RELAZIONE

PREVISIONALE E PROGRAMMATICA

Esercizio 2004

Tortona, Marzo 2004

Bozza proposta dal Consiglio di Amministrazione
con deliberazione n. 10 del 09.03.2004

PREMESSA

Il Bilancio del C.I.S.A. è: "l'utilizzo di un modello di rendicontazione sulle quantità e sulle qualità di relazione tra l'Ente ed i gruppi di riferimento rappresentativi dell'intera collettività, mirante a delineare un quadro omogeneo, puntuale, completo e trasparente della complessa interdipendenza tra i fattori economici e quelli socio-politici connaturati e conseguenti alle scelte fatte".

Il bilancio sta conoscendo in questi ultimi anni un'importante diffusione. Si tratta di un processo che è strettamente collegato alle molteplici funzioni che questo strumento contabile svolge ma anche a quelle che potrà svolgere sempre più in futuro. Il bilancio presenta un panorama dettagliato, non solo della economia dei servizi, ma anche una descrizione dettagliata sulla quantità e sulla qualità, degli interventi, delle prestazioni, dell'utenza dell'Ente. Ecco allora inserite nel documento contabile informative di carattere sociale, territoriale ed economico che "rassicurano" la comunità sull'impegno che l'Ente mette nel limitare, nel gestire e nel prevenire le condizioni di disagio e di sofferenza. Perseguendo tale finalità, il bilancio diventa lo strumento più efficace per comunicare la missione dell'Ente, il tipo di governance adottato, gli obiettivi perseguiti e perseguibili. In tale realtà, infatti, la qualità dei risultati dipende proprio dal tipo di relazioni instaurate con i soggetti ai quali si rende il servizio e di conseguenza il bilancio rappresenta il documento più adatto e che meglio descrive la qualità del proprio operato.

La relazione previsionale e programmatica del C.I.S.A. – Tortona, come per gli anni precedenti, segue un preciso schema così come definito dalle indicazioni ministeriali.

Pertanto, sono riportate le informazioni relative alla missione del C.I.S.A., all'organigramma strutturale, alla popolazione, al territorio, al piano di zona, all'economia, all'analisi delle risorse e degli impieghi e ai singoli programmi.

Oltre a ciò, allo scopo di fornire ulteriori informazioni sulle finalità e l'attività del C.I.S.A., si è ritenuto opportuno integrare, nella parte iniziale, tale struttura di fondo della relazione previsionale e programmatica con una presentazione di ordine generale, con particolare attenzione alle situazione demografica e socio economica del territorio, all'attività svolta nel quadriennio 2000/2003, all'attività e alla programmazione prevista per l'anno 2004 sia a livello di azioni mirate a migliorare il livello funzionale dell'Ente, sia a livello di assicurazione e sviluppo di servizi, attraverso il piano di zona, a favore della comunità locale. Alcune schede sintetiche riportano i progetti, elaborati e messi a punto dall'Ente,

che potranno essere attivati non appena verranno reperite le necessarie risorse finanziarie.

Tale breve ma esaustiva presentazione è composta di tre parti all'interno delle quali sono riportate alcune osservazioni relative alle principali argomentazioni che caratterizzano le finalità, i programmi e i progetti del nostro Ente.

1. INTRODUZIONE SUL BILANCIO SOCIALE

Lo strumento più indicato per dare visibilità alle domande ed alla necessità di informazione e trasparenza all'esterno ed ai responsabili di riferimento, è il Bilancio Sociale.
Cioè: "l'utilizzo di un modello di rendicontazione sulle quantità e sulle qualità di relazione tra l'Ente ed i gruppi di riferimento rappresentativi dell'intera collettività, mirante a delineare un quadro omogeneo, puntuale, completo e trasparente della complessa interdipendenza tra i fattori economici e quelli socio-assistenziali connaturati e conseguenti alle scelte fatte".
Esso è uno strumento potenzialmente straordinario, rappresenta infatti la certificazione di un profilo etico, l'elemento che legittima il ruolo di un soggetto, non solo in termini strutturali ma soprattutto morali, agli occhi della comunità di riferimento, un momento per enfatizzare il proprio legame con il territorio, un'occasione per affermare il concetto di ente come "buon cittadino", cioè un soggetto economico che perseguendo determinati obiettivi di benessere contribuisce a migliorare la qualità della vita del territorio di competenza.
Negli ultimi anni si è andata arricchendo la funzione del sistema informativo di bilancio che sempre più costituisce l'occasione per comunicare, oltre alle strategie realizzate e ai risultati conseguiti, anche un'informativa relativa all'impatto ed alle interazioni dell'attività dell'Ente con la collettività.
In quest'ottica, accanto al tradizionale Bilancio di esercizio, si sono affiancati ulteriori documenti che assumono nella dottrina e nella pratica la denominazione di "Bilancio sociale", quando si focalizzano sui rapporti dell'Ente con la collettività.
Il Bilancio sociale è da considerarsi come strumento di gestione e di comunicazione, a fini sia interni, sia esterni, concepito come una verifica di coerenza tra le scelte gestionali effettuate ed i valori dichiarati dall'Ente. In sintesi, evidenzia se "le dichiarazioni del Consorzio quale protagonista socialmente responsabile sono solo un proposito o si sono tradotte in atti e fatti coerenti con i valori di riferimento, la missione condivisa e la strategia elaborata".

2. IL SERVIZIO SOCIALE

DEFINIZIONE

Il servizio sociale professionale promuove il cambiamento sociale, la soluzione dei problemi nelle relazioni umane e la restituzione di potere e la liberazione della gente per aumentare il benessere. Utilizzando le teorie del comportamento umano e dei sistemi sociali, il servizio sociale interviene lì dove la gente interagisce con il proprio ambiente. I principi dei diritti umani e della giustizia sociale sono fondamentali per il servizio sociale.

COMMENTO

Il servizio sociale nelle sue varie forme è orientato verso le molteplici, complesse transazioni tra le persone e il loro ambiente. La sua missione e' abilitare tutte le persone a sviluppare il proprio pieno potenziale, arricchire le loro vite e prevenire le disfunzioni.

Il servizio sociale professionale è focalizzato sulla soluzione dei problemi e sul cambiamento. Così, gli assistenti sociali sono agenti di cambiamento nella società e nelle vite degli individui, delle famiglie e delle comunità di cui sono al servizio. Il servizio sociale e' un sistema interrelato di *valori*, di *teoria* e di *pratica*.

VALORI

Il servizio sociale nasce dagli ideali umanitari e democratici, e i suoi valori sono basati sul rispetto per l'uguaglianza, il valore e la dignità di tutte le persone.

Fino dai suoi inizi oltre un secolo fa, la pratica del servizio sociale si è focalizzata sull'incontro con i bisogni e lo sviluppo delle potenzialità umane. I diritti umani e la giustizia sociale fondano la motivazione e la giustificazione per l'azione del servizio sociale. Nella solidarietà con coloro che sono svantaggiati, la professione fa ogni sforzo per alleggerire la poverta' e liberare le persone vulnerabili ed oppresse e per promuovere l'inclusione sociale.

I valori del servizio sociale sono incarnati nei codici deontologici nazionali e internazionali.

TEORIA

Il servizio sociale basa la sua metodologia su un corpo sistematizzato di conoscenze basate su riscontri che derivano dalla ricerca e dalla valutazione della pratica, e include la sapienza locale ed indigena specifica del proprio contesto. Esso riconosce la complessità delle interazioni tra gli esseri umani e il loro ambiente, e la capacità delle persone sia di essere afflitte da, sia di modificare, le molteplici influenze su di sé, compresi i fattori

biopsicosociali. La professione del servizio sociale ridisegna le teorie dello sviluppo umano e del comportamento e dei sistemi sociali per analizzare le situazioni complesse e per facilitare i cambiamenti individuali, organizzativi, sociali e culturali.

PRATICA

Il servizio sociale guarda agli ostacoli, alle inequità e alle ingiustizie che esistono nella società. Esso risponde alle crisi e alle emergenze così come ai problemi personali e sociali della quotidianità.

Il servizio sociale utilizza una varieta' di abilita', di tecniche ed attivita' a favore delle persone e del loro ambiente. L'intervento di servizio sociale spazia dai processi psicosociali primari focalizzati sulla persona al coinvolgimento nelle politiche sociali, nella pianificazione e nello sviluppo. Questi includono il counselling, il servizio sociale clinico, il lavoro con i gruppi, l'intervento pedagogico, e il trattamento della famiglia, così come gli sforzi per aiutare le persone ad ottenere servizi e risorse nella comunità. L'intervento include anche l'amministrazione di agenzie, l'organizzazione comunitaria e l'ingaggio nell'azione sociale e politica per incidere nelle politiche sociali e nello sviluppo economico. Il fuoco olistico del servizio sociale e' universalistico, ma le priorita' della pratica del servizio sociale possono variare da paese a paese e da periodo a periodo dipendendo dalle condizioni culturali, storiche e socio-economiche.

2.1. Una riflessione sul modello funzionale dei servizi sociali

Le innovazioni d'ordine culturale, la varietà e la differenzazione degli approcci professionali introdotti dalle riforme, dai mutamenti sociali e dagli indirizzi di politica sociale hanno innescato dei cambiamenti di significato nei concetti e nelle categorie dell'aiuto alla persona non sempre esplicitati, con conseguenti sovrapposizioni di piani di conoscenze e contenuti, vecchi e nuovi. Le discipline

afferenti alle scienze sociali hanno evidenziato, fin dalle origini, una differenzazione costante, non solo nei campi di applicazione, ma anche nelle rielaborazioni teoriche. Storicamente le basi scientifiche del lavoro sociale sono state caratterizzate da incertezza o, quantomeno, hanno registrato continui aggiustamenti. Da queste particolarità sono derivati una strutturazione ed un rafforzamento dei propri paradigmi interpretativi e, al contempo, un allargamento della propria area di intervento, ma ha comportato anche un evidenziare, in modo graduale e progressivo, la propria appartenenza alla dimensione della realtà sociale ed al suo divenire.

I bisogni sociali sono aumentati in maniera significativa, più sul versante qualitativo che quantitativo, per l'aspetto di cura delle relazioni umane coinvolte.

Le istituzioni pubbliche sono chiamate ad allargare i propri confini di intervento, azione per la quale non dispongono né delle risorse umane né tanto meno di quelle economiche necessarie e/o sufficienti ad affrontare le richieste. L'importante crisi attraversata da tutti i paesi della comunità europea in relazione ai sistemi di protezione sociale, ha prodotto dei mutamenti nel modo di elaborare e progettare gli interventi sociali. In particolare, si è rafforzata l'idea che le politiche di elaborazione ed attuazione dei diritti sociali debbano essere pensate, definite ed attuate soprattutto come espressione di tutti i gruppi sociali interessati al benessere della comunità in cui vivono. In particolare, l'aspettativa della comunità nei confronti di interventi adeguati da parte dello stato sociale è da intendersi, "non tanto come elargizione di benefici privati alle persone, ma soprattutto come costruzione di utilità comunitarie e come elaborazione di vantaggi complessivi che facciano leva sui contesti locali e sulle risorse di "appartenenza", in un disegno più ampio di elaborazione dello sviluppo. In un modo competente, perché gli interventi sociali siano accompagnati da teorizzazioni adeguate e metodologie autorevoli che diano risalto alle professioni".

Tali considerazioni presuppongono, necessariamente, un allargamento dei partners coinvolti nella progettazione e attuazione degli interventi sociali, ricercando nuove aree di

collaborazione e cooperazione, ma anche un allargamento e approfondimento delle teorizzazioni che guidano le azioni professionali. Si affaccia allora l'esigenza di ricercare e costruire un nuovo dialogo fra le istanze pubbliche, private e del terzo settore che trascenda l'organizzazione in senso stretto per prendere in esame le connessioni tra le organizzazioni e il loro ambiente esterno. Ma si concretizza anche la necessità di comprendere come la radice dell'agire sociale si sviluppi in quel determinato contesto locale, di connettere l'intervento al contesto, ma al contempo vi si presenti l'esigenza di ricercare nuovi strumenti concettuali per individuare le reti "altre" con le quali attuare un processo di trasformazione da risorse tradizionali a risorse della solidarietà.

Le considerazioni fin qui effettuate, sembrano condurre a due ordini di riflessione per le professioni d'aiuto: il primo riguarda l'esigenza di un'elevata professionalità supportata da un adeguato corpo teorico di riferimento;il secondo riguarda l'esigenza di favorire un insieme di risposte ai bisogni espressi, che abbiano carattere di processo, capaci di comprendere, nella sua unità, le diverse dimensioni che compongono la realtà umana e sociale. Solo una lettura condivisa, tra operatori competenti nel proprio specifico, può garantire di mettere in atto un processo di aiuto rispettoso dell'individualità e soggettività dell'utente. Solo la consapevolezza che le comunità scientifiche e professionali abbiano maturato una propria riflessione nell'analisi del rapporto tra la dimensione "macro" e "micro" della società e rispetto a questa abbiano ricomposto un metodo, una professionalità, delle competenze, si ritiene possa permettere la costruzione di un accompagnamento competente.

Le professioni di aiuto si ritiene attuino il proprio intervento attraverso una continua e multiforme connessione tra le istituzioni proiettandosi in una produzione di senso circa la lettura, la rilevazione, l'interpretazione dei bisogni verso i quali sono chiamate ad individuare delle risposte. Il lavoro sociale espresso dalle professioni d'aiuto sembra consistere, sempre più, nella gestione della complessità, elemento di cui si ipotizza una continua espansione, parallela allo sviluppo della società, non come surrogato di quest'ultimo, ma come elemento strutturale del processo stesso.

3. IL C.I.S.A. E LE SUE COMPETENZE

La volontà di gestire i Servizi Sociali in modo associato e lo spirito solidaristico che si è sviluppato tra Comuni più grandi e Comuni più piccoli, più ricchi e meno ricchi, ha caratterizzato in modo costante le politiche sociali del territorio. Il potenziamento *che nel corso di questi* anni i Servizi hanno registrato non ha fatto che consolidare e confermare la bontà della scelta iniziale.

I suddetti Comuni, attraverso il Consorzio, intendono perseguire, nell'ambito del territorio di competenza, una politica di sicurezza sociale mediante lo sviluppo di una rete integrata di servizi socio- assistenziali e a valenza sanitaria, offrendo ai cittadini tutti i servizi necessari a garanzia della migliore qualità della vita, promuovendo interventi mirati a prevenire e rimuovere le situazioni di bisogno, di rischio e di emarginazione.

Con riferimento ai Servizi il C.I.S.A. gestisce tutte le attività previste dallo Statuto Consortile in applicazione della L.R. n. 62/95 e s.m.i..

Il Servizio Socio Assistenziale è rivolto a tutti i cittadini che presentano problemi familiari, economici, sociali, relazionali ed educativi.

Il Consorzio interviene in caso di necessità per sostenere la famiglia e il singolo.

Il Servizio, quindi, deve essere inteso come processo di aiuto che tende ad attivare e sviluppare nell'utente potenzialità, energie, capacità, anche sopite, che lo rendono artefice del cambiamento positivo della propria situazione, attraverso:

- Un uso adeguato di risorse personali, sociali, ambientali;
- La promozione del collegamento tra i vari servizi, in particolare quelli sociali e sanitari;
- L'erogazione di prestazioni socio – assistenziali.

Gli interventi socio – assistenziali garantiscono prestazioni rispondenti alle specifiche esigenze della persona. Sono attuati quanto più possibile nell'ambito del nucleo familiare stesso. Avvengono nel normale ambiente di vita e con la partecipazione dell'avente diritto, nel rispetto della sua dignità e libertà, nonché delle sue personali convinzioni.

Gli interventi erogati da questo Ente si esplicano attraverso il Servizio Sociale professionale, svolto dall'**Assistente Sociale** alla quale si affiancano le figure

dell'**Educatore Professionale** e dell'**A.D.E.S.T.** (Assistente Domiciliare dei Servizi Tutelari)**.**

Le prestazioni socio assistenziali erogate direttamente da questo Ente e che possono essere richieste dai cittadini in possesso dei requisiti necessari, sono le seguenti:

a) Assistenza Economica – Erogazione contributi economici a nuclei familiari o singoli in condizioni economiche disagiate, per favorire il ritorno all'autonomia

b) **Assistenza Domiciliare e Assistenza domiciliare prolungata: Interventi di aiuto alla persona a domicilio: igiene e cura della persona, preparazione pasti, acquisti e commissioni, pulizia e riordino ambienti, ecc.**

c) **Assistenza socio – educativa territoriale per minori e disabili**: **Intervento educativo, riabilitativo e di integrazione sociale a favore di disabili e di minori in difficoltà e delle loro famiglie, a domicilio e/o sul territorio.**

d) Affidamento di minori presso famiglie, persone singole e Comunità familiari: Possibilità di essere accolti per periodi di tempo determinati presso famiglie. Consulenza e sostegno alle famiglie che accolgono il minore.

e) Inserimenti in Presidi Residenziali per minori. Inserimenti di minori per i quali il Tribunale per i minorenni dispone l'inserimento in comunità o in Istituto. Inserimenti di minori che senza provvedimento del Tribunale vivono in famiglie in particolari condizioni di disagio

f) Interventi per minori nell'ambito dei rapporti con l'Autorità Giudiziaria: Assistenza e tutela del minore in situazioni pregiudizievoli, sostegno al nucleo e collocazioni alternative.

g) **Adozioni Nazionali ed Adozioni Internazionali**: **Consulenza ed informazioni sull'adozione, indagine psicosociale sulla famiglia, vigilanza e sostegno durante il periodo dell'inserimento.**

h) Inserimenti in Presidi socio – assistenziali per non autosufficienti. Inserimento in strutture residenziali per anziani non autosufficienti convenzionate con il Consorzio, in appalto alla cooperativa o gestite direttamente.

i) Integrazioni Rette in caso di inserimento in Struttura Residenziale per anziani e disabili. Aiuto economico finalizzato ad integrare il pagamento a carico dell'interessato della quota assistenziale in presidio residenziale

j) Inserimenti in Centro Diurno socio – assistenziale per disabili. Per disabili ultraquattordicenni con handicap psicofisico. Attività assistenziale, educativa, mensa, trasporto, sostegno alla famiglia.

k) Inserimenti in Centri Residenziali socio – assistenziali per disabili. Disabili con handicap medio grave senza famigliari. Cura e assistenza diurna e notturna, attività educative e riabilitative, servizi alberghieri, trasporto e sostegno familiare

l) Inserimenti Lavorativi *a favore di disabili*. Inserimento nel mondo del lavoro delle persone svantaggiate con possibilità di tirocinio e borsa lavoro.

m) Telesoccorso – Teleassistenza. Assistenza immediata in caso di necessità, di soccorso ed assistenza sanitaria.

n) Servizio di trasporto per portatori di handicap in convenzione.

o) Gestione diretta di un nucleo RAF sito a Tortona presso la Casa Albergo di Tortona con n.23 posti letto;

p) Gestione diretta tramite Cooperative di n.2 strutture residenziali per non autosufficienti ubicate nell'ambito della Bassa Valle Scrivia, e precisamente Castelnuovo Scrivia e Pontecurone, con rispettivamente 30 e 26 posti letto;

q) Gestione diretta tramite Cooperativa di n.1 Centro Diurno per disabili sito a Castelnuovo Scrivia con n.12 posti.

3.*1. Caratteristiche dell'organizzazione del C.I.S.A. sul territorio*

Il C.I.S.A., costituito con atto Convenzionale il 1° Aprile 1997, in applicazione della L.R. 62/95, sostituita dalla nuova legge regionale n.1/2004 di recente applicazione, che ribadisce la centralità dei Comuni nella gestione associata dell'assistenza pubblica sancita dalla L.142/90, è il Consorzio Intercomunale dei Servizi Socio Assistenziali, al quale aderiscono 24 Comuni e la Comunità Montana delle Valli Curone, Grue e Ossona, del territorio dell'ex U.S.S.L. 72.

Il suddetto territorio di competenza è suddiviso in 5 ambiti:

Ambito n. 1: Comune di Tortona

Ambito n. 2: Comunità Montana delle Valli Curone, Grue, Ossona, in rappresentanza e con delega dei Comuni di Avolasca, Brignano Frascata, Casasco, Castellania, Costa Vescovado, Dernice, Fabbrica Curone, Garbagna, Gremisco, Monperone, Monleale, Montacuto, Montegioco, Montemarzino, Pozzol Groppo, San Sebastiano Curone.

Ambito n. 3: Val Grue e Val Curone, con i Comuni di Berzano, Casalnoceto, Castellar Guidobono, Viguzzolo, Volpedo, Volpeglino.

Ambito n. 4: Bassa Valle Ossona, con i Comuni di Carbonara Scrivia, Carezzano, Cerreto Grue, Paterna, S. Agata Fossili, Sarezzano, Spineto Scrivia, Villavernia, Villaromagnano.

Ambito n. 5: Bassa Valle Scrivia, con i Comuni di Alluvioni Cambiò, Alzano Scrivia, Castelnuovo Scrivia, Guazzora, Isola S. Antonio, Molino dei Torti, Pontecurone.

La suddivisione territoriale in distretti, già a suo tempo adottata dall'ex USSL 72, è rimasta invariata in relazione all'articolazione organizzativa del Servizio Sociale al fine di permettere agevolmente all'utenza il diritto di accesso al servizio.

A livello decentrato è garantita una presenza permanente e continuativa sia nei Comuni già a loro tempo sedi di distretti sanitari sia in altri Comuni dove la presenza di uno sportello di segretariato sociale permette di offrire ai cittadini tutte quelle informazioni sulle prassi che regolano l'espletamento del servizio sociale, tutti i servizi necessari a garanzia della migliore qualità della vita, promuovendo interventi mirati a prevenire e rimuovere le situazioni di bisogno, di rischio e di emarginazione, nonchè di interagire con le diverse risorse presenti sul territorio.

Si tratta di un impegno gravoso sia per le caratteristiche morfologiche del territorio, la cui estensione di vasta entità richiede un investimento considerevole anche in termini di tempo, di risorse umane e di mezzi, sia per le caratteristiche demografiche con una diffusione di anziani elevatissima, soprattutto nelle Comunità Collinare e Montana dove si raggiungono percentuali ben al di sopra della media regionale e provinciale, con realtà che sfiorano il 35%. A tale proposito va sottolineata l'elevata "mobilità" degli operatori sociali che, con la loro presenza capillare garantiscono alla popolazione residente in località difficilmente raggiungibili ed in particolare agli anziani e ai disabili di accedere ai servizi e di utilizzarli correttamente in rapporto alle loro esigenze. Fondamentale risulta essere l'apporto degli Amministratori locali, assai attenti e sensibili nei riguardi dei propri concittadini, che spesso fanno da "trait d'union" tra i cittadini ed i servizi sociali del CISA, permettendo così di garantire prestazioni e servizi mirati alla persona . D'altra parte le amministrazioni comunali sono considerate dai propri cittadini come enti cui compete la responsabilità di tutela globale degli interessi collettivi dell'intera comunità di appartenenza.

3.2. Assetto organizzativo e logistico dell'ente

Difficile si è presentata al momento della costituzione del Consorzio, la situazione a livello organizzativo ed operativo, con una dotazione organica disomogenea, con modelli professionali di riferimento diversificati tra loro che hanno richiesto tempo per essere ricondotti ad un sistema unitario e coordinato di lavoro. Nel 2000 si è così dato luogo ad una riorganizzazione interna ed alla messa a punto di un organigramma funzionale in grado di favorire una maggiore efficienza dell'intera struttura anche attraverso la definizione di specifiche responsabilità tecnico, amministrative ed organizzative all'interno dell'Ente. Nell'ambito di tale riorganizzazione si è provveduto quindi all'assegnazione delle responsabilità organizzative-gestionali per le singole aree individuate e le specifiche funzioni delle unità operative così come indicato qui di seguito.

Nel rispetto della pianta organica vigente e dell'organigramma funzionale approvato dal Consiglio di Amministrazione, il personale operante presso l'Ente è suddiviso in 4 Aree Organizzative così articolate:

- Area Amministrativa	Attività Contabile – Finanziaria - Controllo di Gestione - Organizzazione Risorse Umane – Qualità - Segreteria – Organi Istituzionali – Economato Provveditorato – Contratti – Consulenza Legale - Attività convenzionali
- Area Servizi strutture per il pubblico	Gestione e animazione strutture per anziani non autosufficienti
- Area Servizi alla persona (Programmazione, Innovazione Attività, Progettazione e Fond Rising)	Gestione risorse Sociali – Qualità servizi sociali - Analisi bisogni e progettazione - Attività di assistenza sociale di base
- Area Servizi in rete	Gestione Centro Diurno per disabili e attività correlate – Gestione Corsi di Formazione Attività di sensibilizzazione e informazione

Il numero del personale al 31/12/2003 è pari a n. 29 di ruolo e n. 3 a tempo determinato.

La complessità e varietà dei servizi socio – assistenziali del CISA hanno reso necessaria una ridefinizione della struttura organizzativa del Consorzio tale da consentire una chiara individuazione, da un lato, delle aree che si occupano della erogazione operativa dei servizi e, dall'altro, di quelle a cui competono funzioni di staff a supporto della direzione e del Consiglio di Amministrazione. E' necessario, infatti, per una corretta ed efficace gestione del Consorzio poter disporre di una ben strutturata area amministrativa, di una costante azione di programmazione, strategia, amministrazione e rilevamento dei bisogni del territorio nonché di un'area specializzata nelle convenzioni e nei rapporti con gli altri soggetti di riferimento ben distinta e autonoma dalla fondamentale area di controllo delle attività convenzionate o delegate. A seguito di tale disegno organizzativo è quindi possibile assegnare con maggiore precisione le funzioni alle singole risorse delle aree di staff e conseguentemente consentire alla struttura di potere svolgere la propria attività secondo modalità più organiche ed efficienti.

Naturalmente, ogni area organizzativa deve ricercare la massima integrazione rispetto alle altre e le diverse risorse impiegate nelle singole funzioni sono tenute ad interpretare il loro ruolo con la massima flessibilità operativa in quanto è essenziale la collaborazione e l'interazione all'interno della struttura.

Attraverso l'organigramma funzionale adottato è pertanto possibile consentire ad ogni risorsa di sviluppare il proprio percorso professionale e il potenziale di cui ha a disposizione nonché di dare il proprio contributo professionale all'interno dell'organizzazione,conoscendo con chiarezza la strategia organizzativa complessiva.

La diffusione sempre più estesa del Servizio Sociale sul territorio consortile, la più estesa conoscenza dei servizi erogati dal CISA, lo sviluppo di iniziative ed attività socio-assistenziali a favore di persone con disagio, in particolare di anziani con disabilità permanente, di donne con figli minori a carico, di minori con famiglie disgregate, ha evidenziato già nel corso del 2003, la necessità di potenziare in termini di risorse umane il servizio sociale in quanto risulta essere non del tutto adeguato alle necessità del territorio consortile. L'incremento in termini numerici delle Assistenti Sociali consente di garantire una diversa articolazione del Servizio Sociale rispetto al passato, con una attenzione particolare alla condivisione dei saperi e all'introduzione di aree di specializzazione in settori specifici quali l'adozione, l'affidamento familiare, il maltrattamento e l'abuso dei minori, l'assistenza domiciliare, l'immigrazione, l'inserimento lavorativo di soggetti deboli.

Questa configurazione arricchisce l'attività delle Assistenti Sociali e fa crescere sempre più in modo autonomo spazi per realizzare comuni obiettivi e confronti sulle risorse che l'Ente mette a disposizione.

Nel secondo semestre del 2001, a seguito della stipula della Convenzione con l'Ente Provincia, in applicazione della legge 68/99 sul diritto dei disabili al lavoro, è stata inserita una figura di addetto alla segreteria con funzioni di filtro e di primo contatto con l'utenza. Ciò ha permesso maggiore linearità a livello di comunicazione interna, così come ha permesso di essere un preciso punto di riferimento in grado di fornire quelle informazioni preliminari utili per poter poi accedere ai servizi specifici. Garantire all'utenza un percorso chiaro ed un approccio corretto rappresenta il primo strumento utile per accogliere nella giusta maniera il cittadino e facilitare l'accesso al Servizio integrato.

Sempre in un ottica di efficienza del lavoro sono state poste le basi per giungere ad un'implementazione delle tecnologie informatiche a disposizione del personale. Per migliorare l'assetto organizzativo dell'ente, nel CISA, nel 2001, si è consolidato il progetto di avvio del Sistema Informativo Socio-Assistenziale (S.I.S.A.) nel nostro consorzio che si caratterizza come una prima fase progettuale nel quadro dello sviluppo del sistema complessivo che consente di introdurre l'utilizzo della cartella sociale informatizzata, in coerenza con le indicazioni dell'Assessorato alle Politiche Sociali regionale.

Inoltre è stata organizzata una banca dati interna per un'anagrafe completa di tutti gli utenti del CISA, per raccogliere dati statistici (età, tipo di servizio erogato, prestazioni ecc.) utili ad aver sotto controllo, a cadenze periodiche, il costo di ogni utente in funzione dei servizi forniti. Il CISA, oltre aver presentato una dettagliata carta dei servizi si è anche preoccupato di continuare a promuovere e presentare ai propri utenti i nuovi servizi erogati e le nuove prestazioni fornite attraverso redazionali oltre alla creazione e distribuzione di brochure e volantini informativi.

All'interno dell'organigramma funzionale del personale del C.I.S.A. non risultano le altre figure professionali che collaborano, con contratti a termine relativi ai progetti finanziati, alla realizzazione di altri servizi avviati a fronte di nuove emergenze rilevate nel territorio. L'organico nel suo complesso risulta numericamente immutato rispetto a quello approvato al momento della costituzione del C.I.S.A. nel 1997, al contempo, però, è stato scelto di investire su professionalità specifiche con profili altamente qualificati, con possibilità di accrescere le proprie conoscenze attraverso la partecipazione a corsi di formazione.

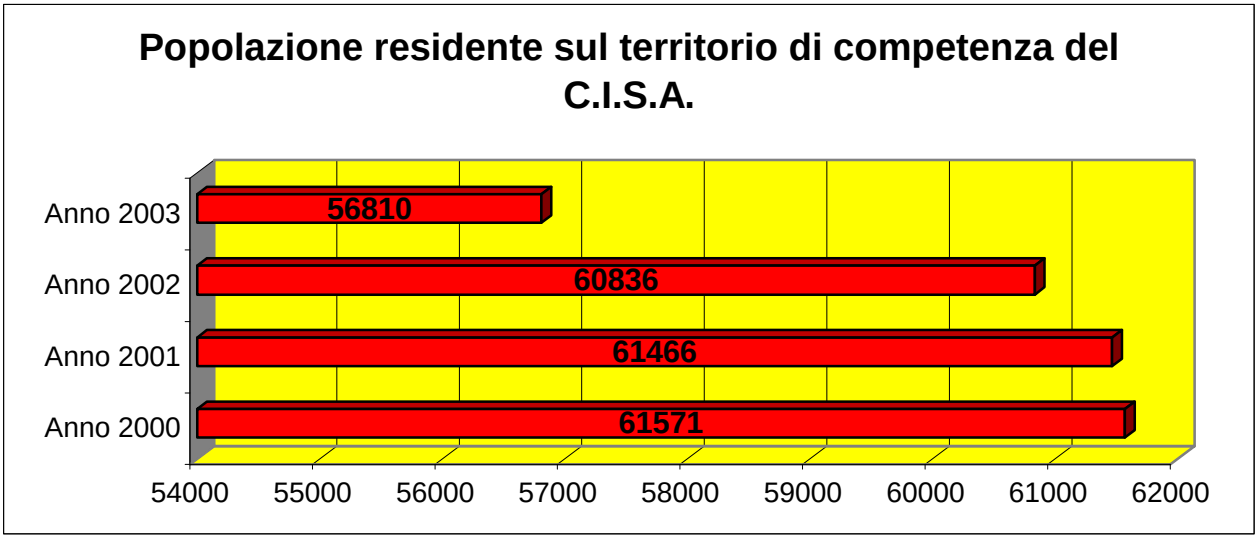
4. LO SCENARIO ATTUALE

L'importanza del profilo socio-demografico nell'economia dell'assistenza socio sanitaria deriva dalla consapevolezza che l'analisi delle caratteristiche quantitative della popolazione consente un primo approccio alla comprensione dei bisogni. Conoscere, ad esempio, la composizione e la struttura dei cittadini residenti sul territorio consortile è utile per ipotizzare, anche se in linea di massima, le esigenze che essi possono esprimere e che possono riguardare sia gli aspetti sociali sia quelli sanitari della loro vita. Così, se la popolazione oggetto di studio dovesse evidenziare un alto indice di invecchiamento è fuor di dubbio che le azioni da intraprendere dovrebbero tendere ad affrontare, sia sotto l'aspetto fisico sia psichico e sociale, più i problemi tipici della vecchiaia che dell'infanzia.

4.1. L'andamento demografico sul territorio di competenza del C.I.S.A.

Il decremento demografico, pur essendo lento risulta costante e, a meno di particolari stravolgimenti economici e sociali, è destinato a continuare: il numero di abitanti finirà per assentarsi su livelli più bassi rispetto a quelli a suo tempo preventivati.

Grafico. N 1 **POLAZIONE RESIDENTE SUL TERRITORIO DI COMPETENZA DEL C.I.S.A. DAL 2000 AL 2003**



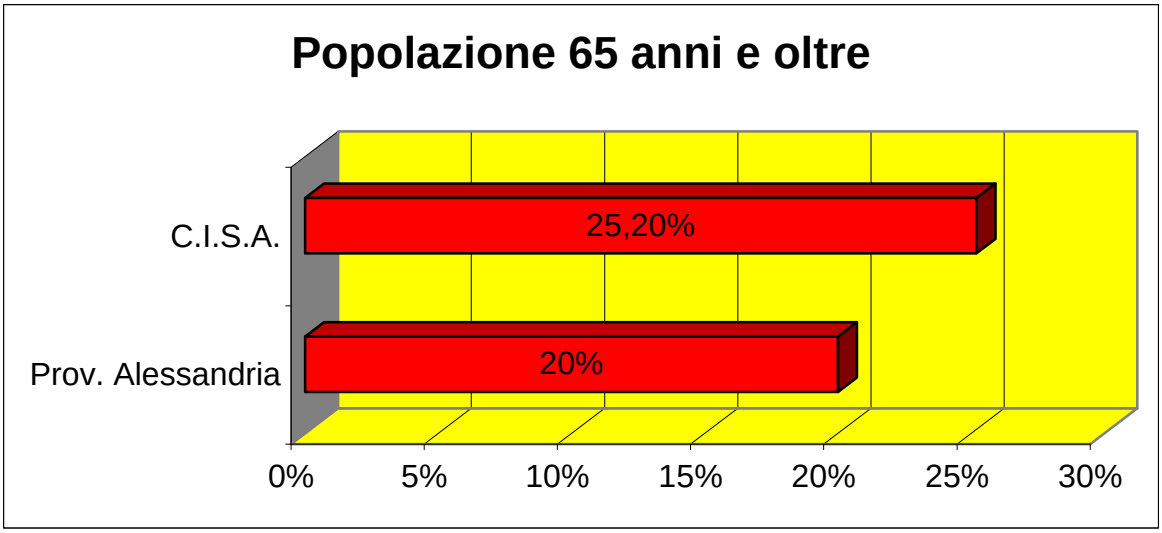
Il decremento demografico evidenziato nel grafico sopra riportato, ha modificato anche la distribuzione per classi di età dei residenti del territorio del C.I.S.A.. Negli ultimi diciannove anni i flussi migratori negativi ed il continuo calo delle nascite hanno determinato sul territorio del C.I.S.A. una graduale contrazione di individui di età inferiore ai 24 anni, un progressivo invecchiamento della popolazione.

Tab.1 **INDICE DI INVECCHIAMENTO E INDICE DI DIPENDENZA DI: TORTONA-COMUNITA' MONTANA-C.I.S.A.-MEDIA ITALIANA**

	Indice di invecchiamento	***Indice di dipendenza***
TORTONA	238,3	31,8
COMUNITA' MONTANA	565,5	70,7
CONSORZIO-CISA	263,7	38,5
MEDIA ITALIANA	129	28

L'indice di dipendenza strutturale limitato alla popolazione anziana del territorio consortile risulta essere pari al 38,5 %, (70,7% nella sola Comunità Montana); tale indice risulta molto alto rispetto all'indice di dipendenza registrato a livello nazionale.

