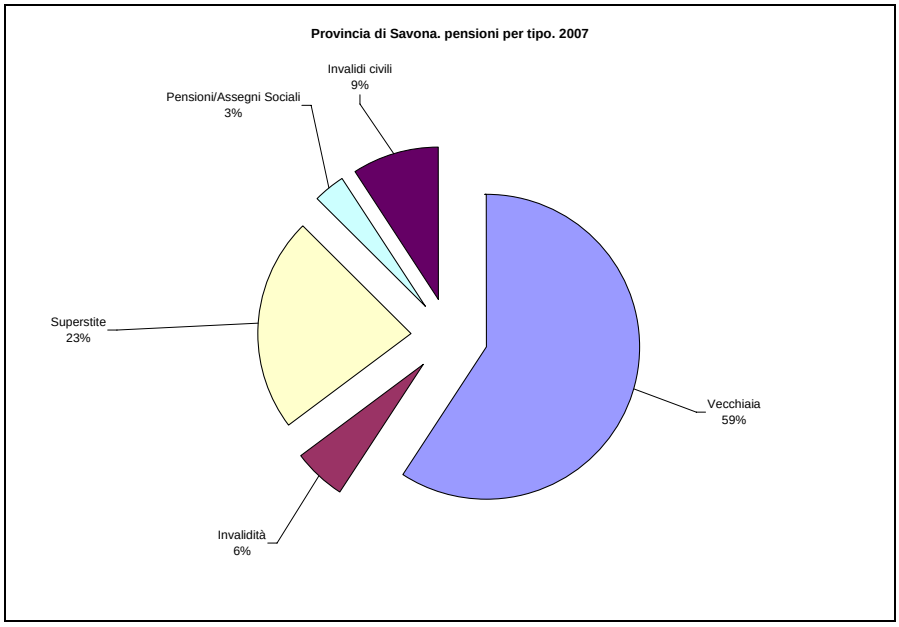
E', però, altrettanto evidente che l'allungamento della vita media aumenterà la domanda di servizi di assistenza sociale e sanitari in connessione ad incrementi, soprattutto nelle classi di età più avanzata che diverranno più numerose, di malattie croniche e disabilitanti.

In questo senso diventa prioritario un intervento pubblico che consenta di pianificare la realizzazione di strutture e di formare personale in grado di poter rispondere a nuove ed anche differenti esigenze di domanda di assistenza che devono essere plasmate anticipando quelle che saranno le caratteristiche qualitative di questa parte di popolazione.

La necessità di un intervento pubblico che pianifichi le azioni necessarie per fronteggiare quella che è o sarà l'emergenza anziani appare giustificata anche dalle modificazioni che sono intervenute nel corso degli ultimi trent'anni all'interno della famiglia, intesa da sempre quale "ammortizzatore sociale" degli accadimenti negativi dei suoi componenti.

I mutamenti registrati all'interno della famiglia sono il risultato di un processo evolutivo che vede la donna, conseguire più elevati livelli di scolarizzazione, entrare attivamente nel mondo del lavoro, scelte di vita che conducono ad un allungamento dei tempi di costituzione di una nuova famiglia e di inizio del ciclo riproduttivo, con la conseguenza di una riduzione della disponibilità temporale alla cura dei propri famigliari. Inoltre l'evidenza di un minor tasso di natalità ha condotto ad una modifica nella composizione delle famiglie con una drastica riduzione del numero dei figli.

Si delinea sempre più un processo di transizione che segna il passaggio da una struttura familiare "allargata" caratterizzata dalla convivenza di più nuclei (i nonni con i figli ed i nipoti) ad una più ristretta o per meglio dire mononucleare. Le contemporanea presenza di plurime generazioni, per effetto dell'allungamento della vita media, mutano le dimensioni della famiglia da orizzontale (nonni che convivono con i figli e con numerosi nipoti) a verticale in cui i più nuclei (la famiglia di origine, le nuove famiglie) non coabitano anche se, ovviamente, mantengono forti legami.



(*)Documento a cura della Dott.ssa Stefania Rizzieri \rovincia di Savona. Servizio Politiche del Lavoro e Sociali - Osservatorio del Mercato del lavoro -

CONSISTENZA DELLE SEDI D'IMPRESA ATTIVE AL 31/12/2004 PER SETTORE D'ATTIVITA' E PER COMUNE ALL. B

Regione: LIGURIA

Camera di Commercio: SAVONA

	A Agricoltura, caccia e silvicoltura	B Pesca, piscicoltura e servizi connessi	C Estrazione di minerali	D Attivita' manifatturiere	E Prod.e distrib.energ. elettr.,gas e acqua	F Costruzioni	G Comm.ingr.e dett.-rip.beni pers.e per la casa	H Alberghi e ristoranti	I Trasporti, magazzinaggio e comunicaz.	J Intermediaz. monetaria e finanziaria	K Attiv.immob., noleggio,inform at.,ricerca
SV001 - ALASSIO	53	1	0	106	2	213	472	263	34	24	215
SV002 - ALBENGA	1.070	3	0	205	1	577	771	230	90	82	253
SV006 - ANDORA	170	0	0	79	1	235	189	97	20	10	96
SV007 - ARNASCO	33	0	0	4	0	13	6	2	4	0	3
SV019 - CASANOVA LERRONE	78	0	0	6	0	19	13	6	1	1	0
SV020 - CASTELBIANCO	22	0	1	2	0	10	3	3	1	0	0
SV021 - CASTELVECCHIO DI ROCCA BARBENA	13	0	0	0	0	5	2	4	0	0	0
SV024 - CERIALE	191	1	0	66	0	165	127	84	12	6	57
SV025 - CISANO SUL NEVA	107	0	0	23	0	35	57	6	11	2	9
SV028 - ERLI	24	0	0	3	1	1	4	0	0	1	0
SV030 - GARLENDA	37	0	0	5	0	33	20	8	2	3	7
SV033 - LAIGUEGLIA	4	3	0	26	0	56	80	94	5	4	18
SV041 - NASINO	13	0	0	4	0	3	0	1	1	1	0
SV043 - ONZO	29	0	0	0	0	4	3	0	0	0	0
SV045 - ORTOVERO	88	0	0	9	0	29	25	9	5	1	2
SV059 - STELLANELLO	47	0	0	8	0	29	13	4	3	3	3
SV060 - TESTICO	19	0	0	0	0	1	1	6	1	2	0
SV066 - VENDONE	41	0	0	2	0	8	4	1	2	1	0
SV068 - VILLANOVA D'ALBENGA	75	0	0	32	0	57	57	16	16	2	16
SV069 - ZUCCARELLO	12	0	1	5	0	3	6	5	0	1	0
	2126	8	2	585	5	1496	1853	839	208	144	679

CONSISTENZA DELLE SEDI D'IMPRESA ATTIVE Al
Regione: LIGURIA
Camera di Commercio: SAVONA

	L Pubbl.amm.e difesa;assic.sociale obbligatoria	M Istruzione	N Sanita' e altri servizi sociali	O Altri servizi pubblici, sociali e personali	X Imprese non classificate	**TOTALE**
SV001 - ALASSIO	0	3	3	162	14	**1.565**
SV002 - ALBENGA	0	6	8	138	11	**3.445**
SV006 - ANDORA	0	1	2	54	3	**957**
SV007 - ARNASCO	0	0	0	1	0	**66**
SV019 - CASANOVA LERRONE	0	0	0	1	0	**125**
SV020 - CASTELBIANCO	0	0	0	1	0	**43**
SV021 - CASTELVECCHIO DI ROCCA BARBENA	0	0	0	0	0	**24**
SV024 - CERIALE	0	1	3	46	2	**761**
SV025 - CISANO SUL NEVA	0	0	0	2	0	**252**
SV028 - ERLI	0	0	0	0	0	**34**
SV030 - GARLENDA	0	0	0	4	0	**119**
SV033 - LAIGUEGLIA	0	0	0	36	1	**327**
SV041 - NASINO	0	0	0	0	0	**23**
SV043 - ONZO	0	0	0	0	0	**36**
SV045 - ORTOVERO	0	0	0	2	0	**170**
SV059 - STELLANELLO	0	0	0	2	0	**112**
SV060 - TESTICO	0	0	0	0	0	**30**
SV066 - VENDONE	0	0	0	0	0	**59**
SV068 - VILLANOVA D'ALBENGA	0	0	1	8	1	**281**
SV069 - ZUCCARELLO	0	0	0	0	0	**33**
	0	11	17	457	32	8462

Allegato C

Riportiamo di seguito il documento, della **Camera di Commercio Industria Artigianato e Agricoltura di Savona**, relativo alla **Struttura socio-economica dell'intera Provincia**, finalizzato sia ad un confronto con la nostra specifica realtà di Distretto, che alla rappresentazione del contesto provinciale in cui siamo inseriti:

"Nel 2003 la provincia di Savona è al 25° posto nella graduatoria nazionale per valore aggiunto procapite con € 22.871. La composizione del valore aggiunto vede un'incidenza del 2,8% dell'agricoltura, del 19,7% dell'industria e del 77,4% del terziario e di altre attività (Italia:2,5% agricoltura, 26,6% industria, 70,9% terziario ed altre attività).

La provincia stessa presenta un consistente tessuto imprenditoriale: al registro delle Imprese, tenuto dalla Camera di Commercio - ai sensi della Legge 580/93 -, sono registrate a fine 2003 oltre 31.000 imprese, delle quali 27.846 attive. Circa 1.767 sono le società di capitale attive, oltre 6.368 le società di persone, mentre le rimanenti sono imprese individuali ed altre forme giuridiche (quasi 20.000).

Le imprese agricole sono il 17% del totale, al comparto manifatturiero e delle costruzioni appartiene il 25,7% delle imprese, al commercio il 26,5%, ad alberghi e ristoranti il 10,3%, ai trasporti il 3.3%, ai servizi pubblici e privati il 16,7%. Da tali dati emerge la diversificazione produttiva della provincia.

- L'**agricoltura** presenta punte di eccellenza nel comprensorio albenganese, dove l'orticultura, la floricoltura ed il florovivaismo, per le avanzate tecniche di coltivazione, consentono uno sfruttamento intensivo delle risorse e conseguono un'alta qualità delle produzioni.
- L'**industria** e l'artigianato di produzione, ai quali è collegato un consistente indotto di servizi, sono presenti in provincia nei settori meccanico, chimico, del vetro, dell'impiantistica, dell'edilizia, oltre che in attività tradizionali, quali la ceramica e la produzione alimentare.
  L'industria manifatturiera, che incide nella produzione del reddito provinciale per il 19,7 ha nel settore meccanico un comparto di primaria importanza, annoverando il polo della componentistica per auto, della produzione di mezzi di trasporto, in particolare aerei e mezzi ferroviari.
- Il settore delle **costruzioni,** il cui apporto è compreso nel contributo stimato per le attività industriali, contribuisce alla formazione del valore aggiunto per una percentuale dell'8%.
- D'indubbia importanza risulta l'**artigianato**: oltre 9.000 unità di produzione e di servizi forniscono prodotti anche ad alta tecnologia ed oggetti pregiati nei comparti della ceramica d'arte e del vetro. Le imprese artigiane sono ripartire per il 24% nelle attività manifatturiere, per il 44% nell'edilizia e per il rimanente nei servizi.
- Molto elevato risulta in provincia il peso del terziario: si stima che, pubblica amministrazione compresa, circa il 77,4% del valore aggiunto provinciale provenga da questo ramo. In tale contesto, **turismo** e **commercio** rappresentano la quota più consistente, contribuendo al 22% circa del valore aggiunto provinciale. La rete distributiva al dettaglio è costituita da circa 5mila imprese, mentre alberghi e ristoranti contano oltre 2.800 unità.
- In particolare gli esercizi alberghieri sono oltre 760, con oltre 32.000 posti letto per fornire un riferimento sul ruolo del turismo in provincia si consideri che esso rappresenta quasi la metà dell'intero movimento ligure, con valori assoluti di quasi 5 milioni di presenze alberghiere annuali.
- **Trasporti e comunicazioni** contribuiscono in buona misura alla formazione del reddito (circa il 9% del totale provinciale), anche per l'attività svolta dal porto internazionale di Savona-Vado Ligure.
- La Provincia presenta a tutt'oggi un quadro insoddisfacente per quanto riguarda le **infrastrutture di comunicazione**. Le vie di penetrazione verso la Pianura Padana sono costruite da un a ferrovia a binario semplice, quindi da ristrutturare, e da strade statali da rimodernare, nonostante il raddoppio dell'autostrada Torino-Savona.

Si ripropongono poi sull'asse costiero i problemi di sempre, causati nell'estremo ponente dalla tratta ferroviaria a binario unico e dalla congestione del traffico veicolare che richiama sull'intero litorale la realizzazione di una complanare alla statale Aurelia.
La provincia è anche servita dallo **scalo aeroportuale di Villanova d'Albenga**, in via di miglioramento strutturale, per cui si intravede un'espansione dei traffici.

- Piuttosto contenuti risultano gli **scambi con l'estero** del savonese: nel 2003 l'import (2.161 milioni) ha superato l'export (736) di 1.425 milioni di euro (saldo che rimane pressoché invariato rispetto all'anno precedente), a causa del condizionamento subito dal deficit energetico. In valore monetario, i prodotti chimici sono quelli maggiormente esportati, mentre i principali prodotti delle importazioni sono in prodotti energetici.
  I nostri migliori partner commerciali sono la Francia, quale principale fornitore e destinatario delle merci savonesi, seguita dal regno unito e Germania. Scambi di rilievo avvengono altresì con Stati uniti e Spagna.
- La provincia offre, complessivamente, una **"qualità della vita"** su valori medi. L'indagine condotta a fine 2003 da "Il sole 24 Ore" attribuisce, infatti, a Savona la 42^ posizione in Italia. La nostra provincia, in particolare, presenta una posizione migliore rispetto al 2002 passando dalla 35^ alla 32^ posizione nella graduatoria basata sul tenore di vita, mentre è agli ultimi posti per criminalità ed indicatori demografici. Le posizioni ricoperte da Savona relativamente a "tenore di vita" e "indicatori demografici" rispecchiano caratteristiche peculiari della nostra società: i redditi dei savonesi sono costituiti in maniera superiore alla media delle rendite da capitali (immobiliari e finanziarie) e da trasferimenti.
  L'istituto Tagliacarte stima in proposito che solo il 57% del reddito disponibile delle famiglie savonesi provenga da redditi di lavoro (media nazionale 64%) mentre i trasferimenti previdenziali e assistenziali contribuiscono al 22% del reddito totale e gli altri redditi per il rimanente 215. si valuta che a Savona".

ALL. D

SCUOLE MATERNE

ALBENGA:

- "DON BARBERA" ALBENGA
- STATALE FRAZ. LECA
- FRAZ. S. FEDELE - LUSIGNANO
- "SAN CLEMENTE" REG.CAMPOLAU
- PRIVATA SUFFRAGIO ALBENGA
- PRIVATA "A. ANFOSSI" FRAZ. BASTIA
- PRIVATA "S. GIORGIO" FRAZ. CARENDA
- PRIVATA "ESTER SICCARDI"

- ANDORA
- ARNASCO
- CAPOLUOGO"CERIALE
- CISANO
- CASANOVA LERRONE
- GARLENDA
- LAIGUEGLIA
- ORTOVERO
- VILLANOVA D'ALBENGA
- ZUCCARELLO

ALASSIO:

- ALASSIO CENTRO
- PRIVATA M. AUSILIATRICE
- FRAZ. SOLVA
- FRAZ. MOGLIO

SCUOLE ELEMENTARI

ALBENGA

- "DON BARBERA"
- "PACCINI"
- REG. CARENDA
- FRAZ. CAMPOCHIESA
- STATALE FRAZ. LECA
- REG. VADINO
- FRAZ. BASTIA
- PRIVATA "REDEMPTORIS MATER"

- ARNASCO
- CISANO
- CASANOVA LERRONE
- GARLENDA
- LAIGUEGLIA
- ORTOVERO
- STELLANELLO
- VILLANOVA D'ALBENGA
- ZUCCARELLO

ALASSIO:

- ALASSIO CENTRO
- FRAZ. MOGLIO
- PRIVATA M. AUSILIATRICE

ANDORA

- ANDORA CENTRO
- MOLINO

CERIALE

- "CAPOLUOGO" CERIALE
- "MURAGNE" CERIALE

SCUOLE MEDIE

- "G. MAMELI" DI **ALBENGA** E SEZIONI DI **LECA** E DI **ORTOVERO**
- PRIVATA CENTRO SCOLASTICO DIOCESANO "REDEMPTORIS MATER" DI **ALBENGA**
- "D. ALIGHIERI" DI **ALBENGA** con sez. associata "FRATELLI CERVI" DI **CERIALE**
- "M.M. OLANDINI" DI **ALASSIO**
- PRIVATA IST. SALESIANO "MADONNA DEGLI ANGELI" DI **ALASSIO**
- "B. CROCE DI **ANDORA"**

ISTITUTI SUPERIORI

- LICEO SCIENTIFICO "G. BRUNO" con annessa sezione Classica e Linguistica di **ALBENGA**
- IST. TECNICO PER RAGIONIERI "E. FERMI" di **ALBENGA**
- ISTITUTO SEC. SUP."GIANCARDI ad **ALASSIO (Alberghiero)** - GALILEI (**Tecnicoindustriale)** ed AICARDI"(**Agrario**) ad **ALBENGA**
- IST. TECNICO PER GEOMETRI "ALMA MATER" di **ALASSIO**

ALL. E

AZIENDA SANITARIA LOCALE N° 2 SAVONESE

Dip. Materno - Infantile
Unità Operativa Ass. Consultoriale
Direttore Dott.ssa Paola Pregliasco

"PERCORSO NASCITA"

L'attività ospedaliera trova nel territorio con il servizio Consultoriale, articolato su 23 sedi consultoriali distribuite sul territorio provinciale.

Intorno all'esperienza della gravidanza e della genitorialità si è nel tempo sempre più affermato un diverso modello di assistenza, caratterizzato da un approccio completamente rinnovato, che mette il benessere della donna e del suo bambino al centro del percorso della nascita, tenendo conto della situazione familiare-sociale-culturale, ponendo la massima attenzione a non espropriarle dalle loro competenze e offrendo loro tutto il sostegno necessario per affrontare con serenità il parto e la maternità.

All'interno di questo **"percorso nascita"** – che ha l'obiettivo di **"fornire ai futuri genitori strumenti per affrontare più consapevolmente l'esperienza dell'attesa e della nascita, sostenere il periodo del puerperio e l'allattamento materno, promuovere una salutare relazione madre-bambino nei primi mesi di vita"** - operano ginecologi, pediatri, neuropsichiatri inf.li, psicologi, ostetriche, ass.sanitari, inf.pediatrici, ass.sociali, educatori, terapisti della riabilitazione in strutture sempre più adeguate in termini di confort e privacy per l'accoglienza, per lo svolgimento delle varie attività e per la presa in carico delle situazioni a rischio clinico, psicologico e sociale.

La specificità e l'articolazione dell'attività consultoriale consente soprattutto, all'interno di questo percorso:

* Il raggiungimento dell'utenza periferica nell'offerta delle prestazioni
* La disponibilità ad interventi domiciliari a tutela della gravidanze e del puerperio nei casi in cui il contesto socio-sanitario lo richieda
* La gestione integrata e multidisciplinare da parte dell'èquipe consultoriale dei casi a rilevan za socio-sanitaria

PRIMA della NASCITA

* **Corsi di "Preparazione / Educazione alla Nascita"**

Sono indirizzati alla coppia, differenziandosi e divenendo complementari ai corsi ospedalieri – che spesso le stesse donne frequentano apprezzando la complementarietà dei due interventi. Fruibili nelle sedi periferiche anche da chi ha difficoltà negli spostamenti, consentono alle donne di conoscere gli operatori di riferimento del territorio di residenza, presupposto fondamentale per la continuità del rapporto dopo la nascita.

I corsi vengono condotti secondo una **metodologia attiva** che si basa sul lavoro di gruppo, che è per definizione "l'insieme degli individui che entrano in relazione sulla base di interessi comuni ed interagiscono tra loro".
I conduttori non si pongono come "**specialisti**" ma assumono nel gruppo un ruolo di leader attraverso la loro professionalità e soprattutto attraverso la capacità di ascolto, con funzioni di **facilitatori, stimolatori e mediatori.**
In questo modello di corso l'attività centrale non è l'informazione, ma bensì la **partecipazione** ed il **coinvolgimento.** I prerequisiti su cui si lavora tengono conto delle motivazioni individuali delle mamme e dei papà,dei bisogni specifici, dell'individualità delle persone con i propri retroterra culturali e stili di vita. Negli ultimi anni l'utenza consultoriale si è infatti ampliata e arricchita con la presenza di coppie straniere.

I corsi sono articolati su tre lvelli:
- l'informazione e la conoscenza
- il corpo e i suoi vissuti
- le emozioni e le relazioni interpersonali

Il lavoro corporeo è considerato fondamentale, in quanto **armonizza il contenuto intellettivo con il sapere intimo ed il mondo emozionale.**

e, come dice Winnicot:

"… Se si cerca di insegnare ad una donna incinta come fare bene ciò che si deve fare, la si rende soltanto ansiosa….Si deve invece aiutare la madre ad essere cosciente del proprio corpo e delle proprie risorse per vivere la nascita in modo naturale……"

DOPO LA NASCITA

Il consultorio offre diversificate attività di prevenzione, diagnosi a cura rivolte alla puerpera e al neonato dopo la dimissione ospedaliera – in integrazione con tutti i servizi ospedalieri e territoriali, agenzie esterne, associazioni di volontariato che a vario titolo si occupano dell'evento nascita. In questi spazi confluiscono mamme e papà con neonati e bambini di età diverse: tali momenti si caratterizzano come gruppi di aiuto-aiuto in cui lo scambio esperenziale e l'apporto degli operatori crea una importante rete di sostegno.

- **Consulenze di puericultura** che rappresentano un'occasione privilegiata per:

* il controllo dell'accrescimento del neonato
* fornire consigli di puericultura
* fornire consulenze sull'allattamento
* osservare e favorire la relazione madre-bambino
* cogliere nella mamma eventuali sintomi di sofferenza psichica il cui riconoscimento precoce da parte degli operatori può dare l'opportunità di individuare e gestire situazioni a rischio di depressione dopo-parto.

- **Sostegno e protezione dell'allattamento materno**

Spazio aperto ed accogliente con operatori formati secondo la dichiarazione congiunta OMS/Unicef per il sostegno e la protezione dell'allattamento materno (pediatra,ostetrica,ass.sanitaria,inf.pediatrica)

* accompagnamento e sostegno fino a quando l'allattamento è fisiologicamente calibrato, ovvero fino al 1° mese di vita
* recupero e sostegno dell'allattamento materno in situazioni di difficoltà alla nascita, quali prematurità o altro, condizionanti un allattamento misto o prevalente
* sostegno e protezione dell'allattamento esclusivo al seno nei primi 6 mesi di vita del neonato

Qui le madri in difficoltà possono condividere esperienze, incoraggiandosi e sostenendosi vicendevolmente, utilizzando la formazione del personale per correggere convinzioni errate e "falsi miti" rispetto a regole sviluppatesi nel corso dei secoli e giunte sino ai nostri giorni.L'allattamento al seno è infatti compatibile con uno stile di vita dinamico e moderno e, soprattutto, favorisce l'attaccamento e la relazione madre-bambino – con indiscutibili vantaggi al neonato, alla donna, alla coppia e alla famiglia.

- **Corsi di "Infant Massage"**

  - per comunicare ed essere in contatto con il proprio bambino
  - per favorire il legame di attaccamento e rafforzare la relazione genitore-bambino
  - per favorire uno stato di benessere nel bambino
  - per aiutare il bambino a scaricare ed avere sollievo alle tensioni provocate da situazioni nuove, stress o piccoli malesseri
  - per stimolare e regolarizzare il sistema circolatorio, respiratorio, muscolare, intestinale,e dare sollievo al dolore delle coliche
  - per avere un'esperienza di profondo contatto affettivo tra genitori e bambino che favorisca tal modo il rilassamento di entrambi

- **Corsi per "Neo genitori"**

  Dopo la conclusione dei corsi di preparazione alla nascita lo stesso gruppo si ritrova con i neonati per elaborare l'esperienza del parto; successivamente gli incontri continuano e si differenziano da gruppo a gruppo in base alle esigenze e richieste dei partecipanti. La finalità è di formazione e counseling per cogliere gli aspetti relazionali ed affettivi del rapporto genitori/figli nel primo anno di vita insieme.

- **Corsi di Educazione alla Salute in piccoli gruppi**

  Incontri di informazione ed educazione alla salute sui temi di prevenzione per i genitori nel corso del primo e secondo anno di vita del bambino.

- **Corsi individuali e/o di gruppo di "Rilassamento corporeo"**

  Possono essere fruiti dalle gravide già nel primo trimestre di gestazione laddove se ne valuti la necessità. Tale spazio viene utilizzato dalle utenti consultoriali anche in periodi successivi alla maternità – in situazioni di stanchezza, stress…

- **Corsi individuali e/o di gruppo "Ginnastica perineale"**

  Condotti da operatori consultoriali specificamente formati (ginecologi – ostetriche – psicomostricisti) per il trattamento dei casi di incontinenza urinaria persistente (oltre il 3° mese dal parto).

ALL. F

AZIENDA SANITARIA LOCALE N° 2 SAVONESE

Dip. Materno - Infantile
Unità Operativa Ass. Consultoriale
Direttore Dott.ssa Paola Pregliasco

SETTORE PREVENZIONE

Progetto: ABUSO E MALTRATTAMENTO AI MINORI

CONTENUTI	Nell'ambito delle attività di prevenzione delle situazioni di pregiudizio riguardanti i minori, il progetto si focalizza su due problematiche emergenti ed ancora poco riconosciute che, data la loro gravità - ma anche la loro natura di fenomeno sommerso, possono costituirsi come terreno favorente comportamenti abusanti e maltrattanti. Le due aree di intervento riguardano: * La **P.A.S.** (Sindrome da Alienazione Genitoriale) * La **VIOLENZA ASSISTITA INTRAFAMILIARE** **P.A.S.** (Parental Alienaton Sindrome / Sindrome da Alienaz. Genitoriale) Descritta da Richard Gardner a partire dagli anni ottanta, è un disturbo psicopatologico e al tempo stesso "un abuso emotivo" che colpisce i figli, solitamente in un'età compresa tra i 7 e i 14/15 anni, al momento della separazione dei genitori. La prole è personalmente coinvolta in una campagna di denigrazione - che non ha giustificazione e non è sostenuta da elementi realistici - nei confronti dell'altro genitore (il genitore alienato), che viene odiato fino ad essere escluso dalla loro vita. Gardner descrive tre tipi di PAS: lieve, moderata e grave. Inoltre individua otto sintomi principali e quattro criteri diagnostici aggiuntivi. Per un intervento preventivo e terapeutico è necessario che gli operatori della giustizia e gli psico-socio-professionisti siano a conoscenza del fenomeno e lavorino in sinergia ed in modo integrato. **VIOLENZA ASSISTITA INTRAFAMILIARE** (Witnessing violence degli autori americani) Si intendono gli atti di violenza fisica,verbale,psicologica,sessuale ed economica contro un elemento della famiglia (nella maggior parte dei casi si tratta di una madre vittima di un marito violento), che avvengono nel campo percettivo del minore. Il sommerso è molto più elevato dell'emerso, perché la violenza intrafamiliare resta custodita nel segreto delle mura domestiche, protetta dal pudore delle vittime. I danni che ne derivano sono gravi: i bambini e le bambine vittime di violenza assistita hanno una probabilità molto più alta di soffrire di stati d'ansia e di rilevare comportamenti aggressivi che si rifletteranno inesorabilmente sul rapporto con i loro figli. Purtroppo l'esistenza e la gravità di queste situazioni vengono ancora molto sottovalutate, sia dal punto di vista del riconoscimento sociale del fenomeno che sotto il profilo della necessità di interventi adeguati di prevenzione, tutela e cura.

OBIETTIVI	* **Prevenzione** * **Ricerca** * **Epidemiologia**
CRONOPROGRAMMA	Tempo previsto per l'attuazione del progetto:**triennio 2006-2008**
STRATEGIE di INTERVENTO	* Aggiornamento e formazione operatori socio-sanitari operanti nel campo della tutela e cura dei minori * Approfondimento e apprendimento attivo delle tematiche mediante visite-studio e/o stage presso Centri specializzati * Sensibilizzazione attraverso incontri informativi/formativi rivolti a: - operatori socio-sanitari - pediatri di libera scelta - medici di base - insegnanti - forze dell'ordine - magistrati - privati sociale - associazionismo sportivo/ricreativo - associazionismo di volontariato
- STRUMENTI **- MODALITA' attuative**	* **Corsi di formazione** (vedi punti 1-2 paragrafo precedente) * **Opuscoli** divulgativo/informativi * Creazione di un **sito internet** * Istituzione di una **biblioteca** ragionata in materia di tutela, prevenzione a cui dei minori * Istituzione di un **osservatorio epidemiologico** finalizzato anche alla ricerca * **Gruppi** di auto/mutuo aiuto per genitori separati * Consulenza legale per il Servizio Consultoriale di Mediazione Familiare attraverso l'istituzione della nuova figura dell'"**Avvocato dei bambini"** già operante c/o alcune realtà del territorio nazionale. * Collaborazione con l'Università per **attività di ricerca** (es. dottorato di ricerca,borsa lavoro,tesi di laurea)

B.7 - 5 PRESTAZIONI / FUNZIONI ad elevata integrazione SOCIO - SANITARIA

2 PREVENZIONE MALTRATTAMENTI,ABUSO e SFRUTTAMENTO SESSUALE dei MINORI e degli ADOLESCENTI

Referente: ***Dr.ssa Rosita Bormida*** ***Dirigente Psicologo*** ***Incarico Profess.le***	• Iniziative in materia di **prevenzione**, con particolare riguardo all'informazione svolta nei confronti di minori attraverso la mediazione dei docenti e degli operatori dei servizi: * Da anni vengono effettuati interventi di educazione alla salute in ogni scuola di ogni ordini e grado a cura degli operatori dei Consultori Familiari, del Servizio di Neuropsicopatologia dell'Età Evolutiva e dei Centri per adolescenti. * Inoltre, dall'Asilo nido alla Scuola Media Inf. sono previsti interventi permanenti di Pediatria di Comunità e di consulenza ad educatori, insegnanti e genitori. • Iniziative in materia di **formazione** degli operatori dei Servizi: - Sono stati organizzati corsi e seminari di formazione/aggiornamento per gli operatori della U.O. Ass.Cons., estesi agli operatori dei Serv. Sociali – Scuola – Questura/Uff.Minori – Coop. Sociali . Le iniziative formative hanno previsto anche un Corso specifico con il Centro Bambino Maltrattato di Milano per l'accoglienza, la valutazione ed il sostegno del bambino abusato e maltrattato. Anche nell'ambito del ciclo di Seminari sulla Famiglia tenutosi nel 2001-'02, l'U.O.Consultoriale ha organizzato un seminario sul tema ***"Maltrattamento e abuso nell'infanzia: quali azioni protettive?"*** - Su specifica richiesta della Questura di SV, nel corso dello scorso anno è stato condotto da parte di operatori consultoriali un aggiornamento professionale del personale della Polizia di Stato della Questura di SV sul tema ***"Minori come vittime di reato: metodologie di intervento"*** • Collaborazione con la **Prefettura di SV** in tema di strumenti ed interventi di tutela contro la pedofilia ***(Membro incaricato U.O.C*** *nel "Comitato Prov.le per la Pubblica Amministrazione* ***Dr. Maura Montalbetti)*** • Partecipazione al **Gruppo Tecnico** per il ***Patto per il Sociale*** coordinato dalla **Amm. Prov.le di SV** – comprendente servizi pubblici, agenzie di formazione professionale, associaz. di privato sociale, associaz. di volontariato, associaz. sindacali – con la finalità di giungere ad accordi per canali facilitanti l'inserimento lavorativo di fasce deboli/minori a rischio ***(Membro incaricato U.O.C. Dr.ssa Maura Montalbetti)***

MALTRATTAMENTO/ ABUSO ***(seguito)***	• Partecipazione per l'A.S.L. 2 in Reg. Liguria (Sett.Promozione Sociale e Interventi per la Famiglia) di operatori consultoriali al **Gruppo di lavoro regionale** costituito da esperti nell'area della prevenzione e presa in carico dell'abuso e maltrattamento ***(Membro incaricato A.S.L. 2 Dr.ssa Maura Montalbetti)*** Dal punto di vista operativo, nel 2002 sono stati costituiti in ogni Ambito gruppi specifici di intervento: • **Amb. 1-2-3:** gruppi di 1° livello formati da Psicologo e Ass.Sociale • **Amb. 4:** equipe multidisciplinari costituita da Neuropsichiatra Inf.le, Ginecologo,Pediatra, Psicologo e Ass.Sociale – in grado di fornire anche consulenze supplettive di Medicina Legale **Sedi consultoriali di riferimento:** • **Amb. 1 Albenga** V.le 8 marzo 12 (tel.0182/541200-542287) • **Amb. 2 Finale L.** v. Unità d'Italia 4 (tel 019/690246) • **Amb. 3 Carcare** v. Del Collegio 18 (tel. 019/5009501) • **Amb.4 Savona** v. Don Bosco 3/1 (tel 019/850677 – 8405951)

ALL. G

ELENCO ASSOCIAZIONI PRESENTI SUL TERRITORIO*
RETE 2 FAMIGLIA/ Servizi alla Famiglia/Minori/ Adolescenti e Giovani

ALBENGA

AMBITO SOCIO ASSISTENZIALE E DI PROMOZIONE DELLA PERSONA

- PRO FAMIGLIA
- AMNESTY INTERNATIONAL
- FISICO ONLUS
- CARITAS SAN BERNARDINO
- CAVI
- A.I.E.D.
- ASSOCIAZIONE PRO FAMIGLIA - PER IL CONSULTORIO FAMILIARE E PREMATRIMONIALE "(Consultorio Diocesano Albenga);

AMBITO EDUCATIVO E RICREATIVO

- A.G.E.S.C.I.
- M.A.S.C.I.
- OPERE PARROCCHIALI S. MICHELE
- ANSPI SAN MICHELE
- AZIONE CATTOLICA ITALIANA
- OPERE PARROCCHIALI SAN BERNARDINO
- CONFRATERNITA N.S. DI MISERICORDIA
- VALLE DEL CENTA

ALASSIO

- UNIONE EX ALLIEVE FMA
- ORATORIO DON BOSCO
- LIONS CLUB

CERIALE

- FONDAZIONE PARODI (Asilo Nido)
- ASSOCIAZIONE PRO LOCO

ORTOVERO

- COMITATO S. GIOVANNI
- CANTORIA
- FRATE AVE MARIA
- PARROCCHIA
- ASSOCIAZIONE PRO LOCO

* NON SONO RICOMPRESE NELL'ELENCO LE ASSOCIAZIONI CHE HANO PARTECIPATO AL FOCUS –GROUP E RIPORTATE NEL DOCUMENTO SOTTO LA VOCE "RISORSE RILEVATE" NELLA PARTE 2 lett. A) DEL PRESENTE DOCUMENTO A TITOLO "RETE 2 FAMIGLIA/Servizi alla famiglia/minori/adolescenti giovani "

ALL. H

RETE 3 NON AUTOSUFFICENZA/ANZIANI

ALBENGA

- UNITRE
- AVO
- CARITAS DIOCESANA (BADANTI)

ALASSIO

- AMICI PADRE HERMANN
- ASSOC. VECCHIA ALASSIO
- CONFRATERNITA S. CATERINA
- UNITRE

ANDORA

- PARROCCHIA VERGINE DELL'ACCOGLIENZA

LAIGUEGLIA

- GRUPPO di VOLONTARIATO PARROCCHIA SAN MATTEO

RETE 3 NONAUTOSUFFICENZA/DISABILI

ALBENGA

- UNIONE ITALIANA CIECHI
- MOVIMENTO APOSTOLICO CIECHI
- AVO

ALASSIO

- LIONS CLUB

ANDORA

- FONDAZIONE ISTITUTO SACRA FAMIGLIA

* NON SONO RICOMPRESE NELL'ELENCO LE ASSOCIAZIONI CHE HANO PARTECIPATO AL FOCUS –GROUP E RIPORTATE NEL DOCUMENTO SOTTO LA VOCE "RISORSE RILEVATE" NELLA PARTE 2 lett. A) DEL PRESENTE DOCUMENTO A TITOLO "RETE 3 NON AUTOSUFFICENZA/ANZIANI & DISABILI "

ALL. I

AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2 SAVONESE

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

AREA DIPENDENZE - Ser.T.

DIRETTORE : Dott.ssa Francesca ROMANI
Via S. Lucia 11/1 – 17100 SAVONA
☎ -Tel. 019 811251 - 🖷 Fax 019 8405930
@ e-mail: sert.sv @asl2.liguria.it

L'inquadramento diagnostico della Dipendenza da Sostanze come un disturbo con caratteri di cronicità, in analogia con altri disturbi a andamento cronico, presuppone un approccio terapeutico continuativo nel tempo.
Questo tipo di approccio richiede coordinazione e integrazione dell'intervento per l'abuso di sostanze nello spettro dei servizi per la salute.
Il medico di base ha la funzione centrale di coordinamento nel sistema di cure, che prevede il monitoraggio dello stato del paziente, la precoce valutazione di potenziali problemi, l'invio a cure specialistiche quando necessarie ecc.
Questo approccio appare quello in grado di favorire un alto livello di compliance da parte del paziente, e ciò rappresenta un precondizione in un trattamento destinato a durare a lungo nel tempo. La letteratura internazionale evidenzia risultati positivi dell'intervento del medico di base nella gestione della patologia da abuso di sostanze. (Trogu E., "L'esperienza di Cagliari" Atti del convegno "Il medico di medicina generale e le tossicodipendenze: quale ruolo nella rete dei servizi" Roma, 5 luglio 2002)
La proposta di un progetto sul territorio del Distretto di Albenga che veda coinvolti nel trattamento delle dipendenze e dell'abuso da sostanze i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta trae origine dalla attuale situazione dei servizi per le dipendenze in relazione

- ✓ all'utenza"storica",
- ✓ alla nuova utenza potenziale,
- ✓ ad un'ottica distrettuale, con il coinvolgimento di attori sino ad ora non presenti nelle strategie di intervento sulle dipendenze.

L'attività dei Ser.T. negli anni 90 è stata caratterizzata delle politiche di riduzione del danno, che hanno avvicinato ai Servizi soggetti gravi, che diversamente non avrebbero avuto accesso alle cure, con esiti drammatici, dovuti sia all'uso di sostanze in sé , che alle patologie correlate .
Questo approccio ha fatto sì che si selezionasse negli anni una fascia di utenza per la quale ipotizzare un affrancamento dai trattamenti sostitutivi può risultare nella pratica solo teorico.
Questo costituisce una novità, rispetto ai modelli, con finalità sempre evolutive, in base ai quali il sistema dei servizi per le dipendenze è stato impostato..
Ci si trova pertanto ad avere in cura dei pazienti che hanno una situazione assimilabile a quella di chi presenta patologie croniche e quindi con la necessità di cure da proseguire per lunghi periodi, forse per sempre.
Ne consegue l'idea di coinvolgere, come già avvenuto in diverse realtà, i Medici di Medicina Generale nella gestione di pazienti in trattamento di mantenimento con sostitutivi, selezionati dai Ser.T in base a criteri e procedure condivisi con i MMG stessi .
Ad esempio a Pescara a partire dal 2001 è stato attivato un primo progetto che ha visto il coinvolgimento di cento tossicodipendenti e di 40 medici di famiglia. Un secondo progetto, partito nel gennaio del 2006, vede oggi 160 tossicodipendenti curati da 55 medici di famiglia con ottimi risultati per quanto riguarda il reinserimento nel mondo del lavoro e nella vita sociale. nella cessazione dell' assunzione di droga e anche

nella fine dell'attività illegale o addirittura criminale. (Intervista a P.F. D'Egidio, Direttore del Ser.T. di Pescara; Segretario esecutivo nazionale di FeDerSerD. www.federserd.it/documenti/degidio.)
A Trieste ormai dal 1994, circa 100-120 pazienti tossicodipendenti vengono seguiti da medici di medicina generale nei loro ambulatori.
In tali trattamenti il ruolo del Servizio per le dipendenze sarebbe quello previstodalla vigente normativa in questi casi, consistente nella redazione del piano terapeutico, e in una attività specialistica, assimilabile ad ogni altra branca della medicina, in supporto costante del MMG.
Il Ser.T. continuerebbe a farsi carico costantemente delle situazioni più gravi, che necessitano del continuo intervento specialistico, o di un trattamento di tipo comunitario e potrebbe avere risorse da destinare all'utenza "nuova", in relazione al cambiamento degli stili di abuso, che vanno in una direzione diversa da quella per la quale sono strutturati tali servizi.
Anche in questo settore si può ipotizzare un diverso coinvolgimento dei MMG e, visto il cambiamento in atto, con l'abbassamento dell'età dei consumatori, anche dei Pediatri di Libera scelta .
Al momento, difatti non è improbabile che siano MMG e PLS ad avere contatti con pazienti, adulti e no, che usano sostanze (o che presentano comportamenti di dipendenza come il gioco d'azzardo patologico, lo shopping compulsivo, le dipendenze da internet , ecc.) ma non si rivolgono un Ser.T., per lo stigma sociale che tale servizio e la sua utenza tradizionale hanno.
Pertanto sarebbe ipotizzabile uno stretto rapporto tra MMG, PLS (in collaborazione con i servizi consultoriali) e specialista delle dipendenze, visto che una buona parte di questi pazienti non necessiterebbero di un intervento globale, ma specifico, avendo mantenuto intatti gli aspetti relazionali e sociali.
L'importanza dell'intervento del pediatra in un contesto adolescenziale è stata affermata da Imolo Mancinelli nella presentazione del corso di aggiornamento "La società degli adolescenti: la famiglia - il bullismo - lo sport - la nutrizione", organizzato dal Policlinico S. Matteo di Pavia nel dicembre 2007.
Egli afferma che "l' OMS, nell'analizzare le problematiche giovanili, ha attribuito al pediatra il gravoso compito di assistere e sostenere l'infante dalla nascita fino alla maggiore età nel suo sviluppo evolutivo non solo fisico, ma anche psicologico.
Il pediatra è l'unico che può adempiere a questo compito perché è capace di rimodulare il rapporto instauratosi con il bambino di ieri, diventato l'adolescente di oggi.
Solo il pediatra, dunque, può diventare l'interlocutore privilegiato dei giovani, sfruttando le sue capacità di ascoltare e di dialogare con sincerità, pazienza, chiarezza e lealtà.
Il rapporto confidenziale che si instaura con il ragazzo e la famiglia, infatti, può consentire al pediatra di individuare quei "mali" che possono logorare la salute psicofisica dei nostri ragazzi.
L'attenzione del pediatra, oggi, è soprattutto rivolta a comprendere il disagio psicofisico, che è emerso negli ultimi anni nei paesi occidentali industrializzati come fenomeno preoccupante, arrivando ad assumere le sembianze di nuove patologie sociali.
Come già affermato dall' Accademia Americana di Pediatria, le principali cause di morbilità e mortalità dell'adolescente sono rappresentate da: incidenti, suicidio, abuso di sostanze (fumo, alcol, droghe), malattie sessualmente trasmesse, abusi fisici, disturbi alimentari (anoressia, bulimia e obesità), espressione di un precoce processo di adultizzazione dei giovani, causato dall'attuale società occidentale, in cui mancano norme, limiti e punti di riferimento univoci. "
Si può ipotizzare una formazione comune per una condivisione delle reciproche conoscenze e la definizione delle procedure per l'invio o la consulenza rispetto le problematiche di dipendenza tra i giovani.
Per i casi in cui, invece, si rendesse necessaria una vera e propria presa in carico, si praticherebbero le attuali procedure dei Ser.T..

In definitiva si potrebbe pensare ad una collaborazione costituita da:

1. momenti di formazione che coinvolgano MMG e PLS
2. condivisione dei criteri di selezione dei pazienti in trattamento di mantenimento
3. condivisione di procedure nel trattamento di tali pazienti
4. condivisione di criteri e procedure per l'invio di pazienti di "nuova" tipologia
5. condivisione di procedure per consulenze
6. apertura di un ambulatorio per le dipendenze, cui inviare questi ultimi pazienti, in ambiente estraneo al Ser.T (ma ovviamente in stretto rapporto con esso) e neutro per quel che riguarda lo stigma (ad esempio presso il poliambulatorio ASL, come già in atto a Savona per i tabagisti)
7. momenti periodici di verifica e confronto sull'andamento del progetto.

Referente del progetto Dr. Franco Badii

Responsabile Struttura Semplice "Abuso e Dipendenza da sostanze illegali"

ALL. L

BOZZA "AGENDA di LAVORO" da REPORT CONFERENZA REGIONALE SULLA SALUTE MENTALE (GENOVA 13/14 MAGGIO2008) – La bozza è il frutto del lavoro svolto nei mesi scorsi da un gruppo di operatori dei DMS (*), con le Associazioni di utenti, famigliari e cittadini attivi, con le organizzazioni del movimento cooperativo, con i gruppi di auto-aiuto.

1. Riguardo all'area dell'ABITARE emergono prioritari:

- Lo sviluppo di interventi "leggeri" (alloggi protetti e convivenze di mutualità) che si fondino anche sulla collaborazione attiva con le Associazioni di utenti. Ricordo che anche le recenti "Linee di indirizzo nazionali sulla salute mentale" indicano chiaramente riguardo a "residenzialità e domiciliarità" che "vanno privilegiate strutture di civile abitazione". Occorre sviluppare un rapporto organico con l'ARTE affinchè i DSM e le Associazioni stesse possano ottenere in affitto degli alloggi. Ci sono già diverse esperienze in Italia, ed anche in Liguria, da cui si può prendere spunto. Riteniamo importante che una quota del budget attuale per la residenzialità convenzionata (che è strutture ad elevata intensità assistenziale) venga dirottata in questa direzione per costruire reali percorsi di reinserimento sociale dei pazienti, supportati dai CSM e dai DistrettI socio-sanitari e co-gestiti il più possibile con le Associazioni di utenti. Si può affermare che, indicativamente, con l'importo della retta annuale per un posto in comunità terapeutica convenzionata si può gestire un alloggio protetto o convivenza di mutualità per 3-6 persone;
- L'attivazione di esperienze di "affido famigliare" e per il "dopo di noi" al fine di rispondere ai bisogni di socialità che risultano particolarmente insoddisfatti in situazioni che presentano una elevato "carico famigliare" o quando la famiglia stessa viene a mancare. Si tratta di sviluppare un'ampia gamma di interventi che vanno da affidamenti temporanei nei fine settimana o in periodi limitati dell'anno a soluzioni durature. Il punto di partenza potrebbe essere la costituzione di un gruppo di studio a livello regionale "misto" (operatori,utenti e famigliari).

2. Riguardo al tema del LAVORO segnaliamo la necessità di:

- Un'applicazione concreta della legge 381/91 sulla cooperazione sociale trovando il modo di fare dei passi avanti rispetto alla "possibilità per gli Enti Pubblici di dare lavoro direttamente alle Cooperative Sociali di tipo B in deroga al meccanismo usuale delle gare d'appalto (che si sono poi, quasi sempre, al massimo ribasso). Le già citate "Linee di indirizzo nazionali sulla salute mentale" sono molto chiare anche su questo punto quando affermano che "appare opportuno definire da parte delle amministrazioni pubbliche quote di servizi da affidare alle Cooperative Sociali B". Chiediamo pertanto alla Regione un atto di indirizzo rivolto agli Enti Locali, e in primo luogo alle stesse ASL, affinché venga promosso l'utilizzo delle Convenzioni dirette con le cooperative sociali di tipo B e venga stabilito che l'unico criterio di selezione non può essere solo il prezzo ma sia dato un valore anche alla "qualità sociale", ovvero al reale inserimento di utenti segnalati dai CSM e ad un ruolo di controllo da parte dei CSM stessi;
- Un maggiore sostegno di inserimento lavorativo in tutte le fasi: dalla borsa lavoro al lavoro "vero" passando per le opportunità offerte dai Centri per l'Impiego (tirocinio,work-expeience, ecc.) Attualmente le borse lavoro sono erogate in maniera disomogenea sul territorio regionale (ci sono pazienti "fortunati" perché risiedono in un determinato Comune ed altri "sfortunati") ed inoltre il loro importo è assolutamente insufficiente per motivare un paziente ad un tirocinio lavorativo impegnativo: occorrerebbero quindi che la Regione definisse una distribuzione dei finanziamenti per le borse lavoro proporzionata al numero dei abitanti dei Comuni/Ambienti/Distretti e che l'importo massimo della borsa venisse portato a 400 euro mensili. E' importante che prosegua il sostegno alle situazioni lavorative tipo "laboratorio protetto" (vedi DGR 1122/07) che sono necessarie anche per una fascia di utenti dei CSM e non solo per i disabili, ed è inoltre necessario che si promuova l'utilizzo di rapporti di lavoro adatti alle difficoltà di molti utenti: part-time, lavoro a rotazione e job-sharing. Infine potrebbe essere molto utile la sperimentazione di modelli di inserimento lavorativo utilizzabili da tutte le fasce deboli e gestite da un'unica Agenzia costituita a livello di Distretto socio-sanitario da operatori dei servizi sanitari (DSM,SERT,Disabili, Carcere) e sociali e che operi in stretta integrazione con il Centro per l'Impiego.

3 . Per quanto attiene alla ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO DEI SERVIZI evidenziamo come temi cruciali:

- Una rinnovata attenzione per la formazione degli operatori (per un approccio orientato alla "recovery", con particolare attenzione al "fare insieme" di utenti, operatori, famigliari e cittadini attivi, che prevenga e contrasti il "burn-out" degli operatori stessi, che dia una conoscenza seria e non superficiale dell'auto-aiuto);
- Il coinvolgimento effettivo degli utenti e dei famigliari nella programmazione, gestione e valutazione dell'attività dei DSM; occorre verificare la soddisfazione dei consumatori ("customer satisfaction") e tener conto della loro opinione (ad esempio: riguardo a orari di apertura, visite domiciliari, interventi in situazioni di crisi);
- Il sostegno concreto da parte dei DSM allo sviluppo di esperienze e gruppi di auto-aiuto. E' tuttora presente una grande cautela nei diversi luoghi di cura riguardo all'auto-aiuto, che spesso si sviluppa in un sottobosco che l'operatore non vede o vive con sospetto oppure più raramente, come un talismano che risolve tutto. E' fondamentale, come già detto in precedenza, che l'auto-aiuto non diventi una nuova "tecnica terapeutica" ma piuttosto che "contamini" lo stile di lavoro dei servizi.
- La formazione e l'utilizzo di "facilitatori sociali" all'interno dei DSM: si tratta di una nuova figura professionale già attiva in alcune aree (Toscana,Lombardia) che può svolgere un ruolo di tutoraggio e supporto paritario nel percorso di reinserimento sociale con gravi problemi psichiatrici, integrandosi con gli interventi "tecnici" svolti dagli operatori sanitari. I "facilitatori sociali" possono essere utenti o ex-utenti con esperienza consolidata in gruppi di auto-mutuo-aiuto e buone capacità di relazione solidaristica.

4. Alcuni aspetti dell' INTEGRAZIONE TRA IL SOCIALE E IL SANITARIO che appaiono da sviluppare sono:

- La costruzione di nuove forme di governance a livello locale con particolare attenzione al ruolo ed al protagonismo dei soggetti "svantaggiati"; si tratta di andare oltre il coinvolgimento episodico e un po' rituale degli attori sociali del territorio (tipicamente nel momento della costruzione dei Piani di Distretto) per costruire effettivamente dei processi culturali capaci di sostenere nella quotidianità il governo locale dei problemi. Le "Linee di indirizzi nazionali sulla salute mentale" affermano che "è necessario che la ASL si doti di un *Piano di Azione Locale per la Salute Mentale* elaborato attraverso pratiche di concertazione con tutte le agenzie del proprio territorio (Distretto, Enti Locali, Impresa sociale e imprenditoriale, associazioni dei familiari e degli utenti, organizzazioni del mondo del lavoro e sindacali, volontariato e organizzazioni culturali e ricreative, del mondo della formazione)"
- Una forte iniziativa di informazione che coinvolga i Tribunali, i Servizi Sociali, i Dipartimenti di Salute Mentale e le Associazioni di utenti e famigliari per utilizzare correttamente le potenzialità della legge sulla Amministrazione di Sostegno,
- Il supporto concreto a progetti sperimentali a livello regionale in materia di politiche sociali: il DGR 1122 del 27/9/07 promuove e finanzia progetti in 16 diverse aree di intervento ma i temi riguardanti la salute mentale sono praticamente assenti e questa disattenzione è sorprendente e grave.

(*) Giovanni Sciolè e Margherita Polini (ASL1), Maria Rosa Martin e Marcello Macario (ASL 2), Nanni Tria (ASL 3), Amelia Gaetti e Cinzia Valentini (ASL 5).

CARITAS DIOCESANA di ALBENGA-IMPERIA

17031 ALBENGA (SV) – Curia Vescovile – Via Episcopio, 2 –
Tel. (+39) 0182 – 543079
e-mail: direttore@caritasalbengaimperia.it
segreteria@caritasalbengaimperia.it

MISSIONE GENERALE	***La Caritas Diocesana intende rendersi con sempre maggiore evidenza segno tangibile della presenza dell'amore di Dio nel mondo. Incarnazione della sua tenerezza verso coloro che la società contemporanea lascia ai margini, li colloca in quel luogo dove assumono la condizione di ultimi della terra. Concependo la carità come amore di Dio per l'uomo che soffre, l'organizzazione della Caritas traduce l'idea in atteggiamento di ascolto, in opere rispondenti al bisogno percepito al fine di educare ad una cultura solidale.*** • **CARITAS DIOCESANA: via Episcopio 2 Albenga (SV) - tel.- fax: 0182-543079 E-mail: direttore@caritasalbengaimperia.it** • **PRESIDENTE: il Vescovo Diocesano, Mons. Mario Oliveri** • **DIRETTORE: don Renato Rosso**
CENTRO DI ASCOLTO (cda)	**FASI CHE CARATTERIZZANO IL PROCESSO:**
E' il luogo dove la Caritas incontra quotidianamente le persone che vivono uno stato di disagio. ***E' una "porta aperta al territorio", l'accesso ai bisogni dei più poveri.***	• **RESPONSABILI: presidente: don Renato Rosso** **Direttore: Sig.ra Ambrosini Giuseppina** • **ACCESSO: presentazione nell'ufficio di Albenga (via Pertinace 15) e primo colloquio con gli operatori volontari dell'ascolto. Tel e fax: 0182 543508 Email: cdaalbenga@virgilio.it** • **PRESA IN CARICO: vengono prese in carico persone in difficoltà, italiane e straniere. Ogni utente è accompagnato da un operatore.** • **PERCORSO/TRATTAMENTO: accoglienza, ascolto, prima risposta al bisogno (casa, lavoro, cibo, scuola, sanità), accompagnamento/orientamento, promozione reti sociali (convenzioni con Comune di Albenga, S.E.R.T. di Albenga e di Finale Ligure, SSM di Albenga, FFSS e dopolavoro ferroviario, Patronato ACLI, Banco Alimentare) sportello immigrazione (disbrigo pratiche, mediazione culturale, corsi d'italiano,appoggio scolastico) coordinamento dei cda territoriali.** **DIMISSIONI/INSERIMENTO SOCIALE: al raggiungimento degli obiettivi.**

COOPERATIVA SOCIALE JOBEL	
E' lo strumento operativo della Caritas, gestisce il personale ed organizza i servizi che nascono dalla "lettura" dei bisogni e si caratterizzano come opere "segno", cioè espressione della carità.	**RESPONSABILE: dott. Alessandro Giulla** **La cooperativa sociale Jobel in sinergia con la Caritas ed il Centro di Ascolto si occupa della gestione del Centro di pronta accoglienza, del Centro di seconda accoglienza maschile, della Casa Madre Ada e della Casa della Carità.**
PRONTA ACCOGLIENZA:	**FASI CHE CARATTERIZZANO IL PROCESSO:**
E' una risposta al disagio sociale, con la quale si intende offrire, in modo del tutto gratuito, un primo immediato "ristoro" a persone in grave e temporaneo stato di bisogno.	**RESPONSABILE: dott. Maurizio Ferrari** **ACCESSO: contattando il Centro di Ascolto** **PRESA IN CARICO: il centro, situato in Piazza Fraudero 4 ad Alberga, offre interventi d'urgenza della durata massima di 5 giorni, per una presa in carico è necessario effettuare un colloquio/ascolto con un operatore del centro di ascolto di Albenga.** **PERCORSO/TRATTAMENTO: apertura 365 giorni all'anno – ospitalità notturna e servizio mensa (6 posti) – servizio pranzo caldo per circa 20 utenti.** **DIMISSIONI: normalmente allo scadere del 3° giorno – solo in casi particolari è possibile valutare il passaggio dalla prima alla seconda accoglienza.**

SECONDA ACCOGLIENZA:	FASI CHE CARATTERIZZANO IL PROCESSO:
Il Servizio di seconda accoglienza maschile provvede al temporaneo ricovero di adulti, italiani o stranieri, valutati in grado di reperire in tempi relativamente brevi una soluzione abitativa autonoma, grazie al sostegno di Enti pubblici locali o di adeguate risorse personali.	**RESPONSABILE: dott. Maurizio Ferrari** **ACCESSO: L'accettazione della domanda di accoglienza dipende dalle valutazioni maturate dai responsabili del servizio nel corso di alcuni colloqui preliminari con l'utente. E' possibile richiedere il primo colloquio rivolgendosi direttamente al Servizio o al Centro di Ascolto di Albenga.** **PRESA IN CARICO: La domanda di ospitalità può essere effettuata da persone che lavorino regolarmente in zona o che siano seriamente impegnate nella ricerca di un lavoro. Nel secondo caso il sostegno e l'accompagnamento di un Ente o di un Servizio Pubblico locale è requisito necessario per l'ammissione. Per gli stranieri non comunitari è richiesto il possesso del regolare permesso di soggiorno.** **PERCORSO/TRATTAMENTO: Il Servizio fornisce, per un periodo massimo di sei mesi, un'accoglienza attiva verso la persona e collaborativa con i Servizi di riferimento dell'utente. La persona accolta ha a disposizione, ventiquattro ore al giorno, un posto letto in struttura comunitaria, servizi igienici e doccia, lavanderia, servizi di pulizia degli ambienti comuni e di rinnovo settimanale della biancheria, spazi ricreativi o di socializzazione. Quotidianamente gli ospiti usufruiscono di una colazione di base e di due pasti completi, a pranzo e a cena. E' richiesto agli utenti o agli Enti invianti un rimborso delle spese sostenute.** **DIMISSIONI/INSERIMENTO SOCIALE: al raggiungimento degli obiettivi e comunque non oltre i 6 mesi di permanenza al centro.**

CASA MADRE ADA	FASI CHE CARATTERIZZANO IL PROCESSO:
E' una risposta al fenomeno del disagio femminile e minorile, una Casa di Accoglienza specifica per donne e nuclei familiari in difficoltà.	**RESPONSABILE: dott.ssa Fiorenza Tesoro** **ACCESSO: Le richieste di inserimento possono avvenire in prima analisi contattando telefonicamente la struttura di Accoglienza che provvederà a fissare un appuntamento, oppure contattando il Centro di ascolto.** **PRESA IN CARICO: Il colloquio preliminare, svolto dalla Responsabile, stabilirà l'idoneità del caso e, sulla base di valutazioni complessive, deciderà l'eventuale presa in carico. Quest'ultima avverrà dopo presentazione di analisi del sangue e di una relazione scritta dell'Ente inviante.** **PERCORSO/TRATTAMENTO: la casa è nata con l'intento di venire incontro a quelle donne che si trovano, per svariati motivi, a dover chiedere aiuto per affrontare complesse situazioni di vita (emarginazione sociale, mancanza di fissa dimora, maltrattamento familiare, fenomeno della tratta). Parole chiave del nostro lavoro con la persona sono: offrire, accompagnare, e sostenere: <u>Offrire</u> un periodo di concreta accoglienza nella struttura per un recupero delle condizioni di salute, dell' autostima e delle proprie risorse personali. <u>Accompagnare</u> attraverso una equipe psico-sociale per la ricostruzione della persona che è in stato disagio o ha subito maltrattattamenti o sfruttamenti. <u>Sostenere</u> l'impegno della persona verso una completa autonomia e libertà interiore, e l'inserimento lavotarivo.** **DIMISSIONI/INSERIMENTO SOCIALE: al raggiungimento degli obiettivi in accordo con il servizio inviante o in casi eccezionali (quando la presenza dell'ospite pregiudica il buon andamento dell'intera casa) può essere richiesto l'immediato allontanamento.**
ALLOGGI PROTETTI	**FASI CHE CARATTERIZZANO IL PROCESSO:**

Casa Madre Ada	
E' lo spazio intermedio tra la vita comunitaria, che ha dato loro la possibilità di svolgere il progetto di vita, e la realtà esterna, sociale e lavorativa di tutti giorni, da affrontare in totale autonomia.	• **RESPONSABILE: dott.ssa Fiorenza Tesoro** • **ACCESSO: attraverso Casa madre Ada e la sua responsabile.** • **PRESA IN CARICO: Gli appartamenti sono destinati a quei casi che, nell'evoluzione del progetto di accoglienza in Comunità svolto nella struttura Madre Ada o in altra Comunità, si presentano nelle condizione di compiere un passo successivo verso il completo reinserimento in società e di affrontare individualmente la quotidianità.** • **PERCORSO/TRATTAMENTO: L'ospite inizierà a contribuire economicamente e ad affrontare in completa autonomia tutta l'organizzazione della quotidianità, all'interno dell'alloggio e al di fuori: dalla sveglia per andare al lavoro, alla preparazione dei pasti, la pulizia del locale e accudimento dei figli, aspetti che nella vita comunitaria e nell'evoluzione del progetto vengono in gran parte delegate al gruppo. Tutto questo contribuirà ad una ri-abitudine a prendere in mano il prorpio percorso di vita, con nuovo valore e dignità. Alla struttura resta il compito di sostenere l'ospite in questo ulteriore passo avanti; in concreto fungerà da supervisione per verificare e monitorare la reale adeguatezza delle risorse della persona in questo tipo di percorso (assieme ai Servizi Sociali o altri invianti di riferimento), e resterà punto di riferimento per l'accudimento dei minori durante l'orario lavorativo delle mamme.** • **DIMISSIONI/IINSERIMENTO SOCIALE: al raggiungimento degli obiettivi e comunque non oltre i 12 mesi.**
CASA DELLA CARITA':	**FASI CHE CARATTERIZZANO IL PROCESSO:**

la Casa della Carità intende dare risposta concreta ai bisogni primari di persone in situazione di grave disagio e senza fissa dimora sul territorio di Imperia.	**RESPONSABILI: Augusto e Gabriella Armelio** **ACCESSO: presso gli uffici della Casa della Carità ad Imperia in via Berio n. 7 – tel 0183299199.** **PRESA IN CARICO: dopo colloquio con il personale del centro di ascolto interno alla casa, con il responsabile della struttura e su progetto individuale.** **PERCORSO/TRATTAMENTO: Centro di prima accoglienza per persone senza fissa dimora o in situazione di grave disagio sociale. La casa offre:** o **servizio ospitalità notturna: 25 posti letto (18 per uomini e 7 per donne);** o **Servizio mensa: 40 posti refettorio;** o **Servizi igienici e docce esterne;** o **Servizio di distribuzione pacchi viveri e indumenti (convenzione con banco alimentare);** o **Servizio di ascolto, orientamento e reinserimento, attraverso l'attivazione di un centro di ascolto interno alla casa;** o **Servizio ambulatoriale, sanitario, infermieristico grazie al contributo di alcuni medici volontari.** **DIMISSIONI: di norma allo scadere del 3° giorno, se ci sono le condizioni per attivare un progetto individuale è possibile prolungare la permanenza.**

SP.IN.	**FASI CHE CARATTERIZZANO IL PROCESSO:**

Lo Sp.In., Sportello Informativo fa da ponte tra detenzione e libertà: si offrono informazioni rispetto alle problematiche della casa, del lavoro, degli aspetti legali e di quelli sanitari per le persone appena uscite dal carcere o che scontano pene in misura alternativa ***La regia del servizio è affidata all'ufficio di esecuzione penale esterna (UEPE) del Ministero di Giustizia.***	**RESPONSABILI: Rupolo Donatella** **ACCESSO: presentazione nell'ufficio di Albenga c/o uff. Caritas Diocesana via Episcopio 2, giovedì dalle 9:30 alle 11:30.** **Tel: 0182 543079 Fax: 0182 543079 email: segreteria@caritasalbengaimperia.it** **PRESA IN CARICO: vengono prese in carico persone in difficoltà, italiane e straniere appena uscite dal carcere o che scontano pene in misura alternativa.** **PERCORSO/TRATTAMENTO: accoglienza, ascolto, prima risposta al bisogno (casa, lavoro, cibo, scuola, sanità), accompagnamento/orientamento, promozione reti sociali, stesura della storia lavorativa (curriculum vitae) e autocandidatura, assistenza dedicata alla ricerca attiva del lavoro (uso di quotidiani -riviste specializzate - agenzie interinali...) , informazioni dedicate sui servizi e i progetti del territorio,avvicinamento e contatto con i servizi pubblici e le associazioni di volontariato,offerta di opportunità relazionali per facilitare percorsi d'inclusione sociale ,consulenza legale e assistenza sugli applicativi delle misure alternative, gratuito patrocinio, remissione del debito, multe e ammende , informazioni ed aiuto alla comprensione della legge e delle procedure legali, coordinamento Sp.In. regionali** **DIMISSIONI/INSERIMENTO SOCIALE: al raggiungimento degli obiettivi.**

ALL. N

ASSI		AZIONI DI SISTEMA		
		ricerca	*informazione*	*comunicazione*
Politiche abitative Politiche sociosanitarie Politiche giovanili Pari opportunità Formazione e istruzione Occupazione fasce deboli		**Osservatorio** sulle politiche sociali	**Sportello Europa** Progetti, finanziamenti, normative per le politiche sociali	**Incubatore Culturale** Seminari e convegni sulle tematiche del PRS

ASSI		**AZIONI DI CONNESSIONE DI WELFARE**
Politiche abitative		Tavolo provinciale sulle politiche abitative sociali
Politiche sociosanitarie		Circolo di studio su metodi e tecniche dei processi di governance Progetto di formazione integrata del personale sociosanitario Progetto per la formazione di nuovi operatori sociosanitari
Politiche giovanili		Tavolo permanente sulle politiche giovanili Energie in divenire Card per agevolazioni tariffarie su consumi meritori
Pari opportunità	di genere	Monitoraggio dell'aplicazione del Protocollo di Intesa per il contrasto alla violenza sulle donne
	di trasporto	Tavolo sul trasporto sociale
	per persone disabili	Provincia per Tutti: pubblicizzare e
	per persone immigrate	Progetto mediatori di comunità
Istruzione e Formazione		Progetto apprendimento lingua 2 per lavoratori stranieri
		Patto per la formazione e l'occupazione
		Progetto di formazione per operatori dell'orientamento scolastico
Formazione e Occupazione fesce deboli		Patto per la formazione e l'occupazione Attuazione del modello di inserimento lavorativo integrato delle fasce dedoli previsto dal progetto Equal Artis

ALL. O

PROSPETTO POTENZIAMENTO POSTI SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA

LOCALIZZAZIONE	N° POSTI	PERIODO ATTIVAZIONE	BANDO ANNO
ASILO AZIENDALE Via MOLINARI Località MOLINO NUOVO ad ANDORA	**28**	31 apr. 09	2008
CENTRO BAMBINI "LA COCCINELLA" Via PACCINI 154 BASTIA d'ALBENGA	**20**	1 sett. 08	2008
MICRONIDO in Via dei CHA a LAIGUEGLIA	**10**	31-dic-08	2008
ASILO NIDO DELLA PARROCCHIA NOSTRA SIGNORA ASSUNTA di Frazione LECA Via ALLE SUORE,2 - ALBENGA	**30**	31-dic-08	2008
NIDO INTERAZIENDALE in Via MOLINETTO,3 di VILLANOVA d'ALBENGA	**28**	31-dic-08	2008
ASILO NIDO " IL FLAUTO MAGICO"di Via ROMA 22 a CERIALE (ampliamento posti)	**10**	31-dic-08	2008
MICRO NIDO di Via COLOMBO,53 a CISANO sul NEVA	**10**	01-set-08	2008
ASILO NIDO "PICCOLO PRINCIPE" ad ALASSIO (ampliamento posti)	**9**	31-dic-09	2009
TOTALE POSTI	**145**		

All. P

CONVENZIONE TRA COMUNI DEL DISTRETTO SOCIOSANITARIO N.4 E AZIENDA SANITARIA LOCALE N.2 SAVONESE PER LA GESTIONE INTEGRATA E COORDINATA DEI SERVIZI SOCIO SANITARI, AI SENSI DELL'ARTICOLO 10 COMMA 5, LEGGE REGIONALE 24 MAGGIO 2006, N.12.

TRA

Comune di ALBENGA, in qualità di Capofila del Comitato dei Sindaci del Distretto Sociosanitario 4 Albenganese, in persona dell' Assessore alle Politiche Sociali e Sanitarie Sig. Alfonso Salata

E

Azienda Sanitaria Locale n. "2" con sede in Via Manzoni 14 in persona del Direttore Generale Dott. Flavio Neirotti in qualita' di legale rappresentante

Si conviene e si stipula quanto segue

Articolo 1
(Finalità)

1. La presente convenzione regola i rapporti tra i Comuni appartenenti all'area territoriale del Distretto Sociosanitario n 4 Albenganese e l'Azienda sanitaria locale (di seguito ASL) "2" Savonese, al fine di dare attuazione a quanto previsto dal D.P.C.M. 14 febbraio 2001 e dal D.P.C.M. 29 novembre 2001 allegato 1C relativamente all'area dell'integrazione socio sanitaria.

2. Obiettivo principale della presente convenzione è rendere operativi, nella dimensione territoriale del Distretto Sociosanitario, gli strumenti per l'integrazione sociosanitaria, con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

a) accesso alle prestazioni di servizi sociosanitari e sociali complessi attraverso lo Sportello Integrato Sociosanitario, articolato e decentrato presso gli Sportelli di Cittadinanza istituiti negli Ambiti Territoriali Sociali;
b) valutazione del bisogno dell'utente e della conseguente tipologia di trattamento da adottare attraverso la rilevazione delle situazioni a rischio di emarginazione e dei problemi della salute, affermando l'unicità e la globalità della persona, la collaborazione tra le varie figure professionali e la formulazione di progetti personalizzati di intervento denominati "Piani Individualizzati di Assistenza " (P.I.A.);
c) offerta di una gamma di prestazioni alla persona, che consenta cura, riabilitazione e mantenimento o reinserimento dei soggetti nella vita familiare, sociale, scolastica e lavorativa.

3. I Comuni e l'ASL (di seguito indicati parti) si impegnano ad attivare un processo di concertazione finalizzato a quantificare ed ottimizzare la rete dei servizi e delle prestazioni erogate sul territorio del Distretto Sociosanitario.

Articolo 2
(Oggetto)

1. Forma oggetto della presente convenzione, ai sensi dell'articolo 2 della legge regionale 24 maggio 2006, n.12 *(Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari)*, la disciplina dell'esercizio delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui all'articolo 3 *septies* comma 2 lettera a) del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 *(Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n.421)* e successive modificazioni, a carico del servizio sanitario regionale nonché delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria di cui all'articolo 3 *septies* comma 2 lettera b) dello stesso d.lgs. 502/1992, come specificate dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 *(Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie)* e dall'allegato 1 C al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 *(Definizione dei livelli essenziali di assistenza)*, poste a carico dei Comuni.

2. Forma, altresì, oggetto della presente convenzione la disciplina delle attività sociali assicurate dal Distretto Sociosanitario ai sensi dell'articolo 26 della legge regionale 12/2006.
3. Il Distretto Sociosanitario, assicura le prestazioni sociosanitarie definite dal combinato disposto dell'articolo 3 *septies* del d.lgs. 502/1992 e dall'Allegato 1C del D.P.C.M. 29 novembre 2001 e successive modifiche ed integrazioni, di cui al comma 1 del presente articolo, che consistono in azioni atte a soddisfare bisogni di salute di ogni persona che richiedono congiuntamente anche azioni di protezione sociale.
4. Le parti si impegnano affinché il Distretto Sociosanitario assicuri, direttamente ovvero mediante prestazioni erogate dai Dipartimenti ospedalieri e territoriali interessati, a favore di minori, anziani, disabili, pazienti psichiatrici, persone con dipendenza da alcool, droghe e farmaci, malati terminali, persone con patologie da HIV:

a) assistenza ambulatoriale e specialistica;
b) assistenza domiciliare anche integrata con la componente socio-assistenziale;
c) assistenza residenziale e semiresidenziale di tipo riabilitativo;
d) assistenza residenziale e semiresidenziale anche integrata con la componente socio- assistenziale;
e) assistenza a favore della non autosufficienza.

Articolo 3
(Soggetti istituzionali del Distretto Sociosanitario)

1. I soggetti istituzionali del Distretto Sociosanitario sono rappresentati dai Comuni e dall'ASL.

2. Nell'ambito del Distretto Sociosanitario sono previsti un livello strategico, un livello direttivo, un livello gestionale - amministrativo ed un livello tecnico-operativo, nei quali operano i seguenti soggetti istituzionali, cui sono affidati i rispettivi compiti.
a) Livello strategico: il Comitato dei Sindaci del Distretto Sociosanitario e il Direttore Generale dell'ASL, d'intesa, fissano gli obiettivi di integrazione per il livello direttivo per mezzo della pianificazione del Distretto Sociosanitario da conseguire attraverso:
b) Livello direttivo:
1) L'attuazione delle funzioni sociali complesse è affidata al Direttore Sociale, assunto con contratto dal Comune capofila del Distretto Sociosanitario, che si avvale di una segreteria tecnica di cui fanno parte i coordinatori degli Ambiti Territoriali Sociali e personale tecnico, amministrativo .
2) L'attuazione delle funzioni sanitarie è affidata al Direttore del Distretto Sanitario.
3) L'attuazione delle funzioni sociosanitarie, conformemente agli indirizzi della pianificazione del Distretto Sociosanitario, è assegnata, congiuntamente, al Direttore Sociale ed al Direttore del Distretto Sanitario, che, utilizzando nella direzione lo strumento giuridico dell'intesa, costituiscono l'Unità Distrettuale.
4) Il Direttore Sociale ed il Direttore del Distretto Sanitario, costituiti nell'Unità Distrettuale del Distretto Sociosanitario, sono supportati, per le necessarie competenze tecniche e professionali, dal Comitato Distrettuale composto, ai sensi dell'articolo 10 comma 6 della legge regionale 12/2006, dai Coordinatori di Ambito Territoriale Sociale, dai rappresentanti dei Dipartimenti territoriali operanti nel Distretto Sociosanitario, nonché dai membri del coordinamento delle attività del Distretto Sanitario di cui all'articolo 3-sexies, comma 2, del d.lgs. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, secondo cui sono membri di diritto un rappresentante dei medici di medicina generale, uno dei pediatri di libera scelta e uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel Distretto Sanitario.
5) Le parti stabiliscono che l'Unità Distrettuale si riunisca, con cadenza almeno mensile, al fine di valutare il livello di attuazione degli obiettivi di integrazione sociosanitaria. Delle riunioni è redatto apposito verbale. L'Unità Distrettuale convoca il Comitato Distrettuale di cui al precedente punto 4) con preavviso di venti giorni e, in caso di urgenza, anche tramite posta elettronica, con preavviso di cinque giorni.
6) Compiti dell'Unità Distrettuale sono:
a) l'organizzazione dell'accesso, della valutazione e del trattamento delle persone richiedenti prestazioni sociosanitarie complesse in base alle risorse messe a disposizione dal distretto;
b) l'assunzione di protocolli operativi per l'attivazione dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM), quale organo di valutazione unico a composizione variabile, integrata dallo specialista competente in relazione al caso specifico da esaminare.
7) Compito del Comitato Distrettuale è fornire all'Unità Distrettuale gli elementi necessari per verificare l'andamento dell'accordo nonché mettere a disposizione le risorse per raggiungere gli obiettivi di integrazione sociosanitaria.
c) Livello gestionale - amministrativo: è adottato dalle singole amministrazioni contraenti, secondo procedure condivise in appositi protocolli, in materia di servizi sociosanitari integrati. Le funzioni gestionali relative ai servizi sociali complessi

erogati dal Distretto Sociosanitario e quelle relative alle prestazioni sanitarie erogate dal Distretto Sanitario sono assicurate dalle rispettive strutture funzionali.
1) Le parti convengono di attribuire al Coordinatore di Ambito Territoriale Sociale i compiti di referente sociale per le attività con valenza sociosanitaria segnalate dallo Sportello di cittadinanza.
2) Il Coordinatore di Ambito Territoriale Sociale è titolato a proporre gli atti amministrativi di competenza dei Comuni appartenenti al Distretto Sociosanitario e a formulare proposte sul Piano Sociosanitario di Distretto.
d) Livello tecnico-operativo: interviene in modo congiunto, garantendo l'accesso unificato alle prestazioni integrate, mediante lo Sportello Integrato Sociosanitario nelle sue articolazioni territoriali, ai fini della prima valutazione del bisogno (sociale, sanitario e sociosanitario complesso).
1) La presa in carico professionale avviene da parte del Servizio competente: nel caso di bisogno sociale semplice compete all'Ambito Territoriale Sociale di residenza; nel caso di bisogno sanitario compete ai relativi Dipartimenti.
Nel caso di bisogno sociosanitario complesso, lo Sportello Integrato procede alla segnalazione all'Unità Distrettuale, che attiva l'Unità di Valutazione Multidimensionale. L'U.V.M. definisce il Piano Individualizzato di Assistenza (PIA), individua il case manager e le risorse/servizi necessarie per la realizzazione del P.I.A..

3. Al Distretto Sociosanitario sono assicurate, per quanto di competenza, risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute indicati nel Piano Sociosanitario di Distretto. Il Piano, approvato d'intesa dal Comitato dei Sindaci e dal Direttore Generale dell'ASL, prevede la localizzazione dei servizi e dei presidi sul territorio, di cui all'articolo 3 quinquies del d. lgs. 502/1992, e successive modifiche ed integrazioni, determina le risorse per l'integrazione sociosanitaria e le quote rispettivamente a carico dell'Azienda e dei Comuni.

Articolo 4
(Criteri e procedure di programmazione congiunta)

1. Il Piano Sociosanitario di Distretto, volto a realizzare lo sviluppo sociale locale e la tutela sociosanitaria della popolazione, mediante un'adeguata organizzazione della rete dei servizi, definisce le priorità nell'attuazione degli interventi oggetto dell'accordo tra Comuni e ASL.

2. Entro novanta giorni dall'approvazione della presente convenzione, i Comuni del Distretto e l'ASL concordano le linee di intervento e gli investimenti in termini di risorse strutturali, tecnologiche, umane, professionali e finanziarie necessarie all'attuazione dell'accordo.

3. L'Unità Distrettuale predispone annualmente specifica relazione al Comitato dei Sindaci e al Direttore Generale dell'Asl sugli esiti della gestione integrata.

Articolo 5
(Risorse umane, finanziarie e strumentali messe a disposizione dagli enti contraenti)

1. Per l'esercizio delle funzioni sociosanitarie, Comuni ed ASL attribuiscono al Distretto Sociosanitario le risorse di personale, finanziarie e strumentali, in quantità non inferiore a quelle presenti alla data di sottoscrizione della presente convenzione.
2. Il personale, messo a disposizione dalle parti contraenti secondo gli organici di seguito indicati, mantiene la dipendenza giuridica dall'ente di appartenenza:
a) organico del Distretto Sociosanitario: Direttore Sociale ed almeno un'unità amministrativa di supporto;
b) organico del Distretto Sanitario: Direttore Distretto Sanitario e almeno un'unita' di personale di supporto.
3. Ulteriori programmi di sviluppo dei servizi sociosanitari dovranno contenere la previsione sulle risorse necessarie.
4. L'ente di appartenenza provvede alla sostituzione del personale che, nel corso della durata della presente convenzione, venisse a mancare a causa di dimissioni, pensionamento, maternità.
5. Costituiscono elementi di consolidamento dell'integrazione sociosanitaria la formazione e l'aggiornamento permanente del personale.

Articolo 6
(Organizzazione dell'accesso alle prestazioni sociosanitarie)

1. Per favorire, in caso di bisogni complessi, l'accesso integrato, le parti si impegnano ad organizzare i servizi dalle stesse dipendenti, perseguendo l'obiettivo del superamento degli accessi per competenza, al fine di assicurare le prestazioni ritenute più rispondenti ai bisogni della persona.

2. Le parti individuano, quali obiettivi della presente convenzione, il conseguimento delle seguenti finalità:
a) supporto al cittadino nella definizione del proprio bisogno/problema;
b) supporto al cittadino nella fase di orientamento relativa all'individuazione degli interventi più appropriati e delle relative procedure di accesso alle prestazioni specialistiche e, se necessario, nella fase di accompagnamento verso tali percorsi.

3. Le parti garantiscono l'accesso al sistema integrato dei servizi tramite lo Sportello Integrato del Distretto Sociosanitario articolato, a regime, nella misura di un punto di accesso per ciascun Ambito territoriale sociale, secondo protocolli e procedure da concordarsi tra le parti.

4. Allo Sportello Integrato le persone accedono direttamente o attraverso segnalazioni effettuate dai servizi sociali e sanitari ovvero da altri soggetti della rete di protezione sociale del territorio

5. E' messo a disposizione dello Sportello Integrato personale di servizio sociale appartenente agli Ambiti Territoriali Sociali integrato da personale afferente ai servizi sanitari dell'ASL

6. Le parti, attraverso adeguata organizzazione, si impegnano ad assicurare la documentazione e, per quanto possibile, l'informatizzazione di ogni fase di attività dello Sportello Integrato Sociosanitario .

7. Dallo Sportello Integrato, dopo prima valutazione del caso, se complesso, si attiva l'Unità di Valutazione Multidisciplinare nelle modalità indicate al precedente art. 3 lettera d)

Articolo 7
(Unità di Valutazione Multidisciplinare)

1. Allo scopo di assicurare l'operatività integrata per la valutazione multidisciplinare dei bisogni sociosanitari, è costituita l'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM).

Riguardo l'Unità di Valutazione Multidisciplinare si fa riferimento a quanto stabilito con Deliberazione n. 892 dell'A.S.L. 2 Savonese del 02/11/2006 ad oggetto "Istituzione dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare dell'A.S.L. 2 Savonese" nonché alla Deliberazione n. 117 dell'A.S.L. 2 Savonese del 01.02.2007 relativa al Distretto Sociosanitario n. 4.

2. Le parti si impegnano a favorire la definizione, da parte dell'Unità Distrettuale, di protocolli operativi relativi al funzionamento dell'UVM.

3. L'UVM predispone entro il termine massimo di 30 gg. dalla convocazione della prima seduta il Piano Individualizzato di Assistenza, in cui sono evidenziate le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali da erogare, nonché le modalità di verifica delle azioni svolte. All'atto di predisposizione del PIA l'U.V.M. individua, nell'ambito delle competenze prevalenti rilevate, un servizio di riferimento principale e il responsabile del caso, cui compete, in collaborazione con assistito, familiari, Medico di Medicina generale o Pediatra di libera scelta, e rete assistenziale, il monitoraggio delle azioni previste dal PIA.

Articolo 8
(Organizzazione dei servizi distrettuali)

1. Le parti concordano obiettivi finalizzati alla realizzazione di un'efficace rete di servizi sanitari, sociosanitari e sociali in grado di rispondere ai bisogni della persona.

2. Nell'attività di cui al comma 1, le parti si ispirano ai seguenti criteri:

a) mantenimento della persona nel proprio contesto di vita;

b) azioni di sostegno e di tutela della persona per mantenerla a domicilio, comprese prestazioni di carattere economico per contrastare situazioni di povertà;
c) adeguata rete di strutture residenziali e semiresidenziali, per le persone non curabili al proprio domicilio;
d) azioni di sostegno al reinserimento lavorativo ed alle riqualificazione professionale;
e) coinvolgimento del volontariato e dei soggetti no profit.

3. Le parti si impegnano a definire, con apposito protocollo, le procedure per l'erogazione delle prestazioni a tutti i cittadini assistiti nell'ambito distrettuale.

Articolo 9
(Assistenza domiciliare)

1. Al fine di assicurare assistenza domiciliare, le parti mettono a disposizione le seguenti competenze professionali:

a) ASL, che si impegna a provvedere alla copertura delle relative spese:
1) Medici di Medicina Generale;
2) Specialisti per le differenti patologie;
3) Pediatri di Libera Scelta;
4) Terapisti della Riabilitazione;
5) Infermieri Professionali;
6) Operatori Socio Sanitari;
7) Personale Amministrativo.

b) Comuni, che si impegnano a provvedere alla copertura delle relative spese:
1) Educatori;
2)Assistenti Sociali;
3)Aiuto domestico-familiare e aiuto alla persona , erogabile in forma diretta, tramite Assegno Servizi e/o altre modalità;
4) Personale Amministrativo.

2. La quantificazione delle unità di personale ed il monte-ore necessari alla realizzazione dei progetti sono determinati annualmente tra le parti, nell'ambito della programmazione congiunta.

3. Le parti definiscono le modalità di riparto delle spese relative ad ulteriori azioni non concordate tra loro.

Articolo 10
(Assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale)

1. Il Direttore del Distretto Sanitario, su mandato del Direttore Generale dell'ASL, ed il Direttore Sociale, su mandato del Comitato dei Sindaci, di concerto con i Direttori dei Dipartimenti di competenza, definiscono una proposta condivisa circa il volume delle prestazioni semiresidenziali e residenziali. La proposta, come sopra definita, viene sottoposta alla valutazione ed approvazione del Comitato dei Sindaci di DSS e del DG dell'ASL2.

2. Le parti concordano la definizione di piani per la semiresidenzialità e residenzialità, distinti per le diverse categorie di utenza, su base triennale da aggiornare annualmente, con particolare riferimento ai posti in convenzione.

3. L'accesso alle strutture semiresidenziali e residenziali è demandato alla valutazione dell'UVM, che si avvale di sistemi di valutazione sperimentati e validati.

4. Nell'ambito delle prestazioni mediche l'ASL assicura che all'interno delle strutture residenziali siano erogate conformemente alla normativa vigente :

a) l'attività medica di medicina generale;
b) l'attività medico specialistica, in relazione alle patologie;
c) prestazioni specialistiche e di laboratorio e di diagnostica strumentale, mediante attivazione di opportuni e precisi percorsi, finalizzati a favorire l'accesso e la riduzione al minimo dei tempi di attesa.

5. Per le attività di cui al presente articolo, la Regione stabilisce apposite tariffe ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, con costi ripartiti, secondo le modalità previste dalla vigente normativa, tra Servizio Sanitario Regionale e persone beneficiarie delle prestazioni.

6. Possono essere previste intese tra Comuni, Aziende trasporti, ASL e Strutture per attivare forme di trasporto agevolato a favore di persone non in grado di deambulare.

Articolo 11
(Forme di gestione contabile unitaria e sistema informativo)

Allo scopo di semplificare e velocizzare eventuali procedure di erogazione di contributi economici specifici, qualora non assolvibili dai rispettivi comparti amministrativi, le parti possono individuare modalità contabili unitarie per i servizi integrati.
Al fine di programmare, governare e monitorare l'andamento del presente accordo, nonché per favorire lo scambio e la condivisione dell'informazione e dei flussi di comunicazione e finanziari, le parti si impegnano sin da ora a definire livelli informativi comuni perseguendo modalità di dialogo e di compatibilità tra i medesimi

Articolo 12
(Rapporti finanziari, obblighi, e garanzie)

1. Le parti, ai fini del dell'applicazione della presente convenzione e per assicurare il regolare funzionamento dei servizi erogati dal Distretto Sociosanitario, si impegnano ad assicurare le necessarie risorse finanziarie, strumentali e di personale, così come definite al precedente art. 5.
2. L'assetto organizzativo del Distretto Sociosanitario ed i relativi oneri economici e finanziari saranno soggetti ad aggiornamento annuale, in base allo sviluppo delle competenze ad esso attribuite.

Articolo 13
(Collegio di Vigilanza)

1. La vigilanza ed il controllo sull'esecuzione di quanto disposto dalla presente convenzione è svolta, ai sensi dell'articolo 34 comma 7 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n.267 (Testo Unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali), da un collegio di cui fanno parte il Presidente del Comitato dei Sindaci di Distretto sociosanitario e i membri dell'esecutivo composto dai Presidenti delle Conferenze di Ambito, o loro delegati, il Direttore Generale dell'ASL o suo delegato, il Presidente della Conferenza dei Sindaci dell'ASL o suo delegato, con esclusione di doppia rappresentanza.
2. Il collegio di cui al comma 1 svolge le seguenti funzioni:
a) controlla la corretta e tempestiva attuazione delle disposizioni previste dalla convenzione;
b) dirime le controversie che dovessero insorgere in ordine all'interpretazione o all'esecuzione della convenzione con decisioni alle quali le parti concordano di attribuire l'efficacia di cui all'articolo 1372 codice civile;
c) propone eventuali modifiche alla convenzione o proroghe della convenzione.

Articolo 14
(Durata della convenzione)

La presente convenzione ha durata di anni tre decorrenti dalla data di stipulazione ed è comunque rinnovabile.

Letto, confermato e sottoscritto

Savona, 29 MAG. 2008

DISTRETTO SOCIO - SANITARIO N.4
ALBENGANESE
SPORTELLO INTEGRATO - Tel. 0182 5685241
Via [illegible] Albenga (SV)

Assessore [illegible]
(Alfonso Salata)

Il Direttore Generale
(Dott. Flavio Neirotti)

ALL. Q

Conferenza di Zona n.4 Albenganese

Segreteria Tecnica

SCHEDA DEL PROGETTO

SETTORE DI RIFERIMENTO: ZONA SOCIALE /DISTRETTO SANITARIO AMBITO 1/A.S.L. n. 2 SAVONESE
TITOLO: RETE SOCIO/SANITARIA:ATTIVAZIONE A)"ACCESSO INFORMATIVO UNIFICATO" & B) "UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE SUL CASO"

DURATA DEL PROGETTO: per organizzare il Servizio: A) periodo da aprile a settembre. Implementazione dal mese di ottobre. B) aprile 2003/gennaio 2004. Da inserire entrambi a regime.
RESPONSABILE: A.S. Patrizia Ascheri per la Zona Sociale/Dr. Antonio Bortolaso per il Distretto Sanitario/Ambito 1/A.S.L. n. 2 Savonese.
TELEFONO: 0182- 562288 / 0182-50765 **FAX:** 0182 - 562254 / 0182 - 50416
E-MAIL: Conferenzazona@comune.albenga.sv.it

1.SITUAZIONE DI PARTENZA/PROBLEMA: Mandato istituzionale di Integrazione socio-sanitaria nei servizi:

- l'art. 3-septies del d.lgs. n.502/92, introdotto dal d.lgs. n.229 del 1999, si occupa del delicato tema dell'integrazione socio-sanitaria e definisce le relative prestazioni come "*tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione";*
- L. 328/2000 "legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" prevede:
  1) lettere a) e b) comma 2 dell'art.3 "*coordinamento ed integrazione con gli interventi sanitari e dell'istruzione nonché con le politiche attive di formazione, di avviamento e di reinserimento al lavoro" e "concertazione e cooperazione tra i diversi livelli istituzionali,…., che partecipano con proprie risorse alla realizzazione della rete,…..nonché le aziende unità sanitarie locali per le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria comprese nei livelli essenziali del servizio sanitario nazionale.*

2) inoltre il comma 1dell'art.19 della stessa legge prevede che "*I comuni associati,…..,d'intesa con le AA.UU.SS.LL., provvedono, nell'ambito delle risorse disponibili,…., per gli interventi sociali e socio-sanitari, secondo le indicazioni del piano regionale* (Del.G.R. del 04.12.01 N.65)…..,*a definire il piano di zona,….*";
3) i commi 2 e 4 art.22 definiscono i livelli essenziali di assistenza LIVEASS, dette prestazioni essenziali sono concesse "all'interno delle risorse date" e la priorità è per povertà, disabilità, emarginazione (comma 3 art.2). Il percorso effettuato ad oggi per i LIVEASS a)La Conferenza degli Assessori regionali ha approvato un documento che li illustra b) E' stato costituito un "tavolo" c/o la Conferenza stato-Regioni sulla loro definizione. c) la Finanziaria 2003 collega il riparto del fondo sociale ai livelli essenziali: il Ministero del Welfare ha fatto una proposta. d) è in atto una discussione sulla declaratoria dei livelli e sulla competenza finanziaria.
La proposta regionale (intervento della dott.ssa A. Banchero del 04.12.02) su tre ripartizioni: TERRITORIO,DOMICILIO, SEMIRESIDENZA-RESIDENZA. L'area Territorio è così declinata : Servizi per l'accesso alla rete: Segretariato sociale (sportello di cittadinanza); Servizi per l'integrazione sociale e il sostegno alla famiglia: Serv. Sociale professionale(presa in carico); Servizio di pronto intervento sociale per situazioni di emergenza personali e familiari.

- d.P.C.M. 14 febbraio 2001"Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie" con il quale sono state perfezionate le definizioni di prestazioni sociali a rilevanza sociale e di prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (art.3), con tale provvedimento sono stati altresì fissati criteri di finanziamento delle prestazioni medesime, articolate per ambito di intervento;
- da ultimo in materia, è intervenuto il d.P.C.M. 29 novembre 2001 di "definizione dei livelli essenziali di assistenza" L.E.A. a disciplinare i livelli essenziali di assistenza sanitaria in ambiti di alta integrazione, con i quali il Governo centrale definisce il livello di assistenza pubblica da garantire ai cittadini stabilendo le risorse finanziarie necessarie e compatibili.

Al di là dell'adempimento formale, gli operatori dei Servizi territoriali, da tempo, rilevano : A)la necessità di agevolare l'accesso al cittadino, almeno a livello informativo, ai Servizi stessi. B) la frammentazione degli interventi sanitari e sociali, con conseguente dispersione di risorse e ritardo nel raggiungimento dell'obiettivo di promuovere il ben-essere dell'utente/cittadino.
2.OBIETTIVO GENERALE: avvio all' integrazione socio-sanitaria a livello professionale attraverso : A) informazione e consulenza non frammentaria per la cittadinanza. B) predisposizione di progetti di presa in carico individuale integrati/ricomposizione delle varie necessità assistenziali sanitarie e sociali sulla medesima persona e non ultimo personalizzazione dell'intervento.
OBIETTIVI SPECIFICI: a) prima valutazione e orientamento, a livello informativo, della domanda e organizzazione della risposta a livello integrato (sportello informativo alla cittadinanza unificato)**;** b) costituzione di una rete formale tra comparto sanitario e sociale sulla gestione dei singoli casi, costruzione di una rete di continuità assistenziale e del progetto di cura/benessere centrato sulla persona che la accompagni sia a livello di servizi territoriali (domiciliari, ambulatoriali, etc.) che residenziali (Ospedale, R.P., R.S.A. etc).

3.ATTIVITA'/ AZIONI DA ATTIVARE PER IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI (contenuti dell'intervento):

per il punto A) - costruzione di una griglia di rilevazione, uniforme, dei servizi esitenti;
- stesura di una guida ai Servizi Territoriali sia sanitari che sociali;
- individuazione degli operatori dei due comparti che svolgeranno il servizio di segretariato;
- costituzione sportelli di ACCESSO INFORMATIVO UNIFICATO/SEGRETARIATO SOCIALE – SANITARIO (**prodotto finale)**

per il punto B) : - collegamento tra reparti ospedalieri e/ servizi sanitari con i servizi sociali territoriali ;
- coinvolgimento dei medici di medicina generale nel processo di integrazione socio-sanitario;
- previa individuazione degli operatori referenti, costituzione dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare (gruppo di lavoro composto da operatori di professionalità diverse, che esaminata la situazione clinica e sociale di un singolo caso, tende a conseguire gli obiettivi di salute attraverso un progetto globale condiviso dal gruppo, utilizzando gli strumenti ed attuando tutti gli interventi necessari presenti nella rete territoriale) per la valutazione coordinata delle necessità assistenziali sociali e sanitarie sui singoli casi che necessitano di un intervento complesso (sanitario e sociale). (prod. finale

4.SOGGETTI COINVOLTI:

4a. livello politico: il Presidente Conferenza di Zona ed i 5 Presidenti di Distretto Sociale dei Comuni capofila di distretto (di cui fa parte anche la Comunità Montana Ingauna) , Direttore Generale A.S.L. n. 2 Savonese.

4b. livello tecnico: Direttore del Progetto Distretto Sanitario e Responsabile della Segreteria Tecnica di Zona, Responsabile del N.OAnziani e Disabili, Responsabile del N.O.Consultoriale, Responsabile del N.O.Assistenza Psichiatrica Territoriale, Responsabile del N.O Medicina Generale ed i Coordinatori dei 5 distretti sociali.**,**Direttore Sanitario Ospedale di Zona.

Il gruppo tecnico sarà coordinato dal Direttore di Distretto sanitario e dalla Responsabile di Segreteria Tecnica che di volta in volta decideranno quali componenti invitare agli incontri secondo i temi trattati. I partecipanti della parte sanitaria dovranno essere operanti nell'area territoriale del distretto sanitario.

4c. livello della partecipazione: Consulta delle Associazioni di Volontariato per il Comune di Albenga, e Associazioni di Volontariato esistenti sugli altri distretti.

5. SOGGETTI FRUITORI/TARGET: **5.a Utenza:** tutta la cittadinanza ed in particolare le fasce deboli (es. Anziani, Disabili, etc); 5.b Territorio **: Zona Sociale n. 4 Albenganese e Distretto sanitario (ab.58.486) = coincidenti.**

6. FASI DEL PROGETTO:

6.a - FASE DI AVVIO : (progetto specifico)
6.b - FASE CENTRALE : (" ")
6.c - FASE DI CONCLUSIONE : (" ")
6.d - FASE DIVULGATIVA : (" ")
6.e – VERIFICA DEI RISULTATI: (" ") a sei mesi dall'implementazione di ogni attività

7. STRUMENTI : 7a. Informazione - documentazione: locandine, conferenza stampa e leggi, atti di indirizzo, deliberazioni, circolari e disposizioni organizzative interne relative ai settori in questione; personal computer e posta elettronica.

7b.tecnico amministrativi : predisposizione e sottoscrizione di protocollo d'intesa tra tutti gli enti/istituzioni partecipanti al progetto che rimanderà alla stesura di protocolli operativi per i diversi settori d'intervento (relativi ai diversi Nuclei Operativi o Servizi)

7c.professionali:riunioni di coordinamento, utilizzo della medologia del lavoro di rete e della concertazione.

8.SEDI :8.a sede centrale attrezzata : Ufficio Segreteria Tecnica di Zona e Ufficio del Direttore del Progetto Distretto Sanitario, Ufficio riunioni ufficio tecnico c/o Comune di Albenga ed Ufficio riunioni dell'A.S.L. di Via Piave 31. **8.b sedi decentrate**: una sede per Comune capofila di Distretto (n.5) e sedi dei Servizi Territoriali A.S.L. (Albenga, Alassio, Villanova, Ceriale) e le sedi delle associazioni di volontariato che vorranno partecipare al progetto.

9. RISORSE : 9.a materiali: cancelleria, fotocopiatrice, strumentazione informatica, utenze**.9.b** umane interne agli enti coinvolti nel progetto: per l'organizzazione dei servizi il personale già indicato al punto 3b. alla voce soggetti coinvolti a livello tecnico più del personale interno ai Servizi stessi da individuarsi nelle riunioni di coordinamento e concertazione.**9.c** esterne all'ente: eventuali volontari delle associazioni che parteciperanno al progetto.

10.COSTI: di impegni economici nuovi per personale : da valutare**.** Si tratta di un grosso investimento di tempi e risorse personali da parte degli operatori coinvolti, in quanto si tratta di introdurre cambiamenti organizzativi e di messa in rete di informazioni, acquisizioni e risorse professionali in linea col cambiamento culturale previsto dalla normativa corrente(Fattore di criticità/successo=motivazione dei singoli operatori)

Nella fase di avvio del progetto il bilancio non è aggravato da costi aggiuntivi in quanto verranno utilizzati operatori già in Servizio = flessibilità del lavoro.

11.TEMPI : a partire dal mese di---------- per la fase organizzativa di avvio. Apertura operativa dello sportello di ACCESSO INFORMATIVO UNIFICATO/SEGRETARIATO SOCIALE – SANITARIO dal mese di---------- Valutazione congiunta sul caso (U.V.M.) dal mese di----------.

12.VALUTAZIONE : Questionario, da somministrare sia agli operatori coinvolti circa l'efficacia e la qualità del progetto, sia all'utenza di riferimento circa il gradimento dell'iniziativa.

All. R

Rep. n. 199 del 15/12/2006

PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO "SPORTELLO INTEGRATO SOCIOSANITARIO" A LIVELLO DISTRETTO SOCIOSANITARIO ALBENGANESE (ex art. 10 e 28 L.R. 12/06)

TRA

L'Azienda Sanitaria Locale n. 2 Savonese, di seguito più brevemente denominata ASL 2, con sede in Savona-17100, Via Manzoni n. 14, cod. fisc./part. Iva 01062990096 rappresentata dal Direttore Generale e legale rappresentante Dott. Franco Bonanni, nato a Genova 16.07.1949, domiciliato, per la carica, presso la sede dell'ente

E

La Zona Sociale n.4, con sede nel Comune di Albenga, P.zza San Michele 17, cod. fisc./part. Iva 00279480099, nella persona del Capo Settore Area III Dott. Antonio Giordano, nato a Milano il 07.03.67 e domiciliato, per la carica, presso la sede del Comune di Alberga;

PREMESSO CHE:

a) in data 27.03.03 veniva approvato dal Comune di Albenga, con Deliberazione G.C. n. 133, il "Piano Integrato di Cambiamento" di cui faceva parte il progetto "Rete Socio/sanitaria: Attivazione a)"Accesso Informativo Unificato" e B) "Unità di valutazione Multidisciplinare sul caso"
b) in data 05.08.2004 veniva approvata dall'ASL 2 la deliberazione n. 896 con cui venivano adottati i progetti attuativi per l'anno 2004 dell'ASL stessa tra cui il progetto denominato "Accesso Informativo Unificato Segretariato Sociale-Sanitario", Referente il Dr. Bortolaso (Costo: € 15.500,00);
c) in data 31.03.05 e in data 05.04.05 è stato sottoscritto il relativo Protocollo d'Intesa rispettivamente dalla Zona n. 4 Albenganese e dalla ASL 2 in cui si prevede:
   - L'istituzione di un gruppo di riferimento tecnico coordinato dal Direttore di Distretto sanitario e dal Responsabile di segreteria Tecnica;

IL DIRIGENTE

U.O. AFFARI GENERALI
IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO

- Formulazione di protocolli operativi tra i Servizi territoriali, che definiscano i livelli di responsabilità e di competenza tra operatori diversi, provenienti dall'area sociale e da quella sanitaria, lavorando con un approccio multidisciplinare, rispondente alla complessità dei bisogni espressi ;
- una lettura multidisciplinare del bisogno ed una presa incarico integrata (intervento di rete);
- lo studio e l'implementazione - in via sperimentale - di uno sportello di accesso Informativo Unificato/Segretariato Sociale - Sanitario così come da progetto sopraccitato;

d) la recente Legge Regionale del 24 maggio 2006 N. 12 prevede:

- al secondo comma lett. a dell'art. 10 che nel distretto sociosanitario sia assicurata l'organizzazione dello sportello Integrato Sociosanitario, in collegamento con gli Sportelli di cittadinanza istituiti dagli Ambiti Territoriali Sociali sono;
- al secondo comma dell'art. 28 che le funzioni dello Sportello Integrato Sociosanitario siano
  - a) informazione sull'offerta dei servizi e sui relativi costi;
  - b) orientamento e supporto alle persone ed alle famiglie sui diritti alle prestazioni sociosanitarie;
  - c) segnalazione di situazioni complesse di bisogno socio-sanitario per la presa in carico e la attivazione della valutazione multidisciplinare, del progetto personalizzato di assistenza e dei progetti educativi per i minori;
  - informazioni sugli eventuali tempi di attesa per le prestazioni domiciliari e residenziali sociosanitarie e proposte di soluzioni differenziate;
  - e) raccolta ed elaborazione dati.

e) il succitato progetto di cui al punto b) non ha, a tutt'oggi avuto seguito, e che comunque occorre procedere ad attivarlo in relazione a quanto previsto dalla L.R. N° 12 del 24.5.2006 in particolare artt. 10 - 28 e in base alle DD.GG.RR. n. 1106 del 20/10/2006 punto 2 del dispositivo e n. 1164 del 27/10/2006 punto 5 della narrativa.

Tutto ciò premesso, le parti ut supra stipulano e convengono quanto segue

ART. 1 (RICHIAMO ALLE PREMESSE)

Le premesse fanno parte integrante e sostanziale del presente atto e vengono in quest'articolo richiamate.

U.O. AFFARI GE...
IL DIRIGENTE A...
Dott. Fulvio ...

RESPONSABILE U.O. AFFARI GENERALI
Dott. Angelo ANTONINI

ART. 2 (TIPOLOGIA E CONTENUTI ATTIVITA' SPORTELLO INTEGRATO SOCIOSANITARIO)

1. Lo sportello unico - all'interno del distretto socio-sanitario N. 1, garantisce a favore di soggetti con problemi complessi di tipo socio-sanitario: attività di secondo livello circa l'informazione ed orientamento, accoglienza ed affidamento ai servizi territoriali: sanitari (dei dipartimenti), socio-sanitari (attività connesse con l'attività delle U.V.G. e U.V.H. e della costituenda U.V.M.) e sociali (Ambiti Sociali già distretti sociali) secondo il seguente schema:

A. Attività di informazione ed orientamento sui servizi socio-sanitari di primo livello: distretto sanitario/Ambiti Sociali:

a.1. Struttura Semplice Assistenza Anziani

a) Informazioni su sedi, orari, e tipologia delle prestazioni ambulatoriali
b) informazioni e modulistica per l'accesso ad ADI, R.P, R.S.A
c) consultazione liste d'attesa per strutture ASL e convenzionate (R.S.A, RP)

a.2. Struttura Semplice Assistenza Disabili

d) Informazioni su sedi, orari, e tipologia delle prestazioni ambulatoriali
e) informazioni e modulistica per l'accesso alle prestazioni
f) informazioni per l'accesso alle strutture
g) informazioni e modulistica per accesso ad assistenza protesica

a.3. Struttura Semplice Medicina Di Base

h) Informazioni su sedi, orari e tipologia delle prestazioni specialistiche e ambulatoriali
i) Informazioni su sedi orari dei medici di medicina Generale (anche associati)
j) Informazioni ed orari su attività amministrative

a.4. Struttura Semplice Consultoriale

k) Informazioni su sedi ed orari degli operatori
l) Modalità di accesso
m) Tipologia delle prestazioni erogate

a.5. Struttura Semplice Salute Mentale

n) Informazioni su sedi ed orari
o) Modalità di accesso al servizio

a.6. Struttura Semplice Tossicodipendenze

p) Modalità di accesso al servizio
q) Funzioni svolte dal servizio

U.O. AFFARI GE
IL DIRIGENTE AMM.VO
(Dott. Fulvio DAL...

IL DIRIGENTE
RESPONSABILE U.O. AFFARI GENERALI
Dott. Angelo ANTONIOLI

a.7. **Servizi Ambiti Sociali**

r) Informazioni su sedi ed orari degli operatori

B. **Accoglienza, presa in carico e individuazione percorso di accesso alle prestazioni dei Servizi Territoriali.**

Lo sportello Integrato Sociosanitario collaborerà per la presa in carico della parte sociale con gli Sportelli di Cittadinanza, istituiti dagli Ambiti Territoriali Sociali, con funzioni di informazione, segretariato sociale, ascolto e accoglienza per prestazioni sociali semplici e/o socio-sanitarie complesse (Assistenza Domiciliare Integrata, Unità Valutazione Multidisciplinare).

b.1. **Segretariato per attivazione domande di:**

- Assistenza Domiciliare Integrata
- Richieste di semiresidenzialità e residenzialità extra ospedaliere per soggetti anziani, disabili, etc
- Interventi a favore della non autosufficienza di cui all'art. 46 ex L.R. 12/96 e D.G.R. n. 1106 del 20/10/2006
- Invalidità civile

b.2. **Gestione congiunta aspetti socio-sanitari:**

- Attivazione Assistenza Domiciliare Integrata
- Attivazione U.V.M

C. **Accoglienza e presa in carico delle richieste di semiresidenzialità e residenzialità extra ospedaliere per soggetti anziani, disabili, etc. Gestione congiunta aspetti socio-sanitari:**

- Informazioni sul Servizio e consegna modulistica, predisposizioni Carta dei Servizi
- Accettazione domande formulate da MMG o Medico ospedaliero ed utente
- Attivazione U.V.M
- Valutazioni sulla non autosufficienza
- Piano individualizzato assistenza (P.I.A.) in cui si nomina il Responsabile del caso (Case Manager)
- Graduatoria degli aventi diritto ed inserimento in liste d'attesa
- Attivazione delle procedure amministrative di autorizzazione e ricovero
- Contatti operativi diretti con altre Strutture Semplici nel caso di richieste di ricovero in strutture fuori distretto.

ART. 3 (I SOGGETTI IN RETE A LIVELLO TECNICO)

Nell'attesa di essere istituita l'Unità Distrettuale ai sensi della D.G.R. n. 1164 del 27/10/2006 punto 3 della narrativa, l'attività dello sportello comporta la messa in rete di:

U.O. AFFARI GEN... DIRIGENTE AMM... (Dott. Fulvio D...)

IL DIRIGENTE
RESPONSABILE U.O. AFFARI GENERALI

- per l'Ambito Sanitario N. 1/A.S.L. n. 2 SAVONESE il Direttore del DISTRETTO
- per la Zona n. 4 Albenganese, nella more della nomina del Direttore Sociale, il Responsabile della SEGRETERIA TECNICA di ZONA
- i Responsabili, o loro delegati, degli Ambiti Sociali del Distretto Socio-sanitario stesso (ex Zona/Ambito Sanitario)
- la Direzione Sanitaria Ospedaliera
- i Responsabili Dipartimentali dell'A.S.L.
- i Responsabili delle Strutture Semplici, ove attivate: Anziani, Disabili, Consultoriale, Medicina di Base, Salute Mentale e Tossicodipendenze del Distretto Sanitario n. 1.

ART. 4 (SOGGETTI FRUITORI/TARGET)

In fase di avvio sono fruitori del Servizio le persone - residenti nella Zona Sociale n. 4 Albenganese/Distretto Sanitario (ab.58.486) -, con problematiche complesse di tipo socio-sanitario, che richiedono l'attivazione della valutazione multidisciplinare, presa in carico e programma di assistenza personalizzato (P.I.A.) ed in particolare le fasce deboli (es. Anziani, Disabili, Minori e comunque soggetti con pluri patologie, che necessitano intervento multidisciplinare).

Art. 5 (AZIONI DA ATTIVARE)

1. Si prevedono le seguenti azioni ed interventi:
   - costruzione di una griglia di rilevazione, uniforme, dei servizi esitenti;
   - predisposizione e stesura di una guida ai Servizi Territoriali sia sanitari, socio-sanitari e sociali;
   - collegamento tra la Direzione Sanitaria Ospedaliera e/ Servizi Sanitari e Socio-Sanitari con i Servizi Sociali degli Ambiti Territoriali ;
   - coinvolgimento dei Medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e Medici specialisti ambulatoriali nel processo di integrazione socio-sanitario;
   - previa individuazione degli operatori referenti, costituzione dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare per la valutazione coordinata delle necessità assistenziali sociali e sanitarie sui singoli casi che necessitano di un intervento complesso, che sarà conforme agli indirizzi presenti nella deliberazione ASL 2 Savonese del 02/11/2006 n. 892 relativa a istituzione dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare dell'ASL 2.

U.O. AFFARI G... ATIVO
IL DIRIGENTE
RESPONSABILE U.O. AFFARI GENERALI
Dott. Angelo ANTONIOLI

ART. 6 (SEDI)

1. La logistica dello sportello si avvarrà:
   - **per la sede centrale dello sportello integrato sociosanitario** di un locale di proprietà del Comune di Albenga;
   - **per le sedi decentrate degli Sportelli di cittadinanza**: una sede per Comune capofila di Ambito Sociale attualmente n. 5 e precisamente nei Comuni di Andora, Albenga, Ceriale, Alassio (in via della Chiesetta n. 14) e c/o la Comunità Montana Ingauna. Potranno essere utilizzate anche sedi delle Associazioni di Volontariato che vorranno partecipare al progetto.

ART. 7 (TEMPI)

1. L'implementazione del progetto è prevista per il mese di dicembre 2006 e proseguirà per l'annualità 2007, sino al 30 novembre 2008.
2. L'articolazione oraria della apertura dello sportello, inizialmente è prevista 5 volte la settimana con la seguente fascia oraria:
   9,00 - 12,00 dal LUN. al VEN.
   14,00 - 16,00 MART. E GIOV.
3. Il presente protocollo ha la durata dall'implementazione del progetto, come sopra riportato, e sino al 30.11.08. Le parti concordano che potrà essere rinnovato per uguale periodo previa adozione di formale provvedimento di approvazione.

ART. 8 (PERSONALE)

1. Vengono messi a disposizione:
   - 2 operatori dell'ASL (1 amministrativo a tempo pieno ed 1 assistente sociale a 12 ore settimanali) senza determinare nuove assunzioni in merito;
   - 2 operatori del Comune di Albenga (1 operatore sociale a tempo pieno ed 1 Assistente sociale a 18 ore settimanali);
   - esterne all'ente: eventuali volontari delle associazioni che parteciperanno in una fase più avanzata al progetto.

ART. 9 (COSTI)

1. **Sono a carico dell'ASL n. 2 Savonese - Distretto Sanitario i costi per:**
   a) Attivazione:
   - Arredi Ufficio, materiale di consumo, nuovi computers ecc. € 4.000,00

IL DIRIGENTE U.O. AFFARI GENERALI

U.O. AFFARI GENERALI
IL DIRIGENTE

- Utenze allacci e spese
  allestimento e cablaggio impianti informatici € 1.400,00
- Formazione del personale equipe distrettuale € 1.000,00

Totale attivazione € 6.400,00

b) Esercizio annuo

- un amministrativo per 36 h settimanali € 31.600,00
- un assistente sociale per 12 h settimanali € 12.500,00

con la precisazione che verrà utilizzato solo il personale ASL 2 già in servizio

- utenze mensili (€300,00 al mese) € 3.600,00

contributo al comune di Albenga

Totale esercizio € 47.700,00

2. **Sono a carico del Comune di Albenga, in qualità di Comune capofila di Distretto Sociosanitario i seguenti costi:**

a) Attivazione :

- Arredi Ufficio, materiale di consumo, nuovi computers ecc. € 2.000,00
- Utenze, allestimento e cablaggio impianti informatici € 500,00
- Formazione del personale equipe distrettuale € 2.000,00

Totale attivazione € 4.500,00

b) Esercizio annuo:

- un operatore sociale per 36 h sett. € 26.700,00
- un assistente sociale per 18 h sett. € 18.300,00
- utenze mensili € 2.400,00

Totale esercizio € 47.100,00

07 DIC. 2006

Addì _____

per l'A.S.L. n. 2 Savonese

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Franco Bonanni)

per il Comune di Albenga
in qualità di Comune sede di Distretto Sociosanitario

IL FUNZIONARIO
(Dott. Antonio Giordano)

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO SANITARIO AMBITO 1
(Dott. Antonio Bortolaso)

AA/sf prot sportello integrato 23 11 2006.doc

DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. ALFONSO DIDONATO)

IL DIRETTORE SANITARIO

U.O. AFFARI GENERALI
IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO
(Dott. Fulvio DAMONTE)