



CITTA' DI VENTIMIGLIA

Distretto Sociosanitario n.1 Ventimigliese

Distretto Sanitario – ASL 1
Via E.Basso 2

Comune
Piazza della Libertà

Ventimiglia

PIANO INTEGRATO DI DISTRETTO SOCIOSANITARIO 2008 -2010

Comuni del Distretto Sociosanitario 1: Airole, Apricale, Bordighera, camproso, Castelvittorio, Dolceacqua, Isolabona, Olivetta San Michele, Perinaldo, Pigna, Rocchetta Nervina, San Biagio della Cima, Seborga, Soldano, Vallebona, Vallecrosia, Ventimiglia

Approvato dal Comitato dei Sindaci del Distretto Sociosanitario nella seduta del 30 giugno 2008 con Deliberazione n° 12

INDICE

1) Presentazione	<i>pag.03</i>
2) Premessa	<i>pag.05</i>
3) Analisi del contesto territoriale	<i>pag.07</i>
4) Le reti di offerta nel Distretto Sociosanitario Ventimigliese e le priorità da perseguire	<i>pag.19</i>
3.1 Rete 1- Accesso, cittadinanza e integrazione sociosanitaria	
3.2 Rete 2- Famiglia	
3.2.1 Servizi per la prima infanzia	
3.2.2 Famiglia	
3.2.3 Minori	
3.3.4 Adolescenti e Giovani	
3.2.5 Giovani e Adulti	
3.3 Rete 3- Non autosufficienza	
3.3.1 Domiciliarità	
3.3.2 Residenzialità e semi-residenzialità	
3.3.3 Disabilità	
3.4 Rete 4- Promozione della socialità e inclusione sociale	
3.5 Rete 5- Emergenza sociale	
3.6 Rete 6- Politiche attive per l'invecchiamento	
4) Risorse finanziarie	<i>pag.63</i>
5) Verifiche sulla realizzazione del Piano Distretto Sociosanitario	<i>pag.64</i>



CITTÀ di VENTIMIGLIA

DISTRETTO SOCIOSANITARIO

PRESENTAZIONE

Dopo la stipula della Convenzione fra Comuni ed ASL per la gestione del Distretto Sociosanitario, si approva il Piano Sociosanitario del Distretto.

L'art. 26 della Legge Regionale 12/06, "Promozione del sistema integrato di Servizi sociali e sociosanitari", al comma 1, prevede che il Piano Sociosanitario del Distretto abbia come scopo quello di realizzare lo sviluppo sociale locale e la tutela sociosanitaria della popolazione attraverso una appropriata organizzazione della rete dei Servizi.

E' in questa direzione che si è operato in predisponendo un atto di pianificazione che si è volutamente deciso di intitolare "Piano Integrato di Distretto Sociosanitario", in quanto rappresenta, infatti, il primo tentativo di pianificazione locale non solo sociale, ma sociosanitaria.

Piano "*integrato*" soprattutto per lo sforzo di collegare, al suo interno, le politiche prettamente sociali e sanitarie con quelle di più ampio respiro relative alla formazione, al lavoro, alla convivenza civile, ma anche perché frutto della stretta collaborazione con più Soggetti, con i quali si sono condivisi sia gli intendimenti che la concretezza dell'agire, riconoscendo al Terzo Settore ed alle Organizzazioni Sindacali il giusto ruolo di soggetti attivi nella programmazione sociale.

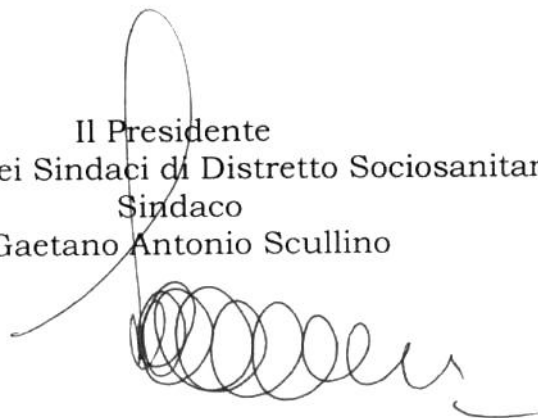
Si auspica che questo Piano non resti un atto puramente formale, ma possa divenire uno strumento di lavoro per gli Amministratori e per gli Operatori costituendo il retroterra necessario per le azioni programmatiche, i processi decisionali e l'operatività quotidiana.

Allo stesso modo si auspica che ciascun attore, sia pubblico che privato, svolga il proprio ruolo quale parte integrante di un unico sistema, con coerenza ma soprattutto con un obiettivo comune e condiviso: la realizzazione di interventi che superino i limiti della frammentazione e che abbiano effetti positivi e significativi sul benessere della popolazione.

Sarà mia premura dare ampia diffusione a questo atto, anche attraverso l'inserimento sul sito del Comune di Ventimiglia affinché possa essere più facilmente consultabile.

Un particolare ringraziamento è rivolto a chi ha predisposto e presentato il documento e quindi all'Unità Distrettuale (Direttore di Distretto Sanitario e Direttore Sociale) allo Staff di Distretto Sanitario ed alla Segreteria Tecnica, nonché a tutti i Soggetti che hanno collaborato a vario titolo alla sua stesura, non solo in questa occasione, ma nel corso degli anni.

Il Presidente
Comitato dei Sindaci di Distretto Sociosanitario
Sindaco
Gaetano Antonio Scullino

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'G' followed by a series of loops and a final flourish.

1. PREMESSA

Per poter meglio coniugare le specificità del territorio con le linee programmatiche per il triennio 2008/ 2010 e per una definizione delle linee d'intervento che s'intendono perseguire, non si può prescindere da un'analisi del territorio, dei bisogni espressi, delle criticità riscontrate e pertanto inizialmente vengono presentati alcuni "dati di contesto".

Un secondo punto riguarda l'analisi delle reti d'offerta nel territorio del Distretto Sociosanitario n° 1 Ventimigliese (di seguito DSS 1) come previste dal P.S.I.R.:

Rete 1 – Accesso, cittadinanza e integrazione sociosanitaria

Rete 2 – Famiglia

Rete 3 – Non autosufficienza

Rete 4 – Promozione della socialità e inclusione sociale

Rete 5 – Emergenza sociale

Rete 6- Politiche attive per l'invecchiamento.

Partendo dall'offerta attuale, si prevederà per ciascuna rete, in base agli indicatori prefissati dalla Regione Liguria, gli obiettivi che s'intendono raggiungere, le azioni di piano da avviare unitamente alle risorse che s'intendono impiegare.

Verranno, inoltre, identificati gli obiettivi d'integrazione sociosanitaria che l'ASL ed il DSS 1 intendono perseguire, in particolare:

- esigibilità dei livelli essenziali, quali: diritto all'accesso, alla valutazione multidimensionale, alla definizione di un percorso assistenziale personalizzato;
- non autosufficienza ed interventi per la permanenza a domicilio delle persone anziane e disabili;
- residenzialità per le persone fragili;
- sostegno alle responsabilità familiari e tutela del minore.

Questo Piano rappresenta il primo tentativo di pianificazione integrata ASL / Comuni.

Tuttavia qualsiasi forma di pianificazione integrata ha necessità di fondarsi su una base conoscitiva condivisa tra gli attori in gioco.

Quando in sede di Distretto Sociosanitario, in vista della programmazione, si affronta l'analisi dell'offerta di servizi e prestazioni s'incontrano facilmente due problemi: la difficoltà a reperire le informazioni ed ad incrociare dati che nella sanità e nel sociale vengono raccolti con stili, obiettivi, classificazioni diverse.

Ciò malgrado si dispone di un ampio patrimonio di informazioni sulla spesa sociale sostenuta per utenti e servizi: un patrimonio invisibile. I dati che lo costituiscono, infatti, sono registrati ma talvolta non trasformati in informazioni utili per la programmazione.

La raccolta dei dati all'interno dell'ASL possiede certamente un livello più avanzato di sintesi e di traduzione in informazione. Anche in questa sede esistono però dei limiti importanti dovuti all'eccessiva frammentazione dei dati nelle singole prestazioni, ai diversi stili e sistemi di rilevazione presenti nei servizi territoriali, ad una lettura più finalizzata a monitorare i carichi di lavoro che i servizi offerti all'utenza.

Pertanto nel Piano si è cercato, sia come ASL che come Comuni, ATS e DSS di mettere in comune alcuni dati relativi agli interventi ed ai costi sostenuti.

Il piano Sociosanitario non è la sovrapposizione dei contenuti del piano territoriale delle attività sanitarie e del piano sociale ma l'individuazione delle aree d'integrazione per le quali vi è necessità di una progettualità condivisa a partire dal linguaggio che deve diventare comune; il Piano delle attività territoriali dell'ASL è già stato presentato in Conferenza dei Sindaci e nei Comitati dei Sindaci del Distretto Sociosanitario, ma la progettualità in esso contenuta è squisitamente sanitaria e

contiene gli aspetti territoriali che devono essere condivisi ed integrati con questo piano sociosanitario

In conclusione sarà definito il sistema di monitoraggio e di verifica sull'applicazione del Piano che s'intende adottare a livello distrettuale.

In questi ultimi anni l'aumento del costo della vita, la precarietà sociale e lavorativa ha comportato cambiamenti negli stili vita delle persone ma, conseguentemente, anche all'interno dei servizi. E' variato sia il numero che la tipologia delle persone che si rivolgono agli sportelli di cittadinanza presso i Comuni e gli Ambiti Territoriali Sociali (di seguito ATS), è in aumento la richiesta di assistenza economica e la domanda di aiuto legata al rischio di esclusione sociale.

Si è registrata pertanto un'inversione di domanda, in passato più centrata sulla necessità di avere più "servizi" ora sul sostegno economico. La spinta verso l'assistenzialismo è forte nello stesso tempo le risorse all'interno degli Enti non sono sufficienti per soddisfare tutte le richieste, ma soprattutto non si registrano positivi risultati se l'aiuto economico non viene supportato da un intervento promozionale teso a migliorare il potenziale dell'individuo.

Diventa pertanto prioritario promuovere e sviluppare in questo triennio politiche attive ed integrate che si pongano come obiettivo quello di cambiare le condizioni nelle quali le persone sviluppano il loro potenziale, affinché queste possano diventare autosufficienti ed autonome, piuttosto che limitarsi a migliorare la situazione di bisogno provocata da tali condizioni.

Ciò richiede un'azione sinergica dei diversi soggetti che operano nel territorio, oltre la condivisione di obiettivi.

Le politiche attive nel territorio ventimigliese richiedono, ad esempio, una forte integrazione tra i settori sociale, del lavoro e della formazione per passare da misure di assistenza economica a quelle attive di accompagnamento alla formazione e al lavoro, un riconsiderare il "comparto dei servizi alla persona" come un ambito lavorativo di possibile espansione (in particolare ci si riferisce alla necessità di addetti all'assistenza alla persona a domicilio, di personale qualificato che possa operare presso le strutture residenziali).

Altri esempi potrebbero essere presentati, ma tutto ciò sarà ripreso nel Piano nella parte relativa alle azioni che si desiderano realizzare.

Un'altra area di particolare interesse sarà quella riguardante l'integrazione sociosanitaria. In questi anni si è registrato un numero crescente di persone anziane non autosufficienti che nel futuro prossimo avrà bisogno di cure di lunga durata, di buona qualità e con costi contenuti: occorrerà pertanto associare l'assistenza sanitaria con quella sociale, integrare le forme di aiuto formale con quelle informali in modo che le persone più fragili possano ricevere le cure più adeguate e nello stesso tempo che le responsabilità dell'assistenza non ricadano interamente sulla famiglia (ad oggi principalmente a carico delle donne).

Questo piano ha previsto la partecipazione di diversi Soggetti:

Comuni: Presidenti di ATS, Operatori degli ATS, Funzionari e Dirigenti dei Comuni per l'area servizi sociali e asili nido;

Azienda Sanitaria Locale Imperiese n° 1: Distretto Sanitario e Dipartimenti

Provincia di Imperia che ha partecipato alla progettazione di alcune azioni.

Organizzazioni Sindacali dei Pensionati incontrati nella fase iniziale per meglio approfondire gli aspetti relativi all'avvio del DSS e degli ATS e per le problematiche degli anziani;

Privato Sociale:

a) le quattordici Associazioni iscritte al Registro Regionale del Volontariato (settore sicurezza sociale e sanitario) con sede nel territorio del DSS, in vista della stesura del Piano distrettuale ed in considerazione di quanto indicato dalla Regione Liguria nel P.S.I.R., hanno avviato tra loro una serie di contatti e nominato referenti individuati in quattro associazioni: Organizzazione di Volontariato Caritas Intemelja, Seborga nel mondo, Comitato di Quartiere di Ventimiglia Alta, Associazione Spes- Auser.

b) rappresentanti della Lega Cooperative e Federsolidarietà- Confcooperative che hanno partecipato alla progettazione di alcune azioni.

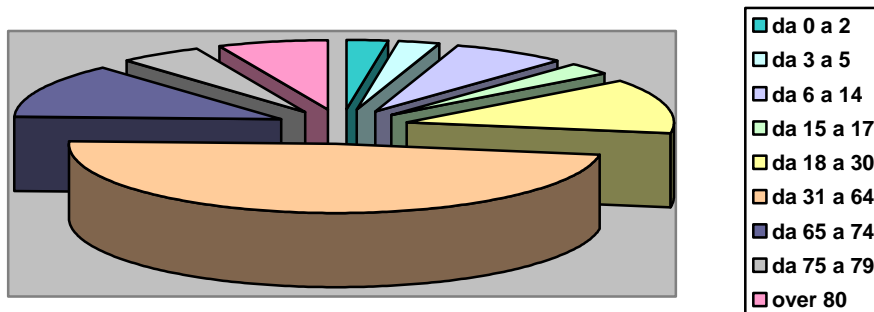
2. ANALISI DEL CONTESTO TERRITORIALE

La popolazione anziana (da 65 ad oltre 100 anni) rappresenta il 24,16% della popolazione residente sull'intero territorio del DSS 1, con punte massime nei Comuni dell'entroterra più lontani dalla fascia costiera e con rarefatta densità abitativa (Castelvittorio 41,53%, Pigna 32,05%, che inoltre registra la percentuale più alta di soggetti over 80, ovvero il 12,61%, Apricale 31,95%, Perinaldo 31,56%, Rocchetta Nervina 30,20%, Olivetta San Michele 29,96%); se a questo dato si aggiunge che, proprio in questi Comuni, la maggioranza dei soggetti produttivi svolge la propria attività lavorativa al di fuori del paese stesso (prevalentemente sulla costa) il quadro che ne emerge è quello di anziani le cui reti informali sono costituite, per la maggior parte della giornata, da coetanei. La dispersione su un territorio la cui morfologia sbilancia il rapporto distanza/tempo di percorrenza, dilatando enormemente quest'ultimo, e la rete dei trasporti pubblici non sempre adeguata alle esigenze degli anziani, rendono problematica la fruibilità dei Servizi presenti sulla costa.

Per quanto concerne i Comuni costieri o prossimi alla costa va segnalato come Bordighera raggiunga una percentuale di soggetti ultrasessantacinquenni residenti pari al 30,06% (con una quota di soggetti over 80 pari al 8,79%), mentre Camporosso sia il Comune di gran lunga più "giovane" di tutto il DSS 1 (la percentuale di soggetti anziani sulla popolazione totale rappresenta, infatti, solo il 18,00%).

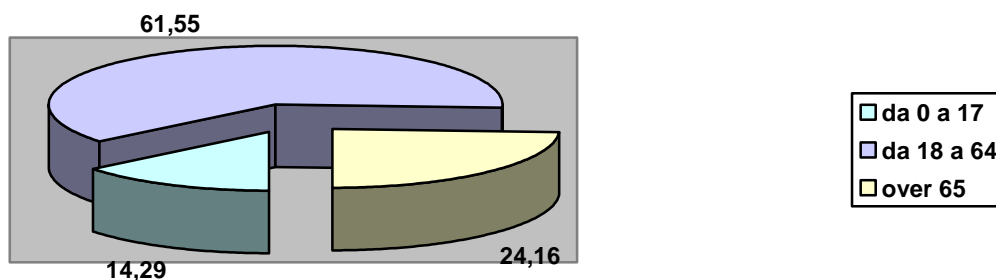
Vengono di seguito presentati alcuni grafici relativi alla distribuzione della popolazione residente nelle diverse fasce d'età.

Figura 1 – Popolazione del DSS 1 suddivisa in classi d'età.



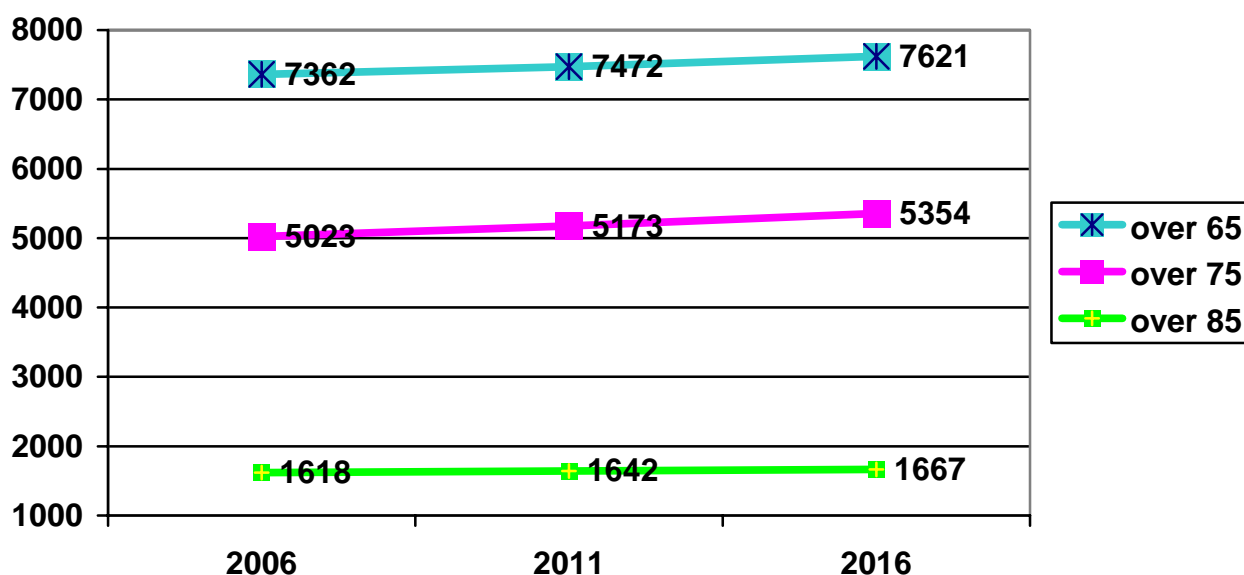
Fonte: ISTAT – 01/01/2007

Figura 2 – Popolazione del DSS 1 suddivisa in macroaree d'età (minori, adulti, anziani).



Fonte: ISTAT – 01/01/2007

Figura 3 – Proiezione della popolazione over 65, 75 e 85 anni, residente nel DSS 1, dal 2006 al 2016.

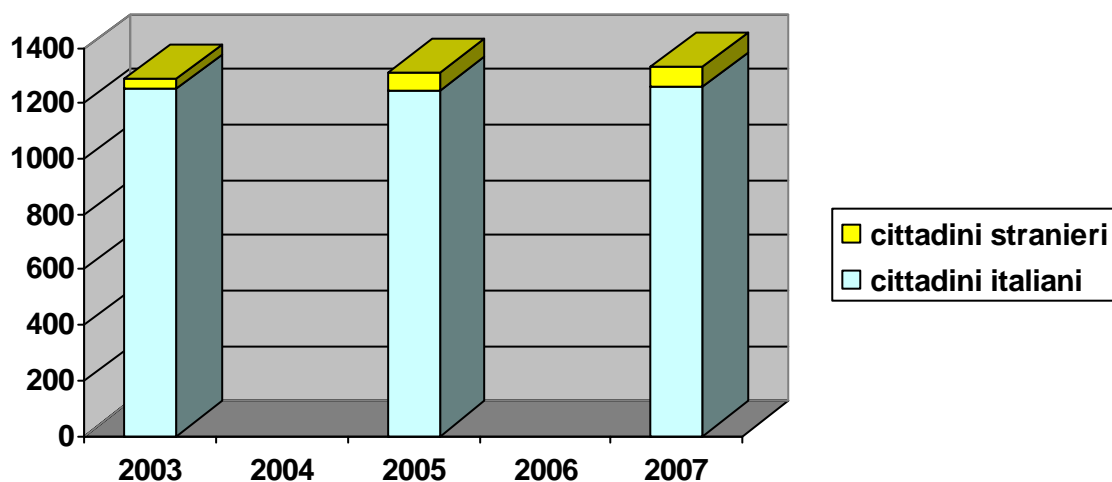


Fonte: nostra elaborazione sui dati ISTAT 2006.

Il grafico precedente mostra come, nella proiezione a cinque e dieci anni, la popolazione anziana aumenterà, anche se in modo non esponenziale.

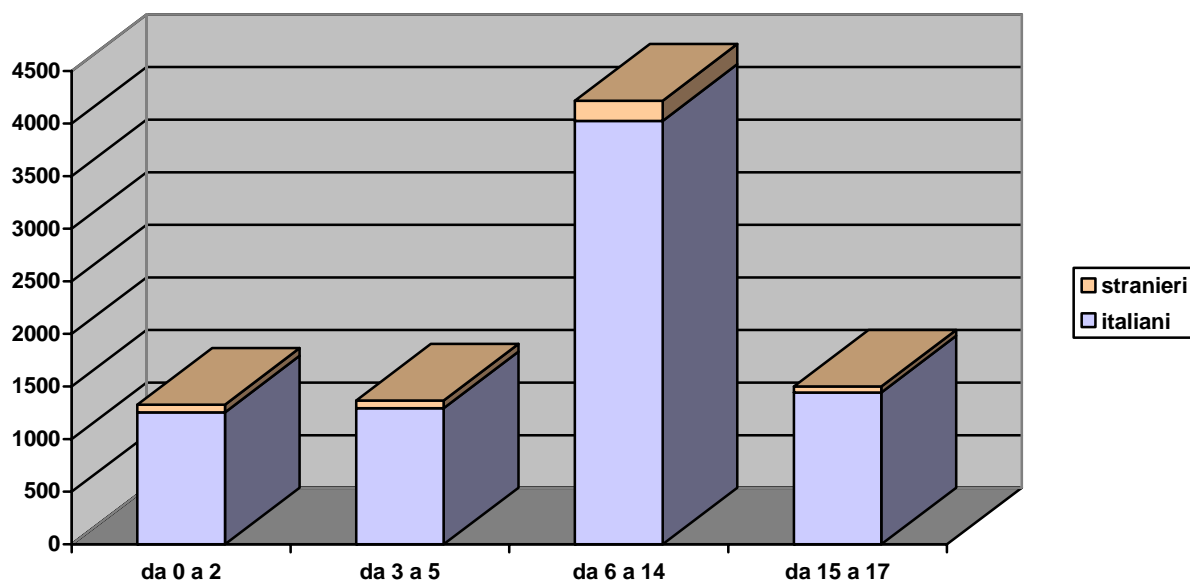
Per quanto riguarda i bambini d'età compresa fra 0 e 2 anni (complessivamente 1.329 unità) essi rappresentano complessivamente il 4,58% della popolazione del Distretto Sociosanitario; tale fascia, negli ultimi quattro anni ha avuto un incremento percentuale pari al 3,18%; tuttavia se si comparano i dati forniti dall'ISTAT per gli anni 2003, 2005 e 2007 si può notare come il numero di italiani sia rimasto pressoché stabile nel periodo considerato (1252 unità al 01/01/03, 1248 al 01/01/05 e 1256 al 01/01/07) mentre quello relativo ai bambini stranieri abbia subito un netto incremento (36 unità al 01/01/03, 59 al 01/01/05 e 73 al 01/01/07).

Figura 4 – Incremento della presenza di minori stranieri nella fascia fra 0 e 2 anni.



Fonte: ISTAT - Dati 2003/2007

Figura 5 – Incidenza dei minori stranieri sulla popolazione minorile del DSS 1 - 2007.



Fonte: ISTAT – 01/01/2007

La popolazione giovanile d'età compresa fra i 15 e i 25 anni (5.725 unità) risulta prevalentemente concentrata nella zona costiera o in quella immediatamente a ridosso (Ventimiglia 10,23%, Camposso 11,31%, Vallecrosia 9,14% e Bordighera 8,42%) eccezione fatta per alcuni dati riferiti alla fascia 18 - 25 anni, per la quale la presenza percentualmente più significativa viene registrata a Seborga (8,97%). Questo dato può essere interpretato ponendolo in relazione con quello relativo al mercato immobiliare: coppie giovani, in grado di spostarsi autonomamente, tendono ad acquistare o ad affittare alloggi nell'entroterra pur svolgendo la propria attività lavorativa e sociale nelle aree costiere.

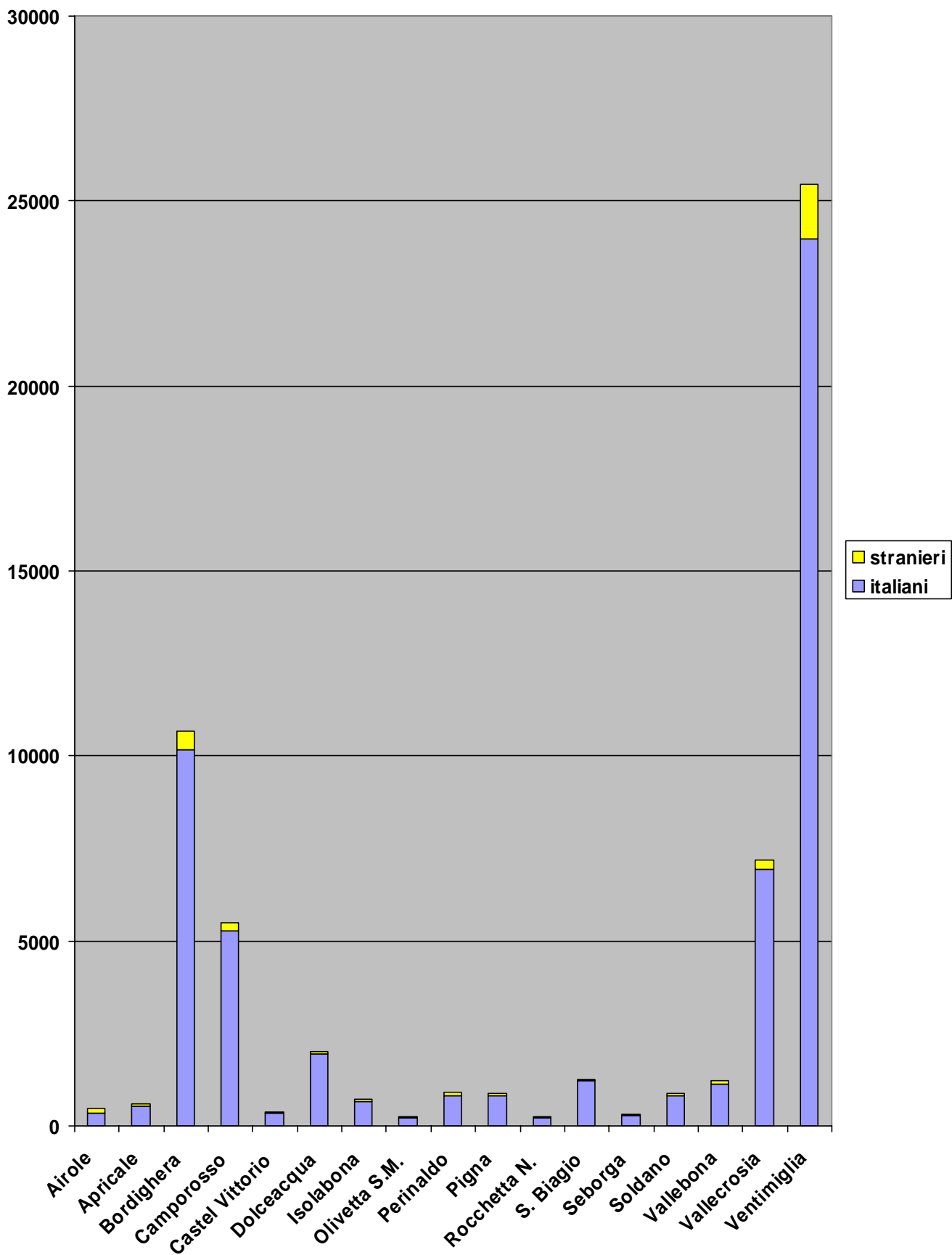
I ragazzi tra i 12 e i 14 anni (1.450 unità), che nel prossimo triennio saranno i nuovi giovani, rappresentano il 2,47% della popolazione totale.