Grafico. N 2 **CONFRONTO FRA LA PERCENTUALE DI POPOLAZIONE (65 ANNI E OLTRE) DELLA PROV. DI ALESSANDRIA E DEL C.I.S.A.**



Un dato oltremodo rilevante è emerso calcolando la percentuale delle persone anziane (65 anni e oltre) presenti sul territorio consortile e la percentuale delle persone anziane (65 anni e oltre) della provincia di Alessandria.

Raffrontando le due percentuali si è potuto constatare che la popolazione anziana compresa nella fascia di età (65 anni e oltre) del tortonese, risulta essere circa il doppio della popolazione anziana compresa nella stessa fascia di età, della provincia di Alessandria (Grafico n. 2).

I dati sopra riportati delineano le dimensioni del cambiamento in atto a livello demografico sul territorio consortile ed in particolar modo evidenziano e dimensionano l'incidenza del processo di invecchiamento che risulta aver raggiunto livelli ragguardevoli. Questo significa che la popolazione del territorio consortile è composta prevalentemente da

persone anziane e sempre meno da persone comprese nella fascia di età definita da persone in forza lavoro.

Una attenta analisi della distribuzione della popolazione per fasce d'età mette in evidenza il diverso peso dei giovani, degli adulti e degli anziani nei territori considerati. A meno che non si voglia limitare la lettura di tale suddivisione ad una fredda analisi quantitativa, non si possono trascurare le differenze valoriali che distinguono gli individui appartenenti alle anzidette fasce d'età e, quindi, il diverso modo in cui essi stessi si rapportano alla salute. Se si considera, infatti, che la percezione del benessere fisico e psichico è influenzata dagli atteggiamenti, dalle convinzioni e dai valori determinati dall'ambiente sociale nel quale l'individuo è nato ed è stato educato, si deduce che la definizione delle azioni socio-sanitarie devono tener conto, sì, del contesto socio-culturale nel quale si vive, ma allo stesso modo anche delle differenze generazionali. Differenze che, come si è detto, assumono pesi e percentuali diverse anche con lo scorrere degli anni.

Lo scenario appena delineato impone una maggiore attenzione ai bisogni, siano essi di tipo assistenziale oppure educativo, dei giovani. L'ascolto, la comprensione e la risoluzione, laddove possibile, delle loro esigenze non può che garantire il benessere dell'intera collettività. Si pensi, ad esempio, all'emergente bisogno di migliorare i rapporti relazionali tra genitori e figli o, più in generale, tra gli adolescenti e tutti gli altri attori sociali con i quali i primi inevitabilmente interagiscono. Ottimizzare questi processi significa ridurre quel gap generazionale molto spesso fonte di malessere fisico e psichico oltre che sociale.

Indicatori demografici

Tra gli indicatori demografici considerati nella nostra analisi, uguale importanza assume il *rapporto di mascolinità*. Esso è sfavorevole agli uomini. Dopotutto, sia a livello locale, sia provinciale e regionale la popolazione maschile rappresenta il **49%** del totale. Ciò è dovuto, così come dimostra la statistica nazionale, alla maggiore longevità delle donne, e, in modo più pertinente, alla chiara, inequivocabile , preoccupante crescita costante della vedovanza femminile.

E più in particolare, solo i gruppi familiari composti da uno e da quattro persone hanno fatto evidenziare una significativa crescita. Già all'epoca, quindi, le famiglie tendevano a diventare mono-componenti, nonostante fossero formate nella maggior parte dei casi da due e da quattro elementi. Ed infatti, nello stesso arco di tempo sono aumentate le comunità che hanno visto affermare i nuclei familiari con un solo componente, così come sono rimasti stabili i paesi che tendevano a questa nuova tipologia.
In considerazione di ciò ed alla luce dei dati statistici raccolti non solo dalla distribuzione della popolazione per fasce d'età, ma anche dallo stato civile dei residenti nel territorio del C.I.S.A. , si può pensare che la situazione appena descritta sia da attribuire *soprattutto* all'aumento degli anziani che vivono da soli ed alla propensione delle giovani coppie ad una più *contenuta* procreazione.

Se si condivide la definizione di salute data dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, non si può sottovalutare l'influenza che gli aspetti di vita comunitaria appena descritti hanno sul benessere della collettività. Benessere che aumenta anche al crescere del livello d'istruzione. L'importanza della cultura sulla salute degli individui deriva dalla consapevolezza che essa, unitamente ad altri fattori di carattere fisico oltre che psico-sociale, condiziona l'adozione di sani stili di vita e al contempo rappresenta di per sé motivo di benessere. È ormai risaputo che un maggior grado di istruzione può porre ogni persona nella condizione di comprendere il peso che potrebbe avere sul proprio stato fisico e psichico l'acquisizione di comportamenti igienicamente corretti. In maniera meno influente, chi possiede un importante titolo di studio, sia esso il diploma di laurea oppure una particolare specializzazione post diploma, può condurre un'esistenza socialmente più "gratificante", con tutto ciò che ne consegue in termini di salute. Per motivi facilmente intuibili, tali affermazioni non devono essere considerate come delle regole universali. Tuttavia, l'anamnesi del comportamento della popolazione del territorio consortile consente di giungere a siffatte conclusioni.

Come si è già precedentemente affermato, le differenze culturali incidono sulla percezione della salute. Tale convincimento deriva dall'assunto secondo il quale i diversi contesti ambientali nei quali si vive creano e condizionano i modelli comportamentali degli individui. Se ciò è vero per la popolazione residente nel territorio consortile, a maggior ragione lo è per gli immigrati. Questi, infatti, hanno una visione della vita per alcuni versi completamente differente da quella espressa dai locali e perciò possibile fonte di

pregiudizio. Per favorire l'integrazione tra "diversi" e quindi il benessere psico-fisico sarebbe opportuno riflettere anzitempo su tali diversità.

I continenti dai quali provengono i cittadini stranieri sono l'Europa e l'Africa, in misura marginale l'Asia e l'America. Tra gli europei, si trasferiscono sul territorio tortonese specialmente gli extracomunitari ed in modo particolare gli albanesi.

Come si è potuto vedere, il profilo socio-demografico del territorio del C.I.S.A. contribuisce a comprendere le trasformazioni in atto e conoscere i nuovi bisogni socio-sanitari che da esse derivano. L'invecchiamento della popolazione, ad esempio, richiede una maggiore attenzione sia alle malattie tipiche degli anziani che al modo in cui essi vivono. L'impegno, quindi, non può essere assunto soltanto a livello sanitario, ma anche a livello sociale. E deve essere rapportato a quell'insieme di valori, principi e modelli comportamentali che gli anziani esprimono. Dopotutto, l'efficacia e l'efficienza delle azioni socio-sanitarie sono subordinate ai diversi aspetti culturali che caratterizzano la popolazione. Questa è la ragione per la quale nel leggere i dati relativi al livello d'istruzione, alla distribuzione della popolazione per fasce d'età e alla presenza degli immigrati ci si è soffermati, peraltro molto brevemente, sulle differenze culturali che anche da queste statistiche emergono. Essere consapevoli di tali diversità significa porre attenzione ai differenti modelli comportamentali e alle misure da adottare per favorire il benessere della comunità.

È fuor di dubbio che la percezione della salute da parte di un diciottenne sia diversa da quella di un cinquantenne o di un settantenne. E ciò vale sia per gli uomini sia per le donne, sia per gli immigrati, sia per i laureati sia per gli analfabeti, etc..

In ultima analisi, l'adozione di corretti stili di vita dipende in misura preponderante dai valori, principi e modelli comportamentali ai quali si è stati educati e sui quali esercitano la loro influenza pure le variabili che abbiamo precedentemente esaminato. Conoscerne le caratteristiche consente di studiarne le peculiarità, riflettere e capire l'evoluzione socio-culturale al fine di contribuire ad adattare servizi e prestazioni alle esigenze dei cittadini.

4.2. La qualità della sopravvivenza: salute e autonomia

Il progressivo allungamento della vita rende sempre più attuale una valutazione non solo quantitativa ma anche qualitativa dei guadagni di sopravvivenza. È infatti importante comprendere se una vita più lunga significhi anche una vita migliore, o se al contrario un incremento consistente della speranza di vita si realizzi prevalentemente in condizioni di cattiva salute.

Negli ultimi anni, pertanto, si è avvertita la necessità di disporre di indicatori capaci di coniugare gli aspetti quantitativi con quelli qualitativi della sopravvivenza. Appartengono a questa famiglia di indicatori le speranze di vita per condizioni di salute, siano esse basate su misure soggettive o oggettive di morbosità.

Da un recente studio effettuato in Italia, la specificazione delle differenti condizioni di salute dipende ovviamente dalle misure di morbosità o disabilità adottate. In base al concetto soggettivo di salute, basato sulla percezione che ne hanno gli individui, che sono chiamati a classificarsi in una scala verbale di cinque modalità ordinate da “molto bene” a “molto male”, si stima che il 61,4 per cento della popolazione si considera in buona salute, mentre il 7 per cento dà una valutazione negativa delle proprie condizioni.

L’autopercezione di salute comincia a deteriorarsi significativamente dopo i 45 anni di età, quando diventa progressivamente più frequente tutta una serie di disturbi e di patologie non letali a lento decorso.

Uomini e donne presentano una percezione diversa delle proprie condizioni; in generale la proporzione di donne che dichiara di star male è più alta di quella degli uomini (8,4 per cento rispetto a 5,4 per cento); il divario si manifesta con chiarezza a partite dai 35 anni e si accentua progressivamente.

L’impatto che questo quadro generale ha sulla qualità della sopravvivenza emerge chiaramente nell’indicatore di speranza di vita in buona salute, che prospetta uno scenario del tutto diverso rispetto a quello delineato in base ai soli rischi di mortalità, soprattutto in relazione alle differenze di genere.

In base alle stime relative al 1999-2000, degli 82 anni mediamente vissuti da una donna, solo 47 sono vissuti in “buona salute”; un uomo può invece contare, alla nascita, su 50 anni di “buona salute” rispetto ai 76 anni di sopravvivenza complessiva.

Questo svantaggio femminile costituisce una caratteristica comune a quasi tutte le regioni.

4.3. Il territorio piemontese e la provincia di Alessandria

Dinamiche occupazionali e andamento della disoccupazione

Passiamo ora ad analizzare il mercato del lavoro in due province di riferimento, quella di Asti e quella di Alessandria. Sappiamo che più in generale da molti anni l'immagine del Piemonte è stata sempre associata al fenomeno della disoccupazione. In effetti il Piemonte, rispetto alle altre regioni del nord Italia ha toccato soglie vicine a quelle delle regioni meridionali, soprattutto nella provincia di Torino. L'analisi sociale si è così incentrata soprattutto in un'unica direzione e cioè quella della creazione di nuovi posti di lavoro, che, nel 2001, dopo un biennio di crescita occupazionale addirittura vorticosa, vede la disoccupazione scendere a un livello corrispondente a quello raggiunto dagli USA nel 2000 e cioè a meno del 5%.

Se ci addentriamo nell'analisi specifica dei valori sul nostro territorio di riferimento possiamo constatare che anche qui come nel resto del Piemonte ci troviamo di fronte anche in termini assoluti ai minimi europei: con un 4% di Alessandria e poco più sotto troviamo la provincia di Asti.

In entrambe le province globalmente vi è stato un incremento dell'occupazione. Se entriamo nel dettaglio vediamo che nei settori agricoltura e industria sia nella provincia di Alessandria che in quella di Asti vi è stato un aumento dell'occupazione mentre nel settore terziario l'occupazione aumenta in provincia di Alessandria anche in modo considerevole mentre diminuisce lievemente in provincia di Asti. Infine la provincia di Alessandria, e in maniera più consistente la provincia di Asti, possono in senso relativo essere definite aree del lavoro autonomo.

Globalmente il tasso di occupazione della provincia di Asti è maggiore rispetto a quello della provincia di Alessandria mentre nell'anno 2000 il tasso di disoccupazione in questa provincia è maggiore di oltre 2 punti e mezzo percentuale, e resta il valore più alto in Piemonte dopo quello della provincia di Alessandria .

Tab.2 **TASSO DI OCCUPAZIONE nelle province di Alessandria e di Asti (in percentuale)**

Province	Tasso di occupazione
Alessandria	43
Asti	47,6

Tab.3 **TASSO DI DISOCCUPAZIONE NEGLI ANNI 1999 E 2000 NELLE PROVINCE DI ALESSANDRIA E DI ASTI (IN PERCENTUALE)**

Province	Tasso di disoccupazione Anno 1999	Tasso di disoccupazione Anno 2000
Alessandria	7,0	5,8
Asti	4,4	3,1

L'unico dato confortante è che rispetto al 1999 sia la provincia di Alessandria che quella di Asti hanno ridotto il loro tasso di disoccupazione.

Tab.4 **VARIAZIONE DEL TASSO DI DISOCCUPAZIONE TRA IL 1999 E IL 2000 NELLE PROVINCE DI ALESSANDRIA E DI ASTI**

Province	Variazione in percentuale del tasso di disoccupazione Tra il 1999 e il 2000
Alessandria	- 1,2
Asti	- 1,3

E' venuto ora il momento di fare un'analisi più approfondita e soprattutto utile per capire quali siano i settori dove ci sia più domanda di lavoro e contemporaneamente, attraverso gli uffici di collocamento (oggi sportello unico per l'impiego), ci sia più offerta di lavoratori e con quale tipo di professionalità. Abbiamo già comunque visto come gli occupati (ad esclusione del settore terziario nella provincia di Asti) tra il 1999 e il 2000 siano aumentati, anche se facendo un calcolo sul periodo di 20 anni, e cioè partendo dagli anni '80 per arrivare al 2000, si riscontra una variazione percentuale dell'occupazione negativa sopratutto nel settore agricoltura.

Utilizziamo sempre i rapporti dell'Osservatorio Regionale del Mercato del Lavoro, ma anche le elaborazioni dell'Ufficio Studi delle Camere di Commercio (soprattutto i rapporti annuali), nonché le indagini svolte dall'Ufficio Studi dell'Unione Industriali.

Nella tabella 5 vengono così riportati i dati relativi agli iscritti all'ufficio di collocamento nell'anno 2000 divisi in tipologia di classe, cioè estrapolando quelli in cerca di prima occupazione e concludendo rilevando i dati relativi alla variazione percentuale tra il 1999 e il 2000.

Tab.5 **ISCRITTI ALL'UFFICIO DI COLLOCAMENTO NELLE PROVINCE DI ALESSANDRIA E DI ASTI**

Province	Iscritti	Iscritti già occupati	In cerca di prima occupazione	Variazione % 1999-2000
Alessandria	31.633	20.947	10.686	+ 2,8
Asti	13.632	9.489	4.143	+ 2,7

Appare evidente che gli iscritti alle liste di collocamento sono aumentati tra il 1999 e il 2000, mentre per quanto riguarda gli iscritti alla prima classe (cioè giovani propriamente detti e in cerca di prima occupazione) sono diminuiti in Piemonte e in provincia di Alessandria: registriamo un calo pari al 5,8% mentre per Asti un calo pari al 7,7%. L'analisi è oggi possibile grazie all'entrata in vigore delle nuove norme (in applicazione al Decreto legge 181/2000) anche se i dati relativi agli anni 2000 e 2001 risultano non corrispondenti al numero di disoccupati reali in quanto non è ancora in corso la revisione delle liste di

collocamento e quindi questi dati riportati non sono da ritenersi numericamente rappresentativi pur riuscendo a dare un quadro di massima del territorio di riferimento.

Interessante è anche dare uno sguardo all'indagine Excelsior sulla qualità degli andamenti della domanda di lavoro e sulle previsioni dell'occupazione che offre sicuramente delle interessanti informazioni complementari alle indagini fatte dall'Osservatorio Regionale sul Mercato del Lavoro su base dati ISTAT.

A tale proposito è bene osservare che la provincia di Asti è stata dall'ISTAT suddivisa in tre sistemi di lavoro, unicamente ai fini della delimitazione delle aree relative agli obiettivi per l'utilizzo dei fondi dell'Unione Europea. Inoltre molti comuni della provincia di Asti vengono fatti ricadere dalle analisi ISTAT in sistemi locali delle province contigue quali Torino, Alessandria e anche Cuneo.

Dalla tabella 6 riusciamo così ad ottenere un quadro sulla distribuzione delle assunzioni previste, a scala regionale e nelle singole province di Alessandria e di Asti. Dalla tabella 13 riusciamo invece a capire che tipo di titoli di studio saranno necessari per rientrare tra gli assunti. L'indagine Exclesior riesce anche a fare una distribuzione delle assunzioni in base ai livelli d'istruzione dei lavoratori in Piemonte. A confronto con due anni prima, si nota che in scala regionale la crescita dei livelli d'istruzione dei lavoratori richiesti: diplomati e laureati passano dal 37% al 43% del totale. Restano tuttavia ampi spazi, che in alcune province risultano anche molto rilevanti, ai livelli d'istruzione meno elevati: se complessivamente in Piemonte il 36% delle intenzioni di assunzione si rivolge deliberatamente a persone con la sola licenza media inferiore, ad Asti tale quota sfiora addirittura il 50%.

Tab.6 PREVISIONI DI ASSUNZIONE A SETTEMBRE 2002 nelle province di Alessandria ed Asti.

Province	Previsioni di assunzione
Alessandria	2,4 %
Asti	2,7 %

Tab.7 **PREVISIONI DI ASSUNZIONE A SETTEMBRE 2002 PER LIVELLO DI ISTRUZIONE NELLE PROVINCE DI ALESSANDRIA ED ASTI.**

Province	Titoli universitari	Diploma superiore	Istruzione professionale	Licenza scuola media
Alessandria	7	28	13,7	37,5

Infine a conclusione di questa analisi, rispetto alle province di riferimento, sarà interessante capire quali saranno le figure professionali più richieste per ciascuno dei livelli d'istruzione considerati presentando i primi classificati nelle diverse graduatorie, e gli indirizzi di studio più ricercati all'interno delle diverse categorie di titoli di studio, con riferimento al Piemonte nel suo insieme grazie sempre all'indagine Excelsior.

Non bisogna comunque dimenticare di prendere in considerazione anche le indagini di un osservatorio autorevole quale la Banca d'Italia, che nel suo rapporto riferito all'anno 2000, indica valutazioni di carattere generale preziose per l'individuazione delle tipologie di figure professionali in Piemonte e nelle province di riferimento. Il Piemonte, per la Banca d'Italia, resta un'area a vocazione industriale che, soprattutto prima del fatidico 11 settembre, dava segni di forte ripresa soprattutto grazie all'impiego delle nuove tecnologie d'informazione e della comunicazione. L'indicazione che ne scaturisce è che dunque, seppur all'interno del settore industriale, le richieste si dirigono verso tipologie di lavoratori preparati alle nuove tecnologie d'informazione e della comunicazione, già pronti ad essere inseriti ed in ogni caso da qualificare professionalmente in quest'area.

Tenendo conto dell'ampiezza relativa dei diversi gruppi professionali, non dovrebbe stupire, anche se potrebbe fare riflettere, il fatto che accanto alle aree dell'innovazione, si ritrovino in posizioni di tutto rilievo sia figure professionali sia indirizzi di studio piuttosto tradizionali. A tale proposito si ricorda in che percentuale viene ripartita nelle nostre province di riferimento l'occupazione nei rispettivi settori produttivi. Appaiono così già evidenti i macro settori dove si potranno indirizzare i disoccupati con un terziario che da solo assorbe oltre la metà degli occupati in entrambe le province e che a loro volta si differenziano soprattutto nel maggiore numero di occupati nel settore agricoltura nella provincia di Asti. Se si raffrontano poi i dati del 1999 con quelli del 2000 si evidenzia un regresso nel settore industriale e un lieve aumento degli occupati nel settore agricoltura ed uno più cospicuo nel settore terziario; diventa così facile affermare che in linea con la

tendenza europea e nazionale il settore terziario è quello che offre più opportunità anche nelle nostre province, anche se bisognerebbe entrare all'interno di questo per meglio capire le dinamiche distributive in un settore che comprende moltissime tipologie di professionalità.

5. IL PIANO DI ZONA

5.1. Il Piano di Zona nella legislazione

LA LEGGE QUADRO N. 328 DEL 2000

La legge 328 del 2000, legge quadro di riforma dei servizi per la realizzazione del sistema integrato di interventi e di servizi sociali, è una legge che promuove la partecipazione attiva di tutte le persone, incoraggiando le esperienze di aggregazione, nell'ottica di assicurare i livelli essenziali di servizi in tutte le realtà territoriali, attraverso il potenziamento dei servizi alla persona erogati in modo diversificato e personalistico, valorizzando non solo le risorse e le esperienze esistenti, le professioni sociali, ma promuovendo anche la progettualità.

Si tratta di un sistema che introduce il concetto di promozione dell'inclusione sociale con interventi non più categoriali, ma rivolti alla persona ed alla famiglia, con modalità non rigide e predefinite, ma mediante prestazioni flessibili, basate su progetti personalizzati.

La "Legge quadro per la realizzazione del Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali" n° 328/00 adotta il metodo della pianificazione al fine di disegnare il sistema integrato di interventi e servizi sociali locali, di definirne i livelli essenziali e di assicurarne la fruizione alle persone e alle famiglie.

La legge, all'art. 19, prevede l'utilizzo dei Piani di Zona come strumento locale per favorire il riordino, il potenziamento, la messa in rete di interventi e servizi, in modo da programmarli e realizzarli secondo un'ottica sistemistica.

Può essere definito come lo strumento nelle mani delle Comunità Locali per leggere, valutare, programmare e guidare lo sviluppo degli interventi sociali e socio-sanitari.

Lo stesso articolo definisce il Piano di Zona come lo strumento che individua:

- *Gli obbiettivi strategici e le priorità di intervento…;*
- *Le modalità organizzative dei servizi, le risorse finanziarie, strutturali e professionali, i requisiti di qualità in relazione alle disposizioni regionali;*
- *Le forme di rilevazione dei dati nell'ambito del sistema informativo;*
- *Le modalità per garantire l'integrazione tra servizi e prestazioni;*

- *Le modalità per realizzare il coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali, con particolare riferimento all'amministrazione penitenziaria e della giustizia;*
- *Le modalità di collaborazione dei servizi territoriali con soggetti operanti nell'ambito della solidarietà sociale a livello locale e con le altre risorse della comunità;*
- *Le forme di concertazione con l'azienda Sanitaria Locale e con i soggetti di cui all'art. 1, comma 4.*

La legge 328/00 stabilisce, inoltre, che il Piano di Zona è volto a:

- *Favorire la formazione di sistemi locali di intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili, stimolando in particolare le risorse locali di solidarietà e di auto-aiuto, nonché a responsabilizzare i cittadini nella programmazione e nella verifica dei servizi;*

- *Qualificare la spesa, attivando risorse, anche finanziarie, derivate dalle forme di concertazione con l'ASL e con gli altri soggetti di cui all'art. 1 comma 4 della legge di cui si tratta;*

- *Definire i criteri di ripartizione della spesa a carico dei soggetti firmatari dell'accordo, prevedendo anche risorse vincolate per il raggiungimento di particolari obiettivi;*

- *Prevedere iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori finalizzate a realizzare progetti di sviluppo dei servizi.*

IL PIANO DI ZONA NELL'ART. 17 DEL DISEGNO DI LEGGE N. 1/2004 DELLA REGIONE PIEMONTE

La legge regione Piemonte n° 1 del 2004 individua in accordo con il Piano Nazionale, alcuni obiettivi che i Piani di Zona devono necessariamente comprendere:

a) la conoscenza e l'analisi dei bisogni della popolazione;

b) l'individuazione, la qualificazione e la quantificazione delle risorse pubbliche, del terzo settore e private, disponibili ed attivabili;

c) la definizione degli obiettivi strategici e delle priorità cui finalizzare le risorse disponibili;

d) la strutturazione dei servizi e la tipologia delle prestazioni;

e) le modalità di concertazione e di raccordo per la programmazione e l'erogazione dei servizi e delle prestazioni fra tutti i soggetti coinvolti;

f) la collocazione fisica dei servizi, la composizione e le funzioni delle équipes pluriprofessionali relative ai singoli progetto-obiettivo;

i) la definizione del sistema di monitoraggio e verifica.

QUALIFICAZIONE GIURIDICA

IL Piano di Zona è il più importante strumento per la programmazione locale dei servizi alla persona; non è solamente un rapporto di ricerca sociale, ma è anche un atto amministrativo da adottarsi tramite accordo di programma[1].
Inoltre, diventa necessariamente un mezzo di comunicazione fra operatori, amministratori, cittadini utenti e cittadinanza organizzata.

Il doppio aspetto dei Piani di Zona, atti amministrativi e contemporaneamente comunicativi, e il pluralismo dei soggetti che sono coinvolti nella formazione rende indispensabile trovare accordi continui anche sulle parole che si utilizzano nei rapporti intersoggettivi.

Finalità

Compito del Piano di Zona è di organizzare, a livello territoriale, soggetti diversi che intervengono sui bisogni e sulla domanda sociale per la costruzione di una politica integrata di “comunità”.

Il Piano di Zona deve proporsi di perseguire in modo condiviso le seguenti finalità:

[1] Legge n. 328 del 2000, art. 19, comma 2

- Rafforzare la coesione sociale mettendo la comunità locale, con la propria capacità di auto-organizzarsi, al centro del sistema. Creare e sostenere i legami familiari e sociali e le relazioni significative tra le persone, le famiglie, i gruppi e le generazioni.

- Responsabilizzare i cittadini nella programmazione e nella verifica dei servizi;

- Far crescere il senso di responsabilità collettivo così da sostenere indirettamente le persone nei momenti di incertezza, fragilità, solitudine.

- Individuare, prevenire e superare le nuove forme di povertà.

- Mantenere, qualificare e personalizzare il sistema di protezione sociale per le persone non autosufficienti.

- Sostenere le famiglie nel lavoro di cura, sviluppando politiche dei tempi di vita e favorendo una maggiore articolazione/personalizzazione dei servizi.

Contenuto

I PIANI DI ZONA sono lo strumento e l'occasione per delineare il sistema locale dei servizi sociali: devono disegnare un sistema condiviso, distrettuale ed integrato di interventi e servizi sociali volti a *"garantire qualità della vita, pari opportunità, con discriminazione e diritti di cittadinanza, prevenire, eliminare o ridurre le condizioni di disabilità, di bisogno e disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia ai cittadini".*

Compito, inoltre, del Piano di Zona è di organizzare, a livello territoriale, soggetti diversi che intervengono sui bisogni e sulla domanda sociale per la costruzione di una politica integrata di "comunità", individuando nella progettazione, alcuni punti fondamentali:

- obiettivi strategici,
- strumenti realizzativi,
- risorse da attivare.

Come meglio descritto precedentemente, la legge indica gli interventi che costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili.
In coerenza con gli obiettivi prioritari di programmazione nazionale, il Piano di Zona, accanto al mantenimento dei servizi esistenti, dovrà individuare gli interventi per lo sviluppo e la qualificazione degli stessi, tenendo conto che la legge indica per ogni ambito territoriale l'erogazione di alcune prestazioni, come:

a) Servizio sociale professionale e segretariato sociale;
b) Servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;
c) Assistenza domiciliare;
d) Strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;
e) Centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

Fondamentale è la previsione di servizi e funzioni di rapporto con il pubblico, di informazione e di segretariato sociale, prevedendo figure di sostegno, orientamento e guida degli utenti.

Modalità di attuazione

La modalità scelta coerentemente alla volontà della legge, fa perno sull'**integrazione** declinata a tutti i livelli come strumento essenziale.

- Integrazione delle politiche sviluppando una visione di lungo periodo, ampia e non settoriale dei problemi;

- Integrazione operativa tra servizi prevedendo strumenti formativi e informativi comuni, tavoli tecnici ed informativi;

- Integrazione delle risorse e delle competenze del pubblico e del privato;

- Valorizzazione del volontariato e dell'associazionismo come elemento favorente la coesione sociale e la produzione di "ricchezza" relazionale e sociale.

Soggetti coinvolti

Nell'ambito dei soggetti coinvolti, il Consorzio e l'Assemblea dei Sindaci assumono nel Piano di Zona il ruolo di registi di fronte ad una pluralità necessaria di attori pubblici (Asl, scuole…) e privati (organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, organizzazioni di volontariato, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni ed altri soggetti privati) chiamati a contribuire, in vario modo e secondo le proprie competenze, alla costruzione di una rete sociale sul territorio.

Arco temporale

Le fasi di costruzione del Piano di Zona si possono così sintetizzare:

1. *Fase conoscitiva delle risorse e dei bisogni presenti nell'ambito territoriale.* Ci si potrà avvalere sia di dati esistenti sia da quanto emerge dalla riflessione e dall'esperienza di "testimoni privilegiati" (per es. associazioni di volontariato, operatori socio-sanitari, ecc.);

2. *Scelta di obiettivi di priorità:* è il momento delle scelte politiche in cui si definiscono e individuano gli obiettivi da perseguire in quella data zona.

3. *Definizione dei contenuti:* il Piano, partendo dagli obiettivi che ha previsto, deve indicare i servizi e le prestazioni da realizzare, le modalità di finanziamento, le modalità organizzative e gestionali , prevedendo anche l'apporto del privato e le modalità di accesso.

5.2. Il piano attuativo

L'analisi dei materiali a disposizione porta a definire un vero e proprio *schema metodologico* alla costruzione del Piano di zona.

Gli elementi che lo caratterizzano possono essere legati dalla seguente sequenza:

- *l'avvio del processo di Piano con la convocazione del Comitato e l'attivazione delle procedure di concertazione per la definizione degli indirizzi;*
- *l'esame del quadro conoscitivo;*
- *l'individuazione degli obiettivi strategici, la definizione dei programmi operativi e delle priorità di intervento;*
- *la valutazione del Piano e la selezione dei progetti;*
- *la stesura del Piano e la sua approvazione.*

- L'avvio del processo di Piano con la convocazione della Conferenza e l'attivazione delle procedure di concertazione per la definizione degli indirizzi

I comuni appartenenti all'ambito territoriale consortile sono tenuti a dare vita a *un Coordinamento Politico* che coincide con il C.I.S.A. e che presiede alle diverse fasi della predisposizione e poi della gestione del Piano di zona, provvedendo a precisare le proprie funzioni, la composizione e i compiti di un organismo tecnico che supporta il Coordinamento politico nell'elaborazione , gestione e valutazione del Piano.

Inoltre costituiscono un *Tavolo Tecnico* per il Piano di zona con funzioni di regia operativa del processo di elaborazione del Piano, di coordinamento operativo dei diversi attori in campo , di presidio della funzione di realizzazione e attuazione del Piano e delle connesse attività di monitoraggio e valutazione , oltrechè con compiti di istruttoria tecnica e di supporto decisionale al Coordinamento politico di distretto.

Nella realtà piemontese, i Consorzi, a cui sono attribuite funzioni di gestione degli interventi di politica sociale, rappresentano la sede adeguata, espressione dei sindacati dei Comuni consorziati a cui spetta, attraverso lo strumento assembleare il compito di dare vita ad un Comitato Politico rappresentativo della realtà territoriale a cui assegnare il compito di formulare gli indirizzi di Piano.

Al Comitato possono partecipare, in alcuni casi, il referente della Provincia (presidente o suo delegato), e della Azienda ASL (direttore generale o suo delegato) di riferimento per

assicurare il coordinamento e l'integrazione con gli interventi sanitari e dell'istruzione, nonché con le politiche attive di formazione, avviamento e reinserimento al lavoro.

Attenzioni metodologiche

Un aspetto da considerare è la netta o tenue separazione dei due livelli politico-istituzionale e tecnico nel governo di Piano; il *livello politico-istituzionale* si occupa solitamente degli incontri di consultazione, della validazione del processo di costruzione del Piano, del coordinamento interistituzionale mentre *il livello tecnico* ha compiti di realizzare l'analisi dei bisogni, l'analisi dei punti di forza e delle criticità proposte, gestire la rete dei gruppi operativi di area. Tra i due livelli rimane da definire frequentemente il coordinamento e il pilotaggio del Piano che differiscono notevolmente nel distanziare o avvicinare il percorso politico e quello tecnico.

Un ulteriore aspetto è quello di favorire la progettazione partecipata al Piano da parte dei soggetti territoriali.

Un altro aspetto, che sta caratterizzando la fase di avvio nei "contesti" regionali allo studio, riguarda l'individuazione degli interlocutori; si tratta di un passaggio cruciale che è necessario approfondire nelle sue diverse dimensioni.

Definire gli interlocutori di un Piano di zona comporta come ordine metodologico:

- individuare i soggetti presenti sul territorio a diverso titolo coinvolti nella espressione dei bisogni e nel sistema di offerta dei servizi, con riferimento all'obiettivo proprio del sistema integrato, di promozione della solidarietà sociale e di valorizzazione di iniziative di singoli, di famiglie e di organizzazioni del Terzo settore;
- prefigurare il possibile ruolo di diversi soggetti nell'impostazione complessiva dei servizi del territorio o nella trattazione di specifiche tematiche;
- predisporre occasioni e strumenti di rappresentanza dei diversi soggetti , per consentire a tutti di esprimere il proprio contributo;
- identificare il ruolo necessario e decisionale o volontario e l'adesione partecipativa di ogni soggetto all'interno dell'Accordo di programma.

Un ultimo aspetto corrisponde all'attivazione della rete: il Piano di zona è lo strumento che la legislazione indica per l'attivazione di una "rete" di servizi integrati, il che presuppone

che diversi soggetti , portatori di storie ,interessi,bisogni e ruoli diversi , si coordino tra loro. Ciò implica dal punto di vista metodologico:

- la definizione di un quadro di riferimento e di un sistema di obiettivi condiviso, in cui ciascun soggetto della rete possa riconoscersi e vedere se stesso e gli altri come portatori di risorse che possono concorrere e integrarsi. Questo significa esplicitare le ragioni per cui ogni soggetto decide di far parte del processo programmatorio, collaborando per la riuscita dello stesso;
- la presenza di idonee iniziative concrete di informazione, sensibilizzazione, contatto, coinvolgimento, appropriate al ruolo partecipativo prefigurato per diversi interlocutori;
- l'organizzazione della rete , attraverso la definizione di due elementi essenziali per il suo funzionamento: la struttura di coordinamento e le modalità di gestione delle risorse.

- *Esame del quadro conoscitivo*

Sulla base del quadro conoscitivo della situazione sociale della zona (elaborato spesso con il contributo degli Osservatori ASL e/o provinciali) avviene la individuazione dei fabbisogni e della domanda dei gruppi sociali e delle comunità coinvolte, anche sulla base dei risultati ottenuti con i precedenti Piani di zona, e con l'analisi dei punti di forza e di debolezza, delle opportunità e dei rischi (con il supporto della Segreteria tecnica).

L'esame del quadro conoscitivo è legato ad una *relazione sociale* che nei "contesti" regionali viene caratterizzata da due livelli correlati: una *prima parte ricognitiva* e una *seconda parte proiettiva*.

La prima parte ricognitiva è comunemente composta da

- il quadro conoscitivo per la costruzione del Piano di Zona;
- l'inquadramento e analisi della popolazione (dati di scenario e prospettive future);
- l'interpretazione;
- i punti di forza e di debolezza; opportunità e rischi (oppure fattori positivi e criticità);
- i risultati conseguiti nel precedente periodo di programmazione ;
- le risorse e modalità di finanziamento dei servizi e degli interventi presenti;
- i risultati attesi delle rilevazioni e l'utilizzabilità dei dati.

La seconda parte proiettiva vengono indicate le stime dei fabbisogni da soddisfare e delle opportunità da garantire.

Attenzioni metodologiche

Il quadro conoscitivo da cui discendono l'analisi dei bisogni e la mappa dei servizi e delle risorse rappresenta da sempre un punto critico metodologico della programmazione sociale.

Un primo aspetto comune a tutti i "contesti" regionali riguarda l'attenzione con cui viene indicato quali fonti sono già reperibili, come accedere a queste informazioni e quali altri dati necessari vadano invece raccolti ex-novo oppure aggiornati per completare il quadro conoscitivo richiesto.

Un altro aspetto metodologico rilevante è che vengono fornite procedure di mappatura che sono strutturate per permettere di pianificare le priorità del Piano. E' questa la grande scommessa metodologica in cui si gioca l'efficacia della programmazione: non partire dalla somma di una serie di aree di intervento ma dall'analisi dell'ambito territoriale.

Un ultimo aspetto è la genericità sulle indicazioni strumentali che vengono fornite che rischiano di produrre "letture" anche molto diverse.

- Individuazione degli obiettivi strategici, definizione dei programmi operativi e delle priorità di intervento

Il Comitato Politico, sulla base del quadro programmatico predisposto, identifica gli obiettivi strategici, definiti nella programmazione zonale per Aree di intervento (Obiettivi del "Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003"), individuando inoltre gli obiettivi specifici, valutando le alternative tecniche, la presenza di risorse del territorio, i vincoli di natura normativa, istituzionale e amministrativa, prevedendo la valorizzazione delle risorse e dei fattori propri e specifici di ogni comunità locale e di ogni ambito territoriale.

Questa procedura porta, per ciascuna Area di intervento, alla definizione e alla approvazione, da parte dello stesso Comitato Politico, dei Programmi operativi, che realizzano servizi e interventi a cura degli Enti pubblici e che saranno inclusi nell'Accordo di Programma, e le Priorità di intervento su cui attivare i Progetti presentati dai soggetti del terzo settore, definendo i criteri per la loro selezione.

Gli **obiettivi strategici** sono costituiti dall'insieme delle scelte di fondo che il Piano assume nella forma di una dichiarazione su tali scelte. In sintesi, la loro esplicitazione

contiene gli **obiettivi specifici** che verranno prescelti, il cui perseguimento è funzionale al raggiungimento dagli **obiettivi globali** di benessere sociale dichiarati dal Piano Nazionale e dal Piano Sociale Regionale.

Un buon orientamento alla scelta degli obiettivi specifici, riferiti agli obiettivi globali della Programmazione viene appunto dal Piano Sociale Nazionale e dal Piano Sociale Regionale. Infatti, per ciascun obbiettivo, c'è un ventaglio di indicazioni programmatiche molto ampio, proposto alle Zone da cui selezionare gli obiettivi specifici maggiormente rispondenti alle proprie esigenze.

Si ricordano le principali linee di sviluppo del Piano di zona:

- sostenere il cambiamento e la trasformazione dei servizi da prassi assistenziali verso una logica di promozione del ben-essere sociale e di prevenzione delle situazioni di disagio;
- innovare e promuovere lo sviluppo della qualità, tramite un nuovo sistema di rapporti tra settore pubblico e settore privato per l'offerta di prestazioni;
- sostenere le famiglie in particolare per le funzioni di cura di soggetti non autosufficienti e disabili, anche con interventi a carattere transitorio di alleviamento dei carichi assistenziali;
- promuovere strategie di coesione sociale, in particolare nelle aree interessate da forti fenomeni migratori;
- realizzare interventi di contrasto delle povertà, con attenzione alle tipologie sinora non direttamente interessate da interventi settoriali specifici;
- ampliare l'utenza, diversificare e rendere flessibile l'offerta di servizi educativi, migliorare la qualità degli interventi e la loro efficacia.

La struttura della programmazione zonale (che è equivalente in tutti i "contesti" regionali al distretto socio-sanitario) è la seguente

- Aree di intervento:
  - Famiglia (anche responsabilità famigliari), Minori (anche materno infantile e Diritti Infanzia e Adolescenza;
  - Anziani e Disabili;
  - Contrasto alle povertà (anche esclusione povertà e dipendenze);

Per ogni area vengono richiesti

a. Obiettivo strategico

b. Obiettivi specifici

c. Legislazione di riferimento

d. Attuazione della integrazione socio-sanitaria tramite i progetti obbiettivo

e. Attuazione degli interventi di politiche sociali integrate con i settori della formazione, lavoro, casa, etc.

La gestione in forma associata (in rete) degli interventi sociali evidenzia sul piano metodologico-strumentale l'adozione della *carta dei servizi* o di *carta di cittadinanza* e il *piano di comunicazione sociale*.

Il Piano di comunicazione sociale è adottato con il Piano di zona e riguarda:

• l'attività diretta a fornire al cittadino informazioni e consulenza per la conoscenza delle prestazioni erogate dai servizi;

• l'attività di informazione rivolta alla collettività, mirata ad offrire forme di conoscenza sui servizi e sulle risorse disponibili a gruppi omogenei, anche attraverso lo strumento della "Carta di Cittadinanza".

Il Piano deve essere articolato in due parti:

• una prima parte introduttiva e descrittiva, in cui vengono esplicitate le linee generali definite anche in funzione dei complessivi obiettivi della programmazione, nonché i risultati di precedenti e significative iniziative già concluse;

• uno schema di sintesi, in cui sono riportati gli estremi di tutte le iniziative programmate articolate in iniziative di comunicazione interne ed esterne, assicurando il massimo coinvolgimento di tutti gli attori interessati.

La Conferenza dei Sindaci nell'ambito del piano di comunicazione:

• esplicita la scelta strategica di puntare sulla comunicazione ai fini del miglioramento dei rapporti con i cittadini e della qualità delle prestazioni erogate;

• individua gli obiettivi prioritari del Piano di Comunicazione Sociale;

• ne determina le risorse disponibili;

• ne assicura lo svolgimento e ne valuta i risultati;

• assicura il sostegno formativo del personale addetto.

Attenzioni metodologiche

L'unica attenzione visto che stiamo parlando del "fulcro operativo" del Piano di zona è quella che si corra il grande rischio di delineare obiettivi troppo generali e di conseguenza scarsamente valutabili.

In questa parte di costruzione del Piano le indicazioni sono molto specifiche soprattutto a seguire le indicazioni di priorità emerse dalla mappatura territoriale.

- *Valutazione del piano e selezione dei progetti*

Le principali dimensioni per la valutazione del Piano possono comprendere:

MONITORAGGIO

- grado di realizzazione complessiva del piano nelle diverse aree di intervento,
- grado di raggiungimento dei target,

- grado di utilizzo delle risorse messe in campo dal piano.

VALUTAZIONE DI PROCESSO

- ricostruzione ed analisi del processo di costruzione e gestione del piano,
- analisi delle reti di rapporto tra gli attori.

VALUTAZIONE DI RISULTATO

- valutazione complessiva della performance,
- confronti (graduatorie di performance),
- valutazione complessiva del successo in relazione agli obiettivi strategici del piano.

Attenzioni metodologiche

La valutazione di Piano è insieme all'analisi dei bisogni per la definizione delle priorità il binomio metodologico-strumentale che tiene insieme l'intero Piano di zona e gli dà efficacia come pilastro fondamentale di programmazione dei servizi alla persona.

Dal punto di vista metodologico solo l'attenzione a *lavorare orientati ai risultati* allontanandosi dalla logica del *lavorare per prestazioni* garantisce che dal Piano di zona si "migliorino" le risposte ai bisogni del territorio e non si "gestiscano" solo al meglio i servizi e la loro integrazione.

Le indicazioni di ordine valutativo all'impianto di Piano che emergono dai "contesti" regionali sono molto limitate ma la tendenza che si percepisce è quella di una grande attenzione alla quale trovare anche risposte metodologiche e strumentali nuove.

Il PIANO DO ZONA DEL C.I.S.A.

La legge 328/00 e la legge regionale 1/2004 attribuiscono un ruolo fondamentale nell'attuazione del sistema integrato di interventi e servizi alla persona al Comune, o meglio all'insieme dei Comuni dell'ambito, che devono concertare la propria programmazione, dialogare con l'Azienda Sanitaria in una logica di integrazione operativa a scala territoriale, farsi promotori di iniziative di mobilitazione di tutti gli altri attori locali, pubblici e del privato sociale. I Comuni possono così insieme proporsi come un nuovo soggetto istituzionale, chiamato a realizzare nel proprio ambito territoriale quel sistema integrato di interventi e di servizi sociali che la legge 328/00 e la legge 1/2004 richiamano.
La più significativa innovazione nella realtà delle politiche e dei servizi sociali del nostro paese viene così realizzata con la elaborazione dei Piani di Zona. Che questi vengano elaborati, negoziati e approvati costituisce un evento importante in sè, come incontro e negoziazione fra più Comuni, e altri enti, per produrre una programmazione intercomunale a dimensione di ambito.
L'esperienza della programmazione di zona naturalmente non nasce dal nulla, ma si propone e si realizza grazie a un processo di innovazione delle politiche sociali e sociosanitarie che, dalla metà degli anni '90, pur con incertezze e contraddizioni, si è andato sviluppando. Passi significativi ne sono stati le esperienze programmatorie e operative della legge 285/97 nel campo degli interventi a sostegno delle responsabilità familiari e a favore di minori e adolescenti, della legge 45/99 nel campo degli interventi sulla dipendenza, e della 140/98 nel campo degli interventi a sostegno degli immigrati.
La rilevanza e la portata innovativa dei Piani di Zona sta in primo luogo nell'aver superato un cronico limite dimensionale e di dotazione dei primi attori istituzionali delle politiche sociali, i Comuni.
La sfida che adesso attende i Comuni è il passaggio dalla programmazione integrata allo stesso livello di ambito, ad un governo delle politiche e dei servizi sociali (e sociosanitari) sempre più integrato a livello di ambito zonale, nelle altre sue dimensioni, normative, gestionali, organizzative, ecc.. La qualità del sistema integrato dipende ovviamente anche dal livello di integrazione con i servizi sanitari.
Nella misura in cui aggrega i Comuni ad una scala adeguata a leggere i problemi del territorio e ad affrontarli con scelte programmatorie e li sollecita ad assumere una logica interistituzionale, il Piano di Zona rappresenta anche una grande opportunità per realizzare l'integrazione fra servizi sociali e servizi sanitari in una logica di concertazione fra soggetti autonomi, di pari dignità.

L'integrazione tra il sociale e il sanitario e, più in generale, le diverse politiche influenti sul benessere e la socializzazione è un punto di attenzione trasversale alla legge. 328/00, che in più punti ne sottolinea l'importanza.

Il Piano di Zona rappresenta lo strumento prioritario di pianificazione territoriale per lo sviluppo di una politica locale dei servizi e degli interventi sociali relativa all'insieme dei Comuni del tortonese. Il Piano di Zona ha, infatti, come fine principale l'individuazione dello stato attuale dei servizi presenti sul territorio, degli obiettivi generali di intervento, delle tipologie di azioni ed interventi, delle linee strategiche per la futura programmazione. In particolare il primo Piano di Zona si dovrebbe porre come principale obiettivo la creazione delle basi conoscitive e relazionali per l'attuazione del nuovo metodo di lavoro partecipativo voluto dalla Legge regionale 1/2004. Infatti, sono proprio l'analisi del profilo della comunità e la programmazione per singole aree di intervento (famiglia - infanzia, adolescenza, giovani - disabili - salute mentale - disagio: dipendenze, contrasto all'esclusione, povertà - anziani - immigrati), a costituire le parti più significative e corpose del Piano, che deve essere completato da una sezione dedicata agli aspetti economico – finanziari e da un consistente allegato contenente la mappatura dei servizi esistenti nell'ambito di piano, ripartiti per aree di intervento.

Gli elementi che lo caratterizzano nella sua completezza possono essere riassunti nei seguenti passaggi:

- l’individuazione di un tavolo politico, di un tavolo tecnico e di un ufficio di piano
- l’avvio del processo di Piano con la convocazione della Conferenza (o Comitato) e l’attivazione delle procedure di concertazione per la definizione degli indirizzi,
- l’esame del quadro conoscitivo,
- l’individuazione degli obiettivi strategici, la definizione dei programmi operativi e delle priorità di intervento,
- la valutazione del Piano e la selezione dei progetti,
- la stesura del Piano e la sua approvazione.

L’analisi d’ambiente, che è uno dei passaggi fondamentali per la realizzazione del Piano, non è solo uno strumento che si integra con il concetto più ampio di sviluppo di comunità che costituisce l’obiettivo e la strategia fondamentale del Piano di Zona ma rappresenta anche il necessario strumento conoscitivo per leggere e interpretare una realtà territoriale. Lo sviluppo di Comunità ha come obiettivo il costante aumento della capacità dei soggetti

che compongono una Comunità di essere protagonisti competenti del proprio sviluppo. La Comunità quindi, deve diventare attore e destinatario degli interventi ovvero protagonista del proprio sviluppo. Si tratta di passare da un approccio assistenzialistico che evidenzia solo le mancanze e i punti deboli, ad un approccio della competenza che riconosce i propri bisogni e che sa attivare tutte le risorse e sfruttare i propri punti di forza. L'analisi d'ambiente definisce un contesto territoriale per la programmazione degli interventi; da ciò deriva la necessità di costruire sistemi informativi integrati che permettano di analizzare diversi fenomeni in un'ottica territoriale per fornire a chi programma una chiave di lettura della realtà il più possibile completa e oggettiva.

Poter leggere una molteplicità di informazioni contestualizzandole in un "dove" e in un "quando" sono gli obiettivi minimi dichiarati dell'analisi d'ambiente; costruire mappe di problemi secondo la loro dislocazione territoriale consente di studiare la distribuzione di fattori di rischio e/o di fenomeni patologici e permette di localizzare le risorse a disposizione, di quantificarle, di valutarne la congruità in relazione ai target di riferimento.

Diversi e molteplici sono gli elementi che entrano nel campo d'indagine e ognuno di essi si integra con gli altri trovando nel "territorio" il suo minimo comune denominatore: il territorio quindi viene visto come l'unità di misura principale, il punto in cui confluiscono insiemi eterogenei di informazioni che contribuiscono ad una sua più completa comprensione.

STESURA PIANO DI ZONA

1 - Avvio del processo programmatico da parte dell'Ente Gestore per la definizione del tavolo di coordinamento politico – istituzionale e dell'Ufficio di Piano
I comuni appartenenti all'ambito territoriale consortile sono tenuti a dare vita a un Coordinamento Politico *che potrebbe coincidere con il C.I.S.A. che sarà responsabile della realizzazione dell' Ufficio di Piano di zona, che presiede alle diverse fasi della predisposizione e poi della gestione del Piano di zona, provvedendo a precisarne le funzioni, la composizione e i compiti di un organismo tecnico che supporta il Coordinamento politico nell'elaborazione , gestione e valutazione del Piano.* *Dovranno costituire un* Tavolo Tecnico *per il Piano di zona con funzioni di regia operativa del processo di elaborazione del Piano, di coordinamento operativo dei diversi attori in campo , di presidio della funzione di realizzazione e attuazione del Piano e delle connesse attività di monitoraggio e valutazione , oltrechè con compiti di istruttoria tecnica e di supporto decisionale al Coordinamento politico di distretto.* *Un aspetto da considerare è la netta o tenue separazione dei due livelli politico-istituzionale e tecnico nel governo di Piano; il* livello politico-istituzionale *si occupa solitamente degli incontri di consultazione, della validazione del processo di costruzione del Piano, del coordinamento interistituzionale mentre* il livello tecnico *ha compiti di realizzare l'analisi dei bisogni, l'analisi dei punti di forza e delle criticità proposte, gestire la rete dei gruppi operativi di area. Tra i due livelli rimane da definire frequentemente il coordinamento e il pilotaggio del Piano che differiscono notevolmente nel distanziare o avvicinare il percorso politico e quello tecnico.* *Nella realtà piemontese, i Consorzi, a cui sono attribuite funzioni di gestione degli interventi di politica sociale, rappresentano la sede adeguata, espressione dei sindacati dei Comuni consorziati a cui spetta, attraverso lo strumento assembleare il compito di dare vita ad un Comitato Politico rappresentativo della realtà territoriale a cui assegnare il compito di formulare gli indirizzi di Piano.*
OBIETTIVI: - Organizzazione del tavolo politico e tecnico - Individuazione dell'Ufficio Piano di Zona
RESPONSABILE 1 FASE: Assemblea dei Comuni e C.I.S.A.

2. **Convocazione della Conferenza dei Servizi**
Nella conferenza dei servizi devono essere coinvolti tutti gli attori pubblici e privati, istituzionali e non che hanno una competenza nella progettazione, attivazione ed erogazione di prestazioni e servizi sul territorio. *Un aspetto, che caratterizza la fase di avvio, riguarda l'individuazione degli interlocutori; si tratta di un passaggio cruciale che è necessario approfondire nelle sue diverse dimensioni.* *Definire gli interlocutori di un Piano di zona comporta come ordine metodologico:* *- individuare i soggetti presenti sul territorio a diverso titolo coinvolti nella espressione dei bisogni e nel sistema di offerta dei servizi, con riferimento all'obiettivo proprio del sistema integrato, di promozione della solidarietà sociale e di valorizzazione di iniziative di singoli, di famiglie e di organizzazioni del Terzo settore;* *- prefigurare il possibile ruolo di diversi soggetti nell'impostazione complessiva dei servizi del territorio o nella trattazione di specifiche tematiche;* *- predisporre occasioni e strumenti di rappresentanza dei diversi soggetti , per consentire a tutti di esprimere il proprio contributo;* *- identificare il ruolo necessario e decisionale o volontario e l'adesione partecipativa di ogni soggetto all'interno dell'Accordo di programma.*
OBIETTIVI: partecipazione di tutti i Comuni del C.I.S.A., ASL con i Distretti Sanitari, Cooperative Sociali, Associazioni di Volontariato, Scuole, Ipab, Provincia, Sindacati ed Enti vari.
RESPONSABILE 2 FASE: Tavolo politico e Ufficio Piano di Zona

3. Rilevazione del contesto dei bisogni

Sulla base del quadro conoscitivo della situazione sociale avviene la individuazione dei fabbisogni e della domanda dei gruppi sociali e delle comunità coinvolte, e con l'analisi dei punti di forza e di debolezza, delle opportunità e dei rischi.

L'esame del quadro conoscitivo è legato ad una relazione sociale che nei diversi contesti può venir caratterizzata da due livelli correlati: una prima parte ricognitiva e una seconda parte proiettiva.

La prima parte ricognitiva è comunemente composta da

- **il quadro conoscitivo per la costruzione del Piano di Zona;**
- **l'inquadramento e analisi della popolazione (dati di scenario e prospettive future);**
- **l'interpretazione;**
- **i punti di forza e di debolezza; opportunità e rischi (oppure fattori positivi e criticità);**
- **i risultati conseguiti nel precedente periodo di programmazione ;**
- **tutte le risorse ed i servizi presenti sul territorio**
- **le risorse e modalità di finanziamento dei servizi e degli interventi presenti;**
- **i risultati attesi delle rilevazioni e l'utilizzabilità dei dati.**

La seconda parte proiettiva vengono indicate le stime dei fabbisogni da soddisfare e delle opportunità da garantire.

Attenzioni metodologiche

Il quadro conoscitivo da cui discendono l'analisi dei bisogni e la mappa dei servizi e delle risorse rappresenta da sempre un punto critico metodologico della programmazione sociale. Un primo aspetto comune a tutti i "contesti" regionali riguarda l'attenzione con cui viene indicato quali fonti sono già reperibili, come accedere a queste informazioni e quali altri dati necessari vadano invece raccolti ex-novo oppure aggiornati per completare il quadro conoscitivo richiesto.

Un altro aspetto metodologico rilevante è che vengono fornite procedure di mappatura che sono strutturate per permettere di pianificare le priorità del Piano. E' questa la grande scommessa metodologica in cui si gioca l'efficacia della programmazione: non partire dalla somma di una serie di aree di intervento ma dall'analisi dell'ambito territoriale.

OBIETTIVI: - Analisi ed individuazione dei bisogni presenti sul territorio
- Analisi delle risorse presenti sul territorio

RESPONSABILE 3 FASE: Ufficio Piano di Zona

4. Definizione priorità obiettivi strategici ed individuazione delle risorse

Il Tavolo Politico con l'Ufficio Piano di Zona, sulla base del quadro programmatico predisposto, identifica gli obiettivi strategici, definiti nella programmazione zonale per Aree di intervento, individuando inoltre gli obiettivi specifici, valutando le alternative tecniche, la presenza di risorse del territorio, i vincoli di natura normativa, istituzionale e amministrativa, prevedendo la valorizzazione delle risorse e dei fattori propri e specifici di ogni comunità locale e di ogni ambito territoriale.

Questa procedura porta, per ciascuna Area di intervento, alla definizione e alla approvazione, da parte dello stesso Tavolo Politico, dei Programmi operativi, che realizzano servizi e interventi a cura degli Enti pubblici e che saranno inclusi nell'Accordo di Programma, e le Priorità di intervento su cui attivare i Progetti presentati dai soggetti del terzo settore, definendo i criteri per la loro selezione.

Gli obiettivi strategici sono costituiti dall'insieme delle scelte di fondo che il Piano assume nella forma di una dichiarazione su tali scelte. In sintesi, la loro esplicitazione contiene gli obiettivi specifici che verranno prescelti, il cui perseguimento è funzionale al raggiungimento dagli obiettivi globali di benessere sociale dichiarati dal Piano Nazionale e dal Piano Sociale Regionale.

Un buon orientamento alla scelta degli obiettivi specifici, riferiti agli obiettivi globali della Programmazione viene appunto dal Piano Sociale Nazionale e dal Piano Sociale Regionale. Infatti, per ciascun obbiettivo, c'è un ventaglio di indicazioni programmatiche molto ampio, proposto alle Zone da cui selezionare gli obiettivi specifici maggiormente rispondenti alle proprie esigenze.

Si ricordano le principali linee di sviluppo del Piano di zona:

- sostenere il cambiamento e la trasformazione dei servizi da prassi assistenziali verso una logica di promozione del ben-essere sociale e di prevenzione delle situazioni di disagio;
- innovare e promuovere lo sviluppo della qualità, tramite un nuovo sistema di rapporti tra settore pubblico e settore privato per l'offerta di prestazioni;
- sostenere le famiglie in particolare per le funzioni di cura di soggetti non autosufficienti e disabili, anche con interventi a carattere transitorio di alleviamento dei carichi assistenziali;
- promuovere strategie di coesione sociale, in particolare nelle aree interessate da forti fenomeni migratori;
- realizzare interventi di contrasto delle povertà, con attenzione alle tipologie sinora non

direttamente interessate da interventi settoriali specifici; - ampliare l'utenza, diversificare e rendere flessibile l'offerta di servizi educativi, migliorare la qualità degli interventi e la loro efficacia.
OBIETTIVI: Individuazione degli obiettivi del Piano di Zona e delle aree di intervento
RESPONSABILE 4 FASE: Tavolo Politico e Ufficio Piano di Zona

5. Tavoli di concertazione per la definizione delle azioni di intervento per singole aree progettuali
La struttura della programmazione zonale (che è equivalente in tutti i “contesti” regionali al distretto socio-sanitario) è la seguente *Aree di intervento:* □ Famiglia (anche responsabilità famigliari), Minori (anche materno infantile e Diritti Infanzia e Adolescenza; □ Anziani e Disabili; □ Contrasto alle povertà (anche esclusione povertà e dipendenze); *Per ogni area vengono richiesti* a. Obiettivo strategico b. Obiettivi specifici c. Legislazione di riferimento d. Attuazione della integrazione socio-sanitaria tramite i progetti obbiettivo e. Attuazione degli interventi di politiche sociali integrate con i settori della formazione, lavoro, casa, etc. La gestione in forma associata (in rete) degli interventi sociali evidenzia sul piano metodologico-strumentale l’adozione della carta dei servizi o di carta di cittadinanza e il piano di comunicazione sociale. *Il Piano di comunicazione sociale è adottato con il Piano di zona e riguarda:* • l'attività diretta a fornire al cittadino informazioni e consulenza per la conoscenza delle prestazioni erogate dai servizi; • l'attività di informazione rivolta alla collettività, mirata ad offrire forme di conoscenza sui servizi e sulle risorse disponibili a gruppi omogenei, anche attraverso lo strumento della "Carta di Cittadinanza".
OBIETTIVI: - Individuazione degli interventi da realizzare per singole aree progettuali e dei soggetti coinvolti
RESPONSABILE 5 FASE: Ufficio Piano di Zona e soggetti di volta in volta interessati per la realizzazione dell’intervento

6. Valutazione delle azioni del Piano di Zona

Le principali dimensioni per la valutazione del Piano possono comprendere:

MONITORAGGIO

- grado di realizzazione complessiva del piano nelle diverse aree di intervento,
- grado di raggiungimento dei target,
- grado di utilizzo delle risorse messe in campo dal piano.

VALUTAZIONE DI PROCESSO

- ricostruzione ed analisi del processo di costruzione e gestione del piano,
- analisi delle reti di rapporto tra gli attori.

VALUTAZIONE DI RISULTATO

- valutazione complessiva della performance,
- confronti (graduatorie di performance),
- valutazione complessiva del successo in relazione agli obiettivi strategici del piano.

Attenzioni metodologiche

La valutazione di Piano è insieme all'analisi dei bisogni per la definizione delle priorità il binomio metodologico-strumentale che tiene insieme l'intero Piano di zona e gli dà efficacia come pilastro fondamentale di programmazione dei servizi alla persona.

Dal punto di vista metodologico solo l'attenzione a lavorare orientati ai risultati allontanandosi dalla logica del lavorare per prestazioni garantisce che dal Piano di zona si "migliorino" le risposte ai bisogni del territorio e non si "gestiscano" solo al meglio i servizi e la loro integrazione.

Le indicazioni di ordine valutativo all'impianto di Piano che emergono dai "contesti" regionali sono molto limitate ma la tendenza che si percepisce è quella di una grande attenzione alla quale trovare anche risposte metodologiche e strumentali nuove.

OBIETTIVI: - Migliorare la qualità degli interventi – Individuare punti di forza e di debolezza

RESPONSABILE 6 FASE: Ufficio Piano di Zona

7. Stesura del Documento di Piano
8. Approvazione del documento di Piano attraverso la sottoscrizione dell'accordo di programma
9. Invio alla Regione Piemonte entro 60 giorni dalla sottoscrizione
RESPONSABILE 7 – 8 - 9 FASE: Ufficio Piano di Zona

Analisi demografica: indici demografici della popolazione

L'importanza del profilo socio-demografico nell'economia dell'assistenza socio-sanitaria deriva dalla consapevolezza che l'analisi delle caratteristiche quantitative della popolazione consente un primo approccio alla comprensione dei bisogni. Conoscere, ad esempio, la composizione e la struttura dei cittadini residenti sul territorio consortile è utile per ipotizzare le esigenze che essi possono esprimere e che possono riguardare sia gli aspetti sociali sia quelli sanitari della loro vita. Così, se la popolazione oggetto di studio dovesse evidenziare un alto indice di invecchiamento è logico che le azioni da intraprendere dovrebbero tendere ad affrontare, sotto l'aspetto fisico, psichico e sociale, più i problemi tipici della vecchiaia che dell'infanzia.

Gli indici di struttura demografica permettono di descrivere la popolazione residente in un determinato territorio esaminando alcuni aspetti relativi ai fattori demografici: in part i c o l a re gli indici di invecchiamento e di dipendenza anziani permettono di capire la dimensione della popolazione anziana e di confrontare questo dato con altre realtà. Analogamente l'indice di dipendenza giovanile esprime il rapporto tra i giovani minori di 15 anni e la popolazione "attiva" ovvero con un'età compresa tra i 15 e i 65 anni. L'analisi degli indici demografici deve essere accompagnata da tabelle che riportino i valori assoluti sulla popolazione per fasce di età significative. L'osservazione del valore assunto dagli indicatori demografici permette di trarre alcune considerazioni: l'indice di carico sociale, che esprime il rapporto tra la popolazione "debole" (minore di 15 anni e maggiore di 65) e la popolazione "attiva" (età compresa tra i 15 e i 65 anni), ad esempio. Scomponendo l'indice di carico sociale nelle sue due componenti, indice di dipendenza giovanile e indice di dipendenza anziani, si evidenziano con più chiarezza le diversità nella composizione demografica dei vari comuni e si comprende come, entrando nello specifico di una tematica (ad esempio i giovani) difficilmente si possano categorizzare aree geografiche molto ampie ma al contrario sia necessaria un'attenzione allo specifico contesto territoriale.

L'utilità degli indicatori risulta in particolare nel momento in cui si confrontano i dati relativi ad un determinato ambito territoriale e territori più vasti come ad esempio la Provincia o la Regione. Dal confronto è possibile fare alcune valutazioni di massima sulle caratteristiche demografiche che permettono di comprendere meglio la realtà che intendiamo descrivere. Gli indici presi in considerazione sono quelli normalmente utilizzati in statistica nelle indagini demografiche:

1. Indice di carico sociale: (pop. > 64 + pop. < 15)/(pop. > 14 e < pop. 65); 2. Indice di invecchiamento: (pop. > 64/pop. < 15); 3. Indice di dipendenza giovanile: (pop. < 15)/(pop. > 14 e pop. < 65); 4. Indice di dipendenza anziani: (pop. > 64)/(pop. > 15 e < pop. 65);

Indicatori socio/sanitari

Alcuni indicatori ci consentono di descrivere da una diversa angolazione il contesto sociale e socio-sanitario. Sono stati considerati i seguenti indicatori:

- handicap: numero di bambini certificati sulla popolazione minore di 15 anni
- disabilità: numero invalidi civili sulla popolazione;
- tossicodipendenza: numero di persone seguite dal SERT sulla popolazione tra 18 e 29 anni;
- disagio minorile: numero di affidi in famiglia e in istituto sulla popolazione minore di 18 anni;
- assistenza domiciliare: numero di persone seguite in assistenza domiciliare sulla popolazione residente.

Gli indici presentati sono solo alcuni degli indicatori sociali necessari per descrivere il contesto territoriale; nel corso del 2001 sarà implementato dall'Ufficio Piano di Zona in collaborazione con i comuni un set di indicatori stabili che permetteranno di cogliere la dimensione dinamica dei fenomeni, saranno considerati indicatori demografici, sociali, economici, sanitari in un'ottica d'insieme.

Gli indicatori di cui sopra saranno sviluppati anche secondo tavole predisposte dall'ISTAT; questo approccio oltre ad avere una maggior valenza scientifica ha l'indubbio vantaggio di rendere confrontabili i dati locali con dati a valenza regionale, nazionale e in certi casi europea.

La mappatura delle risorse

La proposta di analisi prosegue con l'individuazione e la mappatura delle risorse presenti sul territorio orientate per problemi e/o servizi.

La conoscenza di tutti i soggetti che operano all'interno del territorio consortile rientra in un progetto di "messa in rete" di

tutte le realtà sociali, conoscere e conoscersi è infatti il primo passo per collaborare.

Analisi della struttura familiare

La famiglia è costituita dall'insieme delle persone coabitanti legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o affidi. In occasione dell'elaborazione del Piano di Zona si pensa di avviare un tentativo di analisi della composizione delle strutture familiari nei comuni del tortonese. L'analisi e la conoscenza della composizione delle famiglie è un elemento fondamentale per capire meglio la realtà sociale nella quale si interviene sia perché la famiglia è la cellula sociale fondamentale nella quale una persona si riconosce, sia perché rappresenta la risorsa primaria ed essenziale nel contesto dei servizi sociali e dei servizi alla persona in generale. L'analisi non ha ovviamente la pretesa di individuare il livello di "tenuta" della famiglia nel nostro territorio (né potrebbe averlo), più semplicemente vuole contribuire ad una maggiore comprensione delle peculiarità (eventuali) dei alcuni ambiti territoriali rispetto ad altre realtà nell'ottica di evidenziare punti di forza e di debolezza e possibilmente una linea di tendenza futura. Verrà consegnata a tutti i comuni una scheda di rilevazione dati nella quale si richiedevano il numero di famiglie composte da uno, due, tre, quattro, cinque, sei-opiù membri: l'obiettivo sarà la lettura dinamica del numero di componenti delle famiglie. Verranno inoltre inoltre richieste altre informazioni relative alla presenza di un minore al primo anno di vita, di anziani oltre i 75 anni e di extracomunitari.

ANALISI SOCIO-DEMOGRAFICA DEL TERRITORIO CONSORTILE

Abbiamo raccolto i dati sul territorio di competenza consortile sia sulla popolazione sia sulle risorse presenti e sui servizi erogati, senza tralasciare l'analisi dei bisogni.

I dati in nostro possesso sono così suddivisi:

- popolazione residente al 31/12/2001 suddivisa per fascia d'età quinquennale in ciascuno dei 39 comuni consorziati (fonte ISTAT),
- famiglie per numero di componenti, dettaglio comunale (fonte ISTAT),
- popolazione residente per province piemontesi, sesso e classi d'età quinquennale, valori percentuali al 31/12/2001(fonte Regione Piemonte),
- popolazione residente per province piemontesi, sesso e classe d'età annuale, valori assoluti al 31/12/2001 (fonte Regione Piemonte),
- popolazione residente ai censimenti 2001,1991,1981 nelle Comunità Montane (fonte ISTAT),
- popolazione residente ai censimenti 2001,1991,1981 nei comuni della provincia di Alessandria (fonte ISTAT),

- popolazione residente in provincia di Alessandria per fascia d'età annuale, sesso e stato civile di vedovo/a al 31/12/2001 (fonte ISTAT)

Le trasformazioni demografiche che hanno interessato negli ultimi decenni i Paesi a sviluppo avanzato pongono in primo piano, anche in Italia, il problema dell'invecchiamento della popolazione, inteso come incremento sia del numero assoluto delle persone anziane, che della loro proporzione sul totale della popolazione.
Con il ridursi delle nuove leve e il sempre più accentuato permanere in vita delle vecchie generazioni uno dei principali problemi è diventato quindi quello dell'invecchiamento della popolazione, per l'incremento sia del numero delle persone anziane, sia della loro proporzione sul complesso della popolazione. Un processo questo demograficamente inevitabile che ha tante e tali ripercussioni, a livello sia macro che micro, da essere finalmente entrato nel dibattito politico quotidiano.
I progressi della scienza medica, i miglioramenti della situazione igienica, alimentare e lavorativa hanno prolungato la vita e sembrano anche aver spostato in avanti l'età della "decadenza fisica" e della vecchiaia. Contemporaneamente la variazione della durata e del ritmo di lavoro, così come dell'esistenza quotidiana, e l'instaurarsi di una scala di valori diversa ne hanno trasformato la concezione tradizionale, il senso e il valore sociale e culturale. Mentre un tempo la vecchiaia era la fase della saggezza e dell'equilibrio morale, e l'anziano era la memoria storica della società, il custode della tradizione e il detentore di un patrimonio di esperienza professionale tramandabile alle generazioni future, oggi la cultura dominante è quella della *last information*, della rincorsa all'ultima notizia, dell'aggiornamento continuo: si è proiettati verso un progresso che sembra rinnegare, o quanto meno dimenticare, le sue origini.
Per la società l'anziano ha meno significato di un individuo in età attiva: si riduce il suo ruolo sociale ed economico al momento del pensionamento, con il termine cioè dell'attività lavorativa. L'anziano inoltre può perdere una condizione di salute "ottimale" e l'autosufficienza con il graduale subentro di malattie croniche invalidanti, di processi di deterioramento cognitivo, con l'insorgenza di handicap più o meno gravi; alle volte tutto ciò può interagire in modo conflittuale con il contesto sociale e diventare ancora più grave.
In generale il problema maggiore dell'invecchiamento riguarda la capacità da parte di ogni sistema nazionale e sub-nazionale di trovare efficaci e tempestivi adeguamenti della struttura sociale ed economica all'accresciuto peso assoluto e relativo della

popolazione anziana. Si tratta di un problema complesso in quanto le trasformazioni demografiche agiscono in modo lento e silenzioso e non è quindi facile saper individuare e trovare tutti gli strumenti necessari per mettere in atto risposte politiche, culturali, psicologiche ed organizzative necessarie, e per fare in modo che l'invecchiamento demografico non si tramuti in processi patologici - decadimento economico, culturale e politico - dalle incontrollate e pericolose conseguenze.

Prima di affrontare l'analisi di quelle che sono le ricadute demografiche e sanitarie di tale fenomeno in provincia di Alessandria, ed in particolare sul territorio consortile, è necessario riprendere brevemente l'evoluzione del concetto di vecchiaia e delle modalità con cui esso viene oggi analizzato dalla comunità scientifica. A livello individuale un criterio usato per la definizione di vecchiaia è quello di "soglia d'ingresso", intesa non tanto in termini statici, sulla base dell'età dell'individuo (60 o 65 anni), ma in termini relativi e dinamici, tenendo in considerazione il fatto che i miglioramenti introdotti nella condizione di vita e salute delle persone, hanno determinato uno spostamento in avanti nell'età del decadimento fisico e della vecchiaia. Questa definizione d'invecchiamento ha delle conseguenze dirette sul tipo di indicatori che vengono utilizzati oggi nello studio di tale fenomeno. Alcuni studiosi, infatti, individuano la "soglia d'ingresso" non tanto in funzione degli anni trascorsi dal momento della nascita (60 o 65 anni), ma in funzione della vita residua: ossia del numero medio di anni che un individuo può aspettarsi di vivere. Secondo questo criterio scegliendo come valore 10 anni di vita residua (life expectancy), l'età di soglia per individuare la fascia di popolazione anziana in Italia si è spostata dai 65 anni per entrambi i sessi del 1901, a circa 73 anni per gli uomini e 77 per le donne del 1990. (Fonte: CNR)
Il riferimento al rischio di morte non è ancora sufficiente a definire un fenomeno così complesso, soprattutto se si vogliono analizzare le problematiche che esso pone in ambito di politiche sociali e sanitarie. È necessario a questo riguardo introdurre nella valutazione dell'invecchiamento della popolazione informazioni riferite all'efficienza fisica e mentale di tali soggetti, al grado di autonomia, ed alla condizione più generale di stato di salute e qualità di vita.

Il decremento demografico sul territorio di competenza del C.I.S.A., pur essendo lento, risulta costante e, a meno di particolari stravolgimenti economici e sociali, è destinato a

continuare: il numero di abitanti finirà per assestarsi su livelli più bassi rispetto a quelli a suo tempo preventivati.
Il decremento demografico ha modificato anche la distribuzione per classi di età dei residenti del territorio consortile. Negli ultimi diciannove anni i flussi migratori negativi ed il continuo calo delle nascite hanno determinato una graduale contrazione di individui di età inferiore ai 24 anni ed un progressivo invecchiamento della popolazione.

Un dato rilevante è emerso calcolando la percentuale delle persone anziane (65 anni e oltre) presenti sul territorio consortile e la percentuale delle persone anziane della provincia di Alessandria. Confrontando i due dati si è potuto constatare che la popolazione anziana compresa nella fascia di età *65 anni e oltre* del tortonese, risulti essere circa il doppio della popolazione anziana compresa nella stessa fascia di età, della provincia di Alessandria. Questi dati delineano le dimensioni del cambiamento in atto a livello demografico sul territorio consortile ed in particolar modo evidenziano e dimensionano l'incidenza del processo di invecchiamento che risulta aver raggiunto livelli ragguardevoli. Questo significa che la popolazione del territorio consortile è composta prevalentemente da persone anziane e sempre meno da persone comprese nella fascia di età definita da persone in forza lavoro.

RISORSE TERRITORIALI

La complessità dei molti bisogni cui si è chiamati a rispondere implica la capacità di erogare risposte tra loro integrate, coordinando gli interventi di tutti i diversi attori impegnati, a vario titolo, nella programmazione e progettazione dei servizi sul territorio. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali non può che realizzarsi, ai sensi della legge 328/2000 e della legge regionale 1/2004, con il concorso di tutti gli attori, istituzionali e non, privati e pubblici, rispetto ai quali nel Piano di Zona vengono definiti ruoli, responsabilità, competenze e risorse. Il Piano di Zona è la concreta attuazione del principio di sussidiarietà che agisce secondo canoni di sussidiarietà verticale, fra istituzioni pubbliche, e orizzontale, fra le stesse e la società civile, ed è la dimensione dove ciascuno è tenuto a creare, nel rispetto delle proprie peculiarità o del proprio mandato istituzionale, le condizioni ottimali per il raggiungimento di quello che è stato individuato come obiettivo comune.
Le Organizzazioni del privato sociale costituiscono una risorsa importante nell'ambito della rete integrata degli interventi e servizi sociali, in quanto ambito di

rappresentazione delle disponibilità e delle risorse che la collettività, ai fini della concreta attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale, mette in gioco per il conseguimento del proprio benessere o come espressione di solidarietà. Il Terzo Settore, così come individuato dall'art. 11 della l.r. 1/2004, con il Piano di Zona diventa soggetto attivo della programmazione nella fase di concertazione, fase che si attuerà attraverso i *tavoli di concertazione*.

Al fine di quantificare e qualificare le risorse presenti sul territorio consortile, si procederà con la rilevazione, a mezzo scheda, dei soggetti attivi in campo socio-assistenziale, delle attività da loro svolte e dei servizi erogati.

6. I SERVIZI EROGATI

L'immagine complessiva che emerge dall'esame delle attività svolte nell'anno 2003 è quella di un Ente in forte espansione all'interno di un sistema complessivo di servizi rivolti alla popolazione del territorio consortile.

E' stato gradualmente introdotto un modello di approccio e di presa in carico dell'utenza più omogeneo ed al tempo stesso più flessibile ed aderente alle necessità espresse dai cittadini che si rivolgono ai servizi del CISA.

Il consolidamento di un servizio sociale articolato a livello territoriale, il più possibile capillare e diffuso è stato rinforzato dalla presenza di una rete territoriale di istituzioni pubbliche e del privato sociale che hanno contribuito efficacemente ad assegnare un ruolo significativo al Consorzio.

6.1. Il lavoro di rete

L'impianto teorico del lavoro di rete

La teoria di rete influisce su aspetti quali, la professionalizzazione e specializzazione degli operatori, l'uso di tecniche precise e sofisticate e la tradizionale passività del cliente a fronte della richiesta rivolta al professionista.

In primis, il lavoro di rete può essere considerato un **approccio non deterministico:** l'assenza di determinismo è data dall'impossibilità di individuare precise e definite cause e soluzioni per un problema, quando anche la definizione stessa di una situazione come "problema" è incerta e fluttuante. Tale approccio è definito "complesso" e "utile alla complessità" poiché "*con azioni relativamente semplici favorisce l'evoluzione di processi che – avendo dentro una propria forza o un proprio codice di sviluppo – lentamente si realizzano, pur se la loro complicanza è tale da porli abbondantemente fuori dalla possibilità di uno stretto controllo intenzionale*".

In secondo luogo il lavoro di rete è sicuramente un **approccio integrato**, in quanto "*la soluzione che di volta in volta ricerca è un'integrazione di tante soluzioni o di tante parti disperse di soluzione*", non è un caso che nell'ambito di questo approccio perdano importanza alcune tradizionali distinzioni categoriali (lavoro individuale, di gruppo, di comunità) che caratterizzano la vecchia teorizzazione del lavoro sociale. Questo tipo di approccio permette infatti di considerare come interconnessi e sempre interagenti il singolo, la famiglia e la comunità. Anche tale caratteristica appare in linea con gli orientamenti di servizio sociale più recenti, che pongono l'accento su *una* forma mentis

che l'operatore utilizza sempre, qualunque sia il tipo di intervento che deve fare e con qualunque tipo di interlocutore".

Il lavoro di rete non è tanto una tecnica o un insieme di tecniche quanto un tipo di **mentalità**, che può essere riassunta in alcuni principi-base:

- l'integrazione tra risorse di diversa natura (istituzionali e umane, formali e informali) nella presa in carico di una problematica;
- il superamento dell'eccessiva fiducia nelle terapie specialistiche e del cosiddetto "modello medico", insufficienti ad affrontare la maggior parte delle problematiche socio-sanitarie;
- il rifiuto della visione dell'utenza come "*massa che grava atonica sulle sue reti o sui servizi istituzionali*".

Nello specifico, il modello reticolare di lavoro sociale "*si configura come lavoro di tipo orizzontale e non verticale, organizzativo e non clinico, centrato sulle risorse dell'utente e non solo su quelle tecnico-professionali dell'operatore*"; l'attività dell'operatore è anzi solo di guida esterna all'attivazione e al funzionamento della rete e può essere definita di "assistenza" alla rete tramite l'introduzione di inputs organizzativi atti ad armonizzare e coordinare tra loro gli attori in gioco.

Il fatto che questo tipo di lavoro sia una *forma mentis* presuppone la caratteristica di non poter essere acquisito meccanicamente; il lavoro di rete richiede all'operatore la capacità di rimettersi in discussione, a partire dalla sua stessa formazione di base, per fare spazio alla rete rinunciando alla propria centralità. Dal punto di vista etico l'approccio di rete assume quindi un notevole valore, in quanto "*è una modalità con la quale guardare la società mettendo o rimettendo al centro l'uomo nella sua dinamica relazionale*".

L'intervento si fonda su alcuni presupposti empirici, riassumibili come segue: "*il benessere del soggetto è tendenzialmente in funzione dell'esistenza o meno di reti sociali primarie di riferimento (…); le condizioni di vita dipendono (…) dall'ammontare delle reti non solo primarie, ma anche secondarie, artificiali e formali (quindi) l'isolamento sociale è negativamente correlato con il benessere (…); molti compiti assistenziali sono svolti a livello informale (…); vi sono bisogni che non possono essere soddisfatti per via istituzionale (…); in moltissimi casi l'intervento istituzionale sortisce risultati migliori se il destinatario della prestazione è inserito in un reticolo di relazioni, soggettivamente dotate di senso e adeguatamente di supporto*".

Riguardo al tema del benessere e della salute, questa teoria fa tra l'altro cadere la netta separazione tra prevenzione e riparazione, assistenza e sviluppo: si può fare prevenzione

anche nel momento stesso in cui si cura, poiché nella rete le informazioni circolano e gli effetti si moltiplicano da un membro all'altro.

Contrariamente a quanto si possa ritenere, il paradigma di rete non è portatore di una frattura teorica e operativa tra sistema formale e informale, anzi tutt'altro; se il sistema formale da solo appare insufficiente a fornire i supporti necessari a una larga parte di situazioni problematiche, è pur vero che sarebbe un errore sopravvalutare il sistema delle cure informali delegando a esso la risoluzione di tali problemi o sfruttandolo senza offrirgli un coordinamento e un indirizzo tecnico. Il lavoro di rete ha tra le sue finalità il raggiungimento dell'integrazione tra risorse formali e informali, sia "strutturando" l'ambito informale per renderlo il più possibile congruo a rispondere ai bisogni emergenti nelle singole situazioni, sia "informalizzando" l'ambito formale, lavorando per rendere più a misura d'uomo le strutture organizzative degli stessi servizi

Modelli operativi basati sulle reti secondarie

I modelli operativi in questione si fondano su tre importanti caratteristiche:

- focalizzano l'attenzione sul ruolo dell'operatore sociale e sulle sue strategie di interazione con altri professionisti e Servizi;
- il ruolo dell'operatore è direttamente ricollegabile alla dimensione di "rete ancorata al problema", ovvero l'operatore e gli altri membri della sua rete secondaria si pongono alla ricerca di opportune strategie tese alla soluzione delle situazioni problematiche;
- tali modelli non sono mai disgiunti da una fondamentale attenzione alla dimensione territoriale degli interventi e dell'organizzazione dei Servizi.

Si ritiene di poter affermare che la riflessione teorica relativa al lavoro di rete offre modelli di riferimento utili sia per l'organizzazione dei Servizi sia per le strategie operative dei professionisti stessi, in quanto i principi che caratterizzano tale metodologia non sono esclusivamente applicabili alle realtà esterne ai servizi (famiglie, gruppi, ecc.), anzi dovrebbero caratterizzare lo stile di connessione tra operatori e tra questi e le reti su cui essi intervengono. Relativamente a tale aspetto, in primo luogo, è essenziale accettare che non vi siano meccanismi di funzionamento così diversi tra realtà "formali" e "informali", essendo entrambe fondate su modalità di scambi umani; in secondo luogo l'operatore ha la possibilità di essere supportato da altri all'interno di una vera e propria "rete" che riveste una funzione di "aiuto a chi aiuta", secondo la metodologia professionale che caratterizza anche i cosiddetti gruppi di supporto tra operatori.

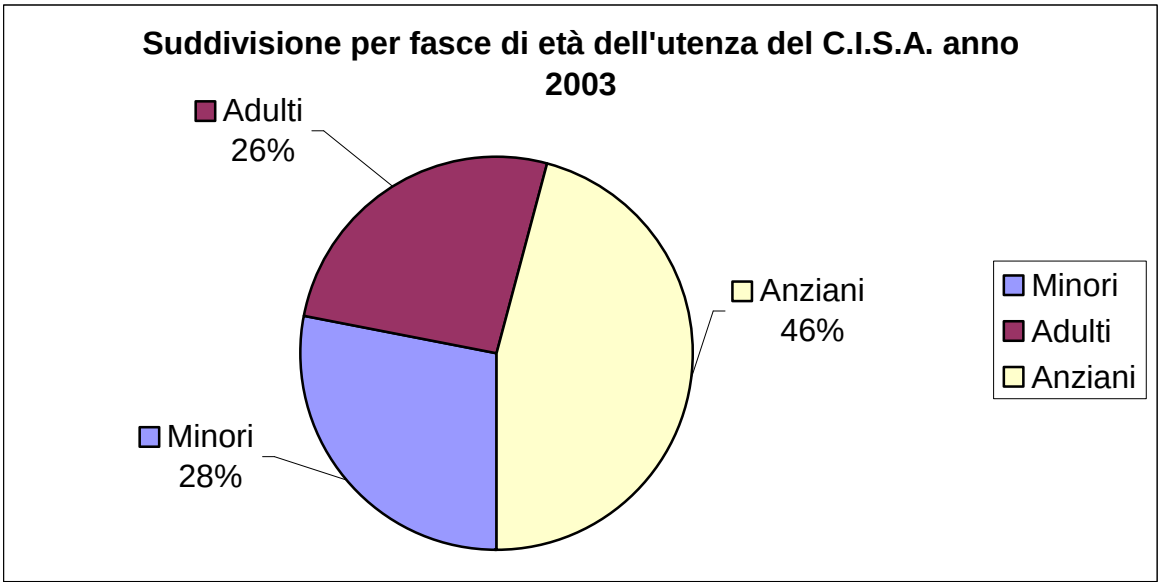
6.2. L'utenza del C.I.S.A.

Gli utenti del CISA sono in continuo aumento a causa dell'incremento costante della popolazione anziana, dell'immigrazione e di conseguenza dell'aumento del tasso di disoccupazione, del peggioramento dello stato di salute dei cittadini, in particolar modo dei disabili e del disagio minorile, con particolare riferimento agli adolescenti.

Aumentano, di conseguenza, le prestazioni offerte verso le fasce di popolazione in condizioni di grande disagio sociale. Risultano in forte aumento le prestazioni di assistenza domiciliare essendo obiettivo del CISA permettere ai disabili ed agli anziani non autosufficienti di rimanere all'interno del proprio nucleo familiare.

Nel grafico qui di seguito riportato, si evidenzia infatti la distribuzione dell'utenza del Consorzio suddivisa per fasce di età. E' nuovamente confermata la presenza di una percentuale consistente di anziani e disabili a cui è rivolto il servizio sociale sia a livello di assistenza domiciliare che a livello di inserimenti in strutture residenziali per autosufficienti e per non autosufficienti; seguono i giovani che rappresentano una parte rilevante ed assai impegnativa in termini di risorse umane e finanziarie dei soggetti in carico al Servizio Sociale.

Grafico. N 3 **SUDDIVISIONE IN PERCENTUALE, PER FASCE DI ETA' ,DELL'UTENZA DEL C.I.S.A.**

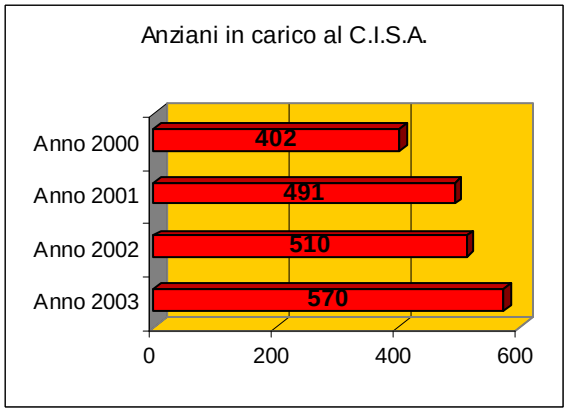


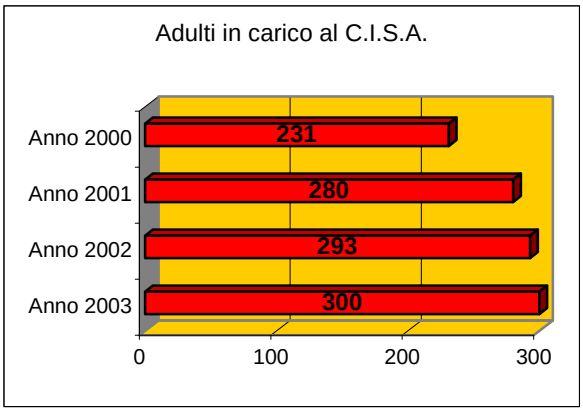
Alla suddivisione generale sopra riportata, per fasce di età, della popolazione assistita dal CISA, vanno aggiunte tutte quelle attività svolte a favore di soggetti deboli in condizione di difficoltà socio-ambientale, economiche, relazionali rivolte ad handicappati e disabili sia minori, sia adulti, sia anziani.

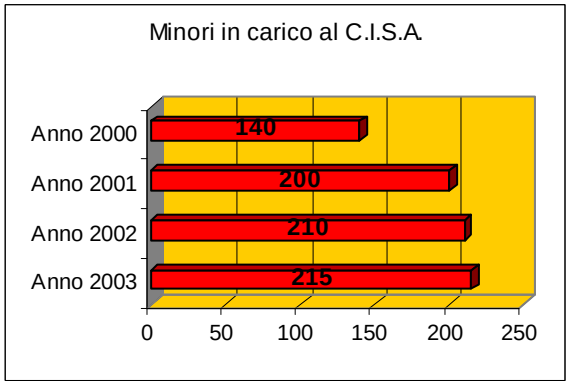
6.3. L'incremento dell'utenza del C.I.S.A. dal 2000 al 2003

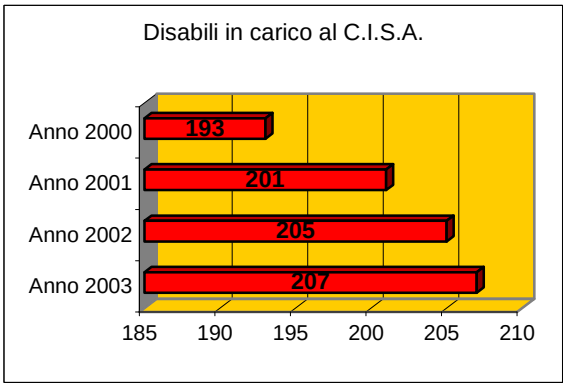
I grafici n. 4-5-6-7 sotto riportati, che evidenziano l'incremento dell'utenza che si è rivolta al C.I.S.A. di Tortona negli ultimi anni, mettono in risalto l'impegno e gli sforzi che da parte di tutti gli operatori sono stati fatti, attraverso un attento e strutturato lavoro per obiettivi.

Graficl. N 4-5-6-7 UTENTI IN CARICO AL C.I.S.A. .









Attraverso l'analisi dei bisogni e di quelle che sono le caratteristiche socio demografiche del territorio consortile, il C.I.S.A. si è organizzato in modo tale da sviluppare ed incrementare, ogni anno, i servizi rivolti ad una specifica fascia di utenza, senza mai perdere di vista le esigenze degli altri utenti.

Una simile modalità di lavoro ha consentito, nel tempo, di affrontare il più concretamente ed efficacemente possibile il crescente disagio sociale che si sta verificando sul territorio tortonese.

Il consorzio, infatti, ricopre un territorio abbastanza vasto e variegato, con la presenza della Comunità collinare e della Comunità montana, dove è presente un'alta percentuale di anziani e disabili e un agglomerato urbano come la città di Tortona con una buona percentuale di giovani e extracomunitari in particolari condizioni di disagio.

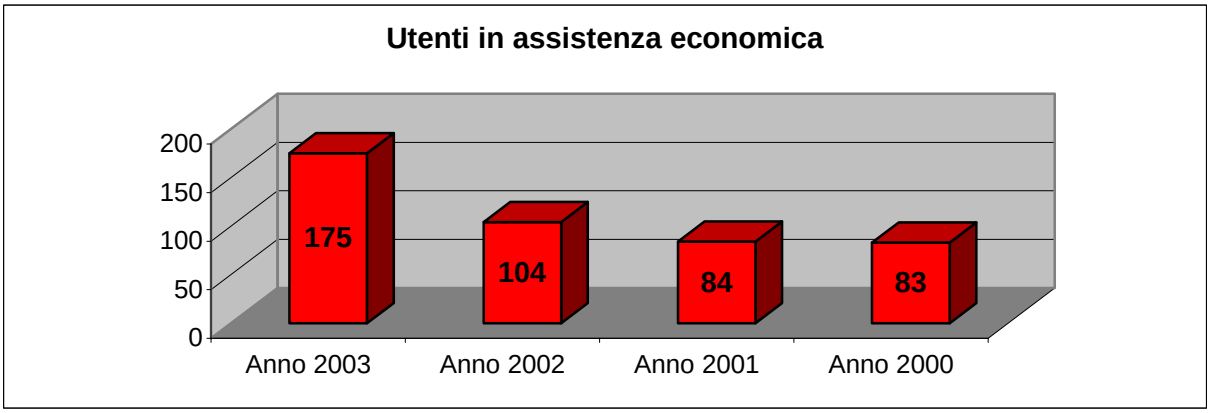
La popolazione anziana è in continua crescita e molti anziani vivono in situazioni difficili. Talvolta la difficoltà è determinata dalla precarietà delle condizioni di salute, conseguenza dell'innalzamento della durata media di vita e della insorgenza e della insorgenza delle patologie invalidanti e croniche. Considerando che gli anziani con più di 65 anni presenti sul territorio tortonese sono 15.841 (4300 hanno più di 80 anni) e che circa il 7% non sono auotosufficienti si rende necessario un costante e sempre più massiccio intervento di assistenza che può concretizzarsi attraverso l'istituzionalizzazione o in linea con le normative assistenziali nazionali con una nuova ed adeguata rete di assistenza domiciliare.

6.3.A. Adulti

La popolazione adulta che si rivolge al CISA è rappresentata da un lato da soggetti extracomunitari e dalle loro famiglie a seguito dei sempre più frequenti ricongiungimenti familiari, dall'altro da soggetti ancora da considerarsi in età attiva ma che, anche a causa delle scarse risorse personali, sono fuoriusciti dal mercato del lavoro e che non riescono più a trovare degli spazi di collocazione alternativi al loro passato di disagio sociale e disoccupazione. Sono soggetti con limitate capacità di movimento e con strumenti di approccio al mondo del lavoro estremamente deboli e non sufficienti per condurre una vita autonoma anche dal punto di vista economico e gestionale. Crescente è poi la richiesta da parte delle donne, gran parte delle quali separate con figli a carico, che non riescono da sole a provvedere al sostentamento della famiglia con grosse difficoltà nel mantenere il giusto equilibrio tra la funzione genitoriale e quella ricoperta all'esterno della famiglia.

Se prendiamo in considerazione le prestazioni legate all'assistenza economica fornita dal CISA, possiamo notare come tali prestazioni nel corso degli anni siano costantemente aumentate. Nel corso del 2003 si è registrato un consistente incremento del 70% rispetto all'anno precedente.

Grafico. N 8 **NUMERO DI UTENTI CHE HANNO USUFRUITO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE NEL QUADRIENNIO 2000-2003**



Il territorio tortonese presenta, al pari di altre realtà del nostro Paese, un insieme di problemi sociali che, se non adeguatamente affrontati, determinano fenomeni di esclusione sociale, ostacolano lo sviluppo economico ed occupazionale e rischiano di produrre situazioni di vera e propria emergenza come quella rappresentata dagli sfratti esecutivi che in questa fase incombono su centinaia di famiglie. Le dimensioni di tali problemi non vanno sottostimate perché destinate ad incrementarsi in relazione alle trasformazioni del tessuto familiare, alle esigenze di autonomia dei giovani, di assistenza degli anziani e all'incremento prevedibile dei flussi migratori che, a fronte del calo demografico, è anche necessario per garantire la tenuta del sistema economico e produttivo del nostro territorio. Accanto a tali problemi per le fasce sociali più deboli, spesso rappresentate da anziani soli o in coppia, si è accentuata la difficoltà di nuclei familiari a reddito medio, di giovani coppie, di lavoratori immigrati e di studenti che non trovano risposta alle loro esigenze di vita quotidiane.

Il C.I.S.A. si è impegnato a dare risposte a problemi ed esigenze diversificati:

- agli anziani ai quali vanno garantite condizioni di permanenza nel tessuto sociale del loro territorio, attraverso un'offerta integrata di servizi socio-sanitari e in rapporto con la realtà associativa e solidaristica del nostro territorio;
- ai lavoratori che devono potersi stabilire sul territorio per intraprendere una professione;
- agli immigrati che vogliono vivere e lavorare nel nostro territorio e per i quali è necessario trovare adeguate soluzioni abitative;

- risposte specifiche a ogni particolare gruppo sociale, soprattutto anziani, giovani coppie, studenti, portatori di handicap, lavoratori in mobilità ed immigrati;

6.3.B. Minori

La tradizionale cultura dell'"intervento sociale" parte dal pregiudizio di chi pensa di aver capito l'altro, i suoi bisogni i suoi sogni, il territorio che abita, senza averlo mai attraversato, abitato. Il desiderio che la realtà dei ragazzi sia conforme alla propria concezione etica, fa parte della cultura che attraversa trasversalmente i Servizi, il privato sociale, la scuola, producendo una serie di interventi, che pur partendo dalle migliori intenzioni, da metodologie all'avanguardia (spesso enunciate e\o applicate aprioristicamente: la moda della rete, dell'intervento dal basso, ecc.) risultano divenire l'ennesimo contenitore vuoto, un intervento "per" i giovani a cui i giovani sono assolutamente indifferenti.

La cultura tradizionale dell'intervento sociale, ci parla di un percorso che

dall'istituzione (scuola, servizi) e tramite gli operatori sociali sul territorio (tutti adulti o al limite pari veicolati da adulti) arrivava ai destinatari degli interventi.

Intorno a questo modello si instaura una dinamica rituale di comunicazione tra i tre poli in questione, che priva i destinatari dell'intervento di alcuna influenza (di potere e quindi di interesse) sul percorso e sui contenuti dell'intervento "educativo". Tale modello vuole ignorare che non esiste reale partecipazione (e quindi interesse), se non esiste libertà di progettare. Non c'è libertà di progettare se non c'è libertà di accesso ai percorsi decisionali e al sapere tecnico (come si fa per poter fare).

I tradizionali modelli di decentramento e di partecipazione, pretendendo di definire dall'alto bisogni e modalità di risposta, si arenano così nell'incapacità di mettere in circolazione risorse non convenzionali di sapere e competenza. Tale modello, anziché stimolare partecipazione la inibisce, riducendola a disinteresse (quando non ad aperta ostilità) per tutto ciò che gli adulti propongono come "percorso educativo".

Partendo da fallimenti, da parziali vittorie, da intuizioni, si è cercato, nell'esperienza dell'area creativa di "sostegno al contesto" di avere un approccio pragmatico ed orientato al coinvolgimento diretto dei giovani, offrendo ai ragazzi e ragazze, la possibilità di appropriarsi di strumenti con i quali esprimere le proprie modalità e i propri linguaggi,

senza essere necessariamente veicolati dal mondo adulto. Una prassi che orientandosi alla metodologia del lavoro di rete e dell'educativa territoriale, ha concepito il lavoro con l' adolescenza in una modalità che vede i ragazzi\e come partner potenziale per avviare percorsi, aprendo la conversazione sociale a tutta la comunità locale ed all'amministrazione pubblica e scolastica, partendo da una concezione del mondo giovanile non come oggetto di intervento ma come risorsa da sostenere a partire dai bisogni che esprime, dalla capacità di autorganizzarsi per farvi fronte, dall'esigenza di comunicare che esprime, dai linguaggi che usa.

La riflessione sul pianeta giovanile, sulle sue modalità di comunicazione, su come sostenerlo nel riappropriarsi di strumenti altrimenti non alla sua portata, è stata alla base di un intervento che ha mirato non alla prevenzione del disagio ma al protagonismo dei ragazzi\e, così come sono e come si rappresentano, senza avere ambizioni "educative", laddove l'educazione è concepita come attrazione dei ragazzi nella sfera etica e comportamentale degli adulti.

Si può lavorare con i ragazzi senza dover indurre loro a mutare il proprio linguaggio ed espressività, e stimolando l'uso creativo dei linguaggi e l'autogestione degli strumenti (il video, la musica, lo sport, il teatro ecc.) come modus per inserirsi nella realtà materiale (ad esempio in una comunità territoriale, in un contesto sociale di appartenenza) influenzando le rappresentazioni e le percezioni sociali che il mondo adulto ha della realtà giovanile, riconnettendo una comunicazione intergenerazionale fatta di rappresentazioni distorte.

L'agire insieme per far fronte ad un problema, cercare soluzioni condivise, può creare un vissuto emotivo e quindi una appartenenza rassicurante e non legata alla paura e alla chiusura. In questo senso l'operatore di strada può instaurare attraverso il "fare", processi che hanno l'obiettivo della condivisione di vissuti emotivi, costruendo micro appartenenze rivolte alla creazione di valore comune (la qualità dello scambio, il senso di benessere il sentirsi a proprio agio). Esperienze di questo tipo lasciano dei racconti, una memoria, la condivisione di un mito, appartenenze vissute piacevolmente e che non condividono emozioni negative (l'essere accomunati dall'agio piuttosto che dalla paura o dal disagio).

Si è cercato quindi di:

- Rimettere in discussione (a volte abbandonandoli) i propri obiettivi di partenza, ripartire da zero condividendo gli obiettivi con i ragazzi. E' servito imparare da loro (essere educati) per capire la direzione in cui andare con loro.
- Imparare l' umiltà di assumere come nuove priorità i bisogni con cui si viene in contatto,
- Resistere alla tentazione di sostituirsi ai ragazzi, sostenendoli piuttosto che intervenendo per "salvarli" o risolvere per loro.

SERVIZI PER MINORI

Gli ambiti di intervento dei servizi ai minori sono quelli legati a funzioni e competenze di tipo socio-assistenziale a favore della popolazione minorile, finalizzati alla prevenzione, al trattamento ed al superamento delle situazioni a rischio di emarginazione e delle condizioni di disagio, di disadattamento e di devianza.
In particolare i servizi si rivolgono a quei nuclei che, a fronte di un disagio caratterizzato da alta conflittualità interna e da difficoltà di integrazione sociale e di svolgimento delle funzioni genitoriali, necessitano di interventi professionali mirati. In questi nuclei spesso sono presenti elementi di deprivazione socio-culturale ed economici, di cui risentono soprattutto i minori che sono i soggetti più deboli.
Utenza classica dei nostri interventi è sicuramente la famiglia disgregata, multiproblematica , parallelamente a questa utenza vanno aggiunte altre tipologie: la famiglia monogenitoriale dove generalmente il genitore è di sesso femminile con figli minori a carico e la famiglia di "ceto medio" non più marginale ma appartenente ad un buono status economico di vita con problematiche relative alla separazione e al divorzio in presenza di figli minori. Rispetto alle cause che determinano condizioni di incuria e abbandono dei figli ci si riferisce a inadeguatezze relazionali , disfunzioni e disorganizzazione dei ritmi di vita quotidiana legate spesso a precarietà lavorativa e mancanza di mezzi materiali.

Quando si parla di maltrattamento nella maggioranza dei casi si intende il disinteresse che si dimostra ai bambini, la poca attenzione ai loro bisogni, il coinvolgimento dei figli nelle crisi familiari, l'abbandono morale, cioè un concetto di maltrattamento più esteso che non riguarda necessariamente solo la violenza fisica o sessuale.

A queste situazioni familiari che presentano condizioni di grave rischio o di pregiudizio per il minore, si rivolgono tipologie di interventi messe in atto dal Servizio Sociale, qui elencate brevemente:

- l'assistenza economica,

- l'assistenza domiciliare

- gli interventi socio-educativi territoriali

- le comunità residenziali,

- l'affido e l'adozione.

La collaborazione con la Magistratura minorile ed ordinaria rappresenta spesso l'unico strumento di tutela del minore, il Servizio Sociale viene investito di autorità prescrittiva e di controllo attraverso cui interviene.

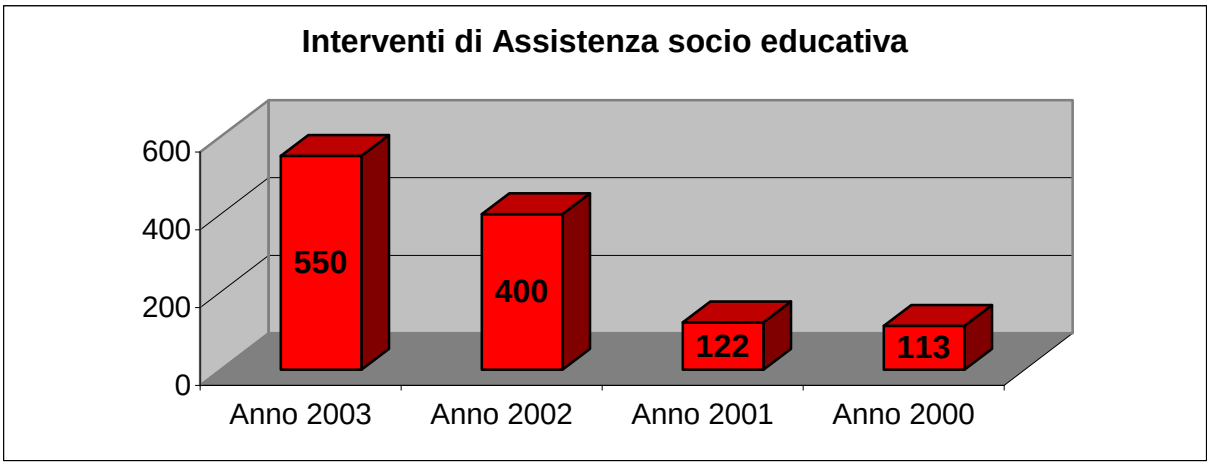
Come nel 2002 anche nel 2003, per quanto riguarda l'Area minori, il CISA ha messo in campo in questi anni ampie risorse sia in termini finanziari che in termini di professionalità.

Questo a fronte del costante aumento del disagio giovanile, in particolare di situazioni di minori in fascia preadolescenziale inseriti in un contesto familiare debole ed instabile, talvolta ampiamente compromesso, a cui si aggiunge la difficoltà di trovare altri ambienti, al di fuori della famiglia, idonei ed adeguati ad una crescita equilibrata. Talvolta è stato possibile trovare delle risposte a livello territoriale attraverso l'affidamento familiare, ma la disponibilità di tali risorse è ancora insufficiente rispetto alla crescita di situazioni di disagio familiare per i quali occorre comunque trovare una risposta anche ricorrendo a soluzioni di tipo residenziale (Comunità per minori) i cui costi elevati incidono in modo rilevante sul Bilancio dell'Ente.
L'attività degli operatori del Consorzio viene integrata dal personale dell'ASL 20 nell'ambito della progettazione di interventi personalizzati (neuropsichiatria infantile, psicologo…). Si tratta di una collaborazione ormai consolidata da lungo tempo che, data la crescente richiesta proveniente dall'Autorità giudiziaria, dal Tribunale dei minori, dal mondo della scuola, di attività a favore di situazioni di minori altamente a rischio e con situazioni familiari talvolta pregiudizievoli per il minore stesso, richiede un sempre maggiore investimento in termini di risorse umane e di tempo al fine di privilegiare tutte

quelle attività volte a tutelare i minori. Sempre più spesso si tratta di condurre una delicata azione di costruzione di una rete di rapporti rispettosa di tutte le componenti in gioco: famiglia, scuola, minori, operatori, specialisti.

La percentuale degli interventi a favore dei minori del CISA, dal 2000 ad oggi e costantemente aumentata.

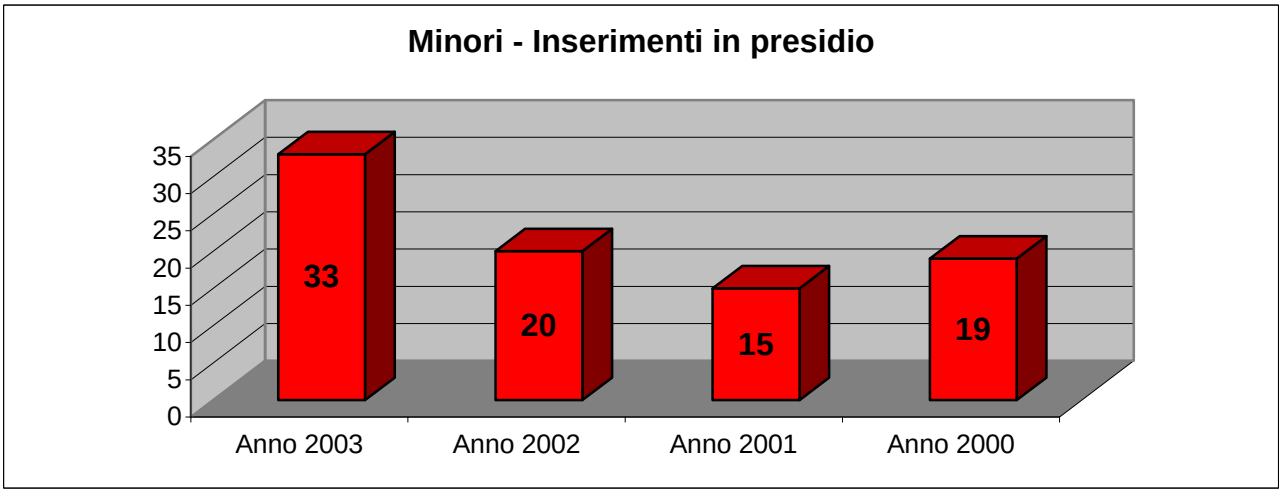
Grafico. N 9 **PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SOCIO EDUCATIVA DAL 2000 AL 2003**



L'aumento del numero dei minori utenti del CISA ed il conseguente aumento delle prestazioni, in particolar modo delle prestazioni di assistenza socio-educativa sono la dimostrazione dell'impegno sempre crescente del Consorzio di fornire servizi ad una fascia di utenza in cui sembra emergere un crescente disagio.

La diminuzione degli inserimenti in presidio riscontrata nell'anno 2001, non è stata confermata nell'anno 2003, infatti, si è registrato un considerevole incremento di inserimenti.

Grafico. N 10 **INSERIMENTI IN PRESIDIO DI MINORI DAL 2000 AL 2003**



Il grafico sopra riportato evidenzia come l'andamento abbastanza fluttuante nel corso degli anni, degli inserimenti in presidio di minori, abbia toccato il suo apice nel corso del 2003 con N. 33 minori inseriti in presidio.

L'incremento riscontrato è da ricercarsi in primis nella crescita del disagio giovanile, attualmente molto presente sul nostro territorio e che il CISA ha affrontato attraverso programmi mirati, con particolare attenzione ed impegno nel sostenere quei minori in difficoltà nel difficile percorso scolastico, aiutando gli adolescenti nell'arduo percorso di accesso al mondo del lavoro, stimolando nei minori a rischio strumenti e interessi adeguati. D'altro canto, il mondo dei minori, anche grazie alla stretta collaborazione instaurata con la scuola, è stato oggetto di approfondimento e di studio tale da implementare le attività proprie del CISA mirate a fornire un'assistenza che permetta al minore in condizioni di disagio o al disabile di rimanere, per quanto possibile, all'interno del proprio nucleo familiare, al contempo, essere in condizioni di poter vivere all'esterno, a contatto con gli altri nel modo più equilibrato possibile.

6.3.C. Anziani

L'andamento demografico della popolazione dei comuni del consorzio, così come il Piemonte, risulta essere decisamente negativo e non rispecchia l'andamento demografico nazionale. Una prima osservazione sull'andamento demografico del tortonese evidenzia non solo una consistente riduzione della popolazione ma anche, un significativo processo di invecchiamento con una percentuale di ultra sessantacinquenni in continua crescita.

La riduzione costante della popolazione nel corso degli anni dal 1998 al 2001 sta assumendo una dimensione a livello territoriale significativa. Questo fenomeno ha comportato, inoltre, un cambiamento nella composizione per fasce di età della popolazione contribuendo ad avviare un progressivo processo di invecchiamento.

L'indice di dipendenza strutturale limitato alla popolazione anziana del territorio consortile risulta essere pari al 38,5 %, (70,7% nella sola Comunità Montana); tale indice risulta molto alto rispetto all'indice di dipendenza registrato a livello nazionale. Allo stesso modo risulta molto alto sul territorio consortile l'indice di vecchiaia pari al 263% (565,5% nella Comunità Montana) contro un indice di vecchiaia nazionale pari al 129%. Un dato oltremodo rilevante è emerso calcolando la percentuale delle persone anziane (65 anni e oltre) presenti sul territorio consortile e la percentuale delle persone anziane (65 anni e oltre) della provincia di Alessandria. Raffrontando le due percentuali si è potuto constatare che la popolazione anziana compresa nella fascia di età (65 anni e oltre) del tortonese,

risulta essere piuttosto elevata rispetto alla popolazione anziana compresa nella stessa fascia di età, della provincia di Alessandria.

Come abbiamo precedentemente anticipato essendo in atto nel territorio di competenza del C.I.S.A. un processo di invecchiamento costante della popolazione, gli anziani in carico nel corso degli ultimi anni sono aumentati significativamente.

Il territorio tortonese è caratterizzato da un percentuale sempre crescente di anziani, in particolare di soggetti ultraottantenni, con una presenza al di sopra delle stime regionali e provinciali in alcune zone del territorio consortile quali la comunità collinare e la comunità montana.

Questo ha richiesto un investimento massiccio in termini di risorse finanziarie sia per il mantenimento e lo sviluppo del servizio di assistenza domiciliare che per gli inserimenti in strutture residenziali a favore degli anziani non autosufficienti e affetti da gravi patologie.

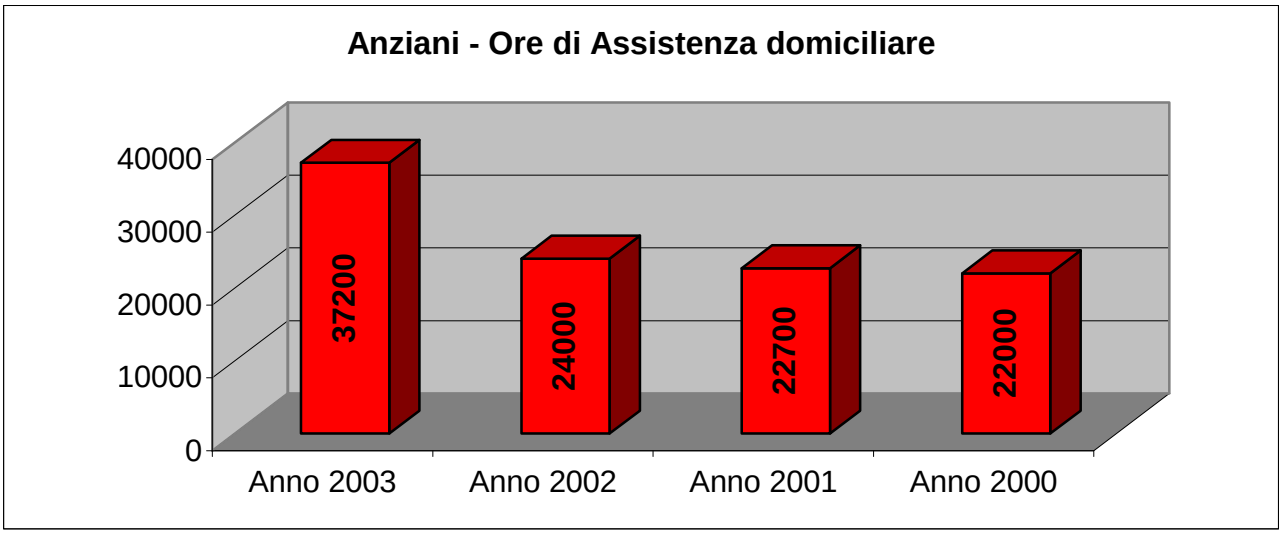
Il Consorzio ha destinato gran parte delle proprie risorse economiche allo svolgimento di prestazioni socio-assistenziali a favore degli anziani, con una tendenza a privilegiare la fascia di popolazione non autosufficiente anziana, affetta da gravi patologie invalidanti, sia a livello domiciliare che a livello di inserimento residenziale protetto.

Significativo è l'intervento del CISA a favore di quelle persone, in prevalenza "grandi anziani" che, per la perdita delle loro residue capacità psico-fisiche, non sono autonomi nel far fronte ad una organizzazione di vita molto più complessa rispetto al passato che richiede interventi mirati non sempre pienamente accettati.

La popolazione anziana è in continua crescita e molti anziani vivono in situazioni difficili. Nell'ottica di migliorare la qualità degli interventi e di favorire la permanenza nella propria abitazione del crescente numero di anziani, soprattutto anziani ultraottantenni affetti da gravi patologie, presenti sul territorio consortile, si è provveduto ad incrementare ed a riprogettare il sistema di prestazioni di assistenza domiciliare organizzando, inoltre, un sistema di prestazioni di assistenza domiciliare prolungata, inserito in una rete di servizi di sostegno all'anziano.

L'organizzazione degli interventi rivolti agli anziani, in un ottica di rete integrata di interventi e con le prestazioni di assistenza domiciliare prolungata ha portato ad un considerevole incremento, rispetto agli anni precedenti, delle ore e delle prestazioni di assistenza domiciliare, ad una progressiva diminuzione degli inserimenti in strutture residenziali nonché ad una sensibile diminuzione della lista di attesa degli anziani che presentano la domanda per l'ingresso nelle diverse Case di Riposo presenti nel territorio consortile.

Grafico. N 11 **ORE DI ASSISTENZA DOMICILIARE DAL 2000 AL 2003**



E' ormai in costante aumento la richiesta di interventi di assistenza domiciliare a favore di anziani non autosufficienti con patologie invalidanti in stato di cronicità supportati non solo dalle famiglie di appartenenza, talvolta anziane pure esse, ma anche da aiuti esterni non sempre professionalmente preparati con cui è difficile entrare in relazione e su cui sfugge alcun tipo di controllo. Sono in aumento anche gli interventi presso il domicilio di anziani non autosufficienti che richiedono più ore continuative di presenza di Adest, durante l'arco della giornata, al fine di supportare la scelta di familiari che scelgono di conciliare la vita lavorativa esterna alla famiglia con il mantenimento del familiare nel proprio ambiente.

L'anziano non è da considerare unicamente una persona da assistere ma una persona portatrice di una nuova normalità e di proprie esigenze. Si invecchia in maniera differenziata, esiste l'invecchiamento sano e l'invecchiamento gravato di malattia. Partendo dagli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, che indica come strategia privilegiata la realizzazione di programmi partecipati di azione su scala locale, la politica che il CISA intende attuare nei confronti della popolazione anziana si qualifica attraverso programmi improntati ad una visione positiva dell'età anziana, promuovendo una cultura dei servizi che recuperi e valorizzi l'anziano come soggetto sociale in una società integrata e solidale.

L'età matura, per la maggioranza degli uomini e delle donne, potrebbe essere il momento del massimo splendore, se non a livello biologico, sicuramente dal punto di vista culturale e intellettuale.

Infatti, la terza età, potrebbe dimostrarsi un periodo piacevole della vita, in cui finiti gli impegni di lavoro e sistemati i figli, si potrebbe pensare un po' più a se stessi.

6.3.D. Disabili

Il C.I.S.A., in collaborazione con l'ASL 20, le Associazioni di volontariato, i Comuni, gli Istituti e le Cooperative che operano nel settore, ha privilegiato tra le varie attività, interventi in aiuto alla persona finalizzati all'accesso, da parte del disabile grave, dell'insieme di opportunità che producono integrazione sociale favorendo il superamento dell'atteggiamento meramente assistenzialistico, il recupero delle risorse proprie del soggetto e della sua famiglia. Ha programmato interventi di sollievo alle famiglie all'interno di strutture residenziali esistenti, nonché attraverso l'utilizzo di strutture anche di tipo alberghiero in località climatiche marine e montane e in centri estivi. Il ruolo e l'importanza della famiglia, risorsa primaria della società, e della rete di solidarietà, l'importanza di riconoscerne i bisogni e le effettive risorse, trovano riscontro nelle modalità attuative e nelle azioni sopra descritte che saranno intraprese per favorire un effettivo coinvolgimento e partecipazione al progetto.

La scelta da parte del Consorzio di lavorare per progetti e in sinergia con tutti gli Enti, pubblici e privati, con le associazioni di volontariato del territorio costituisce una strategia per coniugare analisi dei bisogni, ideazione e creatività, programmazione e utilizzazione delle risorse ai fini di rispondere in modo efficace ed efficiente ai bisogni delle persone handicappate , del loro nucleo familiare e parentale e della società. Il lavoro così svolto si fonda sull'esercizio di responsabilità, sulla capacità di raccordo interprofessionale ed interistituzionale, sulla costruzione partecipata del progetto e sulla sua forte contestualizzazione. L'obiettivo che si vuol raggiungere è quello di favorire concretamente le persone con handicap, affinché possano condurre una vita di relazione e superare le difficoltà connesse allo svolgimento dei fondamentali atti della vita quotidiana ed, in particolare, a favorire processi di autonomia e di integrazione nel contesto sociale.

Gli interventi realizzati hanno come finalità quella di:

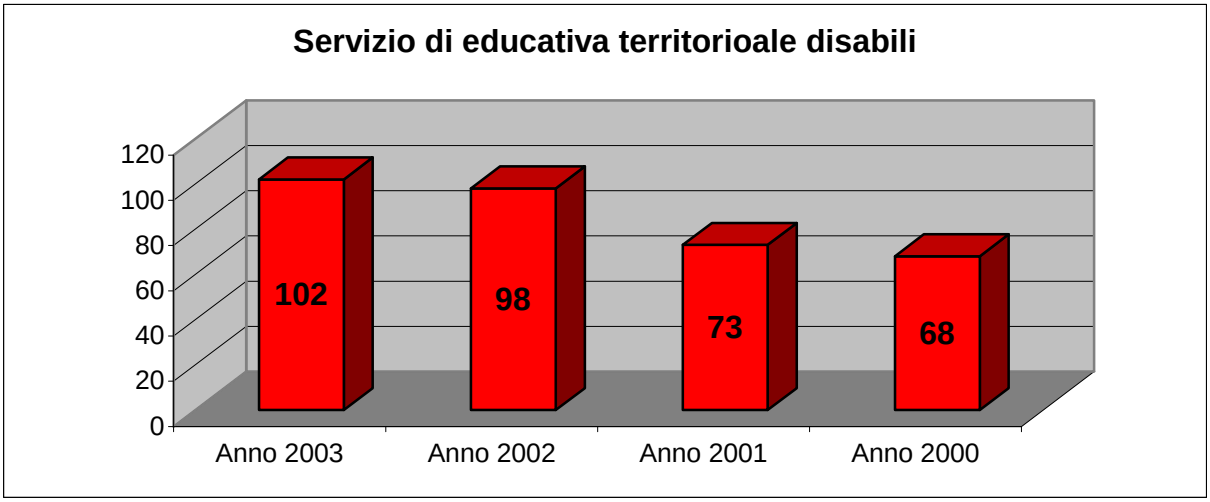
- Proporre interventi ed attività funzionali all'incoraggiamento dell'autonomia e dell'emancipazione;
- Valorizzare e supportare le risorse, le competenze della famiglia e nell'espletamento di funzioni educative, di assistenza, di cura, e nell'utilizzo di strutture appropriate;
- Fornire risposte in grado di stimolare nuove manifestazioni e nuove capacità;

- Mantenere nell'utente le capacità psichiche, sensoriali, motorie, manuali residue;
- Favorire o mantenere l'inserimento sociale dell'utente nel contesto territoriale;
- Migliorare e sviluppare le competenze motorie, le abilità manuali, linguistiche e logico operative;
- Ampliare rapporti socio-relazionali per mantenere o migliorare le proprie capacità residue in un contesto relazionale;
- Rendere comunicabile la percezione di un mondo in cui è possibile confidare nell'aiuto reciproco e dove è tollerata la gamma infinita di ciascuna vulnerabilità.

All'interno di ogni situazione si sono potuti prevedere ed individuare innumerevoli obiettivi educativi, a loro volta funzionali o propedeutici al raggiungimento di obiettivi riferiti al soddisfacimento di uno o più bisogni.

Il ruolo e l'importanza della famiglia, risorsa primaria della società e della rete di solidarietà, l'importanza di riconoscerne i bisogni e le effettive risorse, ha trovato riscontro nelle modalità attuative e nelle azioni sopra descritte che sono state intraprese per favorire un effettivo coinvolgimento ed una effettiva partecipazione al progetto. In questa ottica, intensa si è mantenuta l'attività a favore dei soggetti disabili sia a livello di assistenza domiciliare che educativa.

Grafico. N 12 **UTENTI IN EDUCATIVA TERRITORIALE DAL 2000 AL 2003**



I dati relativi all'elevato numero di prestazioni di assistenza socio educativa riportati dal grafico soprastante, evidenziano il grosso impegno del C.I.S.A. verso una fascia di soggetti molto delicata e bisognosa di interventi assistenziali ed educativi.

Stanno, infatti, emergendo situazioni familiari estremamente precarie e fragili e dal punto di vista delle condizioni di salute e dal punto di vista relazionale, con la presenza di familiari disabili, non sempre conosciuti dai servizi competenti, che non sono più in grado

di essere mantenuti nel proprio contesto familiare senza adeguati supporti e sostegni di tipo socio-assistenziale e sanitario. Si tratta di disabili adulti, talvolta con gravi deficit intellettivi e relazionali che rischiano il completo isolamento, anche in termini geografici, soprattutto per quelli residenti in abitazioni isolate e sparse, lontano da centri abitati, con grosse difficoltà rispetto ai possibili spostamenti per accedere ai servizi socio-sanitari. Occorre pensare a soluzioni adeguate alle caratteristiche ed alla tipologia dell'utenza disabile adulto, onde evitare di ricorrere, come purtroppo avviene ancora oggi, alle strutture per anziani come soluzione di ripiego provvisoria; provvisorietà che solitamente, per mancanza di altre risorse alternative, diventa definitiva e si protrae nel tempo ad libitum.

Nella continua attenzione alle diverse esigenze dei singoli utenti, i piani individuali di assistenza promossi a favore di persone con handicap grave del territorio di riferimento, rappresentano un segnale innovativo e dinamico come risposta alle reali esigenze educative , di assistenza e di integrazione sociale del disabile e del suo nucleo familiare.

7. L'AZIONE PROGETTUALE

I progetti, alcuni dei quali elaborati in collaborazione con i principali attori impegnati a diverso titolo nel settore del socio-assistenziale (ASL 20, Fondazione CRT, Cooperative, Associazioni di Volontariato, Regione Piemonte, Provincia di Alessandria) rappresentano un'importante iniziativa mirata a dare una risposta efficace agli utenti dei nostri servizi.

Nell'ambito della progettazione di interventi, infatti, si è cercata la collaborazione degli enti, delle associazioni e delle altre risorse presenti sul territorio. Uno degli aspetti di sicuro interesse legati alla fase della progettazione riguarda la modalità di approccio alle situazioni di disagio; viene data, infatti, grande importanza alle fase di studio, di comprensione, di ricerca del disagio ed all'analisi dei bisogni. Nel triennio 2001-2003 il C.I.S.A. ha dato grande importanza alla progettualità e alla programmazione dei servizi attraverso l'elaborazione di numerosi ed innovativi progetti in parte già sottoposti all'attenzione della Regione Piemonte.

PROGETTI REALIZZATI O IN FASE DI REALIZZAZIONE

Anziani

- Progetto STAR (concluso nel 2003):

(presentato nel 2001 al Ministero della Sanità) rientra nei progetti finanziati attraverso i Fondi Sociali Europei ha come obiettivo quello di: supportare i cittadini-utenti, in particolare gli utenti affetti da Alzheimer ed i loro famigliari ad affrontare le principali problematiche che si incontrano nell'accedere ai servizi socio-assistenziali, realizzare dei percorsi di orientamento per il malato di Alzheimer, creare un punto di ascolto, monitorare l'andamento della patologia sul nostro territorio e realizzare una mappa dei servizi socio-assistenziali e sanitari.

- Progetto Assistenza domiciliare prolungata (In fase di realizzazione):

L'assistenza domiciliare "prolungata" è uno dei servizi costituenti il percorso del "Progetto sperimentale di assistenza integrata agli anziani" che permettono all'utente anziano di tornare o di rimanere, quando possibile, a condurre una vita all'interno della propria abitazione. Il Progetto infatti, è finalizzato non solo a supportare la persona anziana ma anche e soprattutto la famiglia nella sua quotidianità, affinché continui ad essere una

risorsa affettiva per l'anziano, che potrà vivere nel suo contesto socio ambientale evitando l'istituzionalizzazione.

L'assistenza domiciliare "prolungata" si differenzia dall'assistenza domiciliare classica che il CISA continuerà a fornire ai suoi utenti, perché offrirà un servizio di assistenza caratterizzato da interventi più lunghi e di sostegno alla famiglia, effettuati anche durante le ore diurne festive e serali.

- Progetto rafforzamento delle attività di Assistenza Domiciliare, delle iniziative di mantenimento e delle pari opportunità di reinserimento sociale

L'obiettivo generale che il progetto persegue è quello di realizzare una palestra all'interno della struttura per anziani G. Bossi di Pontecurone. Si intende organizzare una palestra che funzioni non solo come un luogo dove vengono effettuati interventi di fisioterapia o dove si può svolgere dell'attività fisica controllata ed adeguata ad anziani disabili e non, ma anche come un momento di incontro, di discussione, di integrazione ed un modo per affrontare molte situazioni di solitudine. Questo sarà reso possibile con l'attuazione di una seconda fase del progetto, che si integra strettamente con la prima fase, attraverso la selezione e la formazione delle figure professionali che si occuperanno non solo degli interventi di fisioterapia e ginnastica, ma saranno formati in modo tale da fornire prestazioni integrate sia sul piano fisico-riabilitativo che sul piano sociale, relazionale ed umano.

Persone in difficoltà

- Progetto Donna – Donna (Concluso nel 2002):

rivolto a donne sole con figli minori a carico, volto a migliorare la qualità della vita, individuando uno spazio dove affrontare i principali problemi di carattere sociale, relazionale, educativo ed economico

- Progetto Sportello Ascolto (In fase di realizzazione):

si propone di promuovere uno spazio di consulenza ai genitori ed agli insegnanti, nell'intento di collaborare con loro per affrontare le difficoltà inerenti la comunicazione, la gestione dell'ascolto nella relazione con i propri figli o allievi in una fascia di età adolescenziale in cui si concentrano particolari e delicate situazioni di disagio.

- Progetto Equal (In fase di realizzazione):

(presentato nel 2001 all'Assessorato Formazione Professionale-Lavoro nell'ambito dell'iniziativa comunitaria Equal), che ha come finalità generale quella di fornire

opportunità occupazionali alle fasce più deboli della popolazione, individuando all'interno delle stesse le aree a più forte rischio di marginalità ed esclusione sociale, favorendo percorsi di autonomizzazione, crescita individuale, e sviluppo delle potenzialità. L'obiettivo da raggiungere è creare forme di collaborazione stabile tra coloro che si occupano delle politiche inerenti il lavoro e l'occupazione e far si che ogni intervento promosso da tali soggetti possa entrare in sinergia con le politiche a favore dell'occupazione delle fasce deboli.

- Progetto Punto integrazione (Concluso nel 2002):

(presentato nel 2000 ed approvato nel 2001 dall'Assessorato alle Politiche Sociali della Regione Piemonte) avviato nel secondo semestre del 2001, vuole essere un servizio integrato di accoglienza, informazione e orientamento in grado di supportare efficacemente l'utente extracomunitario rispetto a tutte le principali problematiche che si incontrano nell'accedere per la prima volta ad un servizio assistenziale, sanitario o per l'assolvimento di pratiche burocratiche che fanno capo ad Enti Istituzionali con cui il soggetto interessato interagisce. Attraverso un'attività di monitoraggio si intende altresì approfondire la conoscenza del fenomeno dell'immigrazione avvalendoci della collaborazione dei singoli Comuni consortili e di tutti quei soggetti presenti sul territorio (organizzazioni di volontariato, associazioni..) con cui condividere i contenuti del progetto medesimo.

- Progetto Helping – Homeless (Concluso nel 2002):

nasce come iniziativa sperimentale, per il C.I.S.A., finalizzata ad attivare un servizio rivolto ai "senza tetto" e a quelle persone che, all'interno del nostro territorio, vivono in uno stato di povertà estrema e che per destino o per scelta, sono costrette ad affrontare una serie di problematiche sia di ordine pratico che di tipo relazionale.

Handicap

- Progetto Handicap grave – gravissimo (Concluso nel 2002):

ha come obiettivo, attraverso una serie di attività, di educare il soggetto disabile all'autonomia personale, a mantenere la capacità psichiche, sensoriali e motorie, a sviluppare, quanto possibile, le relazioni interpersonali, ad inserire gli utenti nel contesto territoriale e a sviluppare competenze motorie e socializzanti.

- Progetto Durante noi per il dopo di noi:

La proposta progettuale di tale progetto deriva dalla necessità di individuare una strategia al fine di consentire uno sviluppo di azioni mirate a concretizzare una migliore qualità di

vita dei disabili e delle loro famiglie non solo per il presente, ma soprattutto per il loro futuro.
Si intende, inoltre, fornire ai famigliari dei disabili uno spazio di ascolto in cui possono esprimere il loro disagio e le loro necessità e linee guida finalizzate alla risposta dei loro bisogni (Parent Training).

- Progetto Giobbe Fase 3 e Fase 4 (Conclusi nel 2002):

prevede interventi di educativa territoriale con la presa in carico di disabili e dei nuclei familiari di riferimento, in prevalenza genitori, talvolta già in età avanzata che richiedono interventi di assistenza domiciliare integrata.

- Progetto Un Tandem per te (Concluso nel 2002):

il CISA ha formulato un progetto specifico per quei portatori di handicap adulti, in situazioni di disagio ed emarginazione, ormai fuori da ogni "competizione" lavorativa. Con strategie formative che hanno posto al centro dell'azione tutte le potenzialità dei soggetti, sono stati attuati interventi che hanno offerto ad ognuno uno spazio di espressione e di ruolo adeguato alle proprie capacità ed esigenze.

- Progetto Centro casa (Concluso nel 2002):

ha evidenziato la necessità di sviluppare azioni di accoglienza residenza temporanea, notturna o stagionale come supporto alla famiglia del portatore di Handicap.

Minori

- Monitoraggio del disagio giovanile (concluso nel 2003):

ha avuto inizio nel Novembre del 2001 con una prima fase di sensibilizzazione sul disagio giovanile nelle scuole medie superiori del tortonese ed ha come obiettivi principali quelli di far emergere, conoscere e quantificare il disagio giovanile stesso presente sul territorio di competenza del CISA, di realizzare una banca dati e di programmare interventi sul campo. Attraverso questa attività si è potuto entrare in contatto con diversi organi istituzionali e attori che operano nel settore socio-assistenziale al fine di costruire utili sinergie sul territorio tortonese.

- Progetto fascia adolescenziale e pre-adolescenziale (In fase di realizzazione):

il progetto è finalizzato a favorire momenti costruttivi di aggregazione tra adolescenti, valorizzandone il ruolo nel contesto sociale, facendoli diventare protagonisti attivi in azioni di sostegno ai loro pari nell'ambito della comunità di appartenenza ed essere un punto stabile per la famiglia che si trovano di fronte in situazioni talvolta difficili da gestire.

I PROGETTI PRESENTATI NEL 2003

Anziani

- Progetto Indipendenza e gravi patologie

L'obiettivo del progetto che si intende realizzare è quello di portare alcuni servizi a domicilio, incrementando ed adeguando, in un'ottica di sempre maggiore integrazione, con le risorse presenti sul territorio, i servizi socio-assistenziali, i servizi sanitari, le associazioni di volontariato e le cooperative.

L'idea fondante l'organizzazione di tali interventi è quella di creare una rete di supporto alle condizioni di disagio degli anziani, in un ottica di integrazione degli interventi e dei servizi. Il progetto a rete di servizi di sostegno all'anziano che vive a domicilio e che si intende realizzare, si articola e si struttura in tre parti ben definite ed interesserà un campione di 40 anziani affetti da gravi patologie. La prima parte prevede la realizzazione del servizio di telesoccorso per offrire, direttamente all'anziano, un sostegno ed una presenza in particolari casi di bisogno e di solitudine.

La seconda parte, prevede la realizzazione del servizio di pasti a domicilio per consentire a molti anziani di poter continuare a vivere nella loro abitazione anche in casi di particolare disabilità assicurando, inoltre, un adeguato apporto nutrizionale.

La terza parte, prevede infine, l'installazione di rilevatori di gas per prevenire molte situazioni pericolose non solo per l'anziano, ed evitare i tanti incidenti domestici che spesso si possono verificare.

- Progetto Assistenza Telematica Domiciliare Anziani:

L'obiettivo del progetto che si intende realizzare è quello di portare alcuni servizi a domicilio, incrementando ed adeguando, in un'ottica di sempre maggiore integrazione, i servizi socio-assistenziali ed i servizi sanitari. L'idea fondante l'organizzazione di tali interventi è quella di creare una rete di supporto alle condizioni di disagio degli anziani, integrando gli interventi di tutte le risorse presenti sul territorio.

Il servizio che si intende strutturare per la realizzazione del progetto, prevede la formazione di una figura professionale che, individuate le persone anziane in difficoltà che vivono nella comunità montana o collinare, porta a domicilio un servizio telematico che

consente la prenotazione da casa di esami sanitari, la compilazione e l'espletamento di moduli e pratiche per accedere a diversi servizi socio-assistenziali e sanitari, ed allo stesso tempo, porta un sostegno relazionale a quegli anziani che molte spesso vivono in condizioni di totale solitudine.

Persone in difficoltà

- Progetto Casa e Salute

Con la realizzazione di questo progetto ci rivolgiamo ad un bisogno specifico: dare la possibilità di alloggio ed accoglienza temporanea a persone che stanno uscendo da uno stato di emarginazione o comunque di difficoltà.

Tutte queste persone infatti presentano difficoltà di questo tipo: carenza di un'adeguata protezione sociale, sanitaria e giuridica; assenza di legami affettivi familiari e amicali e con la comunità.

Le persone emarginate hanno maggiori difficoltà a reperire un alloggio ed è proprio per risolvere questo grave problema sociale che si è pensato di avviare questo progetto. Il Progetto Casa e Salute intende contribuire nel dare una risposta a queste situazioni.

Con la realizzazione di questo progetto ci rivolgiamo ad un bisogno specifico: dare la possibilità di alloggio ed accoglienza temporanea a persone che stanno uscendo da uno stato di emarginazione o comunque di difficoltà.

- Progetto Servizio di counseling

L'obiettivo del progetto è quello di realizzare un Servizio di Counseling che consenta di intervenire sulle diverse forme di disagio sociale leggendo la sofferenza vera della persona, attraverso il legame psicologico.

I bisogni psicologici appaiono diffusi nel sociale, costruire una lettura attenta della domanda e una sua riformulazione in risposta di tipo professionale è la proposta di questo servizio.

La finalità del couseling, nello specifico, è quella di favorire la consapevolezza delle proprie difficoltà di tipo individuale o relazionale e promuovere un processo di cambiamento nel percorso formativo. L'intervento è centrato sul sostegno psicologico individuale con possibilità di utilizzare interventi di gruppo.

Obiettivi:

- favorire la presa di coscienza delle cause del proprio disagio
- sviluppare la consapevolezza di alternative e la capacità di gestire i problemi attraverso il potenziamento delle proprie risorse

- Progetto Indaco

Il progetto Indaco si inserisce come intervento innovativo nell'ambito del più ampio sistema di servizi di supporto e sostegno all'inserimento lavorativo avviato negli ultimi anni dalla Provincia sul proprio territorio, a seguito del decentramento attuato in materia di Servizi per l'Impiego e gestione delle politiche attive del lavoro. La realizzazione dei progetti locali, oltre a valorizzare le risorse peculiari di ciascun territorio, ha evidenziato il forte bisogno di sostegno all'integrazione socio-lavorativa da parte di donne a rischio di emarginazione socio-economica, un'utenza cui finora, sono state dedicati interventi solo occasionali e di natura prevalentemente assistenziale.

Fase 1 - Obiettivi (donne target)

a) Fornire alle donne target un insieme complesso di interventi tali da consentire la gestione e il superamento dell'esclusione .

b) Favorire nell'utenza target l'attivazione delle risorse personali e la promozione di una maggiore autonomia personale ed economica

Fase 2 - Obiettivi (sistema territorio provinciale)

a) Sensibilizzare decisori istituzionali e operatori economici alle tematiche delle pari opportunità di accesso al lavoro per quanto riguarda le donne a rischio di esclusione sociale;

b) Creare una rete stabile tra le istituzioni coinvolte nella gestione del progetto, in grado non solo di individuare precocemente il disagio in incubazione e di intervenire a livello preventivo, ma anche di trovare strategie di soluzioni comuni e sinergiche.

Handicap

- Progetto Piano progettuale Legge 104

Piano Progettuale relativo ai servizi resi a favore dei cittadini con handicap grave e gravissimo ai sensi della L.162/98, come dal finanziamento previsto dalla D.G.R. n. 32-6868 del 05/08/2002.

Il CI.S.A Tortona ha programmato progettato e sviluppato interventi volti a garantire, al portatore di handicap la dignità umana, i diritti di libertà e di autonomia alla persona, la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro, nella società rimuovendo le condizioni invalidanti che ne impediscono lo sviluppo, per il raggiungimento di una ampia autonomia e di partecipazione alla vita di collettività, favorendo la riabilitazione.

- Progetto Piano progettuale Legge 162

L'obiettivo che si intende raggiungere è quello di sostenere concretamente le persone con handicap, affinché possano raggiungere adeguati livelli di integrazione, condurre una vita di relazione, superare le difficoltà quotidiane e favorire inoltre, i processi di autonomia.
Gli interventi che si intende realizzare sono:

- Stimolare i processi di identificazione, con i pari età e migliorare le relazioni affettive;
- Valorizzare e supportare le risorse, le competenze e le relazioni familiari nell'espletamento di funzioni educative, di assistenza, di cura, anche con l'utilizzo di strutture e di strumenti appropriati;
- Fornire risposte che permettano di raggiungere il maggior grado di autonomia possibile;
- Sostenere e stimolare le capacità psichiche, sensoriali, motorie;
- Favorire la continuità dell'inserimento e consolidare gli interventi di sostegno alla famiglia;
- Ampliare rapporti socio-relazionali per mantenere o migliorare le proprie capacità residue in un contesto relazionali che comprenda il maggior numero di attori possibili evitando così che l'operatore divenga l'unico riferimento;
- Favorire un approccio alla disabilità evitando situazioni di protagonismo.

- Progetto "Nuova modalità di contributo economico"

Gli interventi di assistenza economica devono modificarsi ove è possibile, in un più ampio quadro di servizi finalizzati alla promozione, al trattamento e all'integrazione sociale di chi si trova in difficoltà, favorendo la sua autonomia e la capacità di affrontare le diverse problematiche che si presentano.
A questo scopo le eventuali erogazioni economiche, dovranno essere definite nel quadro di un più ampio progetto di sostegno e di servizio, contrastando la dipendenza assistenziale, evitando così le erogazioni meccanicamente collegate a meri accertamenti formali. In tal modo sarà possibile attuare una politica della spesa finalizzata al raggiungimento di obiettivi di riequilibrio nella risposta ai bisogni. Pertanto gli operatori sociali, per soddisfare le richieste loro rivolte, devono, ove sia possibile, intervenire con una proposta lavorativa a fronte dell'erogazione del contributo economico.

Questa nuova metodologia, può diventare la risposta strategica, per passare da una cultura assistenzialistica ad uno scambio di prestazione che valorizza i beneficiari del contributo economico per sentirsi così parte integrante della comunità.
La realizzazione del progetto prevede la necessità chiara del servizio sotto il profilo delle funzioni, degli obiettivi, della struttura organizzativa, degli standard di funzionamento e dei destinatari.

Minori

- Progetto 0/6 mesi di vita

Il progetto che si intende realizzare si articola in due parti strettamente correlate e che interessano i due aspetti più importanti relativi ad una buona gestione ed organizzazione del rapporto madre – bambino in uno dei periodi di vita e di sviluppo più delicati e significativi per entrambi. I due aspetti per i quali verranno realizzati gli interventi sono: un sostegno alle neo-mamme che, dopo aver trascorso un periodo in cui tutte le attenzioni erano rivolte verso "la mamma in attesa", si sono trovate sole a gestire una situazione totalmente nuova e piena di responsabilità, crescere un bambino; un sostegno alla genitorialità alla luce anche delle informazioni più concrete ed indispensabili necessarie alla gestione del rapporto madre-bambino, all'organizzazione famigliare e del lavoro.

- Progetto Sostegno nell'inserimento del mondo del lavoro

Il progetto si inserisce nell'ambito della prevenzione e della consulenza educativa concretizzandosi come intervento per la realizzazione di percorsi che consentano il raggiungimento dell'autonomia e del reinserimento nel contesto sociale di appartenenza con un bagaglio di strumenti adeguato. I soggetti coinvolti nel progetto sono i giovani che raggiungono la maggiore età che sono presenti sul territorio tortonese e che stanno terminando un percorso all'interno di una comunità o seguiti in educativa territoriale dal C.I.S.A. Il progetto sarà sviluppato in un arco di tempo di due anni con il coinvolgimento di uno staff operativo composto da: educatore, assistente domiciliare, psicologo, coordinatore del progetto.

Gli obiettivi che si intende raggiungere sono:

- Analisi del bisogno individuale
- Sostegno

- Realizzazione di percorsi formativi
- Inserimento nel mondo del lavoro
- Capacità di autogestione
- Autonomia socio - economica
- Integrazione nel tessuto sociale

- Progetto Ascoltare e farsi capire

Il progetto si pone come finalità la creazione di un efficace rete di sostegno e confronto, che consenta ai soggetti che partecipano alle diverse attività, di vivere una dimensione sociale che stimoli il desiderio di cambiamento.
Destinato a giovani adulti, d'età compresa fra i 18 e i 35 anni, a bassa scolarità e/o in stato di disagio sociale che intendono migliorare la propria condizione per un pieno inserimento nella società, nel mondo del lavoro con l'obiettivo di realizzare una migliore qualità della vita.
Ad ogni giovane sarà proposto un ventaglio di iniziative culturali - ricreative e attività d'assistenza alla persona. Saranno realizzati momenti d'incontro, dove saranno sviluppate le tematiche attinenti lo sviluppo storico, economico, sociale della città. A tal fine, utile sarà il continuo raffronto con l'attualità, attraverso l'uso dei più diffusi mass- media.

8. LA GESTIONE ECONOMICO - FINANZIARIA

Come era stato previsto nel Bilancio Previsionale del 2003 si è provveduto a migliorare ulteriormente e ad estendere a tutti i servizi l'avviata procedura del controllo di gestione al fine di permettere un azione di monitoraggio ed elaborazione dei dati in tempo reale, necessari a controllare ed eventualmente migliorare la gestione dei servizi. .

Gradi sforzi sono stati compiuti per il recupero dei crediti dei terzi per i servizi resi a pagamento procedendo al costante e sollecito controllo delle riscossioni.

Altro fondamentale obiettivo è stato quello di porre particolare attenzione alla ricerca di fonti di finanziamento per lo svolgimento della propria attività, alimentando la propria struttura diversificata delle entrate.

A tal fine è stata predisposta una procedura standard da attivare prontamente in tutti i casi in cui si verifichi una inadempienza o insolvenza.

Oltre alla contribuzione degli enti locali consorziati, grazie "alla propria capacità progettuale" il C.I.S.A. ha ottenuto l'apporto significativo della Regione, dell'A.S.L. 20.

La gestione economica finanziaria dell'anno 2003 è stata nel complesso oculata.

La stesura dell'inventario che e si è ultimato attraverso la valorizzazione dei beni mobili al fine di permettere una più corretta contabilità economica è stata nel 2003 costantemente aggiornata.

8.1. Le fonti di finanziamento del C.I.S.A.

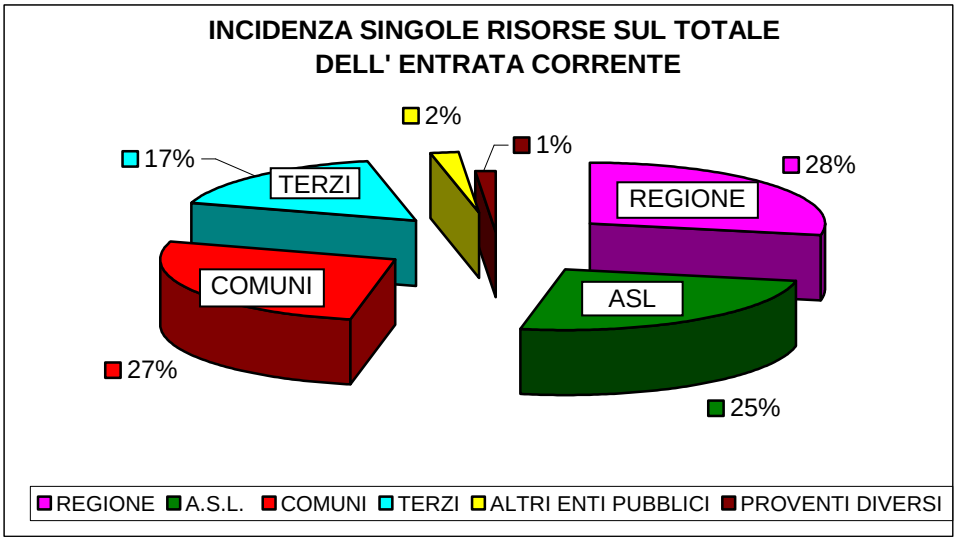
Le principali fonti di finanziamento del C.I.S.A. sono rappresentate da:

- Contributi e trasferimenti dalla Regione Piemonte;
- Contributi e trasferimenti da altri enti del settore pubblico:
    - Quota comuni consorziati
    - Contributo provinciale per l'organizzazione e gestione corsi di formazione O.S.S.
    - Rimborso quota sanitaria A.S.L. 20 Tortona delle prestazioni socio-sanitarie che attengono prevalentemente all'area anziani, handicap, inabilità erogate sia in regime domiciliare che nell'ambito di strutture residenziali e semi-residenziali

- Proventi dei terzi per i servizi resi a pagamento (servizio di assistenza domiciliare,rette per ricovero ospiti nei presidi per non autosufficienti);

Sul totale dell'entrata corrente l'incidenza delle singole principali risorse finanziarie evidenzia un giusto equilibrio tra le stesse.

Grafico. N 13 INCIDENZA SINGOLE RISORSE SUL TOTALE DELL' ENTRATA CORRENTE



8.2. Analisi delle principali risorse finanziarie

CONTRIBUTI REGIONALI

I contributi e trasferimenti Regionali possono essere distinti due macro voci e precisamente:

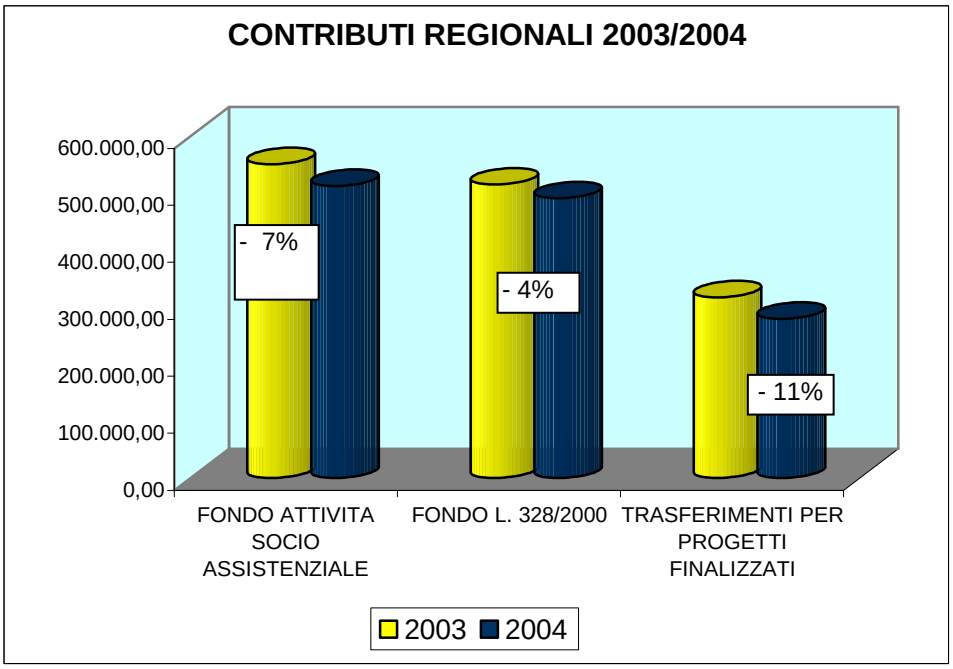
- Fondo per l'attività socio assistenziale e fondo L. 328/2000;
- Trasferimenti per progetti finalizzati e vincolati;

Il contributo Regionale nel suo complesso rappresenta il 28% dell'entrate correnti.
Dalla comparazione con l'esercizio finanziario 2003, definitivamente assestato, si segnala un diminuzione di circa il 6% di tale contributo, nello specifico si evidenzia che :

- **Il fondo per lo svolgimento dell'attività socio assistenziale** è diminuito del 7% passando da €. 550.867,00. a €. 512.200,00. La differenza pari a €. 38.667,00 è la parte di fondo attribuito dalla Regione Piemonte al Comune di Sale.
- Nel corso dell'anno, la Regione Piemonte potrebbe, così come si è realizzato negli esercizi finanziari precedenti, erogare una ulteriore somma aggiuntiva del fondo stesso stimata in €. 54.000,00 iscritta nel Bilancio di previsione 2004;
- Nel Bilancio di previsione 2004 è stata inoltre inserita la quota aggiuntiva per l'esercizio finanziario 2003 pari ad €. 66.440,00 in quanto la comunicazione della Regione Piemonte è pervenuta successivamente all'assestamento finale e pertanto non è stato possibile inserirla nell'esercizio finanziario di competenza.

- **Il Fondo L. 328/2002** è, rispetto all'anno precedente, diminuito del 4% passando da €. €. 514.511,00 a e €.490.470,00. La differenza pari a €.24.041,00 è la parte di fondo assegnata al Comune di Sale per la gestione diretta dei servizi socio-assistenziali.
- **I trasferimenti per i progetti finanziati e vincolati** passa da €. 316.951,93 a €.285.133,00,

Grafico. N 14 CONTRIBUTI REGIONALI 2003/2004



CONTRIUTI PROVINCIALI

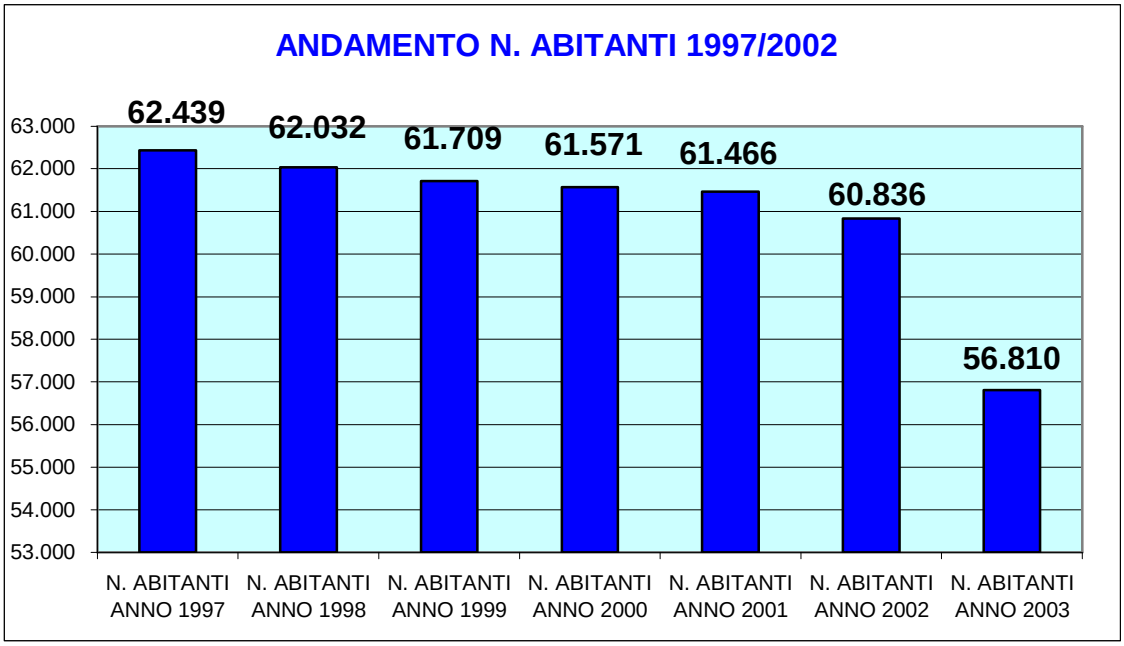
- I contributi per l'organizzazione e gestione dei corsi di formazione O.S.S.. passa da €. 72.240,00 a €. 46.020,00.
- Sono stati finanziati lo stesso numero di corsi dell'anno precedente ma per un numero di ore inferiori e questo comporta una lieve diminuzione nel suddetto contributo.

QUOTA COMUNI CONSORZIATI

L'incidenza del contributo della quota dei comuni rispetto al totale dell'entrata corrente è pari al 27%.

Dal 1997 al 2003 si è registrato sul territorio del Consorzio un progressivo aumento della popolazione anziana compresa nella fascia di età "65 anni e oltre", al quale ha corrisposto un graduale e costante decremento demografico relativo alle altre fasce di età .

Grafico. N 15 ANDAMENTO DEMOGRAFICO DAL 1997 AL 2002



Nel territorio di competenza di questo Consorzio il fenomeno di denatalità che è stato evidenziato porta una progressiva riduzione del numero dei cittadini residenti nei Comuni consorziati con la conseguente riduzione di circa 1% annuale delle quote di contabilità pro-capite erogate dagli enti locali consorziati

Accanto a tale fenomeno, si vanno sviluppando le esigenze di Servizio socio-assistenziale dovute all'invecchiamento della popolazione e all'aumento della soglia della povertà.

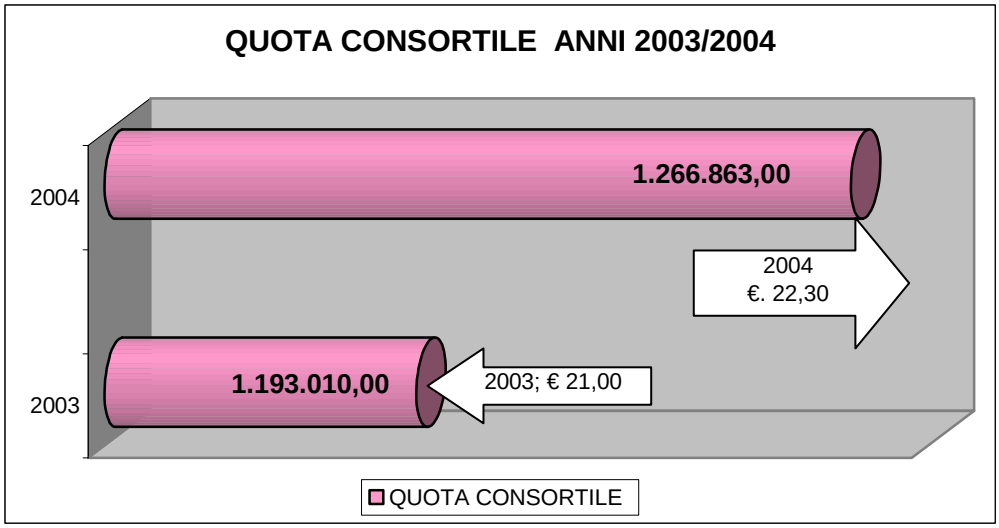
Nonostante tale preoccupante scenario, la quota a carico dei Comuni non ha mai subito alcun ritocco, grazie all'attenta politica di bilancio del CISA, mentre per il 2002 si è previsto un incremento delle quote consortili pari a L.5.662, passando così da L.35.000 a L. 40.662 pro-capite pari a €. 21,00. Incremento, delle cui necessità, l'assemblea dei comuni del Consorzio aveva già preso atto al momento dell'approvazione della relazione al bilancio di previsione 2001 e al bilancio consuntivo 2000.

Nell'anno 2003, in sede di approvazione del Bilancio di previsione, si è preventivata la possibilità di applicare, al fine di garantire l'equilibrio di bilancio e in particolare una specifica voci di spesa corrente "minori in istituto", una quota consortile aggiuntiva pari a €. 1,30 per abitante.

Con l'approvazione , nel mese di giugno 2003, del Rendiconto i Gestione anno 2002 tale quota aggiuntiva non veniva richiesta ai Comuni consorziati in quanto si sceglieva di utilizzare e destinare parte dell'avanzo di amministrazione alla copertura della succitata e specifica voce di spesa corrente.

Nella stessa seduta Assembleare del 19.06.2003 con deliberazione n. 6 si stabiliva la necessità di confermare per l'esercizio finanziario 2004 la quota consortile in €. 22,30 D'altra parte la semplice considerazione della dinamica inflattiva di questi anni e dello sviluppo della presenza attiva del C.I.S.A sul territorio, rilevabile anche dalla presente relazione programmatica, consentono di comprendere l'effettiva esigenza finanziaria dell'Ente

Grafico. N 16 QUOTA CONSORTILE ANNI 2003/2004



La dinamica dei pagamenti delle quote consortili 2003 al 31.12.2003 non è ancora assestata in quanto su un totale complessivo di €. 1.193.010,00 sono stati riscossi €. 820.459,50.

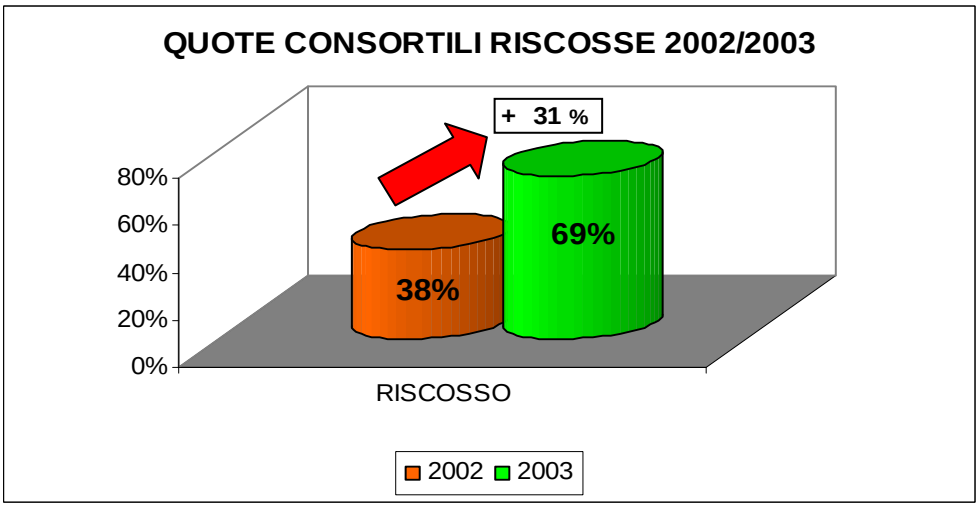
La prima rata pari al 50% dell'intera quota consortile dell'anno 2003 da versare entro il 30 giugno di €. 596.505,00 non è ancora stata versata da n. 1 Comuni per un importo di €. 12.768,00;

La seconda rata, da versare entro il 30 Novembre di €. 596.505,00, non è ancora stata versata da n. 9 Comuni per un importo di 359.782,50.

Grafico. N 17 QUOTA COMUNI CONSORZIATI ANNO 2003

Dall'analisi comparata con le riscossione della quota consortile anno 2002 va sottolineato che si è riscosso , in termini percentuali il 31% in più rispetto all'anno 2002 .

Grafico. N 18 QUOTE CONSORTILI RISCOSSE ANNI 2002/2003



QUOTA ASL PER COSTI A RILIEVO SANITARIO

La quota a rilievo sanitario rimborsata dell'A.S.L 20 ha un incidenza del 25% sul totale delle entrate correnti.

Come negli anni precedenti, anche per l'esercizio finanziario 2003 l'ASL contribuirà a rimborsare la quota per le prestazioni socio-sanitarie che attengono prevalentemente all'area anziani, handicap, inabilità erogate sia in regime domiciliare che nell'ambito di strutture residenziali e semi-residenziali.
La contribuzione sanitaria per il presidio per non autosufficienti Kora Kennedy sada è stata calcolata solo per i primi otto mesi dell'anno data la chiusura della struttura e il trasferimento degli ospiti presso altri idonei Istituti , non gestiti direttamente dal Consorzio.

QUOTA DEI TERZI PRIVATI PER I SERVIZI RESI A PAGAMENTO

L'entrata dei terzi privati per i servizi resi a pagamento hanno un incidenza del 17% sul totale dell'entrate correnti.

Nel corso dell'anno 2002, così come previsto nella relazione al Bilancio di Previsione 2002, si è introdotto un ticket mensile stabilito con deliberazione del Consiglio di Amministrazione per i servizi di pasti e trasporto a favore di soggetti disabili frequentanti le strutture semiresidenziali e i servizi territoriali.
Per l'esercizio finanziario 2004, così come per l'esercizio finanziario precedente, non si prevede nessun aumento del succitato ticket.
Resta confermata a €. 29,00 la retta giornaliera richiesta agli ospiti inseriti presso i presidi per non autosufficienti gestiti dal CISA.
La contribuzione dei terzi, così come la quota sanitaria, per il presidio per non autosufficienti Kora Kennedy sada è stata calcolata solo per i primi otto mesi dell'anno data la chiusura della struttura.

8.3. Andamento della spesa corrente

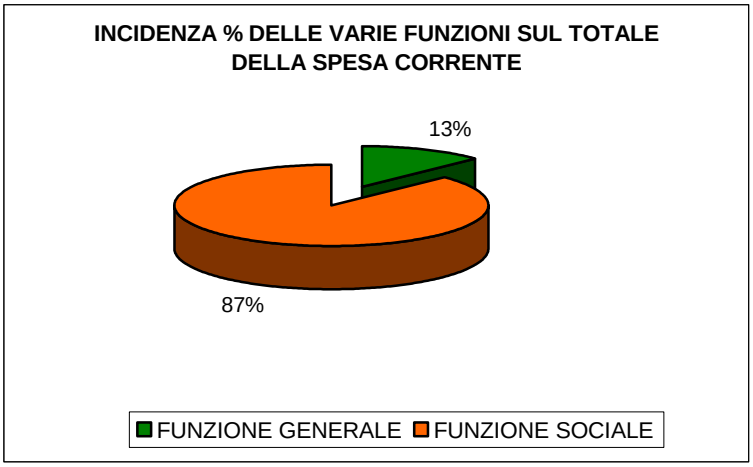
Il bilancio di previsione 2004 prevede un totale spesa corrente complessiva di
€. 5.025.711,00.

Rispetto all'esercizio finanziario 2003 si evince una diminuzione, in termini percentuali del - 2%. Tale minimo diminuzione deriva da un attenta razionalizzazione delle spese, quale la voce di spesa relativa al fondo di riserva e in particolar modo alle voci di spesa corrente relative alla struttura per non autosufficienti Kora Kennedy Sada, spese calcolate solo per i primi otto mesi dell'anno data la chiusura della struttura medesima per la ristrutturazione dell'intero immobile da parte del Comune di Tortona.

La spesa corrente può essere letta per funzioni, e precisamente funzione generale di amministrazione, gestione e controllo (funzione 1) e la funzione sociale (funzione 10) .

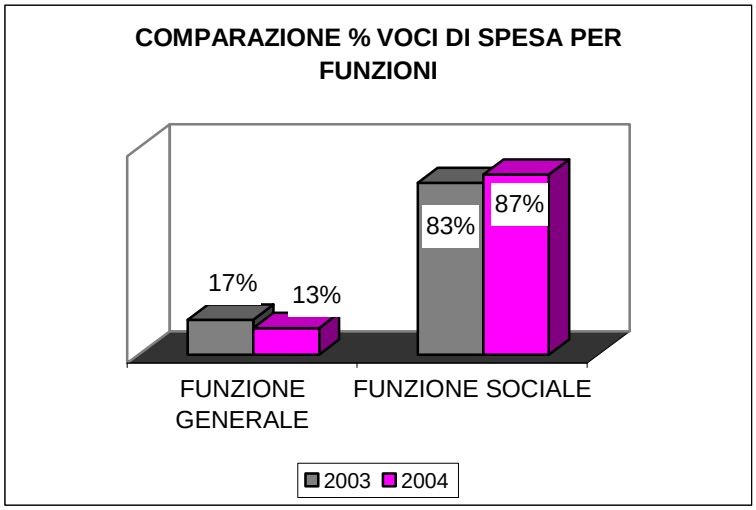
L'incidenza della funzione generale è del 13% sul totale complessivo della spesa corrente rispetto all' 87% rappresentata dalla funzione sociale.

Grafico. N 19 INCIDENZA % DELLE VARIE FUNZIONI SUL TOTALE DELLA SPESA CORRENTE



Comparando i dati sopra citati con quelli dell'esercizio finanziario precedente si desume una minima diminuzione della spesa nella funzione genera (- 4%) a fronte di un aumento nelle voci di spesa relative alla funzione sociale (+ 4%)

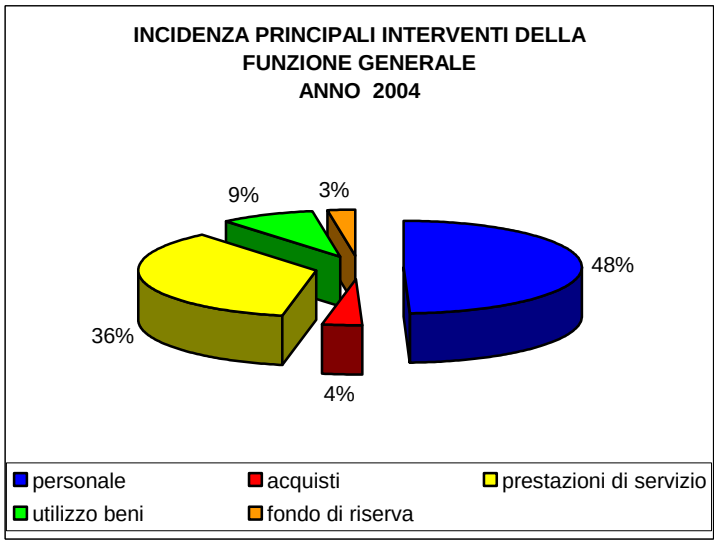
Grafico. N 20 COMPARAZIONE PERCENTUALE DELLE VOCI DI SPESA PER FUNZIONI



Dall'analisi della funzione generale nel complesso dei vari interventi in cui esse si articola (personale, acquisti, ecc…) emerge quali voci di spesa principali quella relativa al "Personale" necessaria a garantire l'adeguamento del C.C.N.L.

In particolare, va rilevato, che la quota del Fondo di Riserva, pur essendo calcolata nell'osservanza della normativa vigente in materia, è stata ulteriormente diminuita in quanto una accurata e corretta gestione contabile finanziaria dell'anno 2003 ha permesso di evitare prelevamenti da tale fondo.

Grafico. N 21 INCIDENZA PRINCIPALI INTERVENTI DELLA FUNZIONE GENERALE ANNO 2004

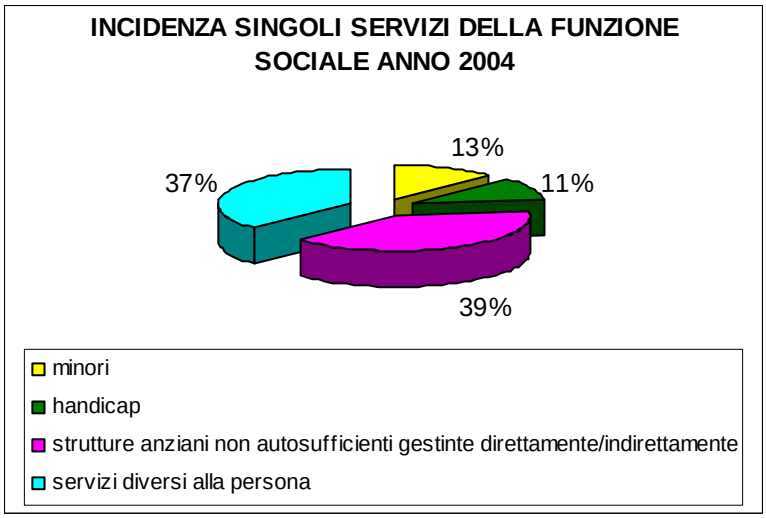


Passando alla disamina della funzione sociale va sottolineato l'articolarsi di tale funzione in quattro servizi socio-assistenziale e precisamente:

- Servizi area minori
- Servizi area handicap
- Servizi area strutture residenziali per anziani
- Servizi diversi alla persona

Sul totale della spesa corrente della funzione sociale l'incidenza di ciascuno di questi servizi è quella evidenziata dal sottostante grafico

Grafico. N 22 INCIDENZA SINGOLI SERVIZI DELLA FUNZIONE SOCIALE ANNO 2004



8.4. Il fabbisogno finanziario per l'anno 2004.

Le spese correnti per l'anno 2004 sono state previste sulla base delle richieste e delle esigenze segnalate dagli amministratori dei comuni consorziati.

Passando alla lettura e disamina dei singoli interventi di spesa va rilevato, in termini generali che gli aumenti sono stati contenuti e soprattutto limitati alle fonti di finanziamento degli stessi.

Il primo intervento relativo ai costi del personale è stato aumentato nella misura minima necessaria a garantire i futuri ed eventuali aumenti contrattuali di legge.

Per quanto riguarda gli acquisti di beni e consumi l'aumento non è stato particolarmente significativo.

Nell'intervento delle prestazioni di servizio si evidenzia che:

- all'interno del "servizio generale" l'aumento del suddetto intervento non supera il tasso dell'inflazione. Si precisa che per la spesa dell' l'affitto della sede del CISA è stato indicato il costo comunicato dal Comune di Tortona, costo per il quale non è ancora stato raggiunto un definitivo accordo tra il Comune e il Consorzio e pertanto tale voce di spesa potrebbe, nel corso dell'esercizio finanziario, subire una riduzione.
- all'interno del servizio "area minori" va evidenziato, l'aumento apportato alla voce di spesa relativa all' educativa territoriale (cap.437) e quella relativa alle rette dei minori in istituto (Cap. 441), in conseguenza all'aumento dei servizi resi così come si è descritto ampiamente nella relazione programmatica.
- All'interno del servizio "strutture residenziali per anziani", relativamente ai costi di gestione riferiti al nucleo RAF Kora Kennedy Sada sono stati calcolati solo per i primi otto mesi dell'anno data la chiusura della struttura medesima per la ristrutturazione dell'intero immobile da parte del Comune di Tortona.

  Per i presidi di Castelnuovo Scrivia e Pontecurone sono stati aumentati, nell'osservanza del tasso inflattivo, i capitoli di spesa (cap 901 e cap 902) relativi alla gestione indiretta (appalto all'ATI Coop Gamma Delta- CSA).

  Per i suddetti Presidi sarà introdotto, nell'osservanza della normativa vigente in merito, il necessario sevizio di direzione sanitaria per un costo complessivo presunto di €. 10.000,00.
- All'interno del servizio "area handicap", va evidenziato che a decorrere dall'anno 2003 la retta relativa agli ospiti disabili gravi e gravissimi in precedenza a totale carico

dell'azienda sanitaria è stata, per la quota socio assistenziale corrisposta dalla famiglia, ed in caso di necessità integrata dal Consorzio medesimo.

Anche per l'anno 2004 il CISA provvederà se necessario all'integrazione retta degli ospiti disabili gravi e gravissimi.

- All'interno dei "servizi diversi alla persona" si è provveduto sulla base delle richieste da parte degli amministratori dei comuni consorziati ad incrementare, anche se in misura contenuta, le voci di spesa relative all'assistenza domiciliare ed ai contributi economici. In considerazione dell'aumento avvenuto già nel corso dell'anno 2003 delle domande delle suddette prestazioni, così come evidenziato nella parte precedente della relazione revisionale e programmatica.

  Si prosegue, anche per l'esercizio finanziario 2004, in accordo con l'A.S.L. 20, l'attuazione del progetto sperimentale di assistenza domiciliare prolungata a totale costo del Consorzio senza alcuna compartecipazione dei Terzi.

Nella parte della entrata corrente l'elaborazione delle singole e prevalenti voci di spesa è stata certamente prudenziale e realistica.

Passando all'esame delle principali fonti di finanziamento va segnalato che:

- **Il fondo per lo svolgimento dell'attività socio assistenziale** di €. 512.200,00 e il fondo L. 328/200 è di €.490.470,00, entrambi gli importi sono stati ufficialmente comunicato dalla Regione Piemonte.

  Nel corso dell'anno, la Regione Piemonte potrebbe, così come si è realizzato negli esercizi finanziari precedenti, erogare una ulteriore somma aggiuntiva del fondo stesso stimata in €. 54.000,00 iscritta nel Bilancio di previsione 2004;

- Nel Bilancio di previsione 2004 è stata inoltre inserita la quota aggiuntiva per l'esercizio finanziario 2003 pari ad €. 66.440,00 in quanto la comunicazione della Regione Piemonte è pervenuta successivamente all'assestamento finale e pertanto non è stato possibile inserirla nell'esercizio finanziario di competenza.

- la retta a valenza sanitaria per i presidi per non autosufficienti gestiti direttamente o indirettamente dal CISA, come negli anni precedenti, anche per l'esercizio finanziario 2004 verrà rimborsata dall'ASL 20.

  Per il presidio per non autosufficienti di Tortona la quota è stata calcolata per i primi otto mesi data la chiusura della struttura e il trasferimento degli ospiti in altri istituti non gestiti dal Consorzio.

  Restano invariate le quote a favore di soggetti disabili con deficit fisico ed intellettivo per garantire prestazioni socio-sanitarie a livello domiciliare, in stretta integrazione con le attività già svolte presso il Centro Diurno "S. Carlo" di Castelnuovo.

- Il contributo dei comuni consorziati è stato calcolato tenendo come base il numero degli abitanti al 31.12.2003, così come stabilito dal nuovo statuto consortile, (n. abitanti 56.810).

  Nella seduta Assembleare del 19.06.2003 con deliberazione n. 6 si stabiliva la necessità di confermare per l'esercizio finanziario 2004 la quota consortile in €. 22,30

  D'altra parte la semplice considerazione della dinamica inflattiva di questi anni e dello sviluppo della presenza attiva del C.I.S.A sul territorio, rilevabile anche dalla presente relazione programmatica, consentono di comprendere l'effettiva esigenza finanziaria dell'Ente

- I proventi dei terzi sono rimasti invariati.

  Nel corso dell'anno 2002, così come previsto nella relazione al Bilancio di Previsione 2002, si è introdotto un ticket mensile stabilito con deliberazione del Consiglio di Amministrazione per i servizi di pasti e trasporto a favore di soggetti disabili frequentanti le strutture semiresidenziali e i servizi territoriali.

  Per l'esercizio finanziario 2004, così come per l'esercizio finanziario precedente, non si prevede nessun aumento del succitato ticket.

  Resta confermata a €. 29,00 la retta giornaliera richiesta agli ospiti inseriti presso i presidi per non autosufficienti gestiti dal CISA.

La contribuzione dei terzi, così come la quota sanitaria, per il presidio per non autosufficienti Kora Kennedy sada è stata calcolata solo per i primi otto mesi dell'anno data la chiusura della struttura.

Queste le voci di entrata più importanti per le finanze consortili, le quali devono garantire un flusso d'entrata costante per evitare problemi di liquidità; fenomeno questo tipico delle organizzazioni le cui più rilevanti risorse hanno natura di finanza derivata.

Da una analisi dei dati su esposti, appare evidente come, per l'anno 2004 le cifre a bilancio preventivate riferite alla spesa corrente risultano essere inferiori a quelle previste a bilancio di previsione definitivo 2003, data una diminuzione delle risorse finanziarie da parte sia della Regione Piemonte sia da parte dell'ASL 20 di tortona e dei Terzi.

Queste ultime minori entrate si riferiscono alla chiusura della struttura per non autosufficienti Kora Kennedy Sada in quanto il Comune di Tortona provvederà alla ristrutturazione dell'intero immobile di suo propiretà.

Lo sforzo nella razionalizzazione delle spese è stato l'impegno prevalente del Consorzio nella predisposizione del Bilancio di Previsione oggetto di approvazione, al contempo la capacità di utilizzare al meglio tutte le risorse di personale, di effettuare un costante controllo e verifica dei servizi affidati a soggetti terzi, nonché di essere propositivi in termini di proposte progettuali, ha consentito di poter non solo garantire i servizi esistenti, ma di migliorarli e di ampliarli confidando sulla massima disponibilità di tutti coloro che collaborano con l'Ente.

9. L’ATTIVITÀ PREVISTA

Gli obiettivi gestionali che il Consorzio si è posto sono: approfondire la riflessione sulle nuove forme/rischi di emarginazione; aumentare il livello di partecipazione e responsabilizzazione dei soggetti gestori; ricercare un maggiore coinvolgimento delle risorse presenti sul territorio ed in particolare promuovere una sempre più concreta integrazione socio sanitaria (anche ai fini di una coprogettazione di alcuni servizi); promuovere un maggiore coinvolgimento degli utenti attraverso programmi di informazione/consultazione.

I principi fondamentali di riferimento nell’erogazione delle prestazioni:

• eguaglianza ed equità: i servizi vengono erogati a tutti gli utenti sulla base di procedure trasparenti ed eque, tenendo conto del bisogno del singolo senza alcuna discriminazione riguardante: sesso, razza, lingua, religione e opinione politica;

• continuità: per le attività indicate, i Servizi vengono erogati con continuità di funzionamento;

• diritto di scelta: ove sia consentito dalla legislazione vigente e dall’organizzazione in atto, l’utente ha diritto di scegliere tra i soggetti che erogano il servizio. Il diritto di scelta riguarda, in particolare, i servizi distribuiti sul territorio.

• partecipazione: il cittadino-utente ha diritto di accesso alle informazioni in possesso del Servizio erogatore che lo riguardano e può concorrere al miglioramento delle prestazioni, anche attraverso le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti;

• efficienza ed efficacia: il Servizio deve essere erogato in modo tale da garantire il buon uso delle risorse e la qualità delle prestazioni, in conformità con gli standard di qualità individuati per i singoli servizi.

Il superamento di servizi settoriali e l'alternativa introduzione di servizi integrati si fonda sulla necessità di considerare la globalità della persona in tutte le sue dimensioni, soprattutto in rapporto ai suoi disturbi, problemi o patologie correlati alla componente psicologica, sociale, familiare, relazionale e lavorativa, agli stili di vita e ai fattori ambientali.

L’Integrazione Socio-Sanitaria è pertanto una opzione strategica, sia da un punto di vista istituzionale che gestionale e professionale, in quanto la sola in grado di promuovere risposte unitarie a bisogni complessi del cittadino, che non possono essere adeguatamente affrontati da sistemi di risposte separate sanitarie e sociali.

Le urgenze del nostro tempo si sono moltiplicate e complicate rispetto al passato, mutando notevolmente il concetto di normalità e aumentando lo spazio interposto fra essa e la patologia.

In estrema sintesi il C.I.S.A. deve affrontare:

• il fenomeno di invecchiamento della popolazione più accentuato che nel resto del territorio;

• una significativa e costante crescita della domanda di persone con gravi disabilità permanenti, anche sopraggiunte in età adulta, dovuta all'andamento cronico di una sempre più variegata gamma di patologie;

• la dimensione delle relazioni familiari che indicano una forte presenza di persone sole.

Per realizzare una tale politica di interventi socio assistenziali, sempre più mirata a quelli che sono i continui e i nuovi bisogni presenti sul territorio consortile, il C.I.S.A. sta impegnando parte delle proprie risorse nei seguenti ambiti di intervento:

- Costruzione di strumenti partendo da una attenta lettura delle esigenze dei cittadini;
- Realizzazione di progetti di intervento e di sostegno a tutte le persone in condizione di disagio, relativamente a tutte le fasce di età, non dimenticando, situazioni particolarmente invalidanti quali l'Alzheimer e diverse forme di handicap;
- Realizzazione del sistema di qualità totale che consente l'organizzazione di un modello organizzativo - gestionale sempre più funzionale;
- Realizzazione di un sistema di lavoro sempre più spesso organizzato in un modello a rete con le risorse presenti sul territorio;
- Costruzione e sperimentazione, attraverso una rete integrata di Enti erogatori di servizi del continuum assistenziale su di un Modello Multidisciplinare;
- Realizzazione di progetti e di interventi in collaborazione con altri Enti, Associazioni ed organizzazioni, quali Sanità, Università, Consorzi socio – assistenziali;
- Sperimentazione di nuove tecnologie al servizio delle cure territoriali.

Il quadro operativo che si intende sviluppare procede tramite un percorso con al centro la famiglia, i minori, le persone anziane, le persone con disabilità, gli adulti in difficoltà e gli stranieri; gli obiettivi strategici di priorità sociale saranno individuati nel valorizzare e sostenere le responsabilità familiari e rafforzare i diritti dei minori.

L’integrazione socio-sanitaria è una priorità strategica del Piano poiché essa è condizione indispensabile per superare prassi settoriali e integrare competenze e servizi diversi, grazie all’unitarietà e alla globalità degli interventi, consentendo una maggiore attenzione ai soggetti deboli e alla loro tutela.

L’aspetto della **qualità del servizio** e del **rapporto con il cittadino** ha visto l’Ente impegnato su diverse importanti iniziative. In primo luogo, nel corso del 2000, è stata terminata la stesura e pubblicazione della Carta dei Servizi dell’Ente che rappresenta il principale strumento informativo per rendere possibile un rapporto corretto e trasparente con il cittadino-utente.

Sul versante dell’informazione del cittadino sulle opportunità di servizio offerte dal C.I.S.A., si è ,inoltre, sviluppato un programma di attività che ha previsto la realizzazione di manifesti informativi e l’utilizzo di canali di comunicazione diretti, quali ad esempio gli organi di informazione e di stampa. Per gli anni successivi, come in parte è già avvenuto nel corso del 2003, si intende migliorare il servizio dello sportello informativo al fine di fornire le necessarie informazioni sulle attività, sulle strutture, sulle sedi, sugli orari di ricevimento al pubblico, ecc.

Nell’ottica di far conoscere sempre meglio le opportunità di servizio socio-assistenziale svolte dal C.I.S.A. all’interno della Comunità tortonese, l’Ente completerà detto programma informativo con la definitiva realizzazione e distribuzione su larga scala di materiale informativo, contenente le principali informazioni sui tipi di servizi erogati e sulle relative modalità per accedervi, al fine di raggiungere capillarmente l’intera popolazione del territorio.

L’attività a livello informativo e formativo sviluppata i quest’ultimo periodo attraverso l’utilizzo di strumenti conoscitivi e di crescita professionale, ha permesso una più capillare conoscenza dei servizi erogati. Lo sforzo da parte di questa amministrazione nel garantire il livello qualitativo e quantitativo degli interventi a favore della popolazione si è mantenuto costante nel tempo sebbene le risorse disponibili abbiano subito soltanto in parte incrementi adeguati al mantenimento dei servizi garantiti dal CISA.

Al contempo, si è consolidato un importante **lavoro di rete** con i principali attori impegnati a diverso titolo nel settore socio-assistenziale. L’intervento di rete è definito un modello a cavallo tra due dimensioni generalmente contrapposte, quella clinica e quella comunitaria. In effetti esso rispetta la necessità di comprendere il significato relazionale del disagio e affronta le problematiche individuali senza perdere di vista la dimensione collettiva del disagio stesso, anzi la considera rilevante per la soluzione del problema;

contemporaneamente il modello di presa in carico è molto diverso da quello a orientamento prevalentemente clinico, poiché il vero destinatario dell'intervento non è la persona singola o un gruppo di persone ma una rete.

In tale ottica si è provveduto alla promozione di incontri con l'ASL 20, le Scuole, le Associazioni di Volontariato, le Parrochie, le Cooperative e le Associazioni private, le Fondazioni Private, la Provincia, l'Assessorato alle Politiche Sociali della Regione Piemonte al fine di programmare interventi in modo coordinato tra i molteplici soggetti impegnati nel settore, non solo per affrontare situazioni di disagio materiale ma anche socio-culturale.

Anche la costruttiva **collaborazione con il volontariato e il privato sociale**, che ha già portato all'elaborazione in comune di progetti e iniziative posti all'attenzione della Regione Piemonte, ha posto le basi per lo sviluppo di una sempre maggior integrazione con le diverse agenzie territoriali al fine di attuare una programmazione condivisa da tutti gli attori che operano, a diverso titolo, nel settore.

9.1. Obiettivi e programmi area anziani

Gli anziani e le loro famiglie, Una attenta riflessione sui bisogni di questo gruppo di persone anziane ha fatto emergere che le principali difficoltà sono da ritrovarsi nell'impossibilità degli anziani di raggiungere, per la loro condizione di salute, i servizi sanitari ed assistenziali.

Come già esplicitato, nell'ottica di migliorare la qualità degli interventi e di favorire la permanenza nella propria abitazione del crescente numero di anziani, soprattutto anziani ultraottantenni affetti da gravi patologie, presenti sul territorio consortile, si è provveduto e si provvederà ad incrementare il sistema di prestazioni di assistenza domiciliare e di assistenza domiciliare prolungata, inserito in una rete di servizi di sostegno all'anziano.

OBIETTIVI

Partendo dagli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, che indica come strategia privilegiata la realizzazione di programmi partecipati di azione su scala locale, la politica che il CISA intende attuare nei confronti della popolazione anziana si qualifica attraverso programmi improntati ad una visione positiva dell'età anziana, promuovendo una cultura dei servizi che recuperi e valorizzi l'anziano come soggetto sociale in una società integrata e solidale.

*Equità di accesso ai servizi***.** Le scarse risorse economiche e di isolamento di molti anziani li rendono particolarmente esposti a disuguaglianze nell'informazione sulla salute e nella funzione sui servizi. E' necessario pertanto promuovere la cultura della salute e facilitare l'accesso ai servizi, dando sostegno alle situazioni più disagiate.

A tale scopo si intende dare sempre più spazio al servizio di segretariato sociale con l'obiettivo di assicurare il diritto all'informazione rispetto alla rete dei servizi e di dotare il cittadino, che richiede aiuto e sostegno, di strumenti adeguati per accedervi in modo corretto ed appropriato.

Appropriatezza e flessibilità della rete dei servizi socio-sanitari **.**

L'anziano deve poter usufruire di risposte adeguate a ciascun livello di bisogno sociosanitario, attraverso servizi che lo allontanino il meno possibile dal proprio contesto familiare, interpersonale e relazionale e tali da essere validate scientificamente. A tal proposito è in atto una riflessione sulla possibilità di utilizzare alcuni spazi all'interno della struttura residenziale RSA di Castelnuovo Scrivia e la RSA di Pontecurone per svolgere attività socio-sanitarie e riabilitative a regime transitorio con una permanenza limitata nel

tempo, a favore di soggetti anziani ad alto rischio come per esempio coloro che hanno una età molto avanzata, indicativamente ultraottantenni, che intendono continuare a vivere presso la propria abitazione ma che al contempo vogliono evitare l'isolamento e ricevere il giusto supporto per evitare di perdere la propria autonomia.

Sostegno per poter convivere attivamente con la cronicità Gli anziani affetti da malattie croniche hanno diritto non solo alla continuità delle cure appropriate, ma anche alla opportunità della vita sociale. Pertanto è necessario dare sostegno alle famiglie, per garantire la permanenza a domicilio degli anziani parzialmente autonomi e non, evitando il rischio della istituzionalizzazione ogni volta sia possibile. Infatti, è stato avviato in collaborazione conl'ASL 20 il Progetto "domiciliarità sostitutiva ai ricoveri in strutture residenziali e sostegno del singolo e della famiglia". L'obiettivo del progetto è stato quello di offrire un 'assistenza domiciliare alternativa al ricovero da erogarsi in fasce orarie diurne utili alla famiglia per garantire al diretto interessato prestazioni proprie di assistenza domiciliare ed alla famiglia, sicurezza, tranquillità e possibilità di mantenere il lavoro fuori casa (Assistenza Domiciliare Prolungata).

Promozione dell'integrazione tra servizi sociali e sanitari. Nell'anziano fragile i bisogni fisici, psicologici e sociali sono particolarmente intrecciati con il rischio di perdita di autonomia. Le risposte più adeguate a tale situazione sono date da una rete di servizi capace di una valutazione globale dei bisogni e di una gestione integrata degli interventi sociali e sanitari.

Lo sviluppo del progetto prevede una più puntuale definizione del livello di fragilità economica delle famiglie a cui si intende prioritariamente offrire il sostegno e delle risorse economiche necessarie a garantirlo.

Il punto di forza del progetto è la famiglia; tuttavia la sua progressiva nuclearizzazione per i consolidati trend demografici e la tendenza nei paesi europei all'allontanamento (anche geografico) dei familiari dalla vita degli anziani, inducono ad una ricerca attenta di altre possibili reti di sostegno, non necessariamente istituzionali, valorizzando le alleanze nuove che si stanno configurando nelle relazioni degli individui fragili (il vicinato, il volontariato, le cooperative sociali, etc.).

Il progetto già indica un percorso: quando la famiglia non è in grado di assistere da sola l'anziano, viene prospettato un aiuto di buona qualità ad un prezzo contenuto mediante una logica di mercato che prevede lo sviluppo di una pluralità di offerte fra cui operare una libera scelta e che liberamente può essere revocata.

1.Assicurare tutte le prestazioni di assistenza domiciliare sia domestica che integrata

2.Sostenere lo sviluppo di erogatori pubblici e privati nell'area dell'assistenza domiciliare

Formazione alla multidisciplinarità, alla qualità delle prestazioni e alla umanizzazione dei servizi: il rapporto ottimale fra anziani ed operatori è fondamentale per l'adeguatezza degli interventi e la loro efficacia. E' importante che la formazione sia mirata ad un cambiamento di mentalità, che veda l'anziano non più come uno stereotipo negativo, ma come risorsa nel rapporto intergenerazionale. Nell'ottica di sviluppare sempre più l'impegno progettuale ed operativo verso quelli anziani più esposti a rischio di disabilità e molto svantaggiati nell'accesso e nella fruizione dei servizi, intendiamo avviare un rapporto di collaborazione con le Associazioni di Volontariato fortemente radicate nel territorio di appartenenza, individuando alcuni possibili servizi ed attività di intervento come il telesoccorso, il sostegno alla socializzazione gestibili in modo congiunto attraverso un miglior uso congiunto delle risorse attualmente a disposizione.

Programma – Strutture Residenziali per anziani

Il programma prevede di:

- Accrescere il livello di interazione tra gli ospiti delle strutture residenziali e l'ambiente esterno con il coinvolgimento del volontariato.
- Apertura delle strutture residenziali e diurne alla comunità locale nella quale sono inseriti e promozione di incontri intergenerazionali in particolare tra bambini e anziani.
- Centri diurni che sappiano coniugare il sollievo alle famiglie e l'offerta di attività riabilitative, ricreative, di socializzazione per persone parzialmente autosufficienti in condizioni di isolamento fisico e/o relazionale.
- Utilizzare in modo flessibile gli spazi disponibili all'interno delle RSA per anziani non autosufficienti per dare risposte plurime ed al contempo più aderenti alle richieste delle famiglie in difficoltà nel gestire i propri familiari.
- Introdurre la certificazione di qualità nelle RAF/RSA gestite, per conto del CISA, da Cooperative al fine di mettere in moto un processo migliorativo continuo.
- Partecipare attivamente e collaborare con l'ASL, Comuni consortili, altri soggetti pubblici e del privato sociale per lo sviluppo di una rete di servizi socio sanitari residenziali e diurni.
- Necessità di integrazione tra i diversi soggetti presenti nel territorio consortile per ottimizzare le risorse disponibili e fornire un livello uniforme di residenzialità su tutto il territorio consortile.

Finalità da conseguire.

Si prevede di:

- portare alcuni servizi a domicilio, incrementando ed adeguando, in un'ottica di sempre maggiore integrazione, con le risorse presenti sul territorio, i servizi socio-assistenziali, i servizi sanitari, le associazioni di volontariato e le cooperative. L'idea fondante l'organizzazione di tali interventi è quella di creare una rete di supporto alle condizioni di disagio degli anziani, in un ottica di integrazione degli interventi e dei servizi.

Motivazione delle scelte

- Elevare il livello di qualità di vita degli ospiti presenti nelle strutture per anziani non autosufficienti gestite dal CISA sia in forma diretta che indiretta con lo sviluppo di attività finalizzate alla stimolazione psico-fisica e al mantenimento delle capacità residue.
- Ottimizzare ed omogeneizzare la qualità delle prestazioni e dei modelli organizzativi.

9.2. Obiettivi e programmi area minori

⇨ Minori e adolescenti in difficoltà; E' ormai unanimemente condivisa la convinzione che nei mondi giovanili il disagio sia una componente assai frequente, capace di condizionare in modi a volte anche pesanti, la vita di ogni giorno.

Di una parte di questo fenomeno, quantitativamente la meno rilevante, si occupano o, per lo meno, si preoccupano le istituzioni e le agenzie educative: si tratta di quelle forme di disagio che provocano manifestazioni e comportamenti molto visibili e molto rumorosi e di rottura con l'ambiente esterno.

La delinquenza, le tossicodipendenze, le devianze violente e distruttive, le azioni di inciviltà più clamorose sono tutte espressioni forti di un equilibrio frantumato, che per la loro evidenza e per l'inquietudine che suscitano sono in grado di richiamare l'attenzione pubblica e di spingerla all'iniziativa ed all'intervento.

Su questo tempo, l'agire collettivo, può conoscere disattenzione, carenze ed inefficienze, ma non manca certo di esperienze di riferimento che, con gli anni, si sono sviluppate, radicate e via anche raffinate.

L'azione nei confronti di questo aspetto del disagio giovanile-minorile si impone, dunque, non solo dal punto di vista preventivo, ma ancora più, forse, seguendo i percorsi oggi spesso trascurati della tutela dei diritti.

Un aspetto importante, potrebbe essere quello di affrontare concretamente uno, non certo l'unico, degli aspetti in cui si materializzano tante forme di disagio silenzioso.

Si tratta della questione relativa alla gestione dei conflitti ed alla ricerca di una loro possibile mediazione. L'impossibilità di trovare, nel corso dei conflitti che si vivono quotidianamente, riferimenti normativi ed umani, capaci di soccorso ed appoggio, è fonte crescente di disagio e di insicurezza in particolare negli ambienti urbani.

E se ciò avviene, in generale per tutti i cittadini, è inevitabile che avvenga con maggior sofferenza e lasciando "strascichi" più pesanti proprio nei più giovani.

E' infatti gioco forza che, dalla solitudine in cui si viene lasciati, in questi casi maturi e cresca la convinzione che queste situazioni debbano essere affrontate col quel " fai da te " improvvisato, povero di risorse, sgangherato che i giovani in genere e quelli più deboli fra di essi possono mettere in azione. Fughe dolorose, negazioni irrazionali, attacchi spropositati o bisogni imperiosi di risarcimento finiscono col lasciare i giovani di fronte ai loro conflitti sempre insoddisfatti ed avvolti da sensi di colpa o da vissuti di inadeguatezza.

Da qui, per molti, scaturisce anche la tendenza a "vittimizzarsi" di fronte all'altro del conflitto, assumendo come proprio il ruolo passivo di chi è destinato a subire, magari sino

a quando non capiterà di incontrare soggetti più deboli su cui rifarsi.

Programma – Attività Socio educative per minori
Il programma prevede di:

- Costituire un sostegno alla famiglia ed alla relazione adulto-bambino, tra famiglie e tra famiglie e comunità. Il programma si colloca in uno spazio intermedio tra le esperienze più strettamente familiari e quelle più specificatamente istituzionali (asilo nido, scuola materna, scuola elementare), con la funzione di offrire la possibilità di sperimentare una rete di relazioni, attenzioni, collaborazioni, informazioni nella prospettiva di comporre una nuova e più ampia socialità.

- Sostenere i minori nel percorso scolastico con progetti mirati alla ricerca di uno spazio di crescita “guidato” e “sostenuto” ricercare e creare un sistema di rapporti ed occasioni di coinvolgimento dei soggetti del privato sociale, del mondo del volontariato per offrire ai minori ed in particolare ai pre-adolescenti opportunità di sostegno anche di tipo informale, di ascolto, di appoggio.

- Attivazione di forme di partecipazione degli adolescenti alla vita della loro comunità locale, creando spazi di socializzazione e per il tempo libero protetti, anche in collaborazione con gli istituti scolastici.

- Rafforzamento ed estensione dell’affidamento familiare come modalità di risposta al disagio familiare, in alternativa all’istituzionalizzazione.

- Aiutare gli adolescenti nel difficile percorso di avvicinamento al mondo del lavoro individuando un percorso adatto a permettere loro di interagire con l’ambiente lavorativo in modo responsabile.

- Sviluppare e stimolare, nei minori in condizione di elevato rischio di emarginazione interessi, attitudini, attraverso l’attivazione di strumenti di osservazione e di utilizzo di spazi fisici quali contenitori adeguatamente strutturati per svolgere attività a valenza socio educativa.

- Provvedere al raccordo di tutte le agenzie territoriali che intervengono sul disagio minorile, utilizzando linguaggi e modalità di approccio univoci e conformi alla complessità delle situazioni.

- Stimolare la progettazione degli interventi rivolti ai bambini e agli adolescenti di oggi che sono difficili da decifrare e difficili, soprattutto, da “governare”, e dall’altra, individuare una comune strategia per migliorare la vita dei “cittadini in crescita” e consentire a loro sempre di più l’appagamento di fondamentali bisogni di sviluppo umano.

Finalità da conseguire.

- Raccogliere informazioni sia a livello quantitativo che a livello qualitativo al fine di meglio prefigurare le aree di maggiore criticità dei minori in ambito scolastico con la collaborazione della scuola.
- Sostegno nel percorso di inserimenti lavorativi degli adolescenti con difficoltà ad instaurare rapporti stabili e codificati attraverso la sperimentazione di “borse lavoro”.
- Promozione di occasioni di crescita del minore finalizzate a sviluppare le proprie capacità decisionali e gestionali rispetto al progetto di vita.

Motivazione delle scelte.

- Implementazione interventi educativi con il coinvolgimento della scuola, delle associazioni di volontariato, sportive, ecc. per i minori scolarizzati;
- Ricerca di spazi lavorativi per introdurre i giovani seguiti dal servizio sociale con adeguato supporto educativo nel mondo del lavoro.

9.3. Obiettivi e programmi area famiglia

Gli esseri umani come individui hanno diritti e doveri nei confronti della famiglia e della società. La loro felicità individuale, le loro possibilità iniziali e di sviluppo dipendono strettamente dal modo nel quale la politica definisce il ruolo della famiglia e da come la società dispone e realizza la sicurezza sociale e la giustizia. C'è ancora molto da recuperare, sia nella politica familiare che in quella sociale.

La famiglia costituisce il nucleo della società. I bambini sono educati all'interno delle famiglie e in questo ambiente limitato e protetto apprendono molte cose delle quali hanno bisogno nella vita sociale.

Oggi la pressione sulle famiglie va aumentando per le esigenze crescenti del lavoro, per le maggiori possibilità di autorealizzazione dei singoli e per gli allettamenti del mercato sul piano materiale. Parallelamente continua a diminuire il tasso delle nascite e ciò provoca un invecchiamento della società.

La nuova fase di interventi, dovrà essere caratterizzata dal recupero di un'azione organica che coinvolga in maniera sistematica le famiglie, gli Enti, gli operatori dei vari settori per favorire il benessere complessivo delle persone affette da minorazioni. Si può quindi affermare che *l'integrazione del disabile passa per l'interazione dei servizi.*

Il CI.S.A Tortona intende continuare a programmare progettare e sviluppare interventi volti a garantire, al portatore di handicap la dignità umana, i diritti di libertà e di autonomia alla persona, la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro, nella società; rimuovendo le condizioni invalidanti che ne impediscono lo sviluppo per il raggiungimento di una ampia autonomia e di partecipazione alla vita di collettività, favorendo la riabilitazione.

Programma – Servizio Sociale

Il programma prevede di:

- Potenziare l'Assistenza Domiciliare ed aumentare il grado di flessibilità in relazione alla variabilità delle richieste, tenendo conto che le reti familiari e l'insieme dei bisogni cui esse tradizionalmente facevano fronte si sta modificando.
- Integrare nell'Assistenza Domiciliare l'attività svolta dal volontariato cercando di creare una rete di servizi al fine di aumentare il livello di efficacia delle prestazioni offerte agli utenti.
- Promuovere la nascita di uno sportello che si occupi del servizio di segretariato sociale, ovvero dell'informazione sulla situazione delle risorse e dei servizi pubblici, privati

e misti messi a disposizione dei cittadini, oltre che sulle modalità per accedervi ed utilizzarle correttamente.

- Promuovere interventi integrati e protocolli operativi con i servizi sanitari aggregando risorse attorno ad una progettualità a domicilio sufficientemente attrezzata per soddisfare le molteplici dimensioni della realtà territoriale consortile.
- Incrementare la % di interventi a favore di anziani non autosufficienti e ad alto rischio di invalidità permanente con particolare attenzione alle reti familiari su cui ricade il gravoso compito di assistere i soggetti in difficoltà.
- Incrementare l'assistenza economica per intervenire su specifiche esigenze di soggetti deboli quali i nuclei monoparentali e le famiglie di immigrati con presenza di minori che manifestano difficoltà nel reperimento di risorse.
- Sostenere, al momento dell'inserimento nella realtà locale i soggetti extracomunitari con particolare riferimento a quelle situazioni di isolamento e di scarsa integrazione sociale legata a fattori culturali, linguistici, di costume, religiose e di quante altre varietà di comportamento sono ad essi connessi.
- Potenziare l'attività di assistenza sociale ed acquisire un modello operativo omogeneo, che pur nel rispetto delle specificità dei singoli territori, sia in grado di far fronte a problematiche sempre più complesse ed articolate, ispirandosi ad interventi di rete, adottando metodologie che cerchino di sviluppare il massimo delle potenzialità degli attori in gioco assicurando la partecipazione ed il coinvolgimento di tutti i soggetti che si muovono attorno ai problemi sociali.

Finalità da conseguire.

Si prevede di:

- Estendere il S.A.D. a favore di soggetti privi di sostegno alcuno e in precarie condizioni di salute anche nei giorni festivi concordando con l'Assistente Sociale il progetto di intervento e le relative modalità di erogazione.
- Organizzare, a livello sperimentale, il servizio pasti a soggetti con disagi sia personali che ambientali con particolare riferimento al territorio della Comunità Montana e del territorio collinare.
- Potenziare il Telesoccorso introducendo criteri di accessibilità il più aderenti possibili alle necessità non solo di tipo sanitario e secondo livelli di assistenza conformi alle condizioni sociali dei richiedenti.

- Coinvolgere i Medici di Base e tutti quei soggetti definibili “esperti grezzi” presenti nel territorio (parroci, amministratori, farmacisti, volontari, ecc.) che hanno una conoscenza diffusa degli anziani, delle famiglie in difficoltà e delle loro esigenze.
- Raccordo con l’Ospedale Civile di Tortona al momento delle dimissioni per garantire all’utente del S.A.D. la ripresa in carico.
- Rispondere in modo organico e completo alla molteplicità di richieste in continua evoluzione e trasformazione che giungono al Servizio Sociale. Ne consegue un investimento in termini di professionalità sociale adeguatamente formata in grado di cogliere i cambiamenti sociali ed ambientali in atto ed intervenire con progetti individualizzati mirati alla peculiarità dei soggetti in condizioni di difficoltà.
- Predisporre modalità di erogazione dell’assistenza economica non più solo legata al criterio esclusivo della povertà materiale ma come strumento integrativo ad altri interventi per evitare di perpetuare interventi sterili e scarsamente significativi per il soggetto in condizioni di debolezza.

Motivazione delle scelte.

- Disporre di un patrimonio informativo alla verifica e al controllo degli interventi socio assistenziali;
- Strutturazione dell’intervento di servizio sociale mirato all’analisi della domanda e del modello di erogazione delle risposte tenuto conto della rapidità dei mutamenti sociali.

9.4. Obiettivi e programmi disabili

La scelta da parte del Consorzio di lavorare per progetti e in sinergia con tutti gli Enti, pubblici e privati, con le associazioni di volontariato del territorio costituisce una strategia per coniugare analisi dei bisogni, ideazione e creatività, programmazione e utilizzazione delle risorse ai fini di rispondere in modo efficace ed efficiente ai bisogni delle persone handicappate , del loro nucleo familiare e parentale e della società. Il lavoro così svolto si fonda sull'esercizio di responsabilità, sulla capacità di raccordo interprofessionale ed interistituzionale, sulla costruzione partecipata del progetto e sulla sua forte contestualizzazione.

L'obiettivo che si vuol raggiungere è quello di favorire concretamente le persone con handicap, affinché possano condurre una vita di relazione, e superare le difficoltà connesse allo svolgimento dei fondamentali atti della vita quotidiana ed in particolare a favorire processi di autonomia e di integrazione nel contesto sociale.

I nuovi programmi prevedono di:

- Sviluppo di servizi di assistenza a domicilio per favorire la permanenza dei disabili presso la propria abitazione anche quando momentaneamente privi di sostegno familiare, per sollevare la famiglia (quando presente) e per permettere al disabile un soddisfacente uso del tempo libero.
- Sviluppo di piani di apprendimento o recupero di capacità nella gestione della vita quotidiana, anche in vista del "Dopo di noi", cioè del momento in cui la famiglia non è più in grado di assistere il disabile.
- Mantenimento e sostegno a favore dei soggetti portatori di handicap di progetti individuali finalizzati all'inserimento nel mondo del lavoro e nella vita sociale allo scopo di mantenere livelli di autonomia e capacità integrative aderenti all'ambiente di vita circostante.

- Realizzare progetti utilizzando i finanziamenti erogati dall'Assessorato all'Assistenza della Regione Piemonte in applicazione della Legge Nazionale 104/92 e successive modificazioni ed integrazioni, mirati ad interventi a favore di soggetti portatori di handicap gravi e gravissimi nel tessuto sociale lavorativo, familiare, nonché interventi di supporto socio educativo ad integrazione delle attività svolte in ambito scolastico.

Finalità da conseguire:

Potenziamento delle attività socio educative all'interno del Centro Diurno per Disabili di Castelnuovo Scrivia. Integrazione socio educativa a favore dei disabili inseriti nelle scuole del territorio consortile sulla base di accordi specifici con le singole realtà. Raccordo tra i diversi soggetti ed Enti interessati (Comuni,Provincia, ASL, ANFFAS, Centro Paolo VI, ecc.) a percorsi di sostegno e di appoggio del disabile nel mantenimento delle proprie capacità residue.

Motivazione delle scelte

Si vuole impostare un modo di lavorare che non deve sconvolgere la vita dell'utente, ma che, nel massimo rispetto delle sue abitudini, vuole stimolarne l'autonomia, incoraggiandolo a prendersi cura di sé; un tipo di supporto mirato a garantire le migliori condizioni di vita. Le prestazioni non devono pensare l'utente come un puro fruitore di servizi, ma anzi vederlo protagonista della sua vita, coinvolgendolo nelle attività per confermargli di essere ancora il gestore responsabile della propria persona.

Fornire risposte plurime, differenziate ed articolate in stretta connessione con le agenzie territoriali, con la creazione di spazi socio terapeutici, educativi-assistenziali, (residenziali e semiresidenziali) connotati da un forte coinvolgimento della famiglia, laddove esiste, e mantenendo uno stretto raccordo nell'ambiente di vita e nel territorio dove il soggetto e la famiglia sono inseriti.

Sostegno alla famiglia con disabili gravissimi affetti da gravi patologie fisiche e mentali con interventi di assistenza domiciliare e con la programmazione di momenti di sollievo alla famiglia stessa anche con attività fuori dal proprio ambito lavorativo.

Incentivazione dell'inserimento dei soggetti disabili in attività lavorative con finalità terapeutiche.

9.5. Obiettivi e programmi attivita' generali e formazione

Il costante percorso di crescita interna del C.I.S.A. ha portato nel corso degli anni all'organizzazione di un Ente sempre più strutturato, sempre più vicino a quelle che sono le esigenze ed i bisogni presenti sul territorio e con un numero crescente di servizi rivolti alle persone in condizioni di disagio. Questo ha contribuito, nel corso degli anni, ad incrementare il numero degli utenti, a sostenere di conseguenza molte persone in difficoltà ed in condizione di grave disagio sociale.

In un ottica di miglioramento della qualità dei propri servizi e dei propri interventi il C.I.S.A. sta organizzando le proprie modalità di intervento in modo sempre più attento a quelle che sono le esigenze e le necessità dei cittadini. Per realizzare una tale politica di interventi socio assistenziali, sempre più mirata a quelli che sono i continui e i nuovi bisogni presenti sul territorio consortile, il C.I.S.A. sta impegnando parte delle proprie risorse nei seguenti ambiti di intervento:

- Ricerca e monitoraggio della popolazione e del costante processo di invecchiamento, delle condizioni e delle situazioni di particolare disagio sociale, delle risorse presenti sul territorio;
- Promuovere attività di formazione professionale a valenza socio-assistenziale creando occasioni di lavoro in particolare per quella fascia femminile collocata in posizione di marginalità rispetto al mercato occupazionale.
- Organizzare, con la collaborazione di alcune associazioni di volontariato, corsi di formazione per i volontari che hanno intenzione di collaborare nell'ambito dell'assistenza sociale, per prepararli ad entrare in relazione con l'utente in difficoltà, e migliorare la qualità di vita di quest'ultimo.
- Necessità di introdurre, a fronte dei cambiamenti normativi, dell'introduzione di nuovi modelli culturali di sicurezza sociale, dei processi organizzativi e lavorativi più dinamici, momenti formativi a favore del personale dipendente sia operante nell'area amministrativa che tecnica per affrontare le problematiche lavorative secondo un'ottica aperta al cambiamento e alle innovazioni.
- Necessità in termini di formazione, di elevare la qualità delle prestazioni consolidando il metodo del lavoro per progetti e per programmi. Per questo si intende programmare momenti formativi interni estesi anche ad altri soggetti presenti attivamente sul territorio.

- Descrizione Programma delle Attività Generali

- Consolidare una organizzazione del lavoro tesa al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni in termini di efficacia, di crescita del livello di professionalità secondo un modello lavorativo flessibile con una attenzione particolare alla valorizzazione delle risorse umane e allo sviluppo di una struttura organizzativa in grado di misurarsi con la complessità e l'evoluzione del bisogno sociale.
- Favorire livelli di formazione e di aggiornamento permanente del personale che rappresenta sicuramente un aspetto fondamentale nel favorire il miglioramento della qualità del servizio offerto. In tal senso vanno considerate le richieste di autorizzazione e finanziamento alla Regione Piemonte per l'organizzazione di corsi mirati al personale consortile con la possibilità di estendere tale occasione formativa ad altri soggetti (es. operatori sanitari, scolastici, volontari) con cui si è consolidato ormai da tempo un rapporto di collaborazione costante e di integrazione di prestazioni.
- Qualificare il Consorzio utilizzando in modo diffuso da parte del personale un sistema informatizzato che facilita l'istituzione di alcuni sistemi tra i quali quello informativo e quello del controllo di gestione che permette di sapere quanto si è efficaci ed efficienti. L'Ente si sta' impegnando in tal senso e intende perseguire tale obiettivo con l'adozione e lo sviluppo di programmi informatici da utilizzarsi in modo specifico sia nell'area Amministrativa che nell'Area Sociale. Lo sforzo, anche in termini di investimento di risorse umane, per realizzare un sistema informativo sempre rinnovato è determinante per creare le giuste sinergie tra le diverse componenti dell'organizzazione.
- Favorire la qualità introducendo modelli procedurali definiti secondo le diverse specificità professionali e prestazionali al fine di introdurre un modello operativo istituzionalizzato, omogeneo nel suo utilizzo, inteso come investimento a favore dei cittadini che esprimono un bisogno.

Finalità da conseguire.

In termini di qualità si intende a livello quantitativo di adeguare la forza lavoro con particolare attenzione all'area tecnica prevedendo di incrementare la dotazione organica nei limiti delle risorse disponibili con priorità all'incremento della dotazione organica nell'area socio educativa.

A livello qualitativo s'intende elevare la qualità delle prestazioni in termini di efficienza, efficacia e flessibilità, consolidando una organizzazione del lavoro snella, in grado di affrontare i cambiamenti senza rigidità, introducendo procedure informatiche e costruendo un sistema informativo caratterizzato da sistematicità ed attendibilità. Ottimizzare le risorse introducendo modalità organizzative e procedurali finalizzate ad implementare il Sistema Assicurazione Qualità.

Motivazioni delle scelte.

- Miglioramento e razionalizzazione delle procedure e del processo organizzativo;
- Controllo della qualità dei servizi erogati;
- Consolidamento della cultura della qualità sia del singolo operatore che più complessivamente della struttura.

- Descrizione Programma Formazione

- Promuovere attività di formazione professionale a valenza socio-assistenziale creando occasioni di lavoro in particolare per quella fascia femminile collocata in posizione di marginalità rispetto al mercato occupazionale.
- Organizzare, con la collaborazione di alcune associazioni di volontariato, corsi di formazione per i volontari che hanno intenzione di collaborare nell'ambito dell'assistenza sociale, per prepararli ad entrare in relazione con l'utente in difficoltà, e migliorare la qualità di vita di quest'ultimo.
- Necessità di completare il percorso formativo avviato nel triennio precedente per consentire ai servizi socio-assistenziali ed in particolare alle strutture residenziali in fase di riconversione strutturale di adeguarsi ai parametri di personale previsti per le RSA.
- Necessità di promuovere corsi di aggiornamento per elevare la qualità delle prestazioni, nell'ottica di un miglioramento strutturale e gestionale delle strutture per anziani e disabili e nella prospettiva di raggiungere un livello omogeneo di assistenza nel territorio consortile.
- Necessità di introdurre, a fronte dei cambiamenti normativi, dei nuovi modelli culturali di sicurezza sociale, dei processi organizzativi e lavorativi più dinamici, momenti formativi a favore del personale dipendente sia operante nell'area

amministrativa che tecnica per affrontare le problematiche lavorative secondo un'ottica aperta al cambiamento e alle innovazioni.

- Necessità in termini di formazione, di elevare la qualità delle prestazioni consolidando il metodo del lavoro per progetti e per programmi. Per questo si intende programmare momenti formativi interni estesi anche ad altri soggetti presenti attivamente sul territorio.

Finalità da conseguire.

In termini di formazione si intende promuovere corsi di 1^ formazione professionale per O.S.S., corsi integrativi per O.S.S. e corsi di aggiornamento sulle problematiche relative alla popolazione anziana non autosufficiente e alle famiglie in condizioni di elevato disagio psico sociale; promuovere corsi di formazione mirati al personale del Consorzio su tematiche specifiche prevedendo altresì momenti di scambio intraprofessionali e attività di supervisione.

Motivazione delle scelte.

Il programma istituito in coerenza con le indicazione della Regione Piemonte, è mirato a:

- Incrementare la forza lavoro locale da inserire nei servizi alla persona;
- Creare spazi di formazione permanente per gli operatore dei servizi socio sanitari territoriali.

- Sistema Qualità

Il consolidamento del Sistema Qualità ha consentito di compiere un'attenta analisi delle funzioni e delle attività del servizio costruendo così, in sintonia con i contenuti della certificazione di qualità , un modello organizzativo-gestionale più funzionale; ha inoltre permesso di documentare in modo organico e sistematico la vita del Servizio in termini di obiettivi, di metodologia e di risultati, rilevando anche aree critiche da trattare per giungere a soluzioni migliorative.

CONCLUSIONI

Nell'ultimo decennio, anche nel nostro paese si è affermata la necessità di ripensare le politiche sociali.

La riforma all'assistenza, ormai da anni auspicata, ha preso le mosse da una logica diretta non più ad un erogazione standardizzata di servizi preposti a "soddisfare" le esigenze di categorie predeterminate di soggetti, ma bensì orientata alla differenziazione, alla ricerca di interventi innovativi e personalizzati, volti a cogliere l'eterogeneità delle domande piuttosto che alla loro omologazione.

Il piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003, predisposto ai fini dell'attuazione della legge quadro sull'assistenza 328/2000, è nato in risposta all'esigenza di definire tempestivamente gli obiettivi strategici e gli indirizzi generali necessari all'avvio di un cambiamento nell'approccio all'assistenza.

Il Piano ha avuto come funzione principale l'orientamento e la mobilitazione di quella pluralità di attori che a diversi livelli, ruoli, responsabilità, competenze, ecc., si trovano coinvolti nella realizzazione di attività rivolte al sociale.

Inoltre il Piano ha stabilito le modalità e gli strumenti necessari al monitoraggio e alla verifica dei processi avviati e dei risultati conseguiti, allo scopo di eseguire opportune valutazioni ed introdurre adeguate modificazioni.

Il piano di zona nell'art. 17 del disegno di legge n. 1/2004 della regione Piemonte è il più importante strumento per la programmazione locale dei servizi alla persona e non è solamente un rapporto di ricerca sociale, ma è anche un atto amministrativo da adottarsi tramite accordo di programma.

Inoltre, diventa necessariamente un mezzo di comunicazione fra operatori, amministratori, cittadini utenti e cittadinanza organizzata.

Il doppio aspetto dei Piani di Zona, atti amministrativi e contemporaneamente comunicativi, e il pluralismo dei soggetti che sono coinvolti nella formazione rende indispensabile trovare accordi continui anche sulle parole che si utilizzano nei rapporti intersoggettivi.

L'assunzione di un sistema integrato al quale il C.I.S.A. ha molto lavorato nel corso degli ultimi anni, si è sforzato di promuovere un profondo cambiamento culturale in cui:

- il cittadino non è solo utente;
- le famiglie non sono solo portatrici di bisogni;
- le rete non si rivolge solo agli ultimi (o penultimi);
- l'assistenza non è solo sostegno economico;

- l’approccio non è solo riparatorio;
- il disagio non è solo economico;
- il sapere non è solo professionale;
- gli interventi sociali non sono opzionali.

La progettazione e la realizzazione di tale sistema è stata realizzata a livello locale:

- promuovendo la partecipazione attiva delle persone;
- incoraggiando esperienze aggregative;
- assicurando livelli essenziali in tutte le realtà territoriali;
- potenziando i servizi alla persona;
- favorendo la diversificazione e la personalizzazione degli interventi;
- valorizzando le esperienze e le risorse esistenti e del volontariato;
- valorizzando le professioni sociali;
- valorizzando il sapere quotidiano;
- promuovendo la progettualità verso le famiglie;
- prevedendo un sistema allargato di governo, più vicino alle persone.

Le politiche sociali del C.I.S.A., hanno dunque mirato a sostenere gli individui e le famiglie lungo un percorso che rispondesse ai bisogni sia quotidiani, sia esistenziali, emergenti nel corso della vita (con particolare attenzione agli elementi di fragilità), promuovendo le capacità individuali, del sistema famiglia e più in generale favorendo i legami interni alle comunità locali.

Nel corso degli ultimi anni, il C.I.S.A., ha dimostrato di avere le competenze e i rapporti professionali necessari per realizzare un efficace radicamento sul territorio nonché per sviluppare le capacità di conoscere le nuove esigenze emergenti elaborando risposte mirate ai problemi.

Si è provveduto quindi, a sperimentare, in tale realtà, modelli di intervento finalizzati alla razionalizzazione di interventi sociali e di organizzazione di servizi, con la finalità di individuare tipologie di intervento specifiche per fasce di utenza presenti nell’ambito della comunità; in particolare le linee programmatiche hanno teso ad evitare sovrapposizioni di Servizi nel fornire lo stesso tipo di aiuto e a creare sinergia di intervento tra i Servizi stessi.

Tutto ciò ha richiesto l’attivazione di collaborazioni che hanno coinvolto le istituzioni sia rispetto all’organizzazione interna, sia nei rapporti con l’esterno, con i servizi, le reti

familiari, le associazioni di auto e mutuo aiuto ed il volontariato, sulla base di una logica che valorizzi e sostenga tali risorse.
Come si evince dalla presentazione dell'attività svolta dall'Ente nel corso degli ultimi anni e dai programmi futuri, emerge chiaramente che il C.I.S.A. è pronto ad affrontare con successo il cambiamento in atto nello scenario del sociale, caratterizzato da nuovi bisogni e da sfide sempre più impegnative.

Nel corso dell'anno 2003 si è concretizzato il progetto di miglioramento continuo delle prestazioni e dei servizi erogati dall'ente. Si è infatti migliorata la qualità delle prestazioni in termini di efficacia e di crescita del livello di professionalità; ci si è orientati a favore della formazione e dell'aggiornamento permanente del personale; si è qualificato in termini di efficienza il Consorzio, introducendo l'utilizzo da parte del personale del sistema informativo interno (rete informatica e server); sono stati introdotti modelli procedurali definiti secondo le diverse specificità professionali e prestazionali al fine di introdurre un modello operativo istituzionalizzato.
Sempre al fine di migliorare la produttività è sviluppato un efficace Sistema di Valutazione delle prestazioni del personale.
Nell'ambito della formazione il CISA ha promosso attività formative non solo di aggiornamento al fine di elevare la qualità delle prestazioni nei servizi ma ha promosso attività di formazione professionale a valenza socio-assistenziale creando occasioni di lavoro in particolare per quella fascia femminile collocata in posizione di marginalità rispetto al mercato occupazionale.
Sono state realizzate e potenziate anche nuove attività socio educative per minori per sostenerli nel percorso scolastico con progetti mirati alla ricerca di uno spazio di crescita "guidato" e "sostenuto", cercando di sviluppare e stimolare anche nei minori in condizioni di elevato rischio di emarginazione, interessi e obiettivi; allo stesso modo si è cercato di aiutare di adolescenti nel difficile percorso del mondo del lavoro individuando un percorso adatto a permettere loro di interagire con l'ambiente lavorativo in modo responsabile.
Per quanto riguarda gli utenti disabili sono stati realizzati progetti mirati ad interventi a favore di soggetti portatori di handicap gravi gravissimi nel tessuto sociale lavorativo, familiare, nonché interventi di supporto socio educativo ad integrazione delle attività svolte in ambito scolastico. Allo stesso modo sono stati sostenuti progetti individuali finalizzati all'inserimento dei portatori di handicap.

Si tratta di un complesso orientamento operativo che deve trovare la sua applicazione operativa nel tempo per potersi consolidare e dare sempre maggiori risultati. Di conseguenza, anche nel 2004 il C.I.S.A. intende continuare sulla strada intrapresa e perseguire con determinazione i suddetti obiettivi di servizio, con particolare riguardo ai bisogni di aiuto della famiglia e del potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare.
Nell'area anziani si è puntato a promuovere una visione positiva dell'età anziana realizzando i seguenti obiettivi:

- sostenere le famiglie con anziani non autosufficienti
- innovare e diversificare l'offerta dei servizi e degli interventi
- riconoscere il diritto dell'anziano a scegliere dove abitare.

Tutto ciò, inoltre implica come nel passato, una integrazione tra assistenza e sanità che si dispiega lungo i diversi livelli di crescente governo al fine di evitare il rischio di abbandono, di sradicamento dalle abitudini e dal contesto sociale di vita, di segregazione in istituto;
Infatti il servizio sociale deve potenziare l'assistenza domiciliare, per incrementare la percentuale di interventi a favore degli anziani, e sostenere maggiormente i soggetti extracomunitari nell'inserimento nella realtà locale nonché aumentare gli interventi verso i nuclei e le famiglie di immigrati con presenza di soggetti deboli e minori.
In coerenza con le scelte di attività indicate per il 2004 si osserva che, i dati emersi dai grafici riportati nei precedenti capitoli per quanto riguarda l'andamento degli utenti e delle prestazioni fornite dal CISA possiamo concludere che:

a) gli utenti del CISA sono in continuo aumento a causa dell'incremento costante della popolazione anziana, dell'immigrazione e di conseguenza dell'aumento del tasso di disoccupazione, del peggioramento dello stato di salute dei cittadini, in particolar modo dei disabili

b) aumentano di conseguenza le prestazioni offerte verso le fasce di popolazione in condizioni di grande disagio sociale. Risultano in forte aumento le prestazioni di assistenza domiciliare essendo obiettivo del CISA permettere ai disabili ed agli anziani non autosufficienti di rimanere all'interno del proprio nucleo familiare.

Parallelamente al costante aumento della richiesta di servizi dobbiamo sottolineare che non corrisponde un proporzionale incremento delle entrate economiche che al contrario risultano essere lievemente diminuite nell'arco dell'ultimo anno.
Un segnale di efficienza è anche dato dal mantenere invariato l'importo dei ticket richiesti dai terzi per i servizi resi a pagamento (Assistenza domiciliare e Rette per ospiti nelle strutture per non autosufficienti).
Per quanto riguarda l'organizzazione interna dell'ente sono stati compiuti molti sforzi per riuscire a gestire nel migliore dei modi il considerevole aumento di richiesta di servizi e per migliorare la qualità dei servizi stessi offerti ai nostri utenti.
L'obiettivo gestionale da conseguire nel prossimo triennio sarà quello di continuare ad agire in stretta integrazione con le altre agenzie territoriali tra le quali i Comuni, l'ASL, la Scuola, le Forze dell'Ordine, il Volontariato, le Cooperative e il Privato Sociale, al fine di sviluppare ulteriormente i positivi "effetti di rete" attraverso una modalità comune di programmazione degli interventi a favore dei soggetti in situazioni di difficoltà non solo materiale ma anche socio-culturale che troverà un momento di peculiare valorizzazione nel processo di collaborazione del piano di zona socio sanitario come previsto dalla Legge regionale.
Sarà, inoltre, importante mantenere alto il livello di progettualità e di innovatività dell'Ente che deve sempre di più aspirare alla ricerca ed analisi delle migliori pratiche attuate nei diversi ambiti del comparto socio-assistenziale.In tale ottica, il C.I.S.A., consapevole del ruolo fondamentale delle proprie risorse umane, intende mantenere alta, anche nel triennio 2004/06, l'attenzione sulle attività di formazione e organizzazione utili ed elevare il livello di integrazione e professionalità del proprio personale, anche potendo contare sull'accreditamento che prevede una valorizzazione delle risorse umane.
La presenza di personale altamente qualificato consentirà all'Ente, in coerenza con la propria missione, di valorizzare le capacità operative, di progettazione, sperimentazione e messa a punto delle migliori e più efficienti modalità di risposta ai suddetti bisogni nonché di controllo e monitoraggio dell'erogazione dei servizi affidati a soggetti terzi esperti secondo elevati standard di qualità.
Come appare, quindi, evidente dalle attività svolte dal 2000 ad oggi, dai programmi presentati e dai numerosi progetti elaborati, l'Ente dimostra di essere sempre più una struttura snella e qualificata in grado di proporre e sperimentare nuovi ed efficaci modelli di assistenza.

Inoltre, come si può constatare anche da questo bilancio di previsione, il C.I.S.A. dimostra un'oculata gestione delle risorse finanziarie ed una particolare attenzione alla ricerca di nuove fonti di finanziamento che consentano il miglioramento quali-quantitativo dei servizi, oltre che una progressiva messa a punto di metodologie di controllo della gestione.

La qualità della vita sul nostro territorio dipende dalla capacità e volontà di operare con una logica di sistema integrato fra sanità e assistenza, dove in un clima di reale collaborazione, ciascun soggetto, pubblico o privato, svolge le funzioni di propria competenza ricercando ogni possibile sinergia nel comune e primario obiettivo di valorizzare la centralità della persona e della famiglia.

PROGETTO "PROGETTO 0/6 MESI DI VITA"

1.1 Descrizione del progetto

Il progetto che si intende realizzare si articola in due parti strettamente correlate e che interessano i due aspetti più importanti relativi ad una buona gestione ed organizzazione del rapporto madre – bambino in uno dei periodi di vita e di sviluppo più delicati e significativi per entrambi.

I due aspetti per i quali verranno realizzati gli interventi sono: un sostegno alle neo-mamme che dopo aver trascorso un periodo in cui tutte le attenzioni erano rivolte verso "la mamma in attesa", si sono trovate sole a gestire una situazione totalmente nuova e piena di responsabilità, crescere un bambino; un sostegno alla genitorialità alla luce anche delle informazioni più concrete ed indispensabili necessarie alla gestione del rapporto madre-bambino, all'organizzazione famigliare e del lavoro.Il principale strumento di intervento per la realizzazione degli obiettivi del progetto saranno gli incontri di gruppo come momento per incontrarsi, raccontare le proprie gioie, scambiare le proprie esperienze e condividere i propri dubbi e le perplessità che emergono nella crescita dei propri bambini.

1.2. Motivazione delle scelte

Il periodo del puerperio, ovvero quello delle prime settimane dopo il parto, può essere davvero impegnativo per i neo-genitori. Nel passato esisteva una presenza forte della madre della puerpera, o di un'altra figura femminile, in grado di sostenere la mamma e il papà che il più delle volte hanno poca esperienza su come crescere un neonato, e che una volta tornati a casa dall'ospedale vivono spesso un momento di smarrimento: oggi è più facile che ci si trovi soli con la propria creatura.

Il bisogno di avere, in queste settimane tanto delicate, una persona di sostegno che possa guidare, consigliare e rassicurare sui tanti dubbi legati alle esigenze del bimbo è particolarmente forte per la neo-mamma, che deve far fronte a notevoli cambiamenti ormonali e fisici proprio nel momento in cui la presenza del piccolo trasforma radicalmente la sua quotidianità, segnando il passaggio da una vita attiva, ricca di contatti sociali e lavorativi, ad un periodo tutto dedicato a scoprire e soddisfare le mille esigenze del neonato, con una responsabilità continua e un inaspettato grado di stanchezza.

1.3. Finalità da conseguire

Gli obiettivi che il progetto intende raggiungere sono diversi, infatti, con l'attuazione della prima fase di interventi si cerca di dare non solo un sostegno concreto su più fronti ai neo genitori che si trovano a vivere un'esperienza "primordiale" e "naturale" come è la nascita di un bambino, in un contesto sociale dove tutto sembra dover essere interpretato, guidato, diretto e manovrato a proprio piacimento, con la sensazione di avere tutto sotto controllo ma rimanendo perplessi di fronte ad anomalie ed incidenti di percorso che in altre epoche avrebbero rappresentato la norma.

1.4. Risorse umane da impiegare

Le risorse umane impiegate nella realizzazione del progetto sono: Coordinatore del progetto, adest, ginecologo, psicologo, educatore, assistente sociale, mediatore culturale, pediatra, infermiera professionale, ostetrica.

1.5. Risorse strumentali da utilizzare

Materiale didattico, educativo, igienico, attrezzature ausili, materiale informatico

1.6. Coerenza con la normativa vigente in materia

Il progetto è stato presentato alla Regione Piemonte che con delibera della Giunta Regionale n. 23-6687 del 22/07/2002 approvava il bando per l'assegnazione di contributi per progetti a sostegno delle madri con figli 0/6 mesi proposti dagli enti gestori delle funzioni socio – assistenziali.

PROGETTO “PIANO PROGETTUALE LEGGE 104”

1.1. Descrizione del progetto

Le diverse attività contemplate nel progetto si struttureranno e si integreranno in quattro diversi ambiti di intervento e di approccio all’handicap.

Il primo è relativo allo sviluppo ed al potenziamento dell’autonomia dei portatori di handicap nei servizi educativi comunali, nell’extra scuola, nell’asilo nido e nei servizi estivi. I programmi avranno valenza socio - educativa, con l'obiettivo di sviluppare il massimo delle potenzialità del disabile nel campo dell'autonomia personale e sociale e utilizzeranno prevalentemente attività in piccoli gruppi. Attraverso progetti individuali si potrà, inoltre, rendere possibile l’inserimento precoce di bambini portatori di handicap presso l’asilo nido, favorendo il processo di identificazione con i pari età, migliorando le relazioni affettive ed interpersonali; favorire il processo d’inserimento nei servizi extra-scolastici e di tempo libero; garantire durante il periodo estivo la frequenza alla scuola materna estiva, al centro estivo ed ai servizi residenziali, rispettando l’ambiente naturale del minore e la continuità di un servizio.

Il secondo è relativo al potenziamento ed allo sviluppo degli interventi di sostegno al nucleo familiare, anche attraverso interventi di educativa territoriale. La prima e fondamentale istituzione assistenziale italiana è la famiglia. Si stima che il 15 per cento delle famiglie italiane siano direttamente interessate alle disabilità. Per il disabile grave la vita con i genitori può risultare la più efficace e la più completa delle soluzioni ai bisogni assistenziali.

1.2. Motivazione delle scelte

Ogni persona disabile, di qualsiasi età sia, ha diritto ad un sistema di aiuto che garantisca lo sviluppo massimo della sua personalità e ad un inserimento sociale il più attivo e partecipato possibile. Le persone con disabilità sono membri della società e hanno il diritto di rimanere all'interno delle loro comunità. Risorse, organizzazione dei servizi, progetti di integrazione tra interventi sociali e sanitari, disponibilità di pari opportunità per l'esercizio del diritto a conseguire una personale qualità della vita ragionevole e possibile, variano quantitativamente e qualitativamente nei diversi ambiti territoriali.

1.3. Finalità da conseguire

Il CI.S.A Tortona ha programmato progettato e sviluppato interventi volti a garantire, al portatore di handicap la dignità umana, i diritti di libertà e di autonomia alla persona, la piena integrazione nella famiglia nella scuola, nel lavoro, nella società; rimuovendo le condizioni invalidanti che ne impediscono lo sviluppo per il raggiungimento di una ampia autonomia e di partecipazione alla vita di collettività, favorendo la riabilitazione.

Questo piano progettuale, in sintonia anche con L. 328/2000, si configura come “strumento privilegiato e dinamico per conseguire forme di integrazione fra i vari servizi, mediante l’analisi dei bisogni, la definizione delle priorità e delle risposte, l’integrazione delle risorse istituzionali e sociali, la gestione creativa, flessibile e partecipata dei servizi”.

1.4. Risorse umane da impiegare

Le risorse umane impiegate nella realizzazione del progetto sono le seguenti: Adest, Educatore, Psicologo, Operatore in recupero attività funzionale, Assistente sociale, Tecnico della riabilitazione, Amministrativo.

1.5. Risorse strumentali da utilizzare

Materiale didattico, educativo, igienico, attrezzature ausili riabilitazione.

1.6. Coerenza con la normativa vigente in materia

Il progetto è stato presentato alla Regione Piemonte in base alla D.G.R. n. 32-6868 del 05/08/2002 “Criteri di ripartizione agli Enti Gestori delle funzioni socio assistenziali dei finanziamenti ai sensi della Legge 104/92, art. 42, comma 6, lettera q) e della legge 162/98 relativa all’handicap grave e gravissimo”.

PROGETTO "PIANO PROGETTUALE LEGGE 162"

1.1. Descrizione del progetto

Gli interventi che si intende realizzare sono:

- Stimolare i processi di identificazione, con i pari età e migliorare le relazioni affettive
- Valorizzare e supportare le risorse, le competenze e le relazioni familiari nell'espletamento di funzioni educative, di assistenza, di cura, anche con l'utilizzo di strutture e di strumenti appropriati,
- Fornire risposte che permettano di raggiungere il maggior grado di autonomia possibile.
- Sostenere e stimolare le capacità psichiche, sensoriali, motorie
- Favorire l'inserimento del disabile nel contesto territoriale
- Migliorare e sviluppare le competenze motorie, le abilità manuali, linguistiche e logico operative
- Favorire la continuità dell'inserimento e consolidare gli interventi di sostegno alla famiglia
- Ampliare rapporti socio-relazionali per mantenere o migliorare le proprie capacità residue in un contesto relazionali che comprenda il maggior numero di attori possibili evitando così che l'operatore divenga l'unico riferimento
- Favorire un approccio alla disabilità evitando situazioni di protagonismo

1.2. Motivazione delle scelte

La disabilità, è un problema sociale complesso che può essere correttamente ed efficacemente affrontato solo con interventi contestuali da parte delle istituzioni che se ne occupano a vario titolo.

Il fine non è soltanto quello di garantire l'organicità dell'azione, ma anche consentire un'utilizzazione razionale delle risorse ed impegnare formalmente le istituzioni coinvolte. Sarebbero numerosi gli aspetti ancora da definire per quanto concerne l'integrazione dei disabili in Italia. E' indubbio che numerosi sono stati i passi fatti in merito all'integrazione, già a partire da una normativa quasi assente o appena accennata sul problema fino ad arrivare alla costituzione di una vasta ed articolata normativa sui disabili. Si è visto come risulti di fondamentale importanza impostare rapporti di collaborazione con tutte le istituzioni presenti sul territorio, si sono visti quali sono i compiti delle varie istituzioni in materia di handicap e sicuramente meriterebbero di essere menzionate altrettante problematiche.

1.3. Finalità da conseguire

L'obiettivo che si intende raggiungere è quello di sostenere concretamente le persone con handicap, affinché possano raggiungere adeguati livelli di integrazione, condurre una vita di relazione, e superare le difficoltà quotidiane e favorendo inoltre, i processi di autonomia.

Migliorare la qualità della vita, sostenere le responsabilità familiari, intensificare l'attenzione sulle persone in situazione di disagio, promuovere la solidarietà sociale come base della convivenza civile affinché i bisogni trovino sempre risposta quali diritti di cittadinanza. Su queste premesse si i intende fondare il processo di superamento della concezione dell'handicap come "categoria" a sé stante, separata dal più ampio contesto sociale.

1.4. Risorse umane da impiegare

Le risorse umane impiegate nella realizzazione del progetto sono le seguenti: Adest, Educatore, Psicologo, Operatore in recupero attività funzionale, Assistente sociale, Tecnico della riabilitazione, Amministrativo.

1.5. Risorse strumentali da utilizzare

Materiale didattico, educativo, igienico, attrezzature ausili riabilitazione.

1.6. Coerenza con la normativa vigente in materia

Il progetto è stato presentato alla Regione Piemonte in base alla D.G.R. n. 32-6868 del 05/08/2002 "Criteri di ripartizione agli Enti Gestori delle funzioni socio assistenziali dei finanziamenti ai sensi della Legge 104/92, art. 42, comma 6, lettera q) e della legge 162/98 relativa all'handicap grave e gravissimo";

PROGETTO “ASSISTENZA TELEMATICA DOMICILIARE ANZIANI”

1.1. Descrizione del progetto

Il servizio che si intende strutturare, per la realizzazione del progetto, prevede la formazione di una figura professionale che individuate le persone anziane in difficoltà, che vivono nella comunità montana o collinare, porta a domicilio un servizio telematico che consente, la prenotazione da casa di esami sanitari, la compilazione e l’espletamento di moduli e pratiche per accedere a diversi servizi socio-assistenziali e sanitari ed allo stesso tempo, porta un sostegno relazionale a quegli anziani che molte spesso vivono in condizioni di totale solitudine. La figura professionale che si occuperà di questi interventi avrà anche la collaborazione di un’assistente sociale.

Nella realizzazione e nell’attuazione del progetto verranno, inoltre coinvolti, i comuni della comunità montana, i quali parteciperanno alla fase di sensibilizzazione verso gli abitanti del posto, contribuendo a sostenere ed integrare questi servizi con altri servizi assistenziali già esistenti.

1.2. Motivazione delle scelte

A seguito di un monitoraggio realizzato sul territorio di competenza del CISA – Tortona è emerso che nella comunità montana e nella comunità collinare c’è una alta percentuale di persona anziane che vivono in condizioni di solitudine, in abitazioni molto spesso difficilmente raggiungibili e comunque molto distanti dalle sedi dove poter usufruire dei servizi socio-assistenziali e sanitari.

L’analisi dei bisogni condotta su questo gruppo di persone anziane ha fatto emergere che le principali difficoltà sono da ritrovarsi nell’impossibilità degli anziani di raggiungere, per la loro condizione di salute e per la mancanza di mezzi di trasporto, i servizi sanitari ed assistenziali.

Oltre a tali difficoltà oggettive è emerso che molti anziani vivono in condizioni di solitudine ed in molti casi di totale abbandono.

1.3. Finalità da conseguire

L’obiettivo del progetto che si intende realizzare è quello di portare alcuni servizi a domicilio, incrementando ed adeguando in un’ottica di sempre maggiore integrazione, i servizi socio-assistenziali ed i servizi sanitari. L’idea fondante l’organizzazione di tali interventi è quella di creare una rete di supporto, alle condizioni di disagio degli anziani, integrando gli interventi di tutte le risorse presenti sul territorio.

1.4. Risorse umane da impiegare

Le risorse umane impiegate nella realizzazione del progetto sono le seguenti: Adest ed Assistente Sociale.

1.5. Risorse strumentali da utilizzare

Attrezzature Telematiche

1.6. Coerenza con la normativa vigente in materia

Progetto presentato alla Federsanità all’interno dell’iniziativa “tre progetti per favorire l’integrazione”. Obiettivo del progetto deve essere il miglioramento dell’integrazione dei servizi facendo riferimento alla Legge n. 328/2000.

PROGETTO “PROGETTO INDIPENDENZA E GRAVI PATOLOGIE”

1.1. Descrizione del progetto

Il progetto a rete di servizi di sostegno all’anziano che vive a domicilio e che si intende realizzare si articola e si struttura in tre parti ben definite ed interesserà un campione di 40 anziani affetti da gravi patologie. La prima parte prevede la realizzazione del servizio di telesoccorso per offrire, direttamente all’anziano, un sostegno ed una presenza in particolari casi di bisogno e di solitudine.

La seconda parte, prevede la realizzazione del servizio di pasti a domicilio per consentire a molti anziani di poter continuare a vivere nella loro abitazione anche in casi di particolare disabilità assicurando, inoltre, un adeguato apporto nutrizionale.

La terza parte, prevede infine, l’installazione di rilevatori di gas per prevenire molte situazioni pericolose non solo per l’anziano, ed evitare i tanti incidenti domestici che possono spesso si possono verificare.

1.2. Motivazione delle scelte

Le cause principali degli incidenti domestici sono da attribuire alla presenza di dislivelli, pavimenti sconnessi e scivolosi, fornelli e forni insicuri, arredi ingombranti e pericolosi, impianti non a norma. Secondo l’Istat per gli anziani le zone della casa più pericolose sono, come per i bambini, la cucina (39.6%) e il soggiorno o salone (12,9%).

Gli infortuni domestici non devono più essere considerati "tragiche fatalità", ma un problema di dimensioni nazionali che va affrontato con una adeguata politica di formazione e informazione su larga scala, incentivi volti alla prevenzione e all’acquisto di strumenti tecnologici che possono rendere le nostre case più sicure.

Una casa più sicura e più amichevole può facilitare la permanenza degli anziani nel proprio domicilio, fattore questo fondamentale per una vecchiaia serena. Occorre, però, anche una forte determinazione per affermare il principio che la casa è fatta per abitarci e non per attendervi da "murati vivi" il momento della fine.

1.3. Finalità da conseguire

L’obiettivo del progetto che si intende realizzare è quello di portare alcuni servizi a domicilio, incrementando ed adeguando in un’ottica di sempre maggiore integrazione, con le risorse presenti sul territorio i servizi socio-assistenziali, i servizi sanitari, le associazioni di volntariato e le cooperative. L’idea fondante l’organizzazione di tali interventi è quella di creare una rete di supporto, alle condizioni di disagio degli anziani, in un ottica di integrazione degli interventi e dei servizi.

1.4. Risorse umane da impiegare

Le risorse umane impiegate nella realizzazione del progetto sono le seguenti: Adest ed il Coordinatore del progetto.

1.5. Risorse strumentali da utilizzare

Materiale vario.

PROGETTO "CASA E SALUTE"

1.1. Descrizione del progetto

Il Progetto che si intende realizzare sarà strutturato nel seguente modo:

I) La prima fase comprende un primo intervento di sensibilizzazione relativo a tale problema e un intervento di monitoraggio delle risorse abitative e di rete presenti sul territorio.

II) La seconda fase prevede la realizzazione di una rete con le risorse individuate e presenti sul territorio, integrando i diversi servizi socio assistenziali e sanitari, al fine di sostenere il percorso di housing.

III) La terza fase prevede l'apertura di uno sportello al quale rivolgersi, ricevere informazioni, accoglienza ed essere inseriti in un percorso di housing

IV) La quarta fase è mirata alla realizzazione di interventi di sostegno non solo psicologico ma anche socio – educativo.

V) La quinta fase prevede, la valutazione costante del percorso di housing nel sviluppo ed il raggiungimento degli obiettivi.

VI) La sesta fase, una volta realizzati e conclusi un certo numero di percorsi di housing, prevede la costituzione di un gruppo di auto – mutuo aiuto che continui a proporre modelli di intervento e di gestione delle difficoltà relative ai problemi abitativi e sociali dei soggetti deboli.

1.2. Motivazione delle scelte

Il territorio tortonese presenta, al pari di altre realtà urbane del nostro Paese, un insieme di problemi abitativi che, se non adeguatamente affrontati, determinano fenomeni di esclusione sociale, ostacolano lo sviluppo economico ed occupazionale e rischiano di produrre situazioni di vera e propria emergenza come quella rappresentata dagli sfratti esecutivi che in questa fase incombono su centinaia di famiglie. Le dimensioni di tali problemi non vanno sottostimate perché destinate ad incrementarsi in relazione alle trasformazioni del tessuto familiare, alle esigenze di autonomia dei giovani, di assistenza degli anziani e all'incremento prevedibile dei flussi migratori che, a fronte del calo demografico, è anche necessario per garantire la tenuta del sistema economico e produttivo del nostro territorio. Accanto al problema del diritto alla casa per le fasce sociali più deboli, spesso rappresentate da anziani soli o in coppia, si è accentuata la difficoltà di nuclei familiari a reddito medio, di giovani coppie, di lavoratori immigrati e di studenti che non trovano risposta alle loro esigenze su un mercato delle locazioni limitato nella sua dimensione e con prezzi molto elevati

1.3. Finalità da conseguire

Con la realizzazione di questo progetto ci rivolgiamo ad un bisogno specifico: dare la possibilità di alloggio ed accoglienza temporanea a persone che stanno uscendo da uno stato di emarginazione o comunque di difficoltà.

Tutte queste persone infatti presentano difficoltà di questo tipo: carenza di un'adeguata protezione sociale, sanitaria e giuridica; assenza di legami affettivi familiari e amicali e con la comunità.

Le persone emarginate hanno maggiori difficoltà a reperire un alloggio ed è proprio per risolvere questo grave problema sociale che si è pensato di avviare questo progetto. Il Progetto Casa e Salute intende contribuire nel dare una risposta a queste situazioni.

Con la realizzazione di questo progetto ci rivolgiamo ad un bisogno specifico: dare la possibilità di alloggio ed accoglienza temporanea a persone che stanno uscendo da uno stato di emarginazione o comunque di difficoltà.

1.4. Risorse umane da impiegare

Le risorse umane impiegate nella realizzazione del progetto sono le seguenti: Adest , Educatore, Psicologo, Coordinatore e Assistente Sociale.

1.5. Risorse strumentali