Attualmente la presenza stanziale di immigrati, comunitari e non, appare più consolidata (i cittadini stranieri presenti sul territorio del DSS 1 sono passati, secondo i dati ISTAT al 01/01/2003, dal 3,54% della popolazione totale al 5,40% calcolato in base alle presenze al 01/01/2007; il dato appare più significativo se lo si considera in termini di incremento percentuale: la popolazione autoctona del DSS 1 (55.095 unità al 01/01/2003 e 55.710 unità al 01/01/07) è infatti aumentata del 1,12%, mentre quella straniera (2.023 unità al 01/01/2003 e 3.181 unità al 01/01/07) del 57,24%, con due "novità" sotto il profilo etnico:

- i latino-americani: si tratta di un'immigrazione al femminile ed in netta espansione, infatti al 01/01/2003 su 219 soggetti provenienti dal centro/sud america 151 erano donne (il 68,94%), il gruppo dominante era costituito dalle Ecuadoriane (93), seguite dalle Peruviane (14); prendendo a riferimento i dati ISTAT al 01/01/2007, si nota come la percentuale relativa alla presenza femminile sia aumentata arrivando al 69,65% della popolazione centro/sudamericana totale (su 346 soggetti 241 sono donne), la nazionalità più rappresentata è ancora quella Ecuadoriana (146), seguita dalla Peruviana (20); queste donne risultano per lo più occupate nel settore della cura domiciliare, quasi totalmente presso famiglie, e "richiamate" nel ventimigliese probabilmente da una organizzazione sommersa ma evidentemente efficace; i nuclei familiari latino-americani si accostano spesso ai Servizi Sociali, con richieste prevalentemente orientate ad ottenere contributi economici ad integrazione del reddito, all'aiuto nel pagamento del canone di locazione ed alla riduzione

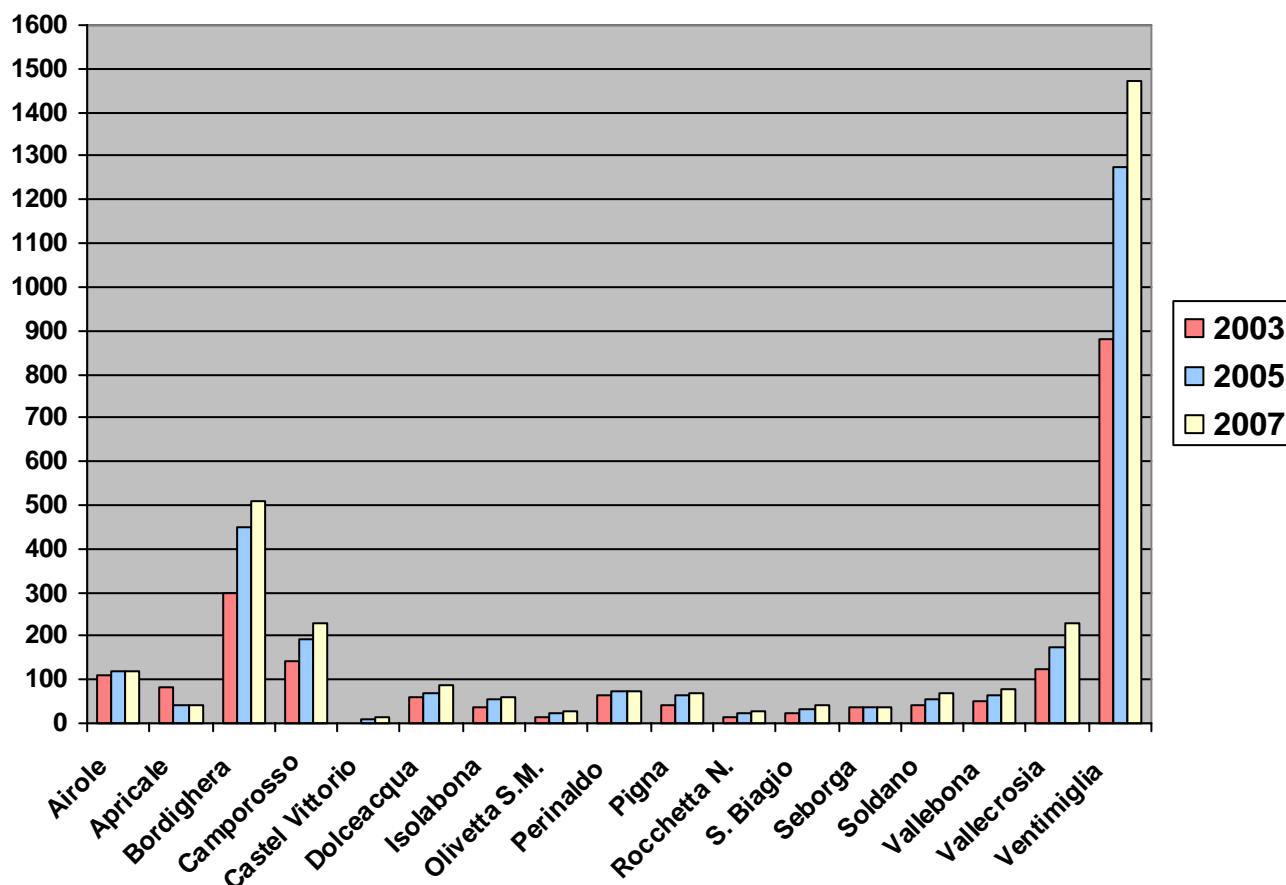
- dei costi relativi all'utilizzo di Servizi per la Prima infanzia o afferenti all'area educativo-scolastica (esonero rette, riduzione dalle tariffe relative alla refezione scolastica);
- i cinesi che hanno aperto varie attività commerciali creando una loro organizzazione autonoma rispetto ad esempio all'avvio al lavoro e alla mediazione sociale nei confronti delle istituzioni; confrontando i dati del 2003 con quelli del 2007 emerge come i soggetti di etnia cinese siano passati in quattro anni da 41 a 102 e come tale popolazione sia fortemente concentrata sulla costa, e soprattutto a Ventimiglia, città con più forte vocazione allo scambio, dove attualmente si calcola che circa l'8% delle attività commerciali siano loro intestate e dove vive il 91,18% della popolazione totale del DSS relativa a quest'etnia (nel 2003 l'87,80%); non ci sono scostamenti di rilievo fra popolazione femminile e maschile; vi è poco ricorso ai Servizi sociali territoriali.

Figura 6 – Presenza di cittadini stranieri nei singoli Comuni del DSS 1 – Anno 2007



Fonte: ISTAT – 01/01/2007

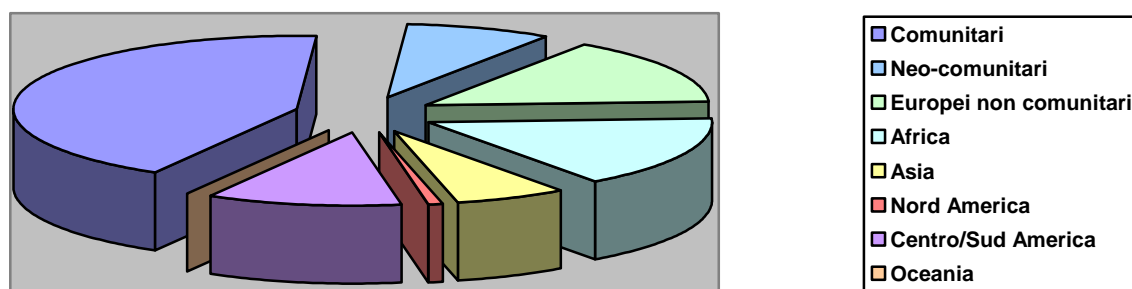
Figura 7 – Andamento della presenza di residenti stranieri nei singoli Comuni del DSS 1 nel periodo 2003/2007



Fonte: ISTAT: Dati 2003/2007

Se si analizza l'intero fenomeno dell'immigrazione stabile si nota subito come, rispetto alle presenze censite al 01/01/2007, esso sia variegato in termini di provenienza: i 3181 soggetti residenti nel DSS 1 provengono da 89 diversi paesi. Se si prendono poi in esame tali dati aggregati per continente, risulta come i cittadini provenienti da Nazioni africane rappresentino il 15,65% del totale degli stranieri presenti nel del DSS 1, seguiti dagli europei non comunitari (14,87%), dai centro/sudamericani (10,88%) e dagli europei neo-comunitari (8,11%). Escludendo la Francia, la nazione in assoluto più rappresentata è il Marocco (361 unità, pari al 11,35% degli stranieri residenti nel DSS 1), anche se la crescita relativa a tale etnia, nel periodo di riferimento, non ha avuto impennate; per alcune nazionalità la presenza è raddoppiata: i cittadini rumeni sono passati in quattro anni da 64 a 156, quelli ucraini da 41 a 85 e quelli turchi da 16 a 28.

Figura 8 – Presenze straniere nel DSS 1 aggregate per zona geografica di provenienza – Anno 2007



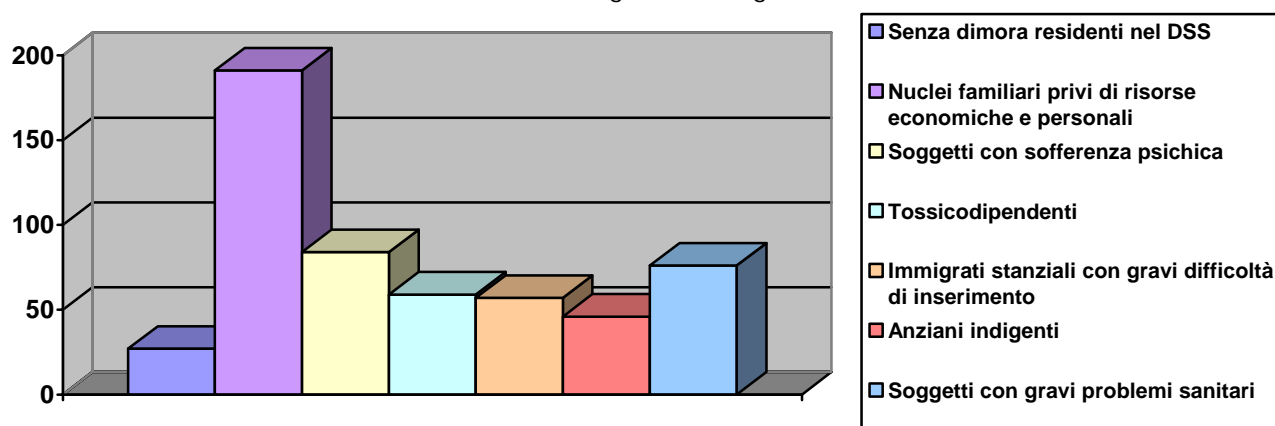
Fonte: ISTAT – 01/01/2007

Il dato degli stranieri iscritti all'anagrafe sanitaria conferma quanto esposto; si è infatti passati, sul territorio dell'ASL 1 Imperiese, dal dato 2001 di 6549 iscritti all'anagrafe sanitaria all'attuale dato di 9452 unità.

Per quanto concerne l'area relativa alla grave emarginazione sembra interessante riportare i dati forniti dall'Associazione di Volontariato Caritas Intemelja – Onlus, riferiti all'attività svolta nel corso del 2007.

Gli utenti in carico stabilmente all'Associazione durante il 2007 sono stati 389 (per l'85% circa di nazionalità italiana), 28 in più rispetto al 2006; il grafico che segue riporta l'utenza suddivisa per tipologia di disagio; il dato non è sommabile in quanto un unico soggetto può presentare, o aver presentato nel corso dell'anno, più disagi.

Figura 9 – Utenza afferita alla Caritas suddivisa in categorie di disagio – anno 2007

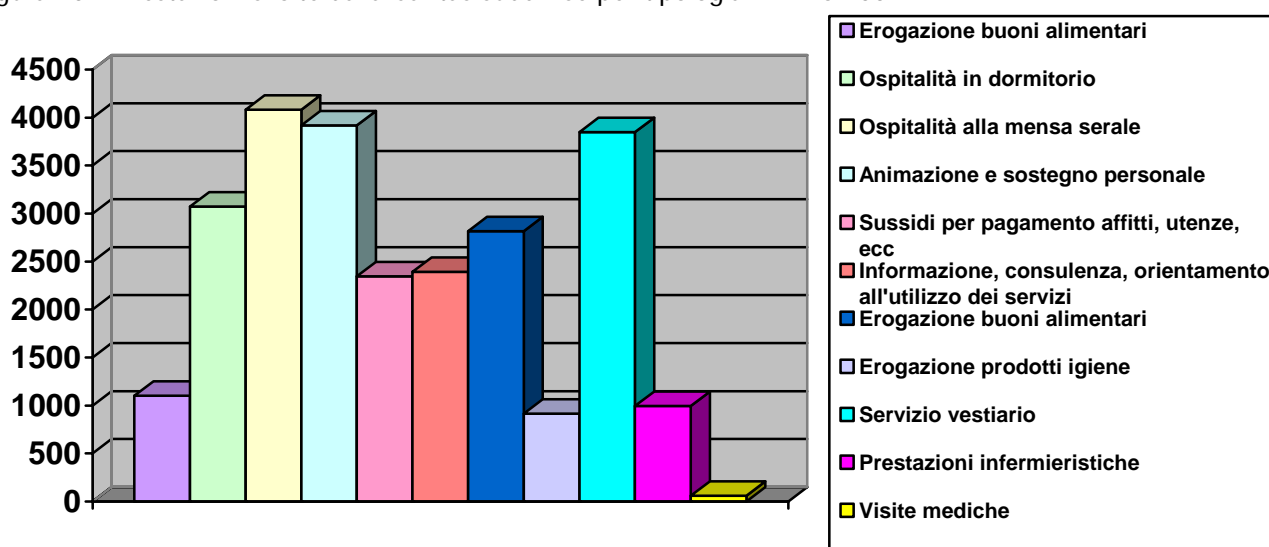


Fonte: Caritas Intemelja – Relazione sull'attività svolta nell'anno 2007

Inoltre nel corso dell'anno hanno avuto contatti con gli sportelli della Caritas n. 1200 persone "di passaggio", di cui 222 senza fissa dimora di nazionalità italiana non residenti a Ventimiglia e 978 stranieri in transito.

Il numero di prestazioni complessive erogate durante l'anno, suddivise per tipologia, viene evidenziato nella figura 9.

Figura 10 – Prestazioni svolte dalla Caritas suddivise per tipologia – Anno 2007



Fonte: Caritas Intemelja – Relazione sull'attività svolta nell'anno 2007

Pare interessante, per meglio identificare il territorio, presentare alcuni dati relativi al profilo formativo e occupazionale dei residenti nel DSS 1, elaborati dai dati del Censimento ISTAT 2001.

La distribuzione relativa al profilo formativo dei residenti risulta piuttosto omogenea tra le diverse aree territoriali, nonostante si evidenzino leggeri scostamenti tra i diversi titoli di studio; l'ATS 1 - Ventimiglia ha la presenza del maggior numero di laureati con la misura del 5% circa.

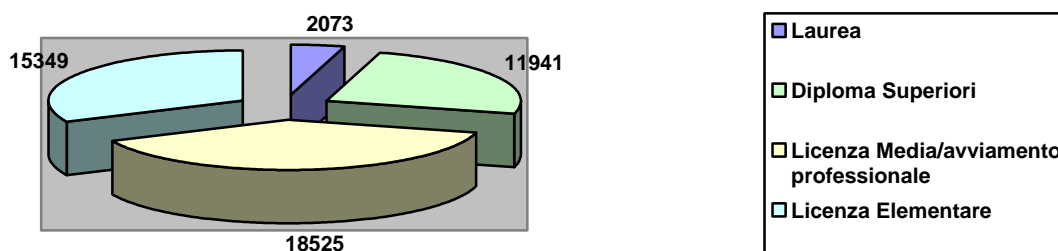
Tabella 1 – Distribuzione dei titoli di studio dei residenti nel Distretto sociosanitario n. 1 Ventimigliese, valori assoluti e percentuali sui totali degli ATS, anno 2001

ATS	Laurea	Dipl. sup.	Lic. Med. / Avv. prof.	Lic. Elem.	Alfabeti privi di titoli di studio		Analfabeti		Totale
					Totale	Di cui: over 65	Totale	Di cui: over 65	
Ventimiglia	1191	5232	8387	6581	2268	805	536	377	25.377
Camporosso	358	1816	3110	2990	853	305	130	92	9.654
Vallecrosia	405	2066	3318	2835	821	279	121	78	9.923
Bordighera	119	2827	3710	2943	1315	271	130	91	11.406
TOTALE	2.073	11.941	18.525	15.349	5.257	1.660	917	638	56.360

Valori %									
ATS	Laurea	Dipl. sup.	Lic. Med. / Avv. prof.	Lic. Elem.	Alfabeti privi di titoli di studio		Analfabeti		Totale
					Totale	Di cui: over 65	Totale	Di cui: over 65	
Ventimiglia	4,7	20,6	33,1	25,9	8,9	3,2	2,1	1,5	100,0
Camporosso	3,7	18,8	32,2	31	8,8	3,2	1,4	0,9	100,0
Vallecrosia	4	20,8	33,3	28,5	8,2	2,7	1,2	1,3	100,0
Bordighera	1,1	24,8	32,5	25,8	11,5	2,3	1,2	0,8	100,0

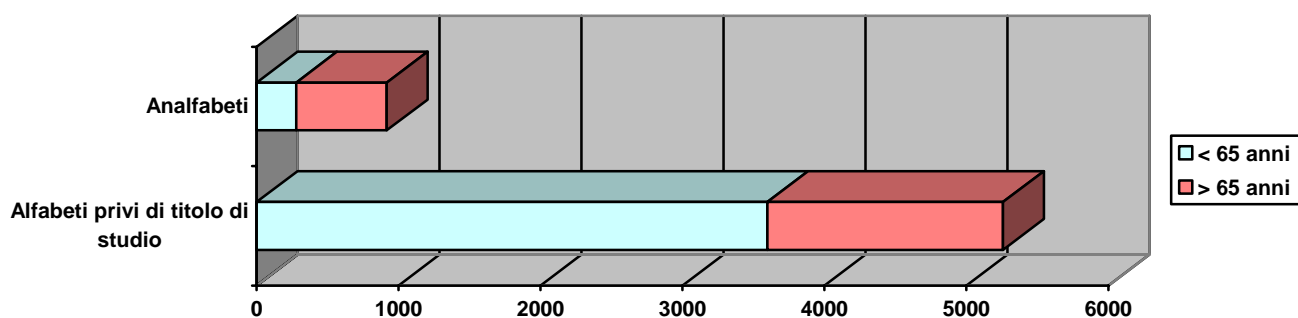
Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT Censimento 2001

Figura 11 – Distribuzione dei titoli di studio nel DSS 1 – anno 2001



Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT Censimento 2001

Figura 12 – Analfabeti ed alfabeti privi di titolo di studio nel DSS 1 – anno 2001



Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT Censimento 2001

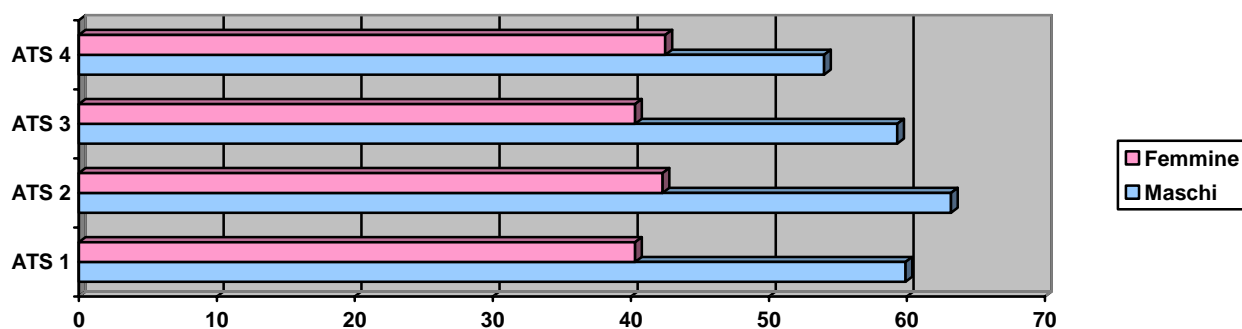
L'ATS 2 – Val Nervia si caratterizza per un elevato tasso di attività (52,2 %), mentre è interessante rilevare che sussiste un esiguo scarto (0,6 punti percentuali) tra l'ATS 1 - Ventimiglia (49,7%) e l'ATS 3 - Vallecrosia (49,1%). Nell'ATS 1 si evidenzia una netta prevalenza di uomini attivi sul mercato del lavoro, dove la distinzione per genere è maggiormente marcata fino a raggiungere uno scarto di quasi 30 punti percentuali.

Tabella 2 – Tasso di attività dei residenti negli ATS del DSS, dettaglio per genere, anno 2001

ATS	Genere		Totale
	Maschi	Femmine	
Ventimiglia	59,9	40,3	49,7
Camporosso	63,2	42,3	52,5
Vallecrosia	59,3	40,3	49,1
Bordighera	54,0	33,2	42,5

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT Censimento 2001

Figura 13 – Tasso di attività dei residenti negli ATS del DSS, dettaglio per genere, anno 2001



Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT Censimento 2001

Il più elevato tasso di occupazione si registra nell'ATS 2 – Val Nervia (47,8%), mentre il più elevato tasso di disoccupazione si riscontra nell'ATS 1 - Ventimiglia (12,1%).

Tabella 3 – Tassi di occupazione e disoccupazione dei residenti negli ATS del DSS 1, anno 2001

ATS	Tasso di occupazione	Tasso di disoccupazione
Ventimiglia	43,7	12,1
Camporosso	47,8	9,0
Vallecrosia	43,5	11,5
Bordighera	38,1	10,5

Fonte: elaborazione su dati ISTAT Censimento 2001

La distinzione per settori di attività enfatizza una preponderanza del settore terziario che non risulta inferiore al 56,9% (ATS 2 – Val Nervia) fino a raggiungere una percentuale del 69% nell'ATS 4 - Bordighera. L'attività agricola è particolarmente presente nell'ATS 2 (15,9%), dovuta alla forte presenza di floricoltori, mentre l'attività industriale è percentualmente maggiore nell'ATS 1 - Ventimiglia nonostante sussista uno scarto di solo 0,1 punto percentuale con l'ATS 2, notoriamente zona agricola ed industriale di tutto il DSS 1.

Si evidenzia che in pochissimi anni in alcune realtà territoriali vi sarà una crescita esponenziale del settore terziario in particolare nell'area dei servizi alla persona: ciò è dovuto alla creazione di nuove strutture residenziali che richiederanno personale specializzato nel campo dell'assistenza.

Tabella 4 – Settori di attività economica in cui sono impiegati i lavoratori residenti negli ATS del DSS 1, dettaglio per settore di attività, valori assoluti, anno 2001

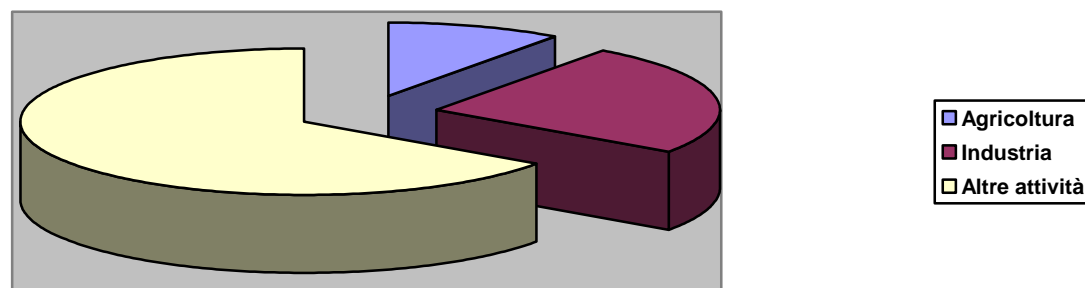
ATS	Attività economica			
	Agricoltura	Industria	Altre	Totale
Ventimiglia	730	2.603	6.274	9.607
Camporosso	328	558	1.170	2.056
Vallecrosia	319	608	1.825	2.752
Bordighera	420	664	2.420	3.504

Fonte: elaborazione su dati ISTAT Censimento 2001

Valori % sul totale dell'ATS				
Ventimiglia	7,6	27,1	65,3	100,0
Camporosso	15,9	27,2	56,9	100,0
Vallecrosia	11,6	22,1	66,3	100,0
Bordighera	12,0	19,0	69,0	100,0

Fonte: elaborazione su dati ISTAT Censimento 2001

Figura 14 – Lavoratori residenti nel DSS 1 suddivisi per settore di attività economica, valori assoluti



Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT Censimento 2001

Questi ultimi dati possono esprimere un bisogno di orientamento/accompagnamento alla formazione ed al lavoro; considerato, inoltre, che questo territorio è “area di frontiera” occorre sviluppare una politica volta ad una maggiore conoscenza della realtà europea e delle possibilità esistenti a livello di cooperazione transfrontaliera.

Nell’ambito di un ampio e articolato programma di lavoro previsto dai membri della Partnership EMPOWERMENT, nel luglio 2006, una équipe di ricerca è stata incaricata di svolgere un’indagine quanti-qualitativa sul fenomeno del frontalierato nel territorio ventimigliese.

Obiettivi dichiarati – a partire dalla ricognizione dei dati strutturali disponibili – era l’analisi delle motivazioni alla base del calo dei lavoratori italiani frontalieri, la verifica delle iniziative di cooperazione transfrontaliera messe in campo e dell’applicazione dei protocolli istituzionali esistenti, il reperimento di informazioni strutturate sui fabbisogni occupazionali al di qua e al di là della frontiera e sui bisogni formativi che a questi corrispondono per poi arrivare alla formulazione di proposte e suggerimenti in ordine alla progettazione di servizi per i lavoratori transfrontalieri che tenessero conto delle esigenze specifiche del territorio e delle concrete possibilità di integrazione del mercato del lavoro dell’area oggetto d’indagine (i territori gravitanti intorno alle città di Imperia di Nizza e di Monaco).

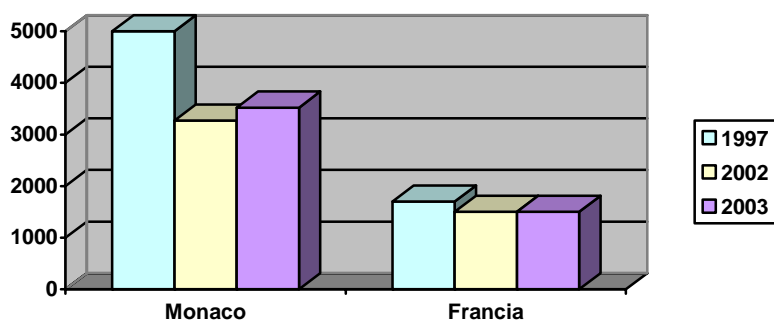
Nonostante l’oggettiva povertà di informazioni disponibili, sia di fonte italiana che estera, le tabelle ed i grafici che seguono, mutuati dalla pubblicazione “*Progetto Equal Empowerment – I bisogni formativi degli operatori sociali ed il mercato del lavoro transfrontaliero*”, offrono alcuni dati sul fenomeno del frontalierato verso il Principato di Monaco e la Francia.

Tabella 5 – Lavoratori frontalieri residenti in Provincia di Imperia verso il Principato di Monaco per nazionalità – anno 2004

Nazionalità	Numero
Italiana	3.017
Francese	344
Altri Paesi UE	150
Paesi extra UE	24
totale	3.535

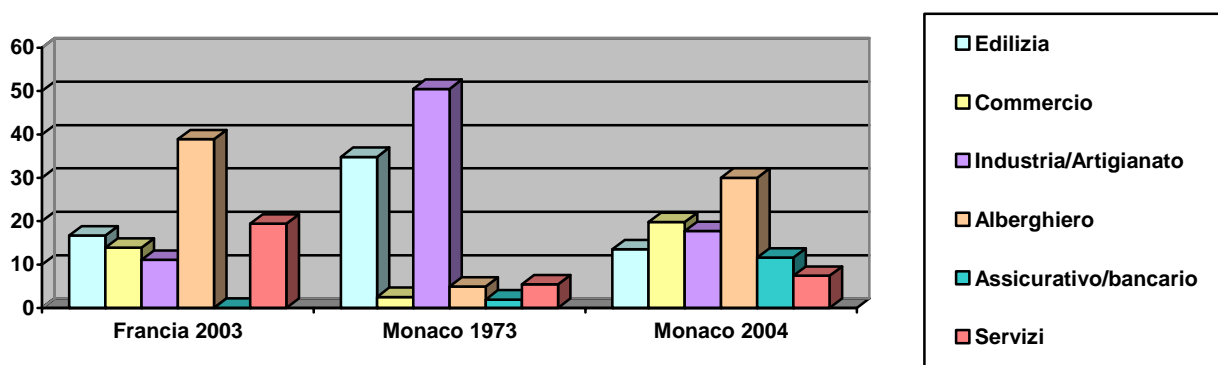
Fonte: CPAM delle Alpi Marittime e Cassa di Sicurezza sociale del Principato di Monaco – anno 2004

Figura 15 – Lavoratori frontalieri italiani verso il Principato di Monaco e la Francia – anni 1997/2002/2003



Fonte: Il Sole 24 ore – Stime su dati di varia origine – anno 2003

Figura 16 – Lavoratori frontalieri italiani per settore d’impiego – Valore in percentuale



Fonte: EURAZUR – anno 2004

Il grafico precedente rende l’idea della mutazione del mercato del lavoro monegasco nel senso della terziarizzazione. Se nel 1973 edilizia e industria/artigianato occupavano a Monaco la quasi totalità dei frontalieri provenienti dall’Italia oggi i settori trainanti sono quelli alberghiero, del commercio e dei servizi. A ciò va aggiunto che Monaco ha previsto di chiudere l’80% degli insediamenti produttivi entro il 2015.

Dalle indicazioni raccolte dall’equipe di ricerca di Equal – Empowerment attraverso le interviste a referenti privilegiati, soprattutto lavoratori, le esigenze da soddisfare sono essenzialmente le seguenti:

1. informazioni mirate sulle opportunità offerte dal mercato del lavoro transfrontaliero
2. formazione linguistica e trasversale per tutti gli aspiranti lavoratori
3. riqualificazione professionale lavoratori difficilmente collocabili
4. protezione sociale e mantenimento del posto di lavoro
5. sostegno allo sviluppo economico-territoriale

Queste esigenze sono indicate in ordine di complessità nel senso che dalla prima all’ultima crescono i livelli di intervento da coinvolgere e coordinare e gli *stake holder* da includere nella costruzione delle politiche correlate.

Si può comunque dire che l’importanza dei cinque punti è analoga, quindi tutti vanno affrontati se si vuole davvero incidere in maniera evolutiva sul mercato del lavoro transfrontaliero.

Negli ultimi anni è cresciuto, inoltre, il ricorso ai Servizi di soggetti o nuclei familiari sfrattati e con difficoltà a reperire altre abitazioni sul mercato. La maggior parte di questi sfratti è dovuta a morosità e quindi tali soggetti non possono godere delle forme di tutela previste dalla Legge nei confronti di persone anziane, disabili o fasce deboli. Alcune sono vere e proprie morosità (non è più stato pagato l’affitto), altre sono morosità “parziali” (il canone di locazione non è stato pagato per alcuni mesi, ma è stato poi saldato successivamente, non sono state pagate le spese condominiali o non sono state pagate alcune mensilità per contenziosi sui lavori di manutenzione). Gli sfratti per

finita locazione colpiscono prevalentemente le persone anziane, con reddito minimo, che vivono nella stessa dimora da lungo tempo e pagano canoni di importo medio-basso; la ricerca di un nuovo alloggio diviene difficoltosa in quanto, generalmente, i canoni di affitto risultano molto superiori rispetto a quello relativo alla vecchia abitazione.

Dai dati presentati scaturisce la fotografia di un territorio:

- ad alto tasso di invecchiamento, solo in parte compensato da una ripresa demografica affidata per lo più a nuclei stranieri;
- dove la percentuale di soggetti con basso o nessun titolo di studio raggiunge il 69,43%;
- in cui il tasso di disoccupazione (10,8% circa nel 2001) è più alto rispetto a quello relativo all'intero territorio nazionale (9,5% circa nel 2001, con valore minimo del 2,5% in Trentino e massimo del 25,6% in Calabria); tale situazione potrebbe essere aggravata dalla trasformazione verso la terziarizzazione del mercato del lavoro monegasco;
- in cui esiste una forte sperequazione fra domanda ed offerta di alloggi in locazione, soprattutto a canoni accessibili.

3. LE RETI DI OFFERTA NEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 1 – VENTIMIGLIESE E LE PRIORITA' DA PERSEGUIRE

In questa parte si presentano alcuni dati relativi alle reti d'offerta, così come individuate dal PSIR; per ogni rete è stata inserita una tabella inerente la tipologia degli interventi/servizi svolti dagli ATS e dal DSS 1 – Componente sociale ed il numero di beneficiari o di interventi erogati nel corso del 2007; sono, inoltre, state inserite alcune tabelle relative alla spesa sia sociale che sanitaria riguardanti i campi in cui si sviluppano maggiormente le attività a forte rilevanza socio sanitaria, nonché le priorità e conseguentemente le Azioni di Piano che si intendono perseguire nel triennio, mettendo in particolare evidenza quelle che richiedono una forte integrazione fra i diversi sistemi.

Per facilitare la lettura delle tabelle che seguiranno, identificando con maggiore chiarezza gli Enti erogatori, si è deciso di utilizzare le voci "ASL" e "COMUNI".

3.1 Rete 1 – Accesso, Cittadinanza ed Integrazione Socio sanitaria

Si elencano, di seguito, alcuni dati relativi all'offerta sia dei Comuni che dell'ASL.

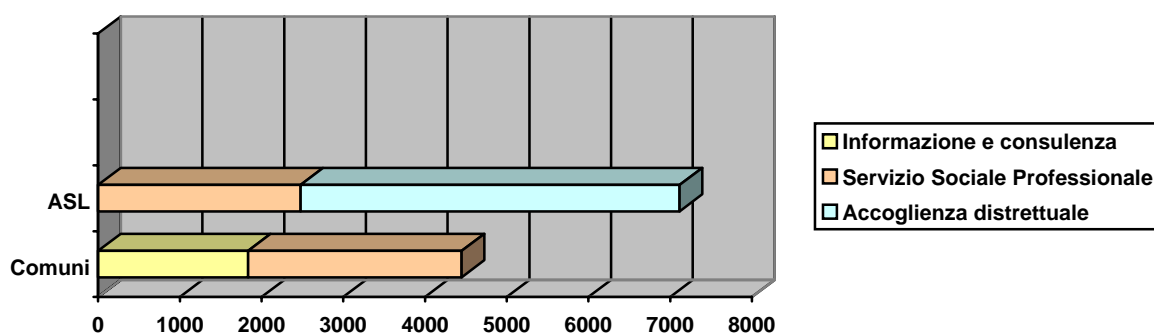
Servizio (ATS – Sportelli di cittadinanza)	Utenti / Prestazioni 2006	Spesa 2006
Servizio sociale professionale	2.596	279.537
Segretariato Sociale, informazione e consulenza	1.835	175.585

Fonte: elaborazione su dati ISTAT "Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati - Anno 2006";

TIPOLOGIA DI INTERVENTO	NUMERO INTERVENTI	
	ASL	COMUNI
informazione e consulenza		1.835
servizio sociale professionale	2477	2.596
solo accoglienza distrettuale (*)	4.639	

- Sportello accoglienza, che comprende anche le attività di protesica

Figura 1 – ACCESSO: Numero di interventi erogati nel DSS 1 suddivisi fra Comuni ed ASL



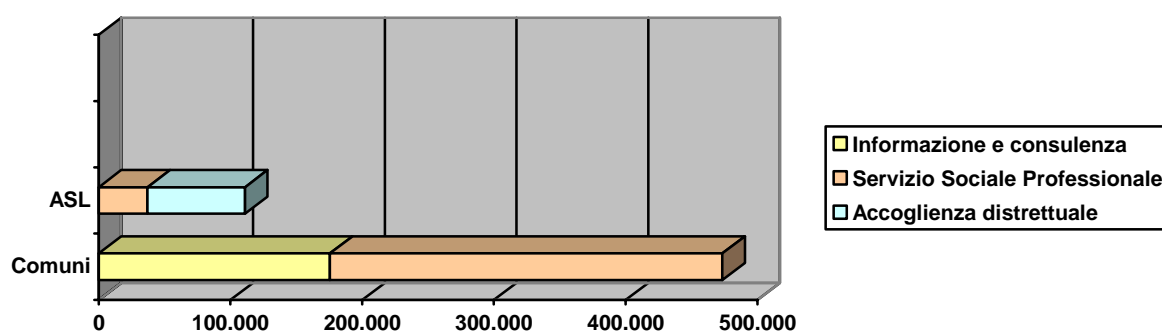
Fonte: elaborazione su dati ISTAT "Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati - Anno 2006"; e debito informativo aziendale e regionale – Anno 2007 ASL1

Con le tabelle ed i grafici seguenti si indicano le spese sostenute dai due Enti per quanto riguarda l'accesso ai Servizi.

TIPOLOGIA DI INTERVENTO	SPESA *	
	ASL	COMUNI
informazione e consulenza		€ 175.585
servizio sociale professionale	€ 37.000,00	€ 297.747
accoglienza distrettuale	€ 74.000,00	

La spesa relativa alle attività ASL indicate in tabella è attribuibile ai costi per il personale assegnato alle Cure Primarie ed al Distretto. Una quantificazione dei costi deve tenere conto della tipologia di attività espletate, del tempo e delle figure professionali dedicate, della sede di erogazione.

Figura 2 – ACCESSO: Spesa relativa agli interventi erogati nel DSS 1

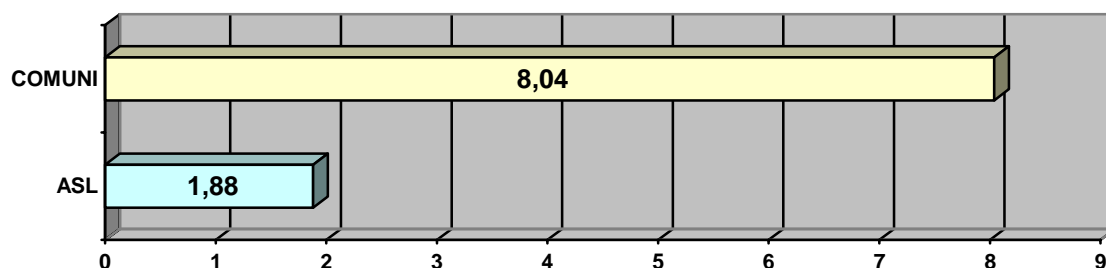


Fonte: elaborazione su dati ISTAT "Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati - Anno 2006"; e debito informativo aziendale e regionale – Anno 2007 ASL1

A) spesa media per abitante

Spesa accesso Comuni	€ 8,04
Spesa accesso ASL	€ 1,88
RESIDENTI	58.891

Figura 3 – ACCESSO: Spesa media per abitante



Fonte: elaborazione su dati ISTAT "Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati - Anno 2006"; e debito informativo aziendale e regionale – Anno 2007 ASL1

Seguono le priorità che si intendono perseguire nel triennio.

RETE 1 – ACCESSO, CITTADINANZA E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	Interventi e/o Servizi	Situazione al 2007	Previsione nel triennio 2008-2010
Assetto istituzionale e organizzazione della rete assistenziale	Costituzione delle associazioni intercomunali di ATS mediante stipula di convenzioni	Costituiti i quattro ATS, convenzioni approvate dai 17 Consigli Comunali	Incontro annuale del Collegio di Vigilanza per i compiti previsti art. 12 delle convenzioni
	Costituzione delle associazioni intercomunali di DSS mediante stipula di convenzioni tra i Comuni Capofila di ATS e l'Azienda Sanitaria Locale	Costituito il Distretto Sociosanitario Ventimigliese n° 1 convenzione approvata dai 4 Comuni Capofila di ATS e dall'ASL 1	Attuazione degli impegni assunti in convenzione. In particolare incontro annuale del Collegio di Vigilanza per i compiti previsti art. 13 delle convenzioni
	Sportello di cittadinanza in ogni ATS	Presenti nei 4 Comuni sede di ATS e poli decentrati in altri 12 Comuni	Mantenimento degli sportelli e maggiore coordinamento
Realizzazione di una rete integrata di servizi sociosanitari	Costituzione dell'Unità Distrettuale (U.D.)	Operativa da maggio 2007. L' U.D. è supportata dall'Ufficio di Staff del Distretto sanitario composto da un Coordinatore Infermieristico, un Coordinatore Amministrativo, una Assistente Sociale ed un Responsabile Struttura Semplice Cure Domiciliari e dalla Segreteria Tecnica di DSS, composta da una unità amministrativa e personale Tecnico (Assistente Sociale Specialista per 36 ore settimanale) ed i Coordinatori di ATS	Mantenimento dell' UD e dei relativi Uffici e del Comitato Distrettuale
	Unità di valutazione multidisciplinare (UVM)	Già operativa dal 2004	Sarà rivisto il regolamento di funzionamento della UVM alla luce di quanto previsto nell'assetto organizzativo dei DSS dal PSIR e della DGR 1287/07 entro il 2008
	Sportello Integrato SocioSanitario	Lo Sportello di Accoglienza presso la sede del Distretto Sanitario Ventimiglia operava come SPIS solo per il Fondo della Non Autosufficienza, servizio di telesoccorso, Custodi sociali, Assistenza domiciliare integrata	Entro il 2008 verranno ampliate le funzioni dello sportello su tutte le reti integrate. Nel 2008/09 sarà attivato un secondo sportello a Bordighera

Le AZIONI di PIANO relative alla “rete 1” saranno realizzate congiuntamente da ASL e Comuni

1. Sportelli sociali e sportelli di cittadinanza. E’ prevista, nell’arco del triennio, la costruzione di una rete di sportelli sociali e di cittadinanza nell’intero territorio prevedendo a livello distrettuale una “regia organizzativa” nei confronti dei diversi punti decentrati, finalizzata non solo alla loro attivazione ma anche al reciproco collegamento. Gli sportelli sociali potrebbero essere gestiti dai soggetti del terzo settore, enti di patronato. Gli obiettivi sono: favorire l’accesso dei cittadini alle informazioni sui servizi, risorse sociali e sociosanitarie, offrire la possibilità al cittadino stesso di interagire con il sistema integrato dei servizi, promuovendo conoscenza ed informazione. E’ prevista altresì l’archiviazione e la condivisione del patrimonio informativo in una banca dati informatica, nucleo dello sportello. Si prevede un costo di circa € 15.000,00, ripartito tra ASL e Comuni, per: attività di raccolta dati sui servizi sociali, sanitari e del terzo settore; loro sistematizzazione; costruzione di un archivio informatico, consultabile attraverso un sito web, finalizzato alla massima condivisione, in tempo reale, dell’informazione;
2. Sportello integrato socio sanitario. Le due sedi saranno messe a disposizione dall’ASL; è previsto un primo momento in cui vi sarà l’affiancamento del personale sociale al personale del Distretto Sanitario che già opera nello sportello di accoglienza ASL e viceversa e verrà altresì individuato un modello organizzativo e rivisitato il protocollo operativo per il funzionamento della U.V.M.. Allo Sportello integrato afferrerà sperimentalmente per un anno l’Assistente Sociale “Responsabile familiare per la non autosufficienza”, figura prevista dalla DGR 219/08.
 - a. Piani individualizzati assistenziali. Nel triennio è prevista l’adozione da parte dei diversi servizi dell’ASL (Distretto e Dipartimenti), e contestualmente dagli ATS, di un PIA, su indicazione della Regione Liguria, per la presa in carico da parte del DSS di persone che presentano bisogni complessi richiedenti prestazioni integrate. Attualmente questo strumento viene utilizzato in particolar modo per la non autosufficienza, mentre dovrebbe essere esteso anche ad altre aree; sarà, pertanto, necessario predisporre strumenti di valutazione condivisi. Si segnala che la Struttura Complessa Salute Mentale ha predisposto una Scheda (denominata STAR) attraverso la quale possono essere analizzati vari indicatori (clinici, di gravosità assistenziale, di compromissione dell’autonomia, sociali di rischio), che rendono attuabile una corretta valutazione della situazione complessiva della persona, finalizzata alla costruzione di un PIA adeguato. L’ASL, nell’ambito di un percorso formativo in corso presso l’Università Cattolica di Milano, ha avviato, in tale prospettiva, un Progetto di studio per la costruzione del Piano Individualizzato di Assistenza che potrà rappresentare un’opportunità di confronto e riflessione a livello locale, propedeutica al recepimento di indicazioni regionali in merito. Anche per l’utilizzo di questi strumenti si prevede l’adozione di un protocollo operativo tra i Servizi.
 - b. Formazione del personale. Per supportare la realizzazione dell’intero processo organizzativo, avviato con la costituzione del Distretto Sociosanitario, si ritiene indispensabile prevedere un percorso formativo che coinvolgerà i diversi operatori. La formazione prevede due filoni:
 - ⇒ **“Comunicazione, collaborazione e problem solving inter-istituzionale”**. Verranno attivati dei laboratori sperimentali strutturati in 3 moduli: il primo rivolto a tutti gli operatori degli ATS e del DSS (componente sociale, circa 25 persone); il secondo sarà rivolto a 12 operatori individuati fra ATS, DSS e Distretto Sanitario Ventimigliese; un terzo modulo sarà destinato ai Dirigenti ASL, Comuni e DSS; il corso ha come finalità quelle di: migliorare la comunicazione e collaborazione tra gli operatori socio-sanitari, sia all’interno che all’esterno dei due Enti, aumentare la qualità dei servizi offerti e facilitare l’accesso ad essi. Si prevede un costo pari ad € 6.500,00, di cui € 5.250,00 a carico del DSS 1 e 1.250,00 a carico ASL; si prevede che tale intervento formativo possa avere inizio nell’ultimo trimestre 2008 e termine nel 2009;
 - ⇒ **“Dalla raccolta del dato all’informazione”**; questo percorso è finalizzato al coinvolgimento ed alla sensibilizzazione del personale impegnato nella nel DSS e negli

ATS produzione dei dati, attraverso il riconoscimento del suo ruolo fondamentale nella costruzione della conoscenza. Pertanto l'obiettivo principale della formazione è quello di confrontare metodi e scopi delle rilevazioni sull'offerta di servizi, al fine di costruire un patrimonio informativo comune fondato su indicatori ed indici sociosanitari condivisi. Tale progetto sarà svolto dall'ASL e dai tre DSS. La quota di spesa a carico dei Comuni tramite il DSS 1 è di € 1600,00. Pari quota sarà versata dalla ASL per il Distretto Sanitario ventimigliese. Questa azione sarà svolta a partire dal mese di settembre 2008.

3. Rete dei servizi sanitari nell'entroterra. La configurazione geomorfologica del territorio, la maggior concentrazione della popolazione anziana nell'entroterra, fa sì che il problema della mobilità, soprattutto delle persone anziane, renda necessario prevedere alcuni interventi sanitari decentrati sul territorio, organizzati, però, in modo flessibile ed integrato. Potrebbero, ad esempio, essere previsti nel triennio un "centro prelievi mobile", l'utilizzo di ex ambulatori comunali a disposizione del personale dell'ASL per attività infermieristiche, l'apertura delle strutture residenziali per prestazioni sociosanitarie rivolte all'intera cittadinanza, nonché la prosecuzione della collaborazione tra ASL e Farmacie presenti nel territorio.

3.2 Rete 2 – Famiglia

Si elencano, di seguito, alcuni dati relativi all'offerta afferente alla Rete 2, come precisata dal PSIR, individuando alcune aree d'intervento che sono, comunque, strettamente interconnesse (Servizi per la prima infanzia, Famiglia, Minori, Adolescenti e Giovani, Giovani ed Adulti).

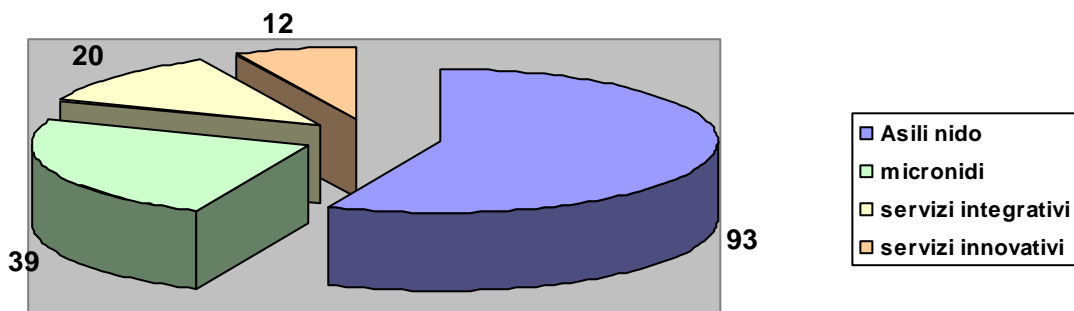
3.2.1 – Servizi per la Prima Infanzia

Si indica di seguito la localizzazione dei servizi:

Asili Nido Comunali	n. 2 a Ventimiglia per n. 69 posti
	n. 1 a Vallecrosia per n. 24 posti
Asilo Nido Aziendale (in collaborazione con ASLI)	n. 1 a Ventimiglia per n. 28 posti (dal 1 settembre 2008)
Micro Nidi Privati (in convenzione con ATS)	n. 1 a Dolceacqua per n. 12 posti
	n. 1 a Bordighera per n° 15 posti; dal 1 settembre 2008 è previsto un aumento di 3 posti per un totale di 18; nel 2009 sono previsti l'ampliamento di ulteriori 18 posti e la trasformazione da Micro Nido ad Asilo Nido
Micro Nido Privati	n. 1 a Vallecrosia per n. 12 posti
	n. 1 a Vallecrosia per n. 18 posti (da gennaio 2008)
Servizi innovativi e sperimentali	n. 1 a Ventimiglia per n. 8 posti
	n. 1 a Ventimiglia per n. 8 posti (dal 1 settembre 2008)
	n. 1 a San Biagio della Cima per n. 4 posti
	n. 1 a Perinaldo per n. 4 posti (attualmente non funzionante per assenza di bambini)
	n. 1 ad Apricale per n. 8 (da aprile 2008)
Servizi integrativi	n. 1 a Bordighera per n. 20 posti

Attualmente esiste un Centro Bambini a Ventimiglia che potrebbe trasformarsi in micronido (ad oggi non viene ancora prevista la sua realizzazione).

Figura 4 – SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA - Suddivisione dei posti nelle varie tipologie di Servizio al 31/12/2007



Fonte: nostra elaborazione sui dati 2007

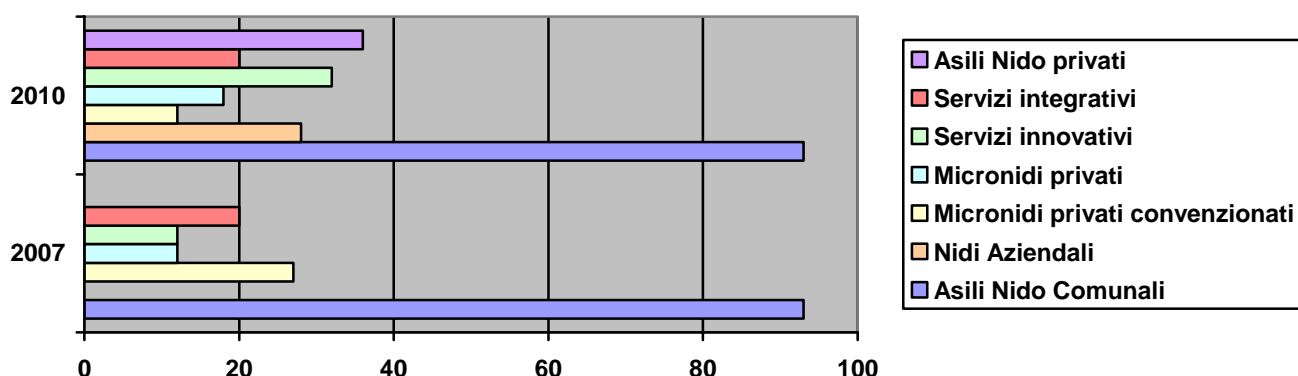
Per le donne conciliare lavoro e carichi familiari resta un fattore di alta criticità.

L'Obiettivo europeo da raggiungere nella creazione di posti per la prima infanzia (asili nido, servizi integrativi, servizi sperimentali/innovativi, sezione primavera) è pari al 33% calcolato sulla presenza di bambini di età compresa fra zero e due anni, pertanto i posti da realizzare sul DSS 1 dovrebbero essere 431. Considerato che nel P.S.I.R è stato indicato quale obiettivo regionale il 25%, i posti da attivare si riducono a 327; secondo le attuali previsioni sull'incremento di posti (83 nel triennio) si può comunque raggiungere l'obiettivo di un incremento di quasi 7 punti in percentuale rispetto alla dotazione al 31/12/2007.

RETE 2 – SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA

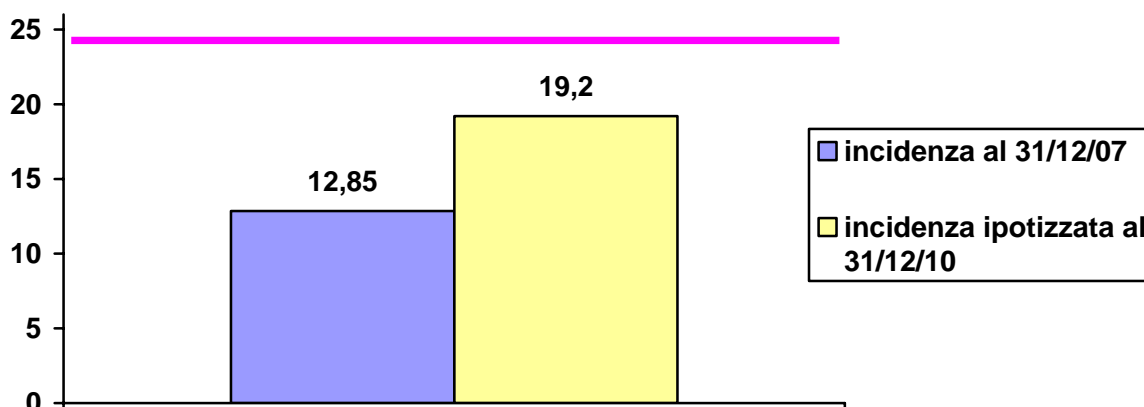
Minori <3 Anni Al 01/01/07	Asili Nido e Micronidi Al 31/12/07		Servizi Integrativi Al 31/12/07		Servizi Innovativi Sperimentali Al 31/1/07		Totale posti Al 31/12/07	% posti sui minori Al 31/12/07	Obiettivo nel triennio			Totale posti	% posti sui minori
	n.	posti	n.	posti	n.	posti			2008	2009	2010		
n. 1.307	n. 6	posti 132	n. 1	posti 20	n. 3	posti 16	168	12,85	65	18	-	251	19,20

Figura 5 – SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA: Suddivisione dei posti nelle varie tipologie di Servizio al 31/12/2007 e previsione al 31/12/2010



Fonte: nostra elaborazione sui dati 2007

Figura 6 – SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA: Incidenza sulla popolazione < 3 anni al 31/12/2007 e previsione al 31/12/2010



Fonte: nostra elaborazione sui dati 2007

Obiettivo regionale al 31/12/2010 : 25%

Per i Servizi per la prima infanzia si evidenzia come una delle più forti criticità sia rappresentata dall'elevato costo, sia a carico dei Comuni che dei gestori privati, ad esempio il Comune di Ventimiglia, utilizza l'86,28% di risorse proprie per la copertura del costo totale degli Asili Nido. Ciò rende problematica la gestione dei Servizi, per i quali si rende necessario il reperimento di risorse aggiuntive, in quanto il Fondo per le Politiche Sociali non risulta sufficiente, è pertanto auspicabile la disponibilità di risorse nazionali e regionali finalizzate anche alla copertura dei costi di gestione.

AZIONI DI PIANO per la Prima Infanzia:

1. Aumento della qualità dei Servizi per la Prima Infanzia nell'intero DSS 1 e loro messa in rete, mediante formazione ed iniziative comuni (Fondi già appositamente accantonati);
2. Prosecuzione dei progetti di continuità Asilo Nido/Scuola d'Infanzia, già avviati nelle strutture comunali di Ventimiglia, e loro estensione anche ad altre realtà;
3. Realizzazione di Sezioni Primavera.

3.2.2 - Famiglia

Si elencano, di seguito, alcuni dati relativi all'offerta sia dei Comuni che dell'ASL.

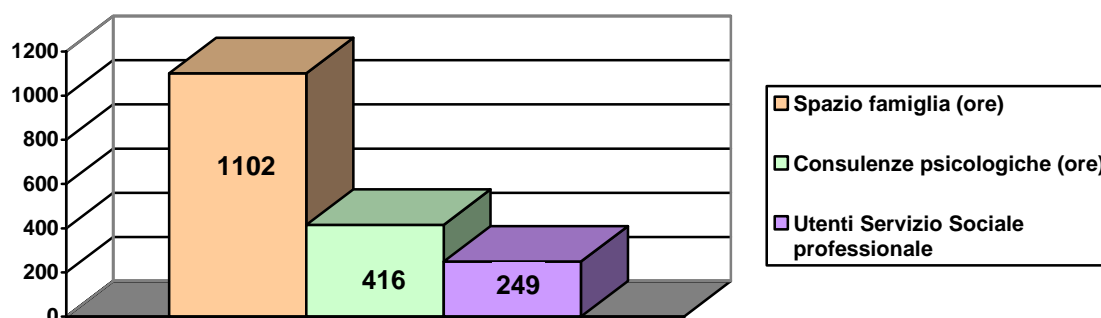
RETE 2 - FAMIGLIA	Interventi e/o Servizi (Comuni)	Situazione al 31/12/2007: n. utenti o n. interventi
Servizi per la coppia e la famiglia		
Prevenzione/rimozione delle difficoltà economiche della famiglia	Integrazione reddito	729 nuclei
	Assegno Nucleo familiare	98 nuclei
	Assegno Maternità	66 nuclei
	Fondo locazioni	449 nuclei (il dato riportato è relativo ai soli Comuni di Ventimiglia, Vallecrosia e Bordighera)
	Esonero/riduzione refezione scolastica	375 nuclei

	Sostegno economico a famiglie affidatarie	27 nuclei
Supporto alla genitorialità, anche attraverso forme di mutuo aiuto	Spazio famiglia	1102 ore
	Buon vicinato a famiglie con minori	4 nuclei
	Consulenza psicologica (interventi svolti su famiglia e Scuole, sia insegnanti che ragazzi)	150 interventi
Politiche per agevolare la permanenza di minori nel contesto familiare	Sostegno socio-educativo territoriale e/o domiciliare	95 minori
	Pagamento rette Centri socioeducativi semiresidenziali	17 minori
	Centro Socio Educativo Diurno per adolescenti	9 minori
	Pagamento rette Centri estivi	27 minori

Si specificano alcuni dati svolti dai Comuni nel campo del sostegno alla genitorialità, rilevati da ISTAT "Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati - Anno 2006".

Spazio famiglia (ore)	1.102
Consulenze psicologiche (ore)	416
Utenti servizio sociale prof	249

Figura 7 – MINORI E FAMIGLIA: Interventi di sostegno alla genitorialità: prestazioni Comuni



Fonte: elaborazione su dati ISTAT "Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati - Anno 2006";

Servizio (Comuni)	Utenti Prestazioni 2006	Spesa 2006
Supporto alla genitorialità	249	47.270

Servizio (Comuni)	Utenti Prestazioni 2006	Spesa 2006
Serv. Soc. Professionale (compresa la tutela)	268	49.685
Sevizio per l'affido minori	18	18.210
totale	286	67.895

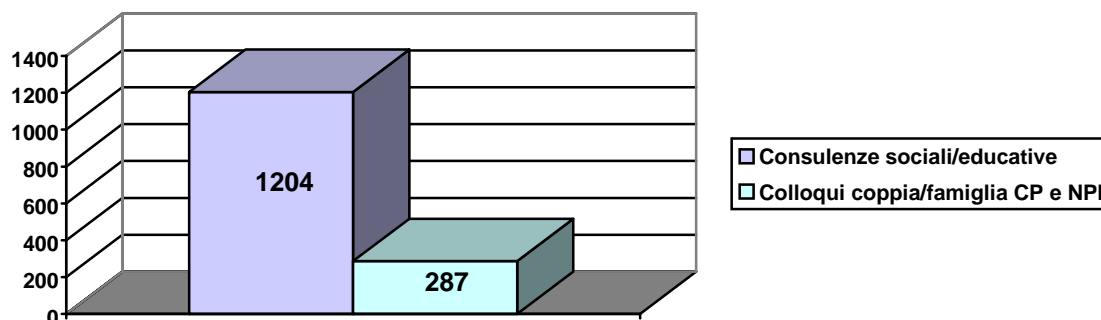
Servizio (Comuni)	Utenti Prestazioni 2006	Spesa 2006
Contributi per le famiglie affidatarie per minori affidati ai servizi sociali dal Tribunale	18	60.524
Altri contributi economici per affido familiare	4	19.352
totale	22	79.876

Secondo l'elaborazione dei dati raccolti dall'ASL 1 emergono le seguenti tipologie di intervento e prestazioni.

INTERVENTI A SOSTEGNO GENITORIALITA' ASL	
Attività di preparazione al parto	150 partecipanti
Spazio Mamma *	177 incontri

TIPOLOGIA DI INTERVENTO	n. prestazioni
Consulenze sociali/educative	1.204
Colloqui coppia/famiglia CP e NPI	287

Figura 8 – MINORI E FAMIGLIA : Interventi di sostegno alla genitorialità: prestazioni ASL



Fonte: elaborazione su dati debito informativo aziendale e regionale - Anno 2006"; ASL

Dai dati relativi all'anno 2006 forniti dall'ASL 1 risulta come l'assistenza alla gravidanza e alla nascita per le donne immigrate abbia rappresentato il 20% dell'attività totale. Gli interventi preventivi e di assistenza per la gravidanza, di assistenza pediatrica e di base e quelli relativi alle vaccinazioni, costituiscono il più frequente motivo di utilizzo dei servizi sanitari. Il percorso di crescita dei figli rappresenta l'occasione di incontro con i servizi sanitari ma anche con quelli sociali (basti pensare all'inserimento presso l'Asilo Nido o all'iter scolastico-formativo) e costituisce, quindi, un ambito privilegiato di interventi preventivi e di integrazione reciproca. E' quindi necessario facilitare l'accesso ai servizi. L'offerta attiva di Corsi di preparazione al parto articolati in sedute di training prenatale ed incontri con altri specialisti ha coinvolto 150 donne nel 2006.

L'assistenza alla puerpera ed al neonato attraverso lo " Spazio Mamma " ha rappresentato il 44% dell'attività pediatrica consultoriale, con il 27% degli accessi di straniere.

L'ASL 1 Imperiese, attraverso il Piano Annuale per l'Educazione e la Promozione della Salute – Anno 2007, ha, inoltre, realizzato incontri, progetti, iniziative per educare il cittadino, ed in particolare i giovani, al "viver sano" con l'adozione di comportamenti appropriati volti alla prevenzione di malattie ed eventuali disagi psicosociali. Le attività di educazione e promozione della salute sono il risultato di revisioni ed aggiornamenti continui cui hanno contribuito operatori di diverse professionalità (medici, psicologi, assistenti sanitari, educatori professionali, assistenti sociali, infermieri, tecnici, insegnanti). L'evoluzione non riguarda solo la metodologia, che si arricchisce di volta in volta dell'esperienza locale e del confronto con altre realtà regionali e nazionali, ma anche i contenuti che attengono principalmente allo sviluppo della persona e delle sue competenze (*life skills*), nonché alla conquista di quella autonomia personale che è prerequisito per l'adozione di stili di vita sani. Gli obiettivi fissati nel Piano possono essere così sintetizzati:

- ✓ Accrescere la cultura della prevenzione e la consapevolezza dei rischi nella popolazione
- ✓ Migliorare le informazioni e le conoscenze dei cittadini per la tutela della salute con la predisposizione di materiale e attività di divulgazione
- ✓ Promuovere l'adozione di corretti stili di vita cercando di fornire strumenti per affrontare scelte adeguate a comportamenti sani
- ✓ Promuovere il miglioramento della qualità di vita negli individui affetti da patologie croniche

Tale Piano è suddiviso in aree tematiche che raggruppano progetti omogenei per argomento e/o finalità il cui punto di forza risiede nel coordinamento trasversale condotto da un esperto del Settore Educazione e Promozione della Salute, in Staff al Direttore Generale, con la collaborazione di operatori Referenti alla Salute che da anni si occupano di servizi, attività educative e gruppi di lavoro riguardanti l'area. Finalità del Piano è quello di aggregare gruppi di esperti composti da medici, laureati non medici e operatori del comparto delle varie discipline coinvolte che assicurino un polo di risorse professionali di riferimento per la realizzazione dei progetti di educazione alla salute. La rete multidisciplinare interdipartimentale opera in modo armonico e paritario rendendo possibile un buon impatto con l'esterno e promuovendo un'immagine positiva del "fare salute" da parte dell'ASL. Il governo della salute richiede uno sforzo congiunto e sinergico, con cui sviluppare un "lavoro di squadra", necessariamente coordinato ed integrato. In questa prospettiva l'ASL, gli Enti Locali attraverso le Segreterie Tecniche di DSS, il mondo della Scuola nelle sue diverse articolazioni, il Privato Sociale e le Associazioni Onlus hanno concordato sulla necessità di costituire un Gruppo di lavoro Multidisciplinare Integrato, capace di concretizzare un "lavoro di rete e di sistema", attraverso lo strumento dei "progetti integrati", a servizio della nostra realtà territoriale.

Di seguito vengono riassunti i principali progetti sviluppati dall'ASL nel corso del 2007 sul territorio del DSS 1.

Titolo Progetto	Scuola	Dipartimenti coinvolti
Amici animali	Primaria	Dipartimento di Staff; Settore di Educazione e Promozione della salute; Dipartimento di Prevenzione; Struttura Complessa Sanità animale
Prevenzione Pediculosi (incontri con genitori ed insegnanti nelle scuole)	Scuola dell'Infanzia e Primaria	Dipartimento Cure Primarie
Prevenzione Pediculosi (visite e consegna opuscoli)	Scuola dell'Infanzia e Primaria	Dipartimento Cure Primarie
Prevenzione incidenti e primo soccorso (lezione, role play)	Scuole di 1° grado	Dipartimento Emergenza
Pranzo con classe (Media Biancheri Cavour – Plesso di Ventimiglia Alta)	Scuole di 1° grado	Dipartimenti Prevenzione e Cure Primarie
Le dipendenze	Scuole di 1° grado	Dipartimento Dipendenze
Progetto di Educazione Affettiva e Sessuale	Scuole di 1° grado	Dipartimento Cure Primarie
Le Dipendenze	Scuole di 2° grado	Dipartimento Dipendenze; Dipartimento di Staff
Progetto Pegaso (corso BLS)	Scuole di 2° grado	Dipartimento Cure Primarie
Progetto di Educazione Affettiva e Sessuale	Scuole di 2° grado	Dipartimento Cure Primarie; Presidi Ospedalieri

OBIETTIVI PRIORITARI - FAMIGLIA

La tutela della salute in ambito materno infantile costituisce un impegno di valenza strategica dei sistemi sociosanitari per il riflesso che gli interventi di promozione della salute, di cura e riabilitazione in tale ambito hanno sulla qualità del benessere psico-fisico nella popolazione generale attuale e futura.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha individuato, infatti, nel miglioramento della qualità della vita della madre e del bambino uno degli obiettivi sanitari prioritari a livello mondiale.

Garantire la tutela della salute della donna in tutte le fasi della vita con particolare riferimento al sostegno della maternità e quindi del percorso nascita, attivando processi tendenti alla sempre

maggior umanizzazione dell'evento nascita e, successivamente, favorire il migliore inserimento del nuovo nato nel nucleo familiare, sono tra gli obiettivi primari perseguita dalla Struttura Complessa Attività Consultoriale.

Il Distretto e gli ATS ritengono prioritaria la prosecuzione degli interventi già attivati come previsto agli artt. 41 e 42 della R. L. 12/06, in particolare per quanto riguarda la rimozione degli ostacoli presenti nelle diverse fasi della vita familiare con particolare riguardo a quelli di tipo abitativo, lavorativo ed economico; promuovere e perseguire politiche sociali volte a sostenere la famiglia ed a riconoscere e sostenere il ruolo delle donne; programmare, in collaborazione con l'Amministrazione Provinciale ed altri soggetti, azioni prevalentemente rivolte alle donne per favorirne l'inserimento ed il reinserimento nel mondo del lavoro; promuovere e supportare le reti di auto-aiuto.

AZIONI DI PIANO – FAMIGLIA

1. La Regione Liguria individua la famiglia quale strumento principale per il rafforzamento della coesione sociale e la promozione della solidarietà fra generazioni, promuovendo, attraverso lo sviluppo del sistema integrato di interventi e servizi sociali, la cooperazione e l'associazionismo da parte delle famiglie per il loro sostegno. La L.R. 12/06, all'art. 20, ha istituito la Consulta Regionale della Famiglia, favorendo la partecipazione alla programmazione regionale per quanto concerne le politiche per lo sviluppo dei servizi a favore della famiglia. Appare opportuno prevedere nel triennio la costituzione di una Consulta della Famiglia a base locale, come luogo di studio, analisi e confronto tra le realtà sociali che operano sul territorio del DSS 1, spazio di partecipazione, sensibilizzazione ed informazione. Tale scelta è dettata soprattutto dal fatto che i problemi che oggi le famiglie devono affrontare sono trasversali (occupazionali, abitativi, relativi alla conciliazione dei tempi di cura e di lavoro, ecc...) e necessitano, quindi, di politiche integrate.
2. Prosecuzione nel triennio delle attività di preparazione al parto e di "Spazio Mamma" da parte della Struttura Complessa Attività Consultoriale;
3. Prosecuzione ed implementazione nel triennio del Progetto "Prevenzione pediculosi" afferente al Piano Annuale per l'Educazione e la Promozione della Salute dell'ASL 1- Dipartimento Cure Primarie
4. Screening a favore della popolazione femminile. L'ASL 1 Imperiese, dal luglio 2002, ha aderito al programma di screening mammografico promosso dalla Regione Liguria, per le donne residenti tra i 50 ed i 69 anni, offrendo una completa "presa in carico" della donna dal momento della diagnosi a tutte le eventuali fasi successive di cura, grazie alla disponibilità di specialisti in gran parte dedicati a questa complessa patologia. Nella Provincia dal 2002 ad oggi:
 - sono 20.000 le donne invitate ad effettuare una mammografia gratuita di controllo (che viene ripetuto ogni due anni)
 - di queste circa il 50% ha risposto positivamente all'invito e si è sottoposta all'esame
 - tra le donne che hanno effettuato l'esame sono stati diagnosticati 74 i tumori della mammella, tutti fortunatamente rilevati in uno stadio precoce.

Dal 2002 ad oggi, grazie a questi presupposti la ASL 1 Imperiese ha progressivamente ampliato l'offerta di diagnosi e cura della malattia sostenendo un importante impegno, anche finanziario, per il miglioramento delle tecnologie e la formazione degli specialisti. L'ASL 1 Imperiese viene oggi riconosciuta all'avanguardia nella diagnostica di primo livello (mammografia ed ecografia) in modo capillare su tutto il territorio della provincia e dispone delle attrezzature e delle competenze per la diagnostica di secondo livello.

Come funziona lo screening: tutte le donne, residenti in provincia di Imperia, che hanno un'età compresa tra i 50 ed i 64 anni ricevono a casa un invito (con possibilità di spostare

l'appuntamento a seconda delle proprie esigenze) per effettuare la mammografia in due proiezioni. L'esame è completamente gratuito e non è necessaria l'impegnativa del proprio medico curante. Ogni mammografia viene analizzata, in tempi separati, da due diversi radiologi, esperti e preparati in questo settore, alla ricerca di segni precoci di tumore. Nel caso la mammografia sia giudicata negativa, la donna viene richiamata al controllo dopo due anni. Nel caso venga rilevato qualche segno sospetto la donna viene richiamata entro breve tempo, sottoposta ad ulteriori indagini di approfondimento e presa in carico dall'equipe medica del centro senologico.

Per sviluppare le azioni di Piano successive verranno utilizzate risorse proprie dei Comuni, il Fondo delle Politiche Sociali ed il Fondo Nazionale per la sperimentazione di iniziative ed interventi per la famiglia di cui alla L. 296/06

5. Maggior sostegno alla famiglia attraverso la valorizzazione delle responsabilità genitoriali, il supporto nelle attività di cura per i componenti più fragili, la rimozione degli ostacoli, anche economici, presenti nelle diverse fasi della vita familiare. Il "Piano Attuativo Rete Famiglia e Minori" risponde a tale azione; i Progetti Esecutivi per l'anno 2008 ad esso correlati sono stati sviluppati sulle due linee progettuali indicate dalla Regione Liguria con DGR 1296/2007, tenendo conto degli obiettivi per ciascuna di esse individuati:

a. **Linea progettuale A) sperimentazione di iniziative per l'abbattimento dei costi di servizi per le famiglie con numero di figli pari o superiori a quattro**

⇒ Progetto esecutivo "**Iniziativa per le famiglie con numero di figli pari o superiori a quattro**", annuale, gestito dai singoli ATS; attraverso questo progetto ci si propone di intervenire con iniziative a favore delle famiglie numerose, finalizzando gli aiuti economici soprattutto al sostegno all'inserimento in percorsi scolastico – formativi e professionali, anche per adolescenti e giovani, oppure in Servizi Educativi territoriali. Le priorità verranno preventivamente concordate con il Forum delle Associazioni Famiglie.

– Target: famiglie numerose a basso reddito;

– Azioni: pubblicizzazione dell'iniziativa tramite avvisi pubblici; valutazione della situazione socio - economica del nucleo attraverso lo strumento della Dichiarazione ISEE; stesura con la famiglia del Patto Assistenziale; erogazione dei benefici economici; monitoraggio del progetto e valutazione degli interventi

– Costo complessivo: € 62.210,14;

– Soggetti coinvolti: DSS 1, ATS, Associazioni di Volontariato operanti sul territorio, Servizi Educativi Territoriali

b. **Linea progettuale B) progetti sperimentali innovativi per la riorganizzazione dei consultori familiari**

⇒ Progetto esecutivo "**Spazio famiglia**", triennale, gestito dal DSS 1; attraverso questo progetto si intende fornire prestazioni sociali, educative e psicologiche a sostegno delle famiglie, sia di cittadini italiani che stranieri, residenti nel territorio. L'equipe che realizzerà il Progetto, composta da uno Psicologo, da un Assistente Sociale e da un Educatore o Consulente Familiare, agirà in sinergia sia con le reti formali/istituzionali già costituite sul territorio, sia con quelle informali, attraverso la realizzazione di incontri e momenti di riflessione su particolari temi. Obiettivo ultimo del Progetto è rinsaldare i legami già esistenti sul territorio e crearne nuovi, favorendo la cultura della solidarietà e del mutuo – auto aiuto. Inoltre il Servizio si porrà come primo momento di ascolto/orientamento per vittime di violenza di genere, in stretta collaborazione con il costituendo Centro Antiviolenza della Provincia di Imperia.

- Target: famiglie, sia di cittadini italiani che stranieri, residenti nel territorio del DSS 1; famiglie affidatarie; aspiranti famiglie affidatarie Associazioni di genitori; vittime della violenza di genere;
 - Azioni: informazione, accoglienza, accompagnamento e counseling al singolo o al nucleo familiare; conduzione di gruppi di auto-aiuto rivolti ai genitori; sostegno alle famiglie affidatarie, ivi comprese le attività relative ad interventi di sensibilizzazione volti a creare una cultura più diffusa dell'affido familiare, e di orientamento delle aspiranti famiglie affidatarie; sostegno alle competenze genitoriali organizzate e diversificate a seconda dei contesti ed età evolutiva dei minori; collaborazione con la rete dei servizi pubblici e privati, le associazioni di genitori, le Scuole, le reti informali presenti sul territorio, secondo un'ottica di sviluppo di comunità; sostegno alle donne vittime di violenza in collaborazione con il nascente Centro Antiviolenza Provinciale (primo accesso, informazione, accompagnamento);
 - Costo annuale: € 32.564,40;
 - Soggetti coinvolti: DSS 1; ATS; ASL – Struttura complessa Attività Consultoriale – Dipartimento di Cure Primarie; Cooperativa Sociale; Associazioni di Volontariato; Associazioni di genitori; Istituti scolastici aventi sede nel territorio del DSS 1; Provincia di Imperia attraverso il costituendo Centro Antiviolenza
- ⇒ Progetto esecutivo “**Tutor familiare**”, annuale. Il progetto ha come finalità “l’approccio globale” ai bisogni della famiglia, sia sotto il profilo dell’armonia delle relazioni familiari, che dell’assunzione delle responsabilità genitoriali, con particolare attenzione al ruolo educativo. L’obiettivo è quello di lavorare innanzitutto sul soggetto “famiglia” definendone i bisogni e realizzando interventi di sostegno socio-educativo domiciliare, tesi al recupero, al potenziamento ed alla valorizzazione delle competenze genitoriali, coinvolgendo la rete degli enti attivi nella programmazione di iniziative per le famiglie, anche straniere, con particolare attenzione alle azioni che facilitino l’incontro generazionale e l’integrazione multi-etnica.
- Target: minori e famiglie in difficoltà ad esercitare il ruolo educativo genitoriale residenti nel DSS 1;
 - Azioni: potenziamento degli interventi di assistenza e attività socio-educativa domiciliare a supporto del ruolo genitoriale; osservazione e analisi dei bisogni con conseguente stesura del progetto in collaborazione con tutti i servizi coinvolti; supporto e accompagnamento nel percorso scolastico, collegamento tra scuola e famiglia; mediazione dei conflitti intergenerazionali, soprattutto legati alla fase pre e adolescenziale; sostegno in percorsi di accompagnamento ai servizi (Comuni, ASL, Sportelli lavoro); sostegno a madri sole finalizzato a prevenire la depressione post-partum ed a supportare le funzioni genitoriali in collaborazione con il Consultorio Familiare ed i Presidi Ospedalieri (Punto Nascita);
 - Costo complessivo: € 67.435,60;
 - Soggetti coinvolti: DSS 1, ATS, ASL – Struttura Complessa Attività Consultoriali, Agenzie Educative, Famiglia, Autorità Giudiziaria.
- ⇒ Progetto esecutivo “**Tata express – operatore di fiducia per le famiglie**”, sperimentazione annuale, gestito dal DSS 1. Attraverso questo progetto si intende fornire alle famiglie che non usufruiscano di altra offerta socio – educativa o per le quali i tempi di lavoro non coincidano con quelli di apertura dei Servizi per l’infanzia, uno strumento flessibile che possa affiancarle nella cura dei minori. Le famiglie potranno avvalersi di assistenti familiari fornite da Federsolidarietà-

Confcooperative tramite le Cooperative Sociali aderenti. Tale personale sarà specificamente formato per l'assistenza a minori dalla Federsolidarietà-Confcooperative mediante l'Ente Formativo Accreditato "Circolo Parasio" (Asse I Adattabilità, Asse 2 occupabilità, Piano Annuale delle politiche formative del lavoro 2007 F.S.E. P.O. O.B. 2.). Le famiglie che presentano un ISEE fino ad € 20.000,00 potranno usufruire di un voucher- servizi" dal Distretto sociosanitario previa istanza presentata allo Sportello di Cittadinanza dell'ATS di residenza. E' prevista un'attività di monitoraggio del progetto per valutarne l'impatto sul territorio e gli esiti.

- Target: famiglie, italiane o straniere residenti sul territorio del DSS n. 1, con minori di età compresa fra i tre mesi ed i cinque anni, che non usufruiscono di altra offerta socio – educativa; disoccupati (in prevalenza donne), in possesso di Diploma di Scuola Media Inferiore, in cerca di prima occupazione o usciti dal circuito lavorativo;
- Azioni: formazione (minimo 240 ore), con conseguente rilascio di attestato di frequenza, comprendente un corso in aula per 15 persone ed un "work experience" per 4 persone; assunzione di personale assistente familiare per minori da parte di Cooperative aderenti alla Federsolidarietà – Confcooperative; voucher alle famiglie che accederanno al servizio (acquisto di ore di Assistenza familiare) e che presentano un ISEE inferiore ad € 20.0000,00 prevedendo la compartecipazione dei richiedenti al costo del Servizio; monitoraggio del progetto e valutazione degli interventi
- Costo complessivo: € 41.000,00
- Soggetti coinvolti: DSS n. 1; ATS.; Federsolidarietà-Confcooperative tramite le Cooperative Sociali aderenti; Ente di Formazione Circolo Parasio; Provincia di Imperia.

⇒ **"Progetto Regionale Consulteri"** (Decreto Dirigenziale n° 3917 del 13.12 2007), presentato dall'ASL; l'affluenza della popolazione immigrata nei Servizi Sanitari ed in particolare nei Servizi Consulteriali, ha aperto una nuova problematica relativa all'adeguatezza delle risorse territoriali rispetto ad una tipologia di utenza poco conosciuta: nell'ambito dell'ASL 1 Imperiese, presso il Consultorio Familiare, l'utenza che proviene maggiormente dall'area Magrebina, America Latina, Cina, Albania, Russia, si rivolge al servizio, accompagnata da figli minorenni o da mariti, provando il disagio di dover esprimere situazioni personali come la gravidanza, il parto, la depressione post-partum, l'allattamento al seno e la propria salute sessuale, in loro presenza e con notevoli difficoltà di comprensione linguistica. Un contributo efficace può derivare dalla presenza all'interno del Consultorio di un mediatore culturale che possa affiancare l'attività degli operatori dei servizi, in un'ottica di prevenzione e cura tramite il tentativo di superamento delle barriere linguistiche, comunicative e culturali e di un'ostetrica che possa sviluppare, in collaborazione con il mediatore culturale, progetti di sostegno alla genitorialità promuovendo, parallelamente, corsi di assistenza alla nascita e post-nascita.

- Target: famiglie italiane e straniere residenti sul territorio del DSS 1
- Obiettivi: promuovere iniziative di sostegno alla genitorialità con particolare attenzione all'aspetto multietnico culturale; sostenere la promozione dei corsi di assistenza alla nascita, il potenziamento di azioni che promuovono il rispetto della gravidanza fisiologica e l'allattamento al seno
- Costo annuale: € 40.438,00

Inoltre, ad integrazione del Piano di Distretto, sono stati presentati alla Regione Liguria altri tre progetti su Azioni innovative o a rilevanza Regionale

- ❖ il Progetto **“Famiglia e Comunità educanti”**, progetto annuale presentato dal Comune di Vallecrosia che si propone di creare una rete intorno alle famiglie con figli finalizzata a favorire il ruolo educativo della famiglia, senza isolarla, ma inserendola in un contesto sociale che la sussidia e solidarizza con lei nell’educazione delle nuove generazioni. Le famiglie sono artefici, con le altre realtà aderenti al progetto, del proprio “bene-essere” educativo. Il progetto, strutturato in ambiti d’intervento, persegue i seguenti obiettivi:
 - Target: genitori-figli inseriti in diversi contesti dipendenti dall’età dei minori
 - Azioni: empowerment genitoriale e formazione permanente alla genitorialità; creazione di relazioni e di reti informali fra famiglie; sostegno alle madri sole sul piano psico-socio-educativo; integrazione delle famiglie immigrate; monitoraggio e sostegno alle famiglie “fragili”; costituzione di una rete fra le diverse agenzie educative del territorio; promozione della soggettività sociale e cittadinanza attiva delle famiglie; attivazione di rete con il progetto distrettuale “Spazio Famiglia”;
 - Soggetti coinvolti: Istituti scolastici, Oratorio Don Bosco, Croce Azzurra, Associazioni di Volontariato ed Associazioni di genitori operanti sul territorio del DSS 1.
- ❖ il Progetto **“Family Card”**, annuale, presentato da ACLI Imperia, il quale prevede:
 1. l’ideazione di Family Cards che diano diritto alle famiglie titolari di godere di particolari agevolazioni nel pubblico e nel privato;
 2. l’analisi di eventuali problematiche tariffarie riguardanti le famiglie e studio di possibili strategie per il loro superamento;
 3. la riduzione degli impedimenti economici allo svolgere la funzione educativa e di mantenimento dei figli a carico;
 4. il coinvolgimento delle famiglie come soggetti attivi nella realizzazione del proprio “bene-essere”.
 - Target: famiglie con figli a carico;
 - Azioni: Istituire tavoli di lavoro che coinvolgano rappresentanze delle associazioni familiari, di associazioni di categoria, dei Servizi Territoriali;
 - Soggetti coinvolti: OO.SS., Forum delle Associazioni Familiari;
- ❖ il Progetto **“Pio Più Plus”**, annuale, presentato dall’Associazione Progetto Famiglia, che si pone l’obiettivo di offrire, oltre alle attività già assicurate e mirate al supporto alla genitorialità attraverso soluzioni di accudimento flessibili, che tutelano il minore attraverso un progetto educativo di qualità e favoriscono la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro delle madri, alle famiglie straniere prive di rete familiare, interventi personalizzati rivolti al sostegno ed all’integrazione.
 - Target: famiglie italiane e straniere;
 - Azioni: prolungamento dell’orario di apertura del servizio di accudimento per minori di età compresa tra i 3 e 36 mesi; realizzazione di attività di rafforzamento delle abilità genitoriali: le madri, italiane e straniere che necessitino di sperimentarsi, confrontarsi, essere sostenute da educatori professionali, potranno trovare presso la sede della APF personale che attraverso la modalità della formazione esperienziale le educerà allo svolgimento delle proprie mansioni.
 - Soggetti coinvolti: DSS 1, ATS, ASL, Associazioni di Volontariato; Associazioni di genitori operanti sul territorio del DSS 1.

3.2.2 – Minori

RETE 2 - FAMIGLIA	Interventi e/o Servizi (Comuni)	Situazione al 31/12/2007: n. utenti o n. interventi
Servizi per i minori		
Politiche per agevolare la permanenza di minori nel contesto familiare	Sostegno socio-educativo territoriale e/o domiciliare	95 minori
	Pagamento rette Centri socioeducativi semiresidenziali	17 minori
	Centro Socio Educativo Diurno per adolescenti	9 minori
	Pagamento rette Centri estivi	27 minori
Comunità per minori	Rette residenziali	34 minori
Realizzare azioni di contrasto all'abbandono scolastico e formativo	Progetto "Agorà": sostegno ed orientamento formativo, professionale e lavorativo di minori, adolescenti e giovani	24 soggetti
	Progetto "Crescere ed educare il territorio"(DSS): mappatura dei Servizi e delle reti formali ed informali che lavorano sui minori, incontri di formazione sulle tematiche giovanili, creazione di una pagina web e di un forum	Soggetti coinvolti: CESPIM 22 Associazioni
	Sportello orientamento scolastico e formativo	135 persone
	Azioni varie contro l'abbandono scolastico-formativo	61 soggetti
Realizzare azioni di promozione dei Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza	Progetto legalità: educazione alla convivenza civile ed alla legalità, azioni di contrasto al fenomeno del bullismo	1.500 interventi
	Il Silenzio dei Passerotti: azioni di contrasto al maltrattamento ed all'abuso	Progetto interistituzionale Comuni, DSS, ASL, Scuole, Privato Sociale, ecc.. – Adozione di un protocollo

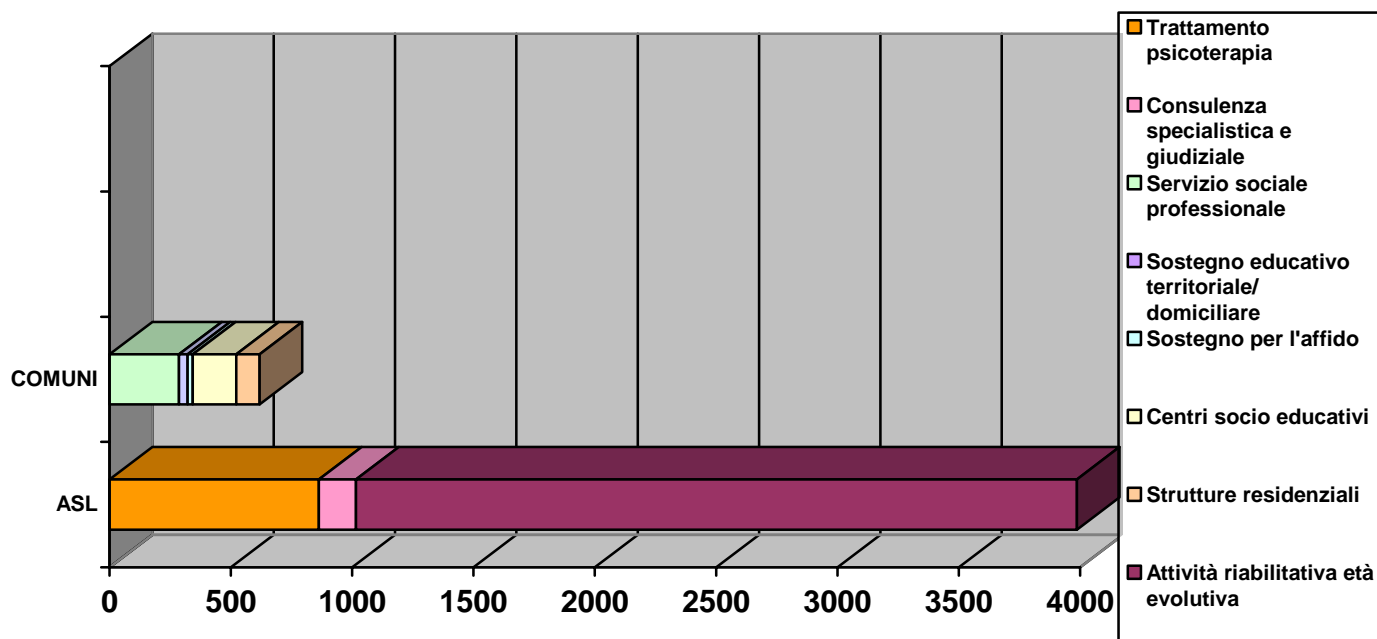
Servizio (Comuni)	Utenti Prestazioni 2006	Spesa 2006
Sostegno socio-educativo territoriale	35	74.520

Servizio (Comuni)	Utenti Prestazioni 2006	Spesa 2006	Spesa utenti 2006	Spesa netta 2006
Centri diurni anche estivi	150	87.000	24.540	62.460
Retta per prestazioni semiresidenziali	29	15.890	0	15.890
totale	179	102.890	24.540	78.350

Servizio (Comuni)	Utenti Prestazioni 2006	Spesa 2006
Retta per prestazioni residenziali per minori affidati ai servizi sociali dal Tribunale		85
Retta per altre prestazioni residenziali		11
totale		96

TIPOLOGIA DI INTERVENTO	INTERVENTI	
	ASL	COMUNI
Trattamento psicoterapia	863	
Consulenza specialistica e giudiziale	153	
Attività riabilitativa età evolutiva	2970	
Servizio sociale professionale		286
Sostegno educativo territoriale/ domiciliare		35
Sostegno per l'affido		22
Centri socio educativi		179
Strutture residenziali		96

Figura 9 – MINORI – Interventi a tutela del minore

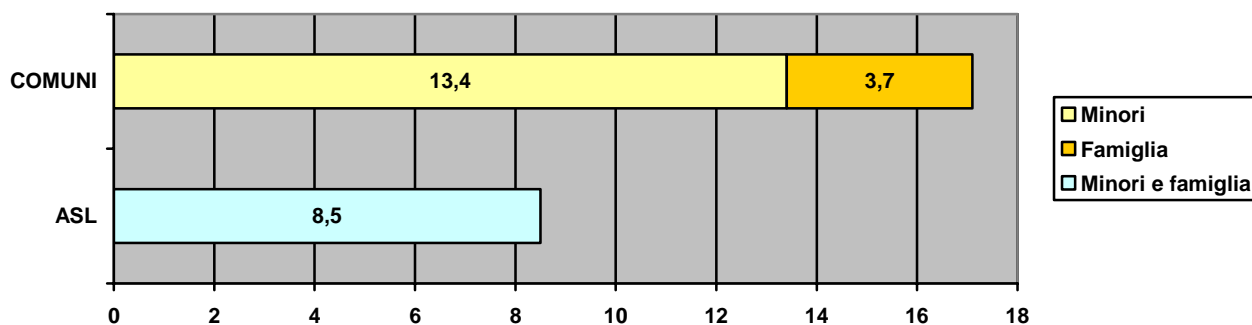


Fonte: elaborazione su dati ISTAT "Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati - Anno 2006"; e debito informativo aziendale e regionale – Anno 2006 ASL1

	minori	famiglia
Spesa complessiva Comuni	€ 789.308	€ 220.765
Spesa media per abitante Comuni	€ 13,4	€ 3,7
Spesa complessiva ASL	€ 501.002 (*)	
Spesa media per abitante ASL	8,5	

(*) comprende il costo riferito al personale (Neuropsichiatra Infantile, pediatri consultoriali, Educatore Professionale, 2 Logopedisti, 1 Psicomotricista, 1 Fisioterapista, 1 Psicologo, Mediatore Familiare), alla protesica, alle prestazioni riabilitative indirette, ai rimborsi per trattamenti riabilitativi indiretti ed all'assistenza sanitaria domiciliare

Figura 10 - MINORI E FAMIGLIA – Spesa media per abitante



Fonte: elaborazione su dati ISTAT "Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati - Anno 2006"; e debito informativo aziendale e regionale – Anno 2006 ASL1

OBIETTIVI PRIORITARI – MINORI

1. Realizzare azioni di contrasto all'abbandono scolastico e formativo;
2. Diminuire il numero di minori ospitati in strutture residenziali fuori Regione o comunque lontane dal territorio del DSS 1;
3. Promozione di interventi educativi diretti alla riduzione del disagio e della devianza
4. Realizzazione di interventi per la protezione e la tutela dei minori.

5. AZIONI DI PIANO – MINORI

Per la realizzazione di queste azioni verranno utilizzate risorse proprie dei Comuni e derivanti dal Fondo per le Politiche Sociali

1. Educazione alla legalità ed alla convivenza civile: prosecuzione ed implementazione dei progetti in atto:
 - ⇒ **“Educazione alla legalità ed alla convivenza democratica”**, progetto pluriennale portato a regime ormai da vari anni dall’ATS 2 – Val Nervia, con il diretto coinvolgimento dell’Associazione “Libera – Associazioni, nomi e numeri contro le mafie” ed il Commissariato di Pubblica Sicurezza di Ventimiglia, che prevede varie attività (dirette a minori ed adolescenti, ad insegnanti e a genitori) atte a favorire la convivenza civile ed a contrastare l’insorgere di atteggiamenti e comportamenti devianti, con particolare riferimento al fenomeno del bullismo. ;
 - ⇒ **“Educazione alle differenze di genere”**: il DSS 1 (in particolare ATS 1 e 2), il Distretto Scolastico e la Polizia di Stato, in applicazione della L.R.12/07 “Interventi di prevenzione della violenza di genere e misure a sostegno delle donne e dei minori vittime di violenza”, che indica tra le sue finalità all’art. 2: *“Promuovere interventi di prevenzione della violenza di genere, di diffusione della cultura della legalità e del rispetto dei diritti, anche con il coinvolgimento delle Istituzioni scolastiche”*, ha previsto due percorsi all’interno di alcune Scuole primarie e Medie Inferiori finalizzati alla formazione sui ruoli di genere ed alla prevenzione della violenza sulle donne; il progetto ha valenza triennale.
2. Realizzazione di azioni di contrasto all’abbandono scolastico e formativo prosecuzione nell’ATS 1, in collaborazione, in particolare, con la scuola Media Biancheri, di azioni congiunte, atte a contrastare il fenomeno dell’abbandono scolastico e formativo attraverso percorsi personalizzati per ogni singolo alunno a rischio di dispersione.
3. Realizzazione di azioni di promozione dei Diritti dell’Infanzia e dell’Adolescenza: prosecuzione del Progetto interistituzionale Comuni, DSS 1, 2 e 3, ASL 1, Scuole, Privato Sociale, ecc.. **“Il silenzio dei passerotti”** azioni di contrasto al maltrattamento ed all’abuso – Applicazione del protocollo operativo già adottato. Questa azione rappresenta una priorità per quanto riguarda l’integrazione dei diversi Servizi e delle differenti professionalità che operano nel settore; nel progetto è stata anche prevista la supervisione professionale degli operatori prevedendone il proseguio;
4. prosecuzione da parte dell’ASL dei Progetti Educazione alla salute: “Amici animali”, “Prevenzione incidenti e primo soccorso”, “Pranzo con classe”, “Le Dipendenze” ed “Educazione affettiva e sessuale”.

3.2.2 Adolescenti e giovani

RETE 2 - FAMIGLIA	Interventi e/o Servizi (Comuni)	Situazione al 31/12/2007: n. utenti o n. interventi
Servizi per adolescenti e giovani (Comuni)		
Centri e spazi di aggregazione e socializzazione	1 ATS 4 2 ATS 2	50 utenti 65 utenti (Apricale e Camporosso)
Protagonismo e partecipazione di adolescenti e giovani	Laboratorio Bricolage (Soldano, S.Biagio)	40 utenti
	Laboratorio Teatrale “Gilardi”	15 utenti

	Sportello orientamento lavoro (ATS2)	35 utenti
Attività a favore dell'adolescenza	Progetto "Dalla dipendenza all'autonomia": percorsi di inserimento/reinserimento sociale e lavorativo per giovani di età compresa fra i 16 ed i 29 anni i quali dimostrino scarsa capacità di "vedersi" nel futuro, abbiano alle spalle situazioni familiari fortemente problematiche e/o siano a rischio di devianza; siano soggetti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria Civile o Penale; abbiano avuto problemi di dipendenza.	10 soggetti

Un nodo critico all'interno di questa area è rappresentato dalla presa in carico precoce di adolescenti che manifestano i primi segnali di disagio psichico: non esistono infatti protocolli d'intervento appositi per questi soggetti, che, non più bambini e non ancora adulti, sembrano occupare una "zona grigia", sospesa fra Neuropsichiatria Infantile e Servizi di Salute Mentale.

Inoltre gli adolescenti molto spesso rifiutano di accostarsi a Servizi territoriali così fortemente caratterizzati sotto il profilo della cura di una patologia; i contatti con il sistema sanitario avvengono prevalentemente in fase acuta, quando si sono manifestate crisi evidenti ed il disturbo è ormai conclamato, e generalmente attraverso il ricovero presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.), dove peraltro si trovano a stretto contatto con pazienti adulti cronici.

Occorre pertanto ipotizzare modalità e spazi di intervento intermedi, abbastanza "fuori" dalla connotazione (fisica e mentale) prettamente sanitaria da facilitare l'accesso agli adolescenti, in cui possano essere condotte attività di prevenzione e diagnosi precoce dei disturbi mentali.

OBIETTIVI PRIORITARI - ADOLESCENTI E GIOVANI

1. Favorire il protagonismo giovanile individuando spazi per l'aggregazione
2. Mantenere e sviluppare le attività a favore degli adolescenti già diffuse sul territorio
3. Sviluppare le iniziative già in atto per la consolidare la rete già esistente fra Servizi per adolescenti al fine di aumentare l'offerta in termini di qualità
4. creazione di percorsi facilitanti per la prevenzione e la diagnosi precoce dei disturbi psichici in soggetti adolescenti ed adozione di specifici protocolli operativi fra Servizi.

AZIONI DI PIANO – ADOLESCENTI E GIOVANI

1. Creazione di centri di aggregazione: adesione del Comune di Ventimiglia all'Accordo di programma quadro "Giovani Protagonisti", realizzazione dei seguenti Servizi, destinati alla popolazione giovanile dai 17 ai 30 anni residente sul territorio dell'intero Distretto Sociosanitario.:
 - ⇒ CENTRO AGGREGAZIONE GIOVANILE (VIA AL CAPO):
 - Costo complessivo: E. 520.000,00
 - di cui contributo regionale + POGAS: E. 375.000,00
 - co-finanziamento Comune di Ventimiglia: E. 145.000,00 (ristrutturazione, termine lavori fine 2009) più E. 96.750,00 (gestione triennale a partire dal 2010)
 - ⇒ AREA COMUNICAZIONE E FORUM GIOVANI (presso i locali della CIVICA BIBLIOTECA APROSIANA), lotto non ricompreso nell'accordo di programma e pertanto non finanziato che rappresenta, tuttavia, parte integrante dell'intero progetto in quanto risponde all'esigenza di garantire uno spazio dedicato alle Associazioni giovanili all'interno del quale le stesse possano produrre cultura ed informazione.

Le risorse utilizzabili per la realizzazione delle precedenti azioni provengono da fondi propri dei Comuni, dai Fondi previsti dalla L.R. 12/06 per i finanziamenti in Conto Capitale e dai Fondi POGAS.

2. Prosecuzione ed implementazione degli interventi ASL in tema di Educazione e promozione alla salute (Progetti “Le Dipendenze”, “Pegaso” ed “Educazione Affettiva e Sessuale”)
⇒ **Progetto “Giovani in linea”**: tale progetto a valenza annuale, presentato dall’ASL e finanziato attraverso il Fondo Sanitario “Progetto Regionale Consultori”, vuole sviluppare un “settore innovativo” che dia più possibilità, in termini di efficacia ed efficienza, all’informazione ed alla consulenza per gli adolescenti di entrambi i sessi. Per “settore innovativo” si intende l’utilizzo della via informatica, modalità di comunicazione usualmente utilizzata dai giovani, per fornire ai ragazzi e alle ragazze interessati, informazioni e consulenze su aspetti legati ai cambiamenti fisici, psicologici e relazionali tipici dell’adolescenza.
 - **Target**: adolescenti con età inferiore ai 21 anni della Provincia di Imperia;
 - **Obiettivi**: favorire, attraverso la corretta consulenza ai giovani, un comportamento responsabile in relazione alla propria vita affettiva e sessuale (gravidanza responsabile, malattie sessualmente trasmesse, HIV, interruzione di gravidanza, affidi e adozioni, abusi e maltrattamenti); migliorare l’assistenza agli adolescenti per mezzo di una corretta conoscenza dei servizi erogati sul territorio dell’ASL1 Imperiese, integrati con i servizi degli Enti locali.
 - **Costo complessivo**: € 30.500,00
3. Creazione, nel triennio, di uno spazio a valenza non sanitaria, con forte radicamento nella comunità, dedicato alla prevenzione dei disturbi psichici e concepito come collegamento di rete per quella fascia giovanile bisognosa di cure che accede con difficoltà ai servizi istituzionalizzati offerti dal Dipartimento Integrato di Salute Mentale e delle Dipendenze. Si può ipotizzare quindi un Centro di Aggregazione Giovanile a gestione integrata tra volontari, operatori sociali ed operatori ASL, per interventi di lavoro strategico su adolescenti multiproblematici o giovani con patologie psichiatriche all’esordio
4. Implementazione nel triennio delle azioni volte alla “messa in rete” dei Servizi per adolescenti, già in parte avviate, a partire da un censimento dei Servizi stessi, attraverso il Progetto “Crescere ed Educare nel Territorio”, finanziato in parte da risorse del FSE. A tal proposito l’ATS 2 – Val Nervia prevede la realizzazione, nel triennio, di un progetto sperimentale finalizzato alla costituzione di più poli di offerta differenziati, dislocati nei vari Comuni che lo compongono a seconda delle risorse fisiche (spazi già attrezzati) ma anche socio-culturali (presenza di adulti significativi o “esperti”, sopravvivere di vecchie tradizioni e mestieri, ecc...) di ciascuno di essi, permettendo ai ragazzi una più ampia scelta e favorendo, fra l’altro, una maggiore possibilità di scambio intergenerazionale.

3.2.4 Adulti e giovani

Come si può evincere dall’analisi del contesto, l’area relativa ai giovani ed adulti assume particolare interesse perché a rischio di povertà correlata alla difficoltà ad entrare nel mondo del lavoro.

Una delle scelte più importanti e difficili che i giovani e le loro famiglie si trovano ad affrontare è, infatti, quella relativa al percorso scolastico e formativo professionale da seguire. La scelta degli studi da intraprendere, che indirizzano verso il proprio futuro lavorativo, viene presa troppo spesso senza il supporto di una adeguata base informativa e il giovane opera in funzione delle scelte di altri (amici, conoscenti della famiglia), senza tenere in considerazione quello che il mondo imprenditoriale ricerca, né quello che potrà essere il futuro economico di questo territorio.

Un buon orientamento scolastico-formativo, strettamente connesso all’individuazione puntuale ed in tempo reale dei mutamenti nel mercato del lavoro italiano ed internazionale, potrebbe ovviare a questo problema.

Pertanto un obiettivo prioritario risulta quello di favorire l'ingresso o il re-ingresso nel mondo del lavoro attraverso azioni improntate alla formazione ed alla riqualificazione dei soggetti

Dall'analisi del contesto è emerso come sia in crescita il numero di persone che negli anni avranno necessità di assistenza; infatti è stato dimostrato che, nel tempo, si è prolungata la durata della vita, guadagnando in salute, ma contemporaneamente non è diminuita la lunghezza del periodo medio relativo alla disabilità grave con perdita dell'autosufficienza. Pertanto il settore della cura e dei servizi alla persona sarà un settore in crescita su cui investire in termini formativi e lavorativi, come potrebbe esserlo quello del turismo ed in particolare del turismo sociale.

OBIETTIVO PRIORITARIO – ADULTI E GIOVANI

Prevenzione e contrasto delle forme di povertà, anche attraverso una maggiore connessione con le politiche formative, occupazionali, abitative.

AZIONI DI PIANO – ADULTI E GIOVANI

1. Supporto all'*active ageing*, supportando i giovani a dare una dimensione internazionale alle loro esperienze formative e lavorative, ed aiutando le persone che hanno superato i 40-45 anni ad adattarsi alle mutate condizioni del mercato rimanendo produttive (in linea con gli obiettivi della Strategia di Lisbona). Per rendere realizzare ciò si possono prevedere nel triennio azioni di aggiornamento linguistico e professionale, utilizzando voucher individuali che rendano possibile conciliare formazione, vita e lavoro; ciò, peraltro, tenendo presente che i lavoratori frontalieri e le persone in cerca di lavoro o in formazione non vanno viste come bersagli passivi di politiche di "welfare to work", ma devono essere considerate portatrici di interessi attivi e quindi coinvolte nella progettazione delle azioni anche direttamente e non solo tramite il pur importante tessuto associativo
 - ⇒ Creazione del CENTRO GIOVANI PER LA FORMAZIONE ED OCCUPAZIONE EUROPEA PRESSO LA SEDE DECENTRATA DELLA BIBLIOTECA APROSIANA (CHIOSTRO DI S. AGOSTINO):
 - Costo complessivo: E. 640.000,00
 - di cui contributo regionale + POGAS: E. 525.000,00
 - co-finanziamento Comune di Ventimiglia: E. 115.000,00 (ristrutturazione, termine lavori fine 2009) più E. 196.950,00 (gestione triennale a partire dal 2010);
2. Al fine di favorire l'inserimento produttivo di soggetti disoccupati (in prevalenza donne), in possesso di Diploma di Scuola Media Inferiore, in cerca di prima occupazione o usciti dal circuito lavorativo, sono stati appositamente previsti momenti formativi all'interno dei Progetti "Tata express – operatore di fiducia per le famiglie" e "Voucher per prestazioni di Assistenza Domiciliare – Operatore di fiducia per gli anziani e le loro famiglie".
3. Realizzazione di azioni di contrasto all'abbandono scolastico e formativo: prosecuzione nell'ATS 2 delle attività proposte dallo "Sportello di orientamento scolastico e formativo" in cui le attività di orientamento sono centrate sull'idea del "*percorso individuale nel territorio*" e delle "*valorizzazione delle risorse personali*". Gli operatori forniscono informazioni riguardanti le offerte di lavoro pubbliche e private, la formazione, il volontariato, il Servizio Civile, il tempo libero, attraverso l'utilizzo di Internet e la collaborazione con varie agenzie territoriali (Centro per l'Impiego; Informagiovani; Provincia di Imperia - Servizio Orientamento; Scuole; Associazioni varie).

3.3 Rete 3 – Non autosufficienza

Si elencano, di seguito, alcuni dati relativi all'offerta afferente alla Rete 3, come individuata dal PSIR, suddividendo per due macro aree d'intervento: domiciliarità ovvero interventi per la permanenza a domicilio delle persone anziane e disabili, malati psichici e residenzialità per le persone fragili

3.3.1 Domiciliarità

Nell'Area Domiciliarità si è optato per includere, per quanto concerne l'offerta dei Comuni, tutti gli interventi erogati a favore di soggetti non più in grado di provvedere autonomamente alla cura di sé e della propria abitazione (anziani, disabili, pazienti psichiatrici, doppie diagnosi, ecc...).

RETE 3 - NON AUTOSUFFICIENZA	Interventi e/o Servizi (Comuni)	Situazione al 31/12/2007: n. utenti o n. interventi
Sostegno alla domiciliarità anziani, disabili, psichiatrici, ecc...	Aiuto domestico e familiare	224 utenti
	ADI	20 utenti
	Buon Vicinato	8 utenti
	Custodi sociali	44 utenti
	Servizi di appoggio	69 utenti
	Telesoccorso	19 utenti
	Progetti per l'autonomia	10 utenti

Sostegno alla domiciliarità: Assistenza domiciliare socio-assistenziale

Servizio (Comuni)	Utenti Prestazioni 2006	Spesa 2006	Area
Assistenza domiciliare socio -assistenziale	22	32.220	DISABILI
Assistenza domiciliare socio -assistenziale	248	272.173	ANZIANI
Altro (Pacchi viveri a domicilio e manutenzione condizionatori)	7	1.008	ANZIANI
Totale	142	188.918	

Sostegno alla domiciliarità: Assistenza domiciliare integrata

Servizio (Comuni)	Utenti Prestazioni 2006	Spesa 2006	Area
ADI	20	33.949	ANZIANI

Sostegno alla domiciliarità: Servizi di prossimità (buonvicinato)

Servizio (Comuni)	Utenti Prestazioni 2006	Spesa 2006	Area
Buon vicinato	3	5.143	DISABILI
Buon vicinato	4	6.857	ANZIANI
Totale	7	12.000	

Sostegno alla domiciliarità: telesoccorso e teleassistenza

Servizio (Comuni)	Utenti Prestazioni 2006	Spesa 2006	Area
Telesoccorso e teleassistenza	121	15.800	ANZIANI

Sostegno alla domiciliarità: Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario

Servizio (Comuni)	Utenti Prestazioni 2006	Spesa 2006	Area
Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	1	3.600	ANZIANI
Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	2	7.200	DISABILI
Totale	3	10.800	

Sostegno alla domiciliarità: Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio

Servizio (Comuni)	Utenti Prestazioni 2006	Spesa 2006	Area
Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	20	5.464	ANZIANI

Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie

Servizio (Comuni)	Utenti Prestazioni 2006	Spesa 2006	Area
Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	7	2.297	ANZIANI
Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	5	4.635	DISABILI
Totale	12	6.932	

	ASL interventi	COMUNI interventi
interventi bassa intensità	190	
interventi media intensità	579	
interventi alta intensità	13	
A.D. socio-assistenziale		142
A.D. integrata	20	20
Telesoccorso e teleassistenza		121
Contributi prestazioni sanitarie		12
Altri interventi domiciliari (*)		30
TOTALE	592	321

(*) la voce comprende:

- Servizi di prossimità – Buon vicinato: 7
- Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario: 3
- Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio: 20

In riferimento alla precedente tabella si ritiene opportuno riassumere la definizione di “bassa”, “media” ed “alta intensità”, delle prestazioni ASL ad esse collegate, dei destinatari e delle modalità che regolano il Servizio:

- **BASSA INTENSITÀ SANITARIA:** definita anche prestazionale leggera che comprende prelievi ematici, sostituzione del catetere vescicale, clistere, addestramento per gestione controlli glicemici, terapie parenterali di breve durata.

Destinatari: persone anche temporaneamente non autosufficienti che non possono recarsi presso le strutture ambulatoriali.

Modalità di accesso: su richiesta semplice del M.M.G. inviata allo sportello unico distrettuale di accoglienza.

Modalità di erogazione: non è necessaria l’attivazione dell’U.V.M.

Tempi di risposta: valutazione del caso di norma entro tre giorni lavorativi

- **MEDIA INTENSITÀ SANITARIA:** comprende interventi di tipo infermieristico e/o riabilitativo.

Destinatari: persone non autosufficienti, in particolare anziani fragili con polipatologie, anziani stabili in dimissione ospedaliera che necessitano di continuità assistenziale, disabili con gravi limitazioni motorie anche temporanee, malati oncologici dimessi dall’ospedale che necessitano di trattamenti di media/lunga durata.

Obiettivi: prevenire le riacutizzazioni consentendo la permanenza a domicilio; proseguire trattamenti ospedalieri complessi favorendo le dimissioni in tempi contenuti; educazione e addestramento dei caregivers per la gestione dei problemi assistenziali e attivazione delle funzioni residue.

Requisiti indispensabili per accedere al Servizio : consenso informato del paziente e dei suoi familiari, presenza di caregivers (familiari o supporto informale); disponibilità di un’idonea condizione abitativa, attivazione dell’ A.D.I. da parte del MMG

Modalità di accesso: proposta del MMG o di un reparto ospedaliero in accordo con MMG fatta pervenire allo sportello unico distrettuale di accoglienza.; attivazione dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare Distrettuale secondo la procedura adottata presso la ASL 1 Imperiese dal 2001 e sue successive modificazioni.

Modalità di erogazione: valutazione multidimensionale e stesura di un piano individuale di assistenza (PIA) a cura dell' U.V.M. tecnica, composta dalle figure professionali indicate nel regolamento Aziendale.

Piano individuale di assistenza: contiene gli obiettivi di cura, la tipologia delle prestazioni, i tempi assistenziali per ciascuna figura professionale; la frequenza della valutazione degli esiti e l'individuazione di un responsabile del caso (case manager).

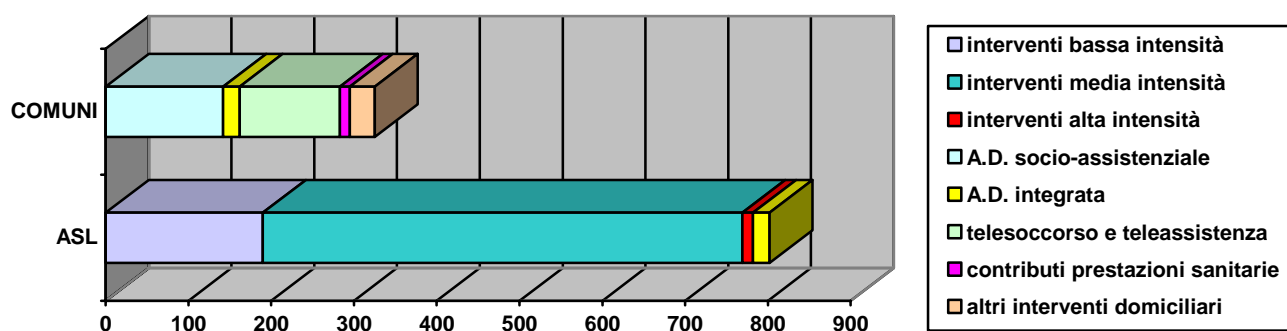
Accessi: normalmente si tratta di casi che richiedono da 1 a 4 accessi mensili del MMG, almeno 2 accessi settimanali degli operatori sanitari e attività di aiuto domestico fornite da parte degli ATS commisurate alla presenza e alle esigenze della famiglia.

Tempi di risposta: valutazione del caso di norma entro 48 ore.

Durata: l'intervento assistenziale per i pazienti inseriti nel livello di media intensità è previsto di norma nel termine massimo di sei mesi complessivo; i casi che richiedono tempi più prolungati saranno soggetti a rivalutazione, al fine di individuare le possibilità di passaggio ad altre forme di assistenza.

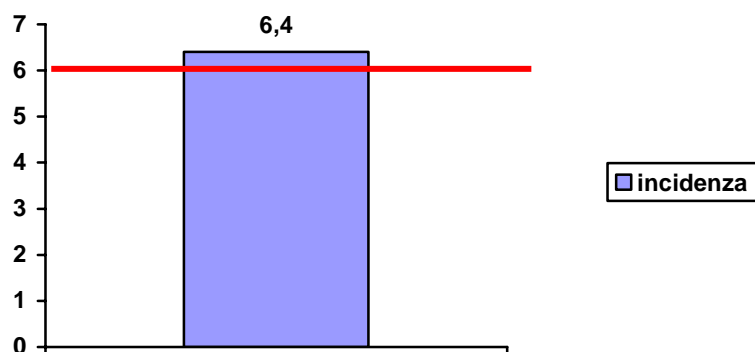
- **ELEVATA INTENSITÀ SANITARIA** (*progetto sperimentale in fase di attivazione*): cure domiciliari alternative al ricovero ospedaliero o in residenza per post-acuti.

Figura 11 – NON AUTOSUFFICIENZA – Sostegno alla domiciliarità: interventi



Fonte: elaborazione su dati ISTAT "Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati - Anno 2006"; e debito informativo aziendale e regionale – Anni 2006/2007 ASL1

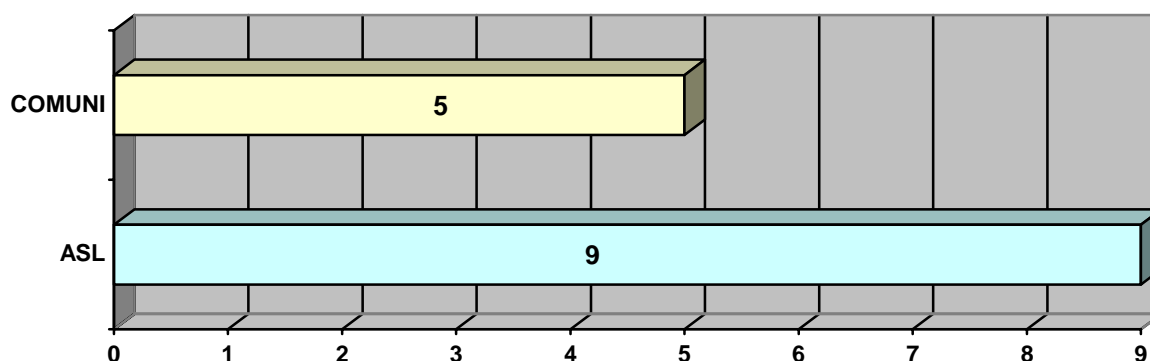
Figura 12 – NON AUTOSUFFICIENZA – Sostegno alla domiciliarità: incidenza sulla popolazione anziana residente



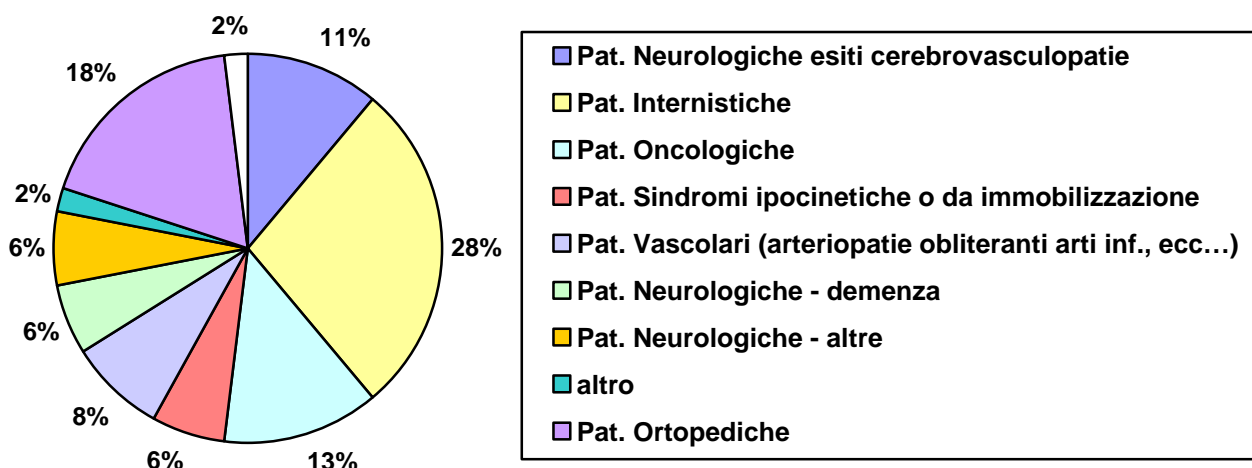
Obiettivo regionale al 31/12/2010: 6%

Fonte: elaborazione su dati ISTAT "Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati - Anno 2006"; e debito informativo aziendale e regionale – Anni 2006/2007 ASL1

Figura 13 - NON AUTOSUFFICIENZA – Sostegno alla domiciliarità: spesa media per abitante



Fonte: elaborazione su dati ISTAT "Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati - Anno 2006"; e debito informativo aziendale e regionale – Anni 2006/2007 ASL1



Il Servizio di assistenza domiciliare, nell'ASL 1 Imperiese, è rivolto a pazienti di tutte le età, i percorsi previsti per l'attivazione e la presa in carico, il funzionamento dell'UVM e il coinvolgimento dei servizi sociali comunali hanno consolidato proficue collaborazioni.

Per i pazienti di bassa e di media intensità sono rispettati i parametri indicati dalla normativa regionale, la copertura oraria per i pazienti con alto peso assistenziale è insufficiente anche se la qualità e la competenza della risposta assistenziale è da ritenersi adeguata. Vengono seguiti pazienti molto complessi con le caratteristiche individuate per il terzo livello, in particolare pazienti anziani polipatologici e pazienti sia giovani che anziani affetti da patologie oncologiche in dimissione ospedaliera o in fase terminale. Nei casi più impegnativi sono garantiti accessi infermieristici giornalieri in collaborazione con il Medico dell'ADI o con il MMG.

Risultano in carico pazienti in nutrizione parenterale totale ed enterale con il supporto del Medico Nutrizionista. All'occorrenza vengono coinvolti gli specialisti ospedalieri e gli operatori della Lega Tumori per le cure palliative.

L'assistenza fisioterapica in molti casi è da considerarsi insufficiente (in particolare per il terzo livello) in quanto gli accessi sono di media due o tre settimanali.

Da quanto sin qui analizzato si evidenziano alcune carenze nella risposta assistenziale, con particolare riferimento ai pazienti che necessitano di cure ad elevata intensità.

La famiglia fa fronte ad un forte carico in quanto coinvolta in prima persona nell'assistenza tutelare, dovendo altresì sopportare l'onere economico di ogni eventuale integrazione sia all'assistenza tutelare stessa sia per le prestazioni sanitarie non garantite.

Un problema molto sentito soprattutto nel territorio dell'ATS 2, formato da 7 Comuni di cui 6 in area montana, è quello relativo al trasporto di soggetti anziani, soli e parzialmente autosufficienti, presso i Servizi dislocati sulla fascia costiera.

OBIETTIVI PRIORITARI – DOMICILIARITA'

Considerato che dai dati attualmente a disposizione l'obiettivo regionale fissato dal PSIR 2007/2010 sembra stato raggiunto, diviene, comunque prioritario mettere a punto un sistema di rilevazione sulla domiciliarità condiviso da entrambi i sistemi per meglio verificare e monitorare i dati stessi.

Resta comunque come obiettivo quello di rendere gli interventi relativi qualitativamente migliori attraverso una maggiore copertura oraria del servizio (nell'arco della stessa giornata e della settimana) ed una maggiore flessibilità dello stesso.

AZIONI DI PIANO - DOMICILIARITA'

1. Consolidamento nel triennio delle cure domiciliari, prevedendone un incremento tramite l'AD (ADI ed aiuto domestico familiare), il FRNA, i voucher e gli assegni di cura. A tal fine all'interno di questa azione vengono sviluppati due progetti finanziati con risorse proprie dei Comuni, il Fondo delle Politiche Sociali ed il Fondo Nazionale per la sperimentazione di iniziative ed interventi per la famiglia di cui alla L. 296/06. All'interno della **Linea progettuale C) Sviluppo di interventi per la qualificazione delle assistenti familiari** di cui alla DGR 1296/2007, sono stati inseriti due progetti esecutivi:

⇒ **“Responsabile familiare per la non autosufficienza”**: il progetto, triennale, intende fornire agli anziani e alle loro famiglie un supporto professionale per la realizzazione di quanto previsto nel Piano assistenziale individualizzato e nel Patto assistenziale sottoscritto dalle famiglie e dal DSS 1. Tale figura potrà fornire tutte le informazioni sulle risorse formali e informali presenti o da attivare nel territorio distrettuale e creare le necessarie connessioni. Viene altresì prevista un'attività di monitoraggio sull'applicazione del F.R.N.A.

- Target: famiglie che usufruiscono del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA); utenti dello Sportello Integrato Sociosanitario;
- Azioni: formazione dell' Operatore da parte della Regione Liguria avvalendosi del sistema formativo provinciale; attività del Responsabile familiare per la non autosufficienza (Assistente Sociale) all'interno dello Sportello Integrato Socio sanitario per 15 ore settimanali (780 ore annue).
- Costo annuale: € 14.453,00
- Soggetti coinvolti: DSS 1, ATS, mediante gli Sportelli di Cittadinanza, Case Managers degli anziani e disabili che usufruiscono del F.R.N.A., M.M.G., Provincia di Imperia.

⇒ **“Voucher per prestazioni di Assistenza Domiciliare – Operatore di fiducia per gli anziani e le loro famiglie”**: attraverso questa sperimentazione annuale si intende fornire agli anziani, che non usufruiscano di altre offerte socio – assistenziali, ad esclusione dei centri diurni, attività domiciliari prestate da assistenti familiari qualificati. Parallelamente verrà creato a livello distrettuale un elenco degli assistenti familiari qualificati dal quale potranno attingere per assunzioni sia i privati che le Cooperative Sociali. Gli anziani potranno avvalersi di assistenti familiari forniti da Federsolidarietà-Confcooperative e Lega Cooperative tramite le Cooperative Sociali aderenti. Tale personale sarà specificamente formato attraverso corsi organizzati dall'Amministrazione Provinciale. Le famiglie che presentano un ISEE inferiore ad € 20.000,00 potranno usufruire, partecipando al costo del servizio, di un “voucher- servizi” dal DSS 1 previa istanza presentata allo Sportello di

Cittadinanza dell'ATS di residenza. E' prevista un'attività di monitoraggio del progetto per valutarne l'impatto sul territorio e gli esiti.

- Target: anziani non autosufficienti o con limitate abilità personali che non usufruiscono di altre offerte socio – assistenziali (ad esclusione dei centri diurni); disoccupati (in prevalenza donne), in possesso di Diploma di Scuola Media Inferiore, in cerca di prima occupazione o usciti dal circuito lavorativo;
- Azioni: creazione, in collaborazione con l'Amministrazione Provinciale, dell'elenco distrettuale degli assistenti familiari; coinvolgimento della Federsolidarietà-Confcooperative e Lega Cooperative per l'assunzione di personale e la definizione di un accordo di partenariato con il Comune di Ventimiglia (DSS); pubblicizzazione dell'iniziativa e creazione di un numero verde, gestito dagli stessi Organismi di Cooperazione, per le informazioni sul servizio Voucher per prestazioni di assistenza domiciliare – Operatore di fiducia per gli anziani e le loro famiglie; voucher alle famiglie che accederanno al servizio (acquisto di ore di Assistenza familiare) e che presentano un ISEE inferiore ad € 20.0000,00, prevedendo la compartecipazione dei richiedenti; monitoraggio del progetto e valutazione degli interventi;
- Costo complessivo: € **34.056,00** (escluse le spese relative alla formazione);
- Soggetti coinvolti: DSS 1; ATS; Provincia di Imperia; Federsolidarietà-Confcooperative; Lega Cooperative.

Inoltre, sempre all'interno di questa Azione si prevede entro il 2008 la

⇒ Attivazione sul territorio del DSS 1, a carico dell'ASL, del Progetto regionale per il potenziamento delle Cure Domiciliari di Alta Intensità, alternativo al ricovero ospedaliero o in residenza per post-acuti.

- Target: persone in condizione di relativa acuzie o di relativa instabilità clinica come anziani complessi polipatologici in fase di riabilitazione clinica o che necessitano di interventi riabilitativi dopo un evento acuto, pazienti in fase terminale affetti da patologie oncologiche o altre patologie, pazienti in dimissione precoce dal ricovero ospedaliero, pazienti con gravi lesioni del sistema nervoso centrale e periferico, in fase avanzata di patologie neuromuscolari e respiratorie, pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico, che possano contare su un care giver, che dispongano di un'idonea condizione abitativa;
- Obiettivi: prevenire le riadmissioni consentendo la permanenza a domicilio, proseguire trattamenti ospedalieri complessi favorendo le dimissioni in tempi anticipati sotto forma di dimissioni domiciliari protette, anche evitando quando possibile, i ricoveri in RSA; fornire educazione, addestramento e supporto ai caregivers coinvolti attivamente nella gestione assistenziale del paziente;
- Azioni: rivedere l'assetto organizzativo delle cure domiciliari con particolare attenzione al potenziamento delle cure definite di elevata intensità, prevedendo un forte coinvolgimento della componente ospedaliera, dei Medici di Medicina Generale e degli ATS; estensione oraria del servizio e quindi ampliamento dell'offerta assistenziale; implementare un sistema di valutazione multidimensionale informatizzato, compilabile a domicilio tramite l'utilizzo di palmari (es. VAOR ADI). perfezionare l'attuale protocollo dedicato ai pazienti inseriti nel programma di alta intensità di cure che preveda la fornitura di farmaci secondo il prontuario farmaceutico ospedaliero, con la possibilità di fornire dove necessario farmaci in fascia H; messa a punto entro il 2008 di un protocollo che coinvolgerà la Struttura Cure Domiciliari, i medici ospedalieri, i Medici di Medicina Generale e il responsabile dell'U.O. protesica che definisce competenze, modalità prescrittive, documentazione necessaria ecc., individuando un percorso che dia priorità alla fornitura degli ausili ritenuti indispensabili dall'equipe assistenziale (letto, materasso antidecubito, carrozzella, deambulatore, pompe da infusione, presidi per l'incontinenza ecc.); revisionare le procedure per la dimissione ospedaliera, in particolare dei pazienti

complessi destinati all'assistenza domiciliare di alta intensità; concordare modalità facilitate di accesso ai servizi ospedalieri per prestazioni diagnostiche o per eventuale ricovero; individuare per i pazienti inseriti in A.I. di cure percorsi dedicati per effettuazioni visite specialistiche domiciliari; costruire percorsi assistenziali per specifiche patologie condivise tra Ospedale e Territorio (es. A.D.I. Respiratoria.)

- Modalità di accesso: proposta del M.M.G. o da un reparto ospedaliero in accordo con il MMG, fatta pervenire allo sportello unico distrettuale di accoglienza. Attivazione dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare presso gli Stabilimenti Ospedalieri.
 - Modalità di erogazione: valutazione multidimensionale e stesura di un piano individuale di assistenza (PIA) a cura dell'U.V.M. composta dalle figure professionali indicate nel regolamento Aziendale.
 - Accessi: presenza del M.M.G. 1-2 volte la settimana; accessi da una a tre mensili dello specialista di riferimento; almeno sette accessi settimanali del personale infermieristico, fisioterapico e di supporto (OSS).
 - Pronta disponibilità: reperibilità infermieristica diurna.
 - Tempi di risposta: valutazione del caso entro le 24 h dalla segnalazione.
 - Durata: il periodo previsto per le cure domiciliari è contenuto di norma in quarantacinque giorni con modifiche in casi particolari; dopo tale periodo è previsto il passaggio in un altro livello di intensità.
2. Potenziamento, nel triennio, degli interventi di prossimità a favore di anziani che vivono in condizioni di solitudine o con altri familiari inabili o anziani, isolati, con problemi sanitari: prosecuzione ed implementazione dei Servizi già affidati tramite convenzione all'Associazione Temporanea d'Imprese avente quale soggetto capofila "Televita - Soc. Coop.", ovvero telesoccorso e teleassistenza, servizi di prossimità e domiciliarietà leggera in casi di emergenza e di particolare fragilità; il DSS 1 svolgerà, inoltre, per gli anziani il cui reddito sia così alto da permetter loro di acquistare autonomamente i servizi di telesoccorso e teleassistenza, la funzione di accreditamento.
3. Realizzazione, nel triennio, di azioni volte all'attivazione di un Servizio di Trasporto Sociale o Taxi Sociale, rivolto a persone anziane parzialmente autosufficienti.

3.3.2 Residenzialità e semiresidenzialità

Nella seguente tabella vengono evidenziati gli interventi svolti dai Comuni nell'Area della residenzialità e semiresidenzialità rivolti ad anziani, disabili e psichiatrici.

RETE 3 - NON AUTOSUFFICIENZA	Interventi e/o Servizi (Comuni)	Situazione al 31/12/2007: n. utenti o n. interventi
	Integrazione quote sociali c/o strutture residenziali per soggetti ANZIANI non autosufficienti che usufruiscono di posti convenzionati ASL	23
	Integrazione quote sociali c/o strutture semiresidenziali per soggetti ANZIANI non autosufficienti che usufruiscono di posti convenzionati ASL;	10
	Integrazione rette c/o strutture residenziali per ANZIANI per insufficienza di reddito o per non autosufficienti in posti non convenzionati (ATS);	34

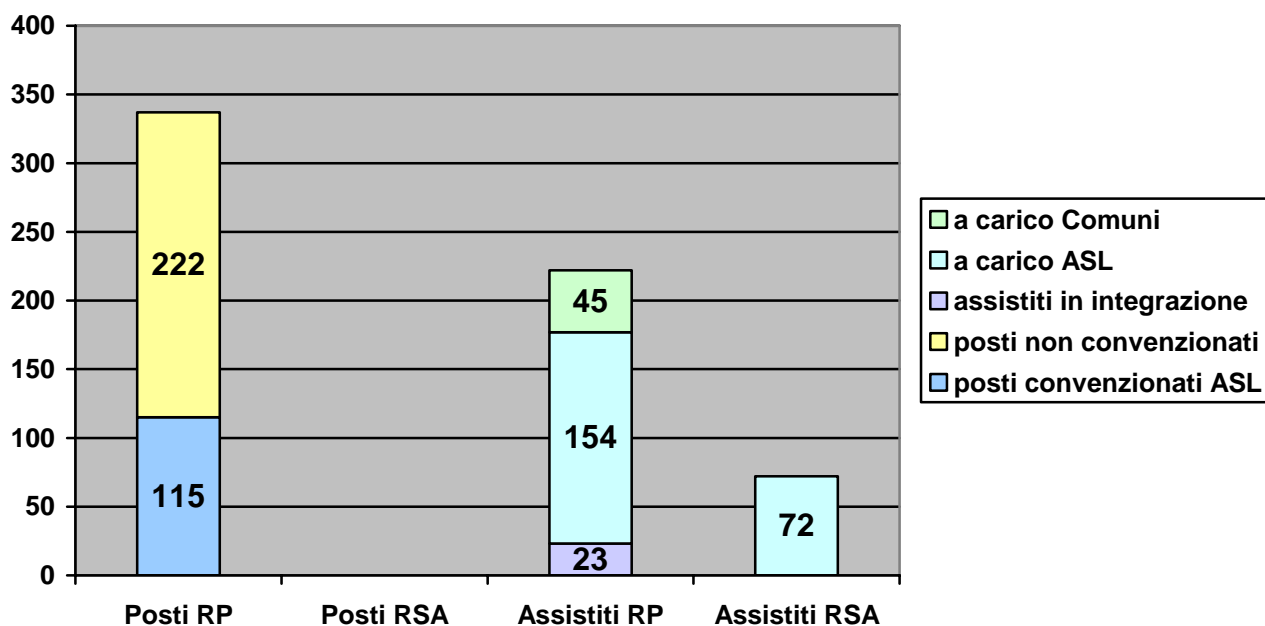
Residenzialità e semiresidenzialità (anziani, disabili, psichiatrici....)	Integrazione quote sociali c/o strutture residenziali per soggetti DISABILI che usufruiscono di posti convenzionati ASL (DSS)	10
	Integrazione quote sociali c/o strutture semiresidenziali per soggetti DISABILI che usufruiscono di posti convenzionati ASL (DSS);	22
	Integrazione rette c/o strutture residenziali per DISABILI per insufficienza di reddito o in posti non convenzionati (ATS);	1
	Integrazione rette c/o strutture semiresidenziali per DISABILI per insufficienza di reddito o in posti non convenzionati (ATS);	10
	Integrazione quote sociali c/o strutture residenziali per soggetti PSICHIATRICI non autosufficienti che usufruiscono di posti convenzionati ASL (DSS);	8
	Integrazione rette c/o strutture residenziali per PSICHIATRICI per insufficienza di reddito o in posti non convenzionati (ATS);	2
	Trasporto disabili a centri diurni	28 utenti
	Trasporto disabili a centri residenziali	2
	Centro Diurno Alzheimer	1 (posti 15)
	RP Comunità Alloggio gestite da Comuni	1 - Pigna 2 (Camporosso e Apricale)
	Centri diurni Socio-ricreativi disabili Gestito da Comune di Bordighera (sino al 31/08/07)	1 (8 posti)

Nella parte seguente si intendono approfondire alcuni aspetti relativi alla residenzialità e semiresidenzialità anziani.

Nel corso del 2006 ASL e Comuni hanno avuto in carico rispettivamente 226 e 68 anziani come da seguente tabella

RESIDENZIALITA' ANZIANI	ASL	COMUNI
<i>assistiti RSA</i>	72	
<i>assistiti RP</i>	154	
<i>assistiti Comune</i>		45
<i>assistiti in integrazione</i>		23

Figura 14 – Posti ed utenti in strutture residenziali per anziani



Fonte: elaborazione su dati ISTAT "Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati - Anno 2006"; e debito informativo aziendale e regionale – Anni 2006/2007 ASL1

Residenzialità anziani: UTENTI RP

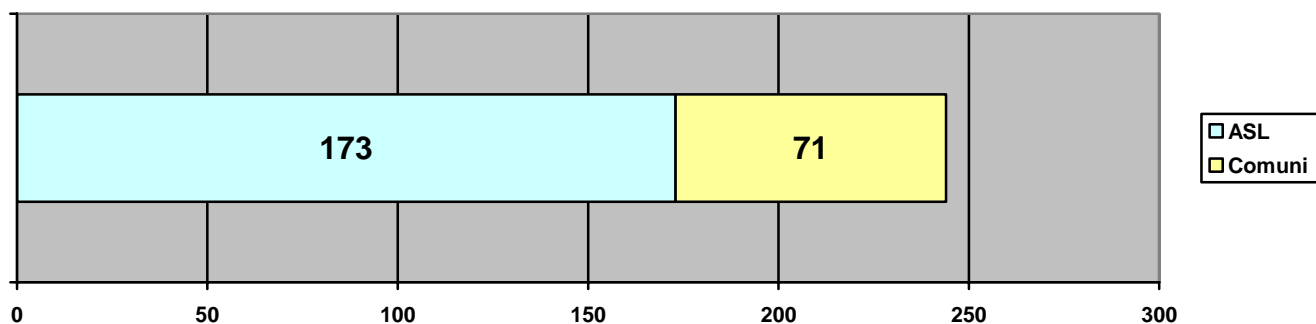
Servizio (Comuni)	Utenti Prestazioni 2006	Spesa 2006
Retta per prestazioni residenziali	60	410.119
Strutture residenziali	8	55.000
Totale	68	465.119

Semiresidenzialità anziani: utenti centri diurni

Servizio (Comuni)	Utenti Prestazioni 2006	Spesa 2006
Retta per Centri diurni	10	11.059
Centri diurni	15	183.513
Totale	25	194.572

Spesa residenzialità Comuni	€ 465.119
Spesa residenzialità ASL	€ 1.126.311
RESIDENTI	58.891
Spesa pro capite residenzialità Comuni	€ 8
Spesa pro capite residenzialità ASL	€ 19
RESIDENTI > 74 anni	6.529
Spesa pro capite residenzialità Comuni su popolazione > 74 anni	€ 71
Spesa residenzialità ASL su popolazione > 74 anni	€ 173
Totale spesa pro capite su popolazione > 74 anni	€ 244

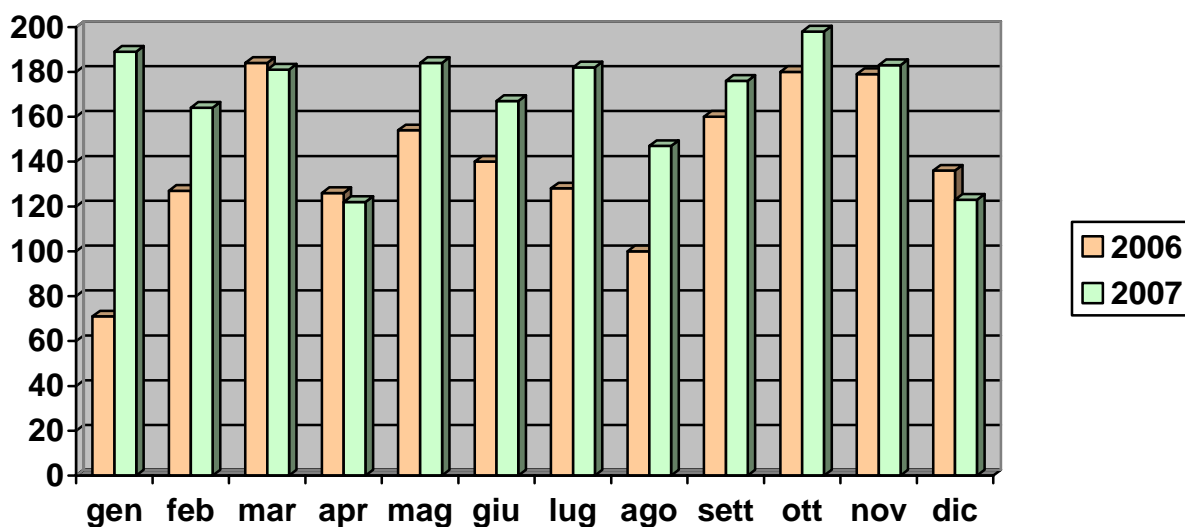
Figura 15 – Spesa pro capite sulla popolazione > 74 anni



Fonte: elaborazione su dati ISTAT "Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati - Anno 2006"; e debito informativo aziendale e regionale – Anni 2006/2007 ASL1

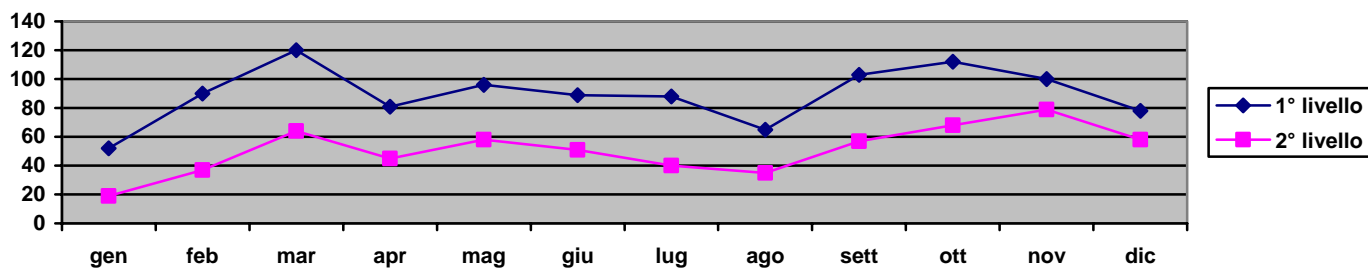
Il Comune di Ventimiglia, in qualità di Capofila del DSS 1, nel 2004 ha attivato un Centro Diurno per Anziani affetti da patologie psicotroniche degenerative (Alzheimer, Demenza Senile), con una ricettività di 15 posti sia di 1° che di 2° livello, di cui 9 in convenzione con l'ASL (4 di 1° livello, 5 di 2° livello). Di seguito si presentano alcuni dati relativi alle presenze nel corso degli anni 2006 e 2007.

Figura 16 – CENTRO DIURNO ANZIANI - confronto fra le presenze del 2006 e del 2007



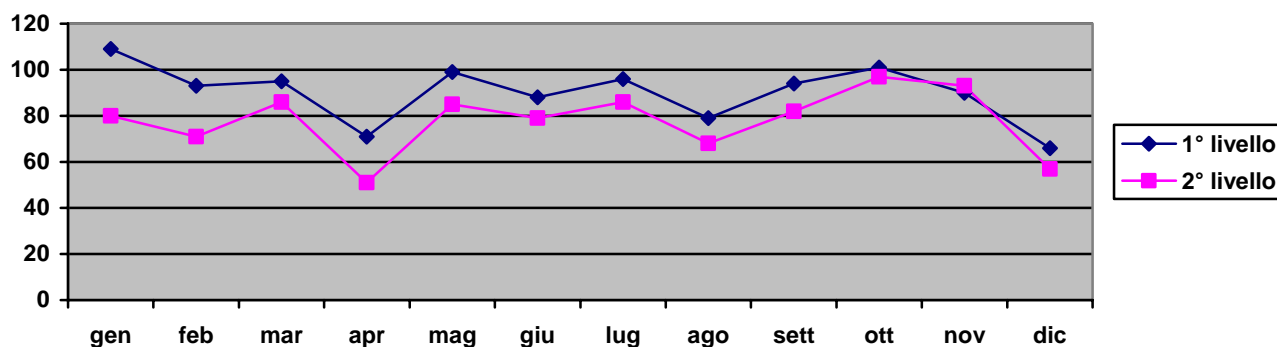
Fonte: Elaborazione interna sui dati 2006 e 2007

Figura 17 – CENTRO DIURNO ANZIANI – Andamento delle presenze 2006 suddivise per livello



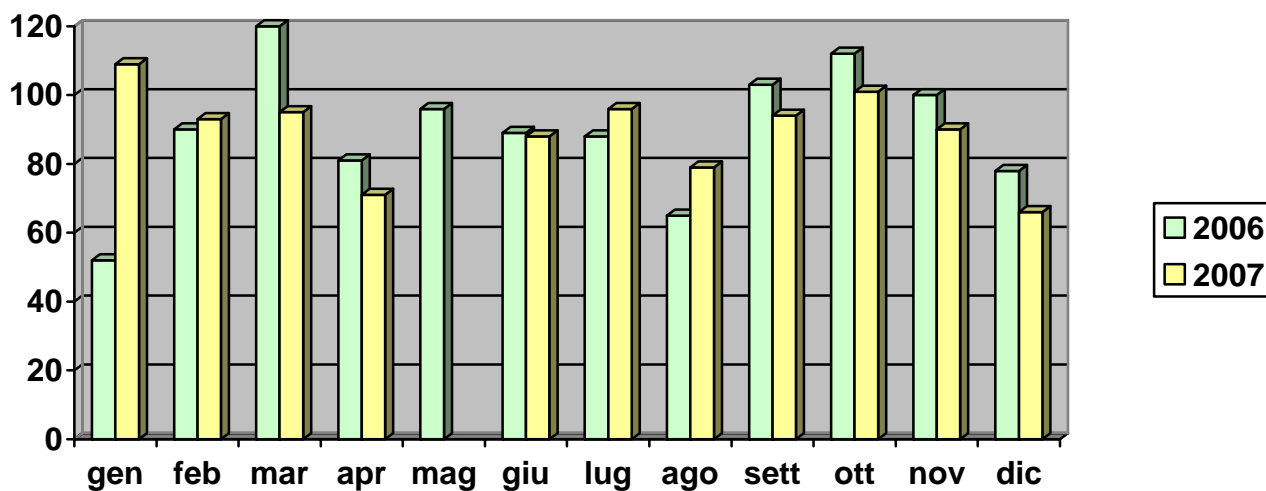
Fonte: Elaborazione interna sui dati 2006

Figura 18 – CENTRO DIURNO ANZIANI – Andamento delle presenze 2007 suddivise per livello



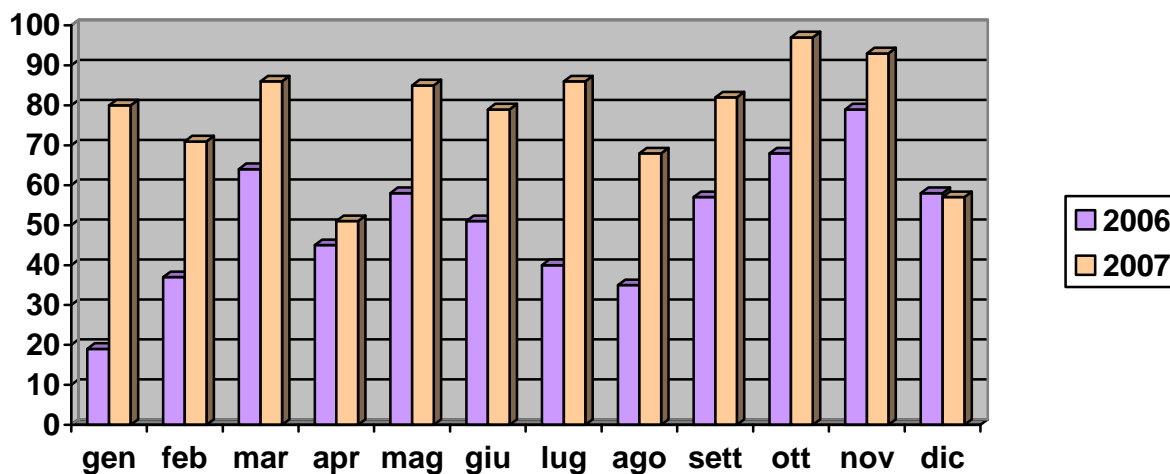
Fonte: Elaborazione interna sui dati 2007

Figura 19 – CENTRO DIURNO ANZIANI – Confronto presenze 1° livello fra il 2006 e 2007



Fonte: Elaborazione interna sui dati 2006 e 2007

Figura 20 – CENTRO DIURNO ANZIANI – Confronto presenze 2° livello fra il 2006 e 2007



Fonte: Elaborazione interna sui dati 2006 e 2007

I grafici relativi al Centro Diurno Alzheimer mostrano come le presenze siano complessivamente aumentate nel corso dell'anno 2007 rispetto al 2006: una forte crescita si è verificata soprattutto nelle presenze di 2° livello; ciò sembra denotare una crescente difficoltà da parte delle famiglie a farsi carico "in toto" dei soggetti affetti da questa patologia, anche per quanto concerne i casi di entità medio-grave.

Si presentano di seguito due tabelle relative all'offerta attuale e prevedibile di Residenze Protette nel territorio

Strutture per anziani Residenze Protette	posti al 30.06.08	Autorizzata ai sensi della L.r. 20/99	Previsione posti aggiuntivi o trasformazioni in atto	posti convenzione ASL al 31.12.08	Posti disponibili nel 2008 per ulteriore convenzione con la ASL
Fondazione Casa di Riposo San Giuseppe- Bordighera	52	Definitiva		15	0
"Casa Rachele" – Fondazione Rachele Zitimirski- Vallecrosia	78	Definitiva		35	0
"Casa di Riposo Milio" – Perinaldo	16	In itinere		5	
Fondazione Monsignor Bartolomeo Tornatore e Padre Giovanni Mauro"- Dolceacqua	68	Definitiva		20	10
Residenza Protetta L. Isnardi – Pigna	33	In itinere	È previsto un aumento della ricettività non ancora definito	20	5
Fondazione Casa di Riposo Ernesto Chiappori	65	Definitiva		20	0
Residenza Protetta x non autosufficienti presso la Fondazione San Secondo- gestione Coop. Soc. "Il Faggio"	25 Attualmente non disponibili	Sarà richiesta al termine dei lavori di adeguamento	Apertura prevista al 09.08		25
TOTALE	337			115	40

PREVISIONE DI NUOVE STRUTTURE PER ANZIANI NEL TERRITORIO

ENTE	TIPOLOGIA STRUTTURA	RICETTIVITA	TEMPI PREVISTI	FINANZIAMENTO RICHIESTO
Comune di Apricale	Trasformazione Comunità Alloggio in Residenza Protetta	26	Entro anno 2008	L. R. 12/2006
Comune di Airole	Un modulo residenza protetta	Da definire		L.R.30/99
Fondazione Notari – Lorenzi Vallecrosia	Residenza Protetta ed RSA post acuzie	100	Entro anno 2010	L.R.12/06
Comune di Olivetta San Michele	Residenza Protetta	26	Entro anno 2010	L. R. 30/99 e L.R. 12/06
Totale		152		

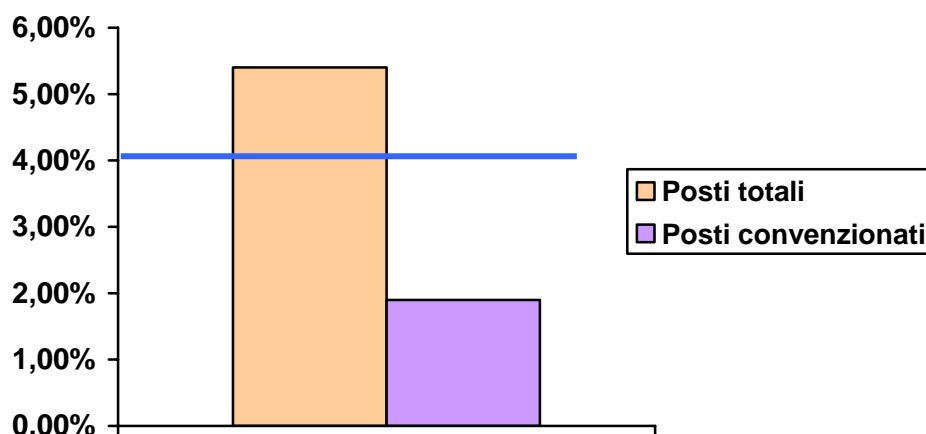
Per i posti letto convenzionati in residenza protetta esiste una lista d'attesa gestita dall'ASL per le diverse strutture: al 31.10.07 risultavano in lista 123 persone. Se si confrontano questi dati (numero posti convenzionati e numero persone in lista d'attesa) con quelli relativi al numero delle domande presentate per il fondo della non autosufficienza pari a 259 (dal 12.06 al 06.03.08), oltre a quelle delle persone che usufruiscono tuttora dell'Assegno Servizi, si può affermare che è maggiore il numero delle domande di persone che sono assistite a domicilio rispetto a quelle che desiderano l'inserimento; le strutture nel territorio inoltre segnalano che la domanda di inserimento proviene principalmente da persone non autosufficienti o in situazioni di fragilità e sempre meno da persone autosufficienti. E' interessante correlare questo dato con quanto emerge dai più recenti dati ISTAT (ISTAT 2007) riferiti all'intero territorio nazionale nel 2004: alla riduzione di ricoveri in struttura,

in termini percentuali già in atto da qualche tempo, si aggiunge quella in valore assoluto, con una diminuzione di quasi 4000 presenze tra il 2003 ed il 2004 per un valore praticamente uguale al 1999, anno in cui l'ISTAT ha avviato la rilevazione di questi dati. Questo andamento è confermato anche in Paesi dell'OCSE, vi è una riduzione di ricoveri, senza mai scendere al di sotto del 4-3,5% di utenza, per di più accompagnata da forti programmi di sviluppo di cure domiciliari.

Ad oggi la situazione relativa alla residenzialità e semiresidenzialità risulta, quindi, la seguente:

RESIDENZIALITA' ANZIANI	ASL	COMUNI
posti RP	337	
di cui non convenzionati ASL	222	
di cui convenzionati	115	
Posti RSA	0	
Posti Centri Diurni	15	
di cui convenzionati ASL	9	
TOTALE POSTI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI CONVENZIONATI E NON	352	
Totale posti residenziali e semiresidenziali convenzionati ASL	124	
Popolazione > 74 anni	6.529	
Incidenza posti su anziani residenti	5,4%	
Incidenza posti convenzionati su anziani residenti	1,9%	
OBIETTIVO REGIONALE AL 31/12/2010: 4% (nuovi posti 137)		

Figura 21 – Incidenza dei posti convenzionati e non sulla popolazione residente over 74 anni



Obiettivo regionale al 31/12/2010: 4%

Fonte: elaborazione su dati ISTAT "Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati - Anno 2006"; e debito informativo aziendale e regionale – Anni 2006/2007 ASL1

I dati sopra riportati mostrano come sul territorio del DSS 1 i posti convenzionati ASL in strutture residenziali e semiresidenziali per anziani si attestino su una percentuale del 1,9% sulla popolazione ultrasettantacinquenne residente, ben al di sotto, quindi, dell'indicatore regionale fissato dal PSIR, che prevede il raggiungimento, entro il 31/12/2010, dell'obiettivo del 4% (Fig. 11).

Inoltre la Figura 10 evidenzia come, pur non essendo presenti sul territorio del DSS 1 Residenze Sanitarie Assistite, i soggetti residenti collocati in RSA siano stati 72; ciò significa che tali soggetti sono stati inseriti nelle strutture di Costarainera e Pieve di Teco, con notevole disagio sia per gli utenti che per le loro famiglie.

Ai Servizi, ma ancor più alle Residenze Protette, pervengono, poi, continue richieste di ricoveri temporanei di persone anziane; fondamentalmente si tratta di due tipologie di ricoveri:

- di sollievo, per consentire alle famiglie che assistono continuamente a domicilio i loro cari un periodo di respiro per il ricovero di un altro membro della famiglia, per vacanze, ecc..
- per l'adattamento dell'abitazione e per la messa a punto delle modalità assistenziali nei confronti dei propri anziani a seguito di ricovero ospedaliero e di conseguenti dimissioni. Purtroppo molti anziani precedentemente autosufficienti sono colpiti da eventi acuti che li rendono improvvisamente non più autosufficienti: si tratta di un avvenimento che spesso mette in crisi la rete familiare e che vede, con una certa frequenza, il ricovero definitivo dell'anziano in Struttura come unica soluzione.

Altro problema aperto è quello di garantire ai soggetti anziani, anche per quanto concerne la residenzialità, la necessaria continuità assistenziale pur con il variare del loro grado di autonomia, prevedendo un continuum di soluzioni che vadano dall'assistenza domiciliare, ai Centri Diurni, alla Comunità Alloggio ed, infine, alla Struttura residenziale per soggetti non – autosufficienti.

Un nodo importante è quello relativo al superamento delle barriere ad oggi esistenti fra “chi vive dentro” e “chi vive fuori” dalle strutture sia residenziali che semiresidenziali, favorendo gli scambi reciproci fra territorio e centri.

OBIETTIVI PRIORITARI - RESIDENZIALITA' E SEMIRESIDENZIALITA'

1. raggiungere l'obiettivo dell'incremento al 4%, nel triennio dell'offerta di residenzialità e semiresidenzialità per popolazione ultrasessantacinquenne;
2. non aumentare ulteriormente la ricettività già prevista, completando le opere in atto entro il 2011, e riconvertire i posti già esistenti in posti per non autosufficienti con un adeguato riposizionamento sugli standards in particolare quelli del personale;
3. migliorare il livello qualitativo dell'assistenza erogata soprattutto per quanto concerne la componente socioassistenziale (cure igieniche, occupazione del tempo, attività di socializzazione, ecc...);
4. alleviare il peso della cura alle famiglie che scelgono di mantenere presso di sé i propri familiari non autosufficienti attraverso la possibilità di ricorrere al ricovero temporaneo degli stessi presso strutture residenziali;
5. garantire all'utenza anziana, anche residenziale, la necessaria continuità assistenziale, promuovendo, parallelamente, la differenziazione dell'offerta residenziale fra più poli;
6. promuovere la cultura della vera integrazione, progettando e supportando azioni che favoriscano l'interscambio fra territorio e strutture residenziali e semiresidenziali.

AZIONI DI PIANO - RESIDENZIALITA' E SEMIRESIDENZIALITA'

1. Adozione entro il 2008/2009 di un Piano Distrettuale sulla Residenzialità e semiresidenzialità per tutte le aree di utenza; per quanto riguarda la residenzialità per anziani tale Piano rappresenterà la contestualizzazione sul territorio del DSS 1 del Piano della Residenzialità dell'ASL. Vista la Delibera Regionale n. 529 del 25/05/07, che delinea i criteri per l'accreditamento di strutture che erogano prestazioni in regime residenziale a ciclo continuativo e/o diurno (RSA, Residenze Protette e Centri Diurni), il Piano Distrettuale approfondirà gli aspetti relativi ai percorsi di accreditamento anche per la parte sociale;
2. Migliore qualificazione, attraverso l'utilizzo dei Fondi Regionali in Conto Capitale, dell'offerta residenziale nell'intero territorio del DSS 1;
3. Aumento dei posti convenzionati ASL;
4. Costruzione di un modulo di Residenza Sanitaria Assistita post – acuzie;
5. Riqualficazione dell'offerta residenziale sia in termini di spazi che di personale;

6. Consolidamento delle attività del Centro Diurno Alzheimer ed aumento di posti convenzionati ASL, con l'obiettivo, nel triennio, di 15 posti convenzionati, prevedendo già nel 2008 l'aumento di ulteriori 4 posti di cui 3 di 2° livello ed 1 di 1° livello. E' stato predisposto, in collaborazione con l'ASL Imperiese ed il Centro Ospedaliero "La Palmosa" di Menton, un progetto transfrontaliero da presentare al finanziamento Europeo ("ALCOTRA – Zone NUTS"), finalizzato all'ampliamento ed alla maggiore qualificazione dell'offerta del Centro Diurno Alzheimer, attraverso il reperimento di nuove risorse finanziarie che permettano:
 - l'aumento delle ore di attività (apertura del Centro nella giornata di sabato);
 - l'aumento del volume delle attività riabilitativa ed infermieristica, estendendole anche al domicilio del paziente;
 - la riqualificazione tecnologica della struttura;
 - l'acquisto di nuovi mezzi di trasporto da destinarsi all'ampliamento delle attività esterne al Centro;
7. Convenzionamento da parte dell'ASL con strutture residenziali, per 4 posti letto nel triennio, dedicati a ricoveri temporanei, da tariffare in maniera analoga ai Centri diurni, e cioè a posto letto occupato;
8. Messa in rete dei servizi esistenti, sia domiciliari che residenziali; una sperimentazione attuabile potrebbe riguardare, nel triennio, l'interconnessione fra strutture residenziali a bassa intensità di cura (es. Comunità Alloggio) e strutture ad alta intensità (es. Residenze Protette), attraverso percorsi facilitati di ingresso per quei soggetti che dovessero subire una perdita di autonomia tale da richiedere un livello di cure più elevato; un simile percorso potrebbe essere realizzato anche fra il Centro Diurno Alzheimer e strutture dotate di moduli per l'accoglienza residenziale, anche temporanea, di questo particolare tipo di utenza. L'attuazione di questa azione richiede un lavoro sinergico fra DSS, ASL (Dipartimento delle Cure Primarie e della Riabilitazione – Struttura Complessa Anziani e Protesica) e strutture esistenti sul territorio per lo studio e la costruzione di protocolli operativi e di modalità anche per la gestione delle liste d'attesa;
9. Azioni atte a favorire nel triennio l'apertura delle strutture residenziali per gli anziani verso l'esterno e la maggiore partecipazione del territorio alle attività promosse dalle strutture stesse:
 - ⇒ Prosecuzione dei Servizi infermieristici e di ristorazione promossi dalla R.P. di Pigna e dalla R.P. Zitomirski a favore della cittadinanza;
 - ⇒ Previsione di identiche attività per la struttura di prossima apertura presso i locali della Fondazione San Secondo di Ventimiglia;
 - ⇒ Organizzazione di manifestazioni afferenti alla Rassegna "Porte aperte alla Musica", promossa dall'ISAH di Imperia e dalla Cooperativa Sociale "Il Faggio" in collaborazione con l'Associazione Global Art con la sponsorizzazione dei Comuni di Cervo, Imperia e Ventimiglia e della Provincia di Imperia ed il coinvolgimento dell'Associazione di Volontariato SPES - Auser; tale rassegna si pone l'obiettivo di favorire la piena integrazione strutture per soggetti disabili/territorio attraverso la creazione di luoghi comuni di incontro; le manifestazioni si svolgeranno sia all'interno delle strutture che in spazi cittadini.

3.2.3. Persone con disabilità

Di seguito si indicano alcuni dati relativi alla residenzialità e semiresidenzialità rivolta a soggetti disabili.

Residenzialità disabili

Servizio (Comuni)	Utenti Prestazioni 2006	Spesa 2006
Retta per prestazioni residenziali	7	36.109

Semiresidenzialità disabili

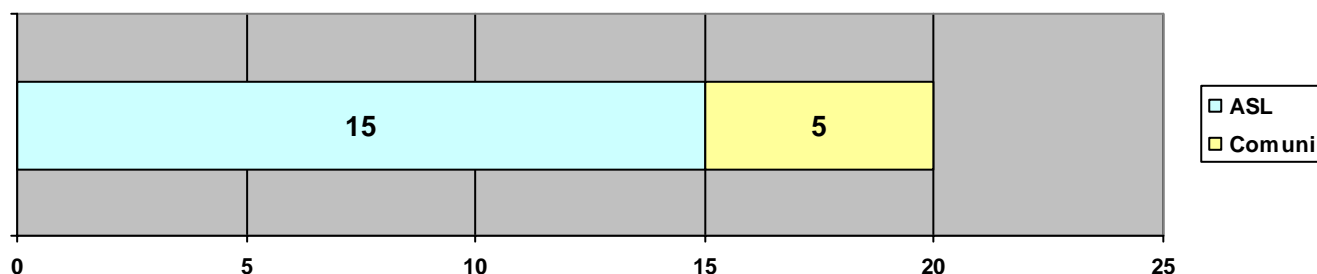
Servizio (Comuni)	Utenti Prestazioni 2006	Spesa 2006
Retta per Centri diurni	5	14.277
Retta per altre prestazioni semiresidenziali	7	17.413
Centri diurni (gestione)	8	72.217
Totale	20	103.907

Trasporto sociale disabili

Servizio (Comuni)	Utenti Prestazioni 2006	Spesa 2006
Trasporto sociale	24	47.640

<i>Spesa residenzialità Comuni</i>	€ 36.109
<i>Spesa semiresidenzialità Comuni</i>	€ 103.907
<i>Spesa trasporto</i>	€ 140.016
Totale Comuni	€ 280.032
Spesa disabili Comuni / ab	€ 5
<i>Spesa residenzialità ASL</i>	€ 727.555
<i>Spesa semiresidenzialità ASL</i>	€ 175.780
Totale ASL	€ 903.335
Spesa disabili ASL /ab	€ 15
RESIDENTI	58.891

Figura 22 – RESIDENZIALITA' E SEMIRESIDENZIALITA' DISABILI - Spesa pro capite sulla popolazione



Fonte: elaborazione su dati ISTAT "Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati - Anno 2006"; e debito informativo aziendale e regionale – Anni 2006/2007 ASL1

Integrazione scolastica dei disabili	Servizio educativo scolastico;	38 utenti
	Trasporto scolastico	1 utente

DISABILI: Contributi alle associazioni

Servizio (Comuni)	Spesa 2006
Contributi generici ad Enti ed associazioni	45.134

OBIETTIVI PRIORITARI - PERSONE CON DISABILITA'

Consolidamento, nel triennio, dell'attività svolta, soprattutto per quanto concerne gli interventi relativi agli inserimenti lavorativi mediante strumenti di mediazione al lavoro ed al Servizio Educativo Scolastico per minori affetti da disabilità grave che necessitano di interventi integrati e

prosecuzione delle collaborazioni già in atto con organizzazioni del privato sociale (ISAH e SPES - Auser) che operano attivamente sul territorio

Permane come criticità il problema del trasporto dei soggetti con disabilità presso i Centri di Riabilitazione, che occorre rivedere nella sua organizzazione e nei suoi costi, i quali gravano ad oggi sui Comuni.

Un importante obiettivo che si vuole realizzare, congiuntamente all'ASL ed in linea con l'Accordo fra il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e Finanze e la Regione Liguria, è volto al rientro di persone ricoverate fuori Regione ed in particolar modo di soggetti in stato vegetativo permanente (attualmente 4), individuando un unico Centro sul territorio di tutta l'ASL

AZIONI DI PIANO – PERSONE CON DISABILITA'

- ⇒ **“Progetto Sperimentale Integrato”**, prosecuzione annuale di un progetto già finanziato lo scorso anno, ripresentato al finanziamento regionale sui fondi relativi ad Azioni innovative o a rilevanza Regionale dall'Associazione di Volontariato Spes – Auser
 - Target: minori con handicap del linguaggio e della comunicazione che frequentano la Scuola dell'Obbligo;
 - Azioni: integrazione fra attività riabilitative, ludiche e didattiche; collaborazione fra Scuola, Servizi Sociali e Sanitari, Terzo Settore
 - Soggetti coinvolti: SPES, DSS 1, ASL, ATS, Scuole del territorio
- ⇒ Prosecuzione della Convenzione ASL/Associazione di Volontariato Spes - Auser di Ventimiglia per il progetto **“Fisioterapia continuata o a cicli di mantenimento per gravi disabilità motorie”**. Il progetto, attivo dal maggio 2007, risponde, oltre che ad una esigenza riabilitativa di rilassamento e stimolazione per ridurre l'ipotonia, a fornire alcuni momenti di socializzazione e di sollievo alla famiglia. La SPES provvede al trasporto di disabili cronici, concordati con l'ASL, dal domicilio alla palestra (situata all'interno del Centro diurno) e ritorno al termine della mattinata o del pomeriggio, a seconda degli appuntamenti. L'orario dalle ore 10.00 alle ore 17.00 (con un'ora di sosta per il pranzo), si articola su tre giorni settimanali: il martedì, il giovedì, il venerdì. Costo previsto per il 2009: € 39.690,00.
- ⇒ Creazione, nel triennio, ad opera dell'Associazione di Volontariato Spes – Auser, di **“Appartamenti protetti”** ubicati nelle vicinanze della Casa Famiglia Dopo di Noi “Il Sorriso”;
 - Target: soggetti con disabilità medio/grave;
 - Azioni: creazione di uno spazio di vita (appartamento attrezzato, casa robotica) dove i soggetti possano esercitare in gruppi molto ristretti le proprie autonomie possibili; sostegno educativo per rinforzare le abilità e l'autonomia;
 - Soggetti coinvolti: SPES, DSS 1, ASL, ATS;
- ⇒ Creazione, nel triennio, ad opera dell'Associazione di Volontariato Spes – Auser, di una **“Associazione Sportiva”**, affiliata al CIP (Comitato Italiano Paraolimpiadi)
 - Target: soggetti con disabilità fisica, psichica e sensoriale;
 - Azioni: facilitare la socializzazione e la ri-socializzazione di soggetti disabili attraverso la motivazione a conseguire un traguardo sportivo, facilitando un percorso di crescita dell'autostima attraverso l'educazione alla competitività;
 - Soggetti coinvolti: SPES, Associazioni sportive;
- ⇒ Creazione, nel triennio, ad opera dell'Associazione di Volontariato Spes – Auser, di **“Laboratori Protetti”**, propedeutici o alternativi all'inserimento lavorativo
 - Target: soggetti con grave disabilità psichica e sensoriale;
 - Azioni: realizzazione di un protocollo d'intesa con l'Università di Genova per inserire piccoli gruppi di ragazzi nelle attività di manutenzione dei Giardini Hanbury; creazione

di un gruppo di cura a favore di disabili piccoli e/o in carrozzina; creazione di un laboratorio di cucina e ristorazione;

- Soggetti coinvolti: SPES, DSS 1, ASL, ATS, Università di Genova;

⇒ Apertura all'esterno, nel triennio, da parte dell'Associazione di Volontariato Spes – Auser, dei “**Corsi di computer per disabili**”, già attualmente realizzati nella sede della Casa Famiglia Dopo di Noi “Il Sorriso”

- Target: soggetti con disabilità fisica, psichica e sensoriale;

- Azioni: prevedere l'apertura di Corsi presso la sede di Villa San Patrizio di Bordighera, pubblicizzazione dell'iniziativa;

- Soggetti coinvolti: SPES, Enti di Formazione;

3.4 Rete 4 – Promozione della socialità ed inclusione sociale

Gli interventi concernenti l'Area Promozione della Socialità ed Inclusione Sociale fanno riferimento ai livelli essenziali delle prestazioni previsti dalla legge quadro 328/2000 e legge regionale 12/2006.

RETE 4 - PROMOZIONE DELLA SOCIALITÀ ED INCLUSIONE SOCIALE	Interventi e/o Servizi	Situazione al 31/12/2007: n. utenti o n. interventi
Prestazioni di carattere economico temporanee o continuative	Contributi	300 utenti
Servizi di pronto intervento	Convenzione Caritas	4 ATS
Interventi volti a favorire l'inclusione sociale	Educativa territoriale	48 utenti
	Inserimenti lavorativi protetti	64 soggetti inseriti
	2° accoglienza Caritas	4 soggetti inseriti

Il PSIR 2007/2010 indica fra le misure idonee a facilitare il reinserimento sociale dei soggetti a rischio di esclusione sociale gli interventi di inserimento lavorativo mediante strumenti di mediazione al lavoro.

Il processo di costruzione dei Distretti Socio-Sanitari ha implicato una revisione dell'assetto organizzativo dei servizi territoriali e del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze che con i servizi Distrettuali devono integrarsi per fornire risposte efficaci alle domande di cura dei casi da ascrivere alle cosiddette aree di confine (Disabilità, Psicogeriatría, Adolescenza, Disturbi del comportamento alimentare).

L'istituzione del Dipartimento Integrato di Salute Mentale e delle Dipendenze intende garantire una molteplicità di funzioni, complessivamente intese nel contesto di percorsi assistenziali integrati fra i vari ambiti.

Nella seguente tabella vengono riassunti alcuni dati relativi alle attività del Ser.T. e del Centro di Salute Mentale nel 2007

ATTIVITA' SERT - PRESIDIO BORDIGHERA	
pazienti in carico	671
<i>di cui alcolisti</i>	51
<i>di cui per accertamenti medico-legali</i>	258
Spesa residenzialità	Euro 172.817

Pazienti Centro Salute Mentale	1.230
di cui pazienti nuovi	280
<i>% pazienti con diagnosi di psicosi</i>	35%
<i>Totale contatti</i>	8.844
<i>Totale prestazioni</i>	10.568
<i>Spesa residenzialità</i>	Euro 921.254

Nel dato sui pazienti sottoposti ad interventi terapeutici presso i Ser.T sono comprese tutte le tipologie di pazienti che hanno avuto accesso ai servizi (tossicodipendenti, residenti e non in trattamento metadonico o con altri sostitutivi, i detenuti, gli alcoolisti, i pazienti con altri disturbi patologici, l'utenza per accertamenti medico-legali).

Nel DSS 1 sono stati attivati, a cura dell'ASL, 6 posti letto di Comunità Alloggio di Utenza Psichiatrica, tuttavia il problema della casa per utenti della Salute Mentale che hanno necessità di avere un percorso di cura con una residenzialità leggera, dopo avere sperimentato trattamenti più intensivi, permane un nodo di forte criticità. La risposta al bisogno di residenzialità per gli utenti della Salute Mentale è, infatti, da ritenersi di primaria importanza per effettuare efficaci percorsi di Cura Integrata.

E' stata ulteriormente consolidata l'integrazione con il volontariato per la presa in carico e la gestione di alcuni casi limitando così il ricorso ad inserimenti in altre strutture.

In particolare nel DSS 1 è stata formalizzata attraverso un contratto annuale, la proficua collaborazione Dipartimento/Caritas Intemelina per la gestione integrata di alcuni pazienti.

Il progetto di riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza psichiatrica in sintonia con le Linee d'indirizzo Regionali per la Tutela della Salute Mentale, di cui alla DGR N° 195/05 prevede specifiche proposte a livello provinciale rivolte alla Lotta allo Stigma, alla continuità assistenziale Post-Acuti, ai bisogni degli Adolescenti. In particolare per quanto concerne la residenzialità forte attenzione è rivolta all'esigenza di potenziare soluzioni di media-bassa intensità (Alloggi Protetti).

Il problema dell'alcolismo è risulta sempre più rilevante, si registra un aumento dell'utenza (308 soggetti nel 2006, 33% in più rispetto al 2005). Il ricorso alle Comunità Terapeutiche specializzate, soprattutto fuori regione è stato limitato a casi particolari, così come il ricovero in case di cura.

La competenza e la continuità lavorative degli utenti affetti da grave patologia psichiatrica sono negativamente condizionate dalla sintomatologia clinica attiva, dall'instabilità del quadro psicopatologico, dalla disfunzione di specifici processi cognitivi e volitivi, dal deficit motivazionale in parte indotto da trattamenti psicofarmacologici, dalla compromissione delle capacità di relazione e cooperazione interpersonale. Molti dei casi più problematici seguiti dagli Ambiti Territoriali Sociali, dai Servizi ASL (in particolare Centro di Salute Mentale e SerT) e Caritas, trovano grossa difficoltà per occupare la propria giornata con azioni significative. Sono persone, anche giovani, che hanno un vissuto di esclusione unito a problematiche psichiatriche e/o di dipendenza. Provengono da un contesto sociale marginalizzante e familiare disagiato. Spesso l'inserimento in attività formative ed "abilitanti", quali "borsa lavoro" e "formazione in situazione", si rivela impossibile per la difficoltà di coesistenza in un ambiente di lavoro ordinario che richiede per loro un impegno troppo elevato che non sono in grado di reggere. Allo stesso modo, l'inserimento nelle attività del Centro Diurno Psichiatrico ASL è estremamente complesso per il disagio sociale grave presentato (con modalità comportamentali non rispettose di regole codificate), che si somma alla patologia prettamente sanitaria ma anche, in senso positivo, per la presenza di differenti risorse personali che possono essere indirizzate verso attività guidate più complesse. Si rileva pertanto la necessità di promuovere un servizio diurno polivalente che dia alle persone in questione la possibilità di ritrovarsi in un luogo protetto, svolgere attività di vario tipo sotto la guida di operatori professionali eventualmente coadiuvati da volontari formati con esperienza nel settore.

OBIETTIVI PRIORITARI - PROMOZIONE DELLA SOCIALITÀ ED INCLUSIONE SOCIALE

Gli obiettivi generali da perseguire nel triennio possono essere così sintetizzati:

- migliorare la qualità della vita delle persone seguite;
- contribuire a rendere le città più sicure;
- favorire un maggior benessere collettivo, lavorando per una prevenzione dell'illegalità;
- potenziare il lavoro di rete fra servizi per ottimizzare le risorse.

AZIONI DI PIANO - PROMOZIONE DELLA SOCIALITÀ ED INCLUSIONE SOCIALE

1. risposta ai bisogni primari essenziali di cittadini italiani e stranieri sia residenti che in transito: prosecuzione ed implementazione dei progetti già in atto. All'interno di questa azione è operativamente utile distinguere gli interventi che si qualificano come pronto intervento per situazioni di indigenza assoluta e gli interventi di prima assistenza che riguardano persone e famiglie in difficoltà, anche grave, ma non in stato di deprivazione totale. Gli interventi essenziali di pronto intervento per situazioni multiproblematiche (grave emarginazione), attivati in particolare dall'Associazione Caritas Intemelia - Onlus, riguardano risposte a bisogni primari (alimenti, vestiario, primo orientamento, ecc.) La fonte di finanziamento, in conformità a quanto previsto dal P.S.I.R. 2007-2010, è costituita dalla quota minima del 2% del Fondo per le Politiche Sociali.
2. gli interventi di prima assistenza ordinari, attivati anche in convenzione con l'Associazione di cui sopra, si rivolgono a persone e famiglie che si trovano in condizioni di difficoltà anche prolungata dovute a concause (sociali, personali, sanitarie, ecc..) che si esplicitano in particolare nella richiesta di sussidi urgenti, nel sostegno, nell'orientamento e nell'accoglienza notturna in presenza di sfratti. Nel corso del triennio verrà attivata una nuova sede della Caritas mediante l'utilizzo di Fondi in Conto Capitale; tale sede permetterà non solo un aumento di attività, ma una riposta qualitativamente migliore
3. prosecuzione, nel triennio, degli interventi di accompagnamento finalizzati al raggiungimento di autonomie possibili nella costruzione di sé, della propria abitazione, di attività lavorative e socializzanti, da parte di soggetti che presentano problematiche di esclusione sociale o legate a disagio plurifattoriale (doppie diagnosi)
4. prosecuzione anche per il 2009 della collaborazione fra ASL - Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze per la presa in carico e la gestione integrata di alcuni casi; costo preventivato: € 44.100,00
5. azioni finalizzate al reperimento, nel triennio, di spazi abitativi quali Alloggi in case di civile abitazione appartenenti ai Patrimoni Pubblici (Comuni, ARTE) o del Privato Sociale, individuabili mediante protocolli di intesa da attuare;
6. intensificazione nel triennio della rete fra DSS 1, ATS, Dipartimenti ASL, Provincia, Cooperative sociali, Associazioni di Volontariato, Privato Sociale ed Onlus, finalizzata agli interventi di orientamento, formazione ed inserimento lavorativo a favore delle fasce deboli, al fine di creare risposte differenziate e favorire l'ingresso nel mondo del lavoro di soggetti svantaggiati altrimenti non collocabili. A tal fine potranno essere costruiti e siglati, dai vari attori, protocolli d'intesa. Nell'area del lavoro si ipotizzano pertanto diverse fasi di intervento incentrate sull'organizzazione di attività lavorative "a bassa soglia";
7. costituzione, nel triennio, di un Centro Diurno sperimentale con Laboratorio di attività lavorative protette, risocializzanti e riabilitative rivolto a persone in situazione di disagio grave unito a problematiche psichiatriche e di dipendenza, che stanno seguendo un percorso di riabilitazione. Le attività previste possono essere, tra le altre: gruppi di riflessione e confronto con educatori e volontari; visione di films tematici ed ascolto/produzione di musica; attività manuali con produzione di piccoli oggetti od altre attività artigianali di piccola manutenzione (laboratori protetti); produzione di un giornalino; eventuali attività esterne al Centro (gite, visite

culturali,...). Si ipotizza una gestione integrata ASL-ATS-Privato sociale e l'adozione di protocolli di valutazione psicologico-attitudinale al fine di ottimizzare eventuali inserimenti in progetti di Borsa Lavoro per gli utenti che dimostrino adeguati livelli di autonomia; ;

- a. realizzazione di azioni mirate all'organizzazione ed all'offerta sul territorio di "lavoro a bassa soglia", con particolare riferimento a "microlavori" in regime di solidarietà sociale, allo scambio di servizi ispirato ai principi della "Banca del tempo", con il supporto del volontariato. Tale progetto può opportunamente articolarsi con quello precedente. A tal fine si ipotizza l'eventuale promozione di Cooperative di tipo B che possano gestire attività "a bassa soglia" sull'esempio di modelli già esistenti in altre realtà, al fine di garantire alle fasce deboli ed all'utenza psichiatrica opportunità occupazionali informali, propedeutiche ad eventuali inserimenti lavorativi protetti di natura istituzionale;
 - b. creazione di un "marchio etico di impresa" che caratterizzi e pubblicizzi le fasi sopra descritte quali modello virtuoso di cooperazione distrettuale tra ASL, ATS e terzo settore, con la finalità di promuovere strategie di fund-raising assicurando la visibilità e la trasparenza di singoli sotto-progetti;
8. realizzazione da parte della Struttura Complessa Salute Mentale Ambito Ventimigliese, di gruppi di auto-aiuto rivolti non solo all'utenza del Servizio ma più in generale alla cittadinanza e conseguente pubblicizzazione dell'iniziativa, che avrà inizio a settembre 2008. Lo scopo è quello di allargare il campo d'azione sulla sofferenza psichica fornendo forme di aiuto innovative e poco centrate sull'aspetto di cura inteso in senso stretto;
9. prosecuzione ed implementazione, nel triennio, delle attività svolte dall'Associazione di Volontariato Caritas Intemelja all'interno dello **"Sportello polifunzionale rivolto a cittadini immigrati e finalizzato all'integrazione ed all'interazione culturale"**. A tal fine l'Associazione Caritas Intemelja ha presentato alla Prefettura- UTG di Imperia per il finanziamento con Fondi UNRRA un progetto di Sportello polifunzionale prevedendo le seguenti attività:
- primo orientamento, consulenza sociale, orientamento legale;
 - interventi di mediazione linguistica-culturale per favorire l'integrazione, sia presso lo sportello che, qualora se ne ravvisi la necessità, sul territorio (anche dietro segnalazione di Enti pubblici);
 - collaborazione con gli ATS ed i Servizi ASL per concordare ed attivare percorsi individualizzati finalizzati al raggiungimento, da parte della persona, delle autonomie possibili, coinvolgendo nel percorso anche reti di aiuto informali (attività socio-educative e di mediazione culturale);
 - servizio di informazione sulle novità in materia di immigrazione in favore di Enti territoriali.

Lo sportello per immigrati, luogo di mediazione ed incontro:

- può essere una valida alternativa al rischio di devianza;
 - può costituire un riferimento per i cittadini italiani quale punto fermo e stabile in opposizione alla sensazione e alla preoccupazione di una presenza indistinta, incontrollata e "persa" degli immigrati sul territorio;
 - può contribuire a realizzare sul territorio momenti di avvicinamento tra culture differenti con reciproci scambi ed interazioni anche con momenti ludici (feste comunitarie, etc.) o collegandosi ad altre iniziative già presenti (lavoro dell'Associazione Mappamondo di Sanremo, lavoro nelle scuole della Caritas Diocesana di "Educazione alla Mondialità").
10. Al fine di poter sostenere adeguatamente attività formative e lavorative protette in favore delle fasce deboli, si promuoverà la costituzione di un apposito **Fondo di Solidarietà** per il finanziamento di progetti di "formazione in situazione", "borsa lavoro", "ILSA", attività di utilità sociale e comunitaria (anche di 'riparazione' per reati commessi, in stretta connessione con gli Organi competenti). Tale fondo potrà essere alimentato da risorse economiche pubbliche di differente provenienza e private (elargizione di fondazioni, sottoscrizioni, donazioni, etc.) in

un'ottica di sussidiarietà verticale ed orizzontale e di gestione sinergica in rete di progetti condivisi. Anche quest'azione permette il superamento di una visione solo assistenziale dell'intervento, consentendo di finanziare progetti di accompagnamento della persona che si muovono nel campo della promozione globale dell'individuo.

3.5 Rete 5 – Emergenza sociale

RETE 5 - EMERGENZA SOCIALE	Interventi e/o Servizi	Situazione al 31/12/2007: n. utenti o n. interventi
Attività di protezione delle vittime di abuso, violenza o di sfruttamento	Interventi di cui all'art. n. 18 T.U. Immigrazione;	1 utente
	Interventi di cui alla L.R. n. 12/2007	5 utenti
Emergenze climatiche	Anziani	7
	Alluvione	15

OBIETTIVI PRIORITARI - EMERGENZA SOCIALE:

Secondo quanto previsto nel PSIR si proseguirà l'attività già avviata a livello provinciale per quanto riguarda il contrasto all'abuso sulle donne.

Occorrerà prevedere la definizione di un Servizio di Pronto Intervento ed a bassa soglia, sia attraverso la razionalizzazione dell'esistente che la creazione di risorse, definendo un progetto articolato.

AZIONI DI PIANO - EMERGENZA SOCIALE:

1. Sostegno alle donne vittime di violenza di genere in stretta collaborazione con l'istituendo Centro Antiviolenza Provinciale (L.R. n. 12/2007): il Servizio "Spazio Famiglia" si porrà come primo momento di ascolto/orientamento di donne vittime di violenza, attraverso interventi di informazione e la costruzione di percorsi di accompagnamento al Centro di Imperia; il Dipartimento di Staff dell'ASL 1 attraverso il Settore Educazione e Promozione della Salute, la Struttura Complessa Comunicazione e Sistema Informativo, la Struttura Epidemiologia Accreditamento Qualità ed in collaborazione con il Dipartimento Emergenza ed il Dipartimento Donna Bambino, nell'ambito delle attività promosse dalla Rete Ligure degli Ospedali per la Promozione della Salute- HPH, partecipa al Progetto regionale a favore della donna che ha subito maltrattamento, rivolto agli operatori dei Pronto Soccorso e delle Centrali 118. E' prevista la programmazione di un Corso di Formazione per operatori dei Pronto Soccorso, del 118 e delle Pubbliche Assistenze da attivarsi entro il 2008.
1. Potenziamento dei Servizi per le emergenze climatiche e di prossimità a favore di anziani che vivono in condizioni di solitudine o con altri familiari inabili o anziani, isolati, con problemi sanitari: prosecuzione ed implementazione dei Servizi già affidati tramite convenzione all'Associazione Temporanea d'Imprese avente quale soggetto capofila "Televita - Soc. Coop.", ovvero telesoccorso e teleassistenza, servizi di prossimità e domiciliarità leggera in casi di emergenza e di particolare fragilità; il DSS 1 svolgerà, inoltre, per gli anziani il cui reddito sia così alto da permetter loro di acquistare autonomamente i servizi, la funzione di accreditamento.

3.6 Rete 6 – Politiche attive per l’invecchiamento

RETE 6 - POLITICHE ATTIVE PER L’INVECCHIAMENTO	Interventi e/o Servizi	Situazione al 31/12/2007: n. utenti o n. interventi
Promozione della partecipazione degli anziani alla vita sociale (attività civiche)	Nonni civici/vigili;	25 soggetti inseriti
	Progetto “Il Tesoro della memoria”	30 soggetti coinvolti
	Progetto integrazione e dialogo fra generazioni	60 anziani 30 bambini coinvolti
	Corso computer	85 soggetti coinvolti
Centri socio ricreativi	Contributi ad associazioni per la gestione di Centri	4 nel DSS con una presenza annuale di 800/1000 anziani
	Gestione diretta dei Centri	2 (utenti 430)
	Soggiorni climatici e termali	93 utenti

OBIETTIVO PRIORITARIO - POLITICHE ATTIVE PER L’INVECCHIAMENTO

Già da diversi anni sono state attivate varie iniziative grazie alla collaborazione con Associazioni di Volontariato, Organizzazioni Sindacali; nel triennio obiettivo prioritario sarà quello di mantenere ed ampliare l’offerta all’interno di questa rete

AZIONI DI PIANO - POLITICHE ATTIVE PER L’INVECCHIAMENTO

1. Programmazione nel triennio di attività di socializzazione, impegno civico, promozione della partecipazione e cittadinanza attiva, scambio intergenerazionale a favore delle persone anziane anche in collaborazione con enti ed associazioni del territorio:
 - ⇒ prosecuzione ed implementazione dei progetti già in atto;
 - ⇒ **Progetto “Orto Sociale”**, da realizzarsi a cura dell’ISAH, della Cooperativa Sociale “il Faggio” e dell’Associazione di Volontariato SPES - Auser nello spazio esterno struttura di prossima apertura presso l’ex Istituto San Secondo;
 - Target: anziani, minori, soggetti disabili;
 - Azioni: creazione di spazi destinati alla coltivazione di ortaggi dove i soggetti anziani possano mettere a disposizione dei bambini e dei soggetti disabili le loro abilità e competenze nel settore;
 - Soggetti coinvolti: Centri ed Associazioni Anziani del DSS 1; Comitati di Quartiere; Associazioni famiglie.
2. Interventi di educazione alla salute e promozione di stili di vita salutari, di interesse per le persone anziane e per la comunità locale.

4. RISORSE FINANZIARIE

Nel Capitolo relativo alle reti d'offerta, sono state anche indicate, oltre alla tipologia dei servizi erogati ed al numero di beneficiari, le spese relative ad alcuni interventi sociali a rilevanza sanitaria sostenute dagli ATS nel corso del 2006.

Nella tabella che segue viene riportata, per ogni singolo ATS e per il DSS 1 parte sociale, la spesa complessiva sostenuta negli anni 2004, 2005 e 2006 con l'indicazione delle percentuali relative all'incidenza delle risorse proprie dei Comuni sugli importi totali.

Tabella 1 – Incidenza delle risorse proprie dei Comuni sulla spesa complessiva del DSS 1 e degli ATS, anni 2004, 2005 e 2006

ENTE	SPESA 2004	RISORSE PROPRIE 2004	%	SPESA 2005	RISORSE PROPRIE 2005	%	SPESA 2006	RISORSE PROPRIE 2006	%
DSS 1 (ex Zona 1)	543.531,00	39.221,00	7,22	427.230,00	7.412,00	1,73	494.682,00	89.412,00	18,07
ATS 1 (ex DS 1 e 2)	2.566.879,00	1.819.263,00	70,87	2.508.658,00	1.898.851,00	75,69	2.781.586,00	2.074.582,00	74,58
ATS 2 (ex DS 3)	1.341.342,00	473.968,00	35,28	1.497.661,00	559.272,00	37,34	1.605.945,00	295.734,00	18,41
ATS 3 (ex DS 4)	912.999,00	404.000,00	44,25	1.109.881,00	773.506,00	69,69	963.028,00	671.147,00	69,69
ATS 4 (ex DS 5)	€816.833,00	524.280,00	64,18	€805.463,00	603.014,00	74,86	821.929,00	541.091,00	65,83
Tot.	6.181.584,00	3.260.732,00	52,74	6.348.893,00	3.842.055,00	60,51	6.667.170,00	3.671.966,00	55,07

Fonte: elaborazione su dati ISTAT "Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati" - Anni 2004, 2005 e 2006.

Come si può evincere dalla tabella 1, la spesa complessiva per interventi e servizi (sociali e sociali a rilevanza sanitaria) sull'intero territorio del DSS 1 è stata per il 2006 pari ad € 6.667.170,00, con una compartecipazione dei Comuni pari ad € 3.671.996,00 (55,07%), è stato, pertanto, raggiunto l'obiettivo fissato dal PSIR 2007/2010.

Per quanto concerne il 2007, pur in assenza di consuntivi, si ipotizza che la spesa segua un andamento del tutto analogo, ad eccezione delle maggiori entrate e spesa costituite dal Fondo per la Non Autosufficienza.

Per quanto concerne il funzionamento del Distretto Sociosanitario viene utilizzata quale risorsa finanziaria una quota del Fondo per le Politiche Sociali; la quota rimanente viene ripartita sugli ATS in base al numero di abitanti; altre fonti di finanziamento per il DSS 1 sono rappresentate da Fondi regionali derivati dalle leggi finanziarie per la quota assegnata alla Regione Liguria, da utilizzarsi per programmi finalizzati, dalle quote sanitarie versate dall'ASL e dalla compartecipazione degli utenti; la tabella che segue riassume i Servizi attualmente gestiti direttamente dal DSS 1 e le risorse finanziarie utilizzate.

Servizio	Fonti di finanziamento
Centro Diurno Alzheimer	<ul style="list-style-type: none"> • Fondo Nazionale per le Politiche Sociali • Quota sanitaria (ASL) • Compartecipazione utenti e/o Comuni • Fondi Comunali
Fondo per la non autosufficienza	Risorse regionali e nazionali
Assegno Servizi (in esaurimento)	Fondi regionali che non transitano sui Bilanci comunali, ma utilizzati dai Comuni tramite la F.I.L.S.E..
Servizio di Telesoccorso e Teleassistenza	Fondo regionale per le emergenze estive
Custodi Sociali	Fondo regionale per le emergenze estive
Servizio educativo scolastico finalizzato all'inserimento nelle scuole dell'obbligo di minori disabili che necessitano di interventi integrati	Fondi comunali
Trasporto disabili presso i Centri di Riabilitazione residenziali e semiresidenziali	Fondi comunali
Progetti destinati ai Servizi per la Prima Infanzia	Fondo Politiche per la Famiglia
Progetti finalizzati all'inserimento lavorativo delle fasce deboli	Fondo Politiche Sociali
<ul style="list-style-type: none"> - Servizio Spazio Famiglia - Progetto "Tata Express – Operatore di fiducia per le famiglie" - Progetto "Responsabile Familiare per la Non Autosufficienza" - Progetto "Voucher per prestazioni di Assistenza Domiciliare – Operatore di Fiducia per gli anziani" 	Fondo Politiche per la Famiglia, fondi comunali
Interventi in Conto Capitale	Fondo Regionale di cui alla L.R. 12/06 per gli interventi in Conto Capitale
Commissione regionale di cui alla L. 20/99	//

Come previsto dalla L. R. 12/06, art. 55, nel triennio si prevede di implementare, attraverso regolamenti comuni a tutto il territorio del DSS 1, le risorse derivate dalla compartecipazione dei cittadini ai costi dei servizi, ad eccezione di quelli indicati dal PSIR 2007/2010 fra i livelli essenziali prioritari.

5. VERIFICHE SULLA REALIZZAZIONE DEL PIANO DI DISTRETTO SOCIO-SANITARIO

Le verifiche relative alla realizzazione delle Azioni di Piano verranno effettuate dall'Unità Distrettuale con cadenza semestrale, partendo dagli obiettivi e dalle priorità prefissati per ogni singola area.

L'U.D. si avvarrà per la verifica del Comitato Distrettuale composto dai Coordinatori di ATS, dai rappresentanti dei Dipartimenti territoriali che operano nel DSS e dai membri dell'Ufficio di Coordinamento previsti dall'art. 3 sexies del d.lgs. 502/92 e successive modifiche.

Annualmente l'Unità Distrettuale predisporrà, sulla base del monitoraggio effettuato, una relazione da sottoporre al Comitato dei Sindaci sullo stato di avanzamento del piano Sociosanitario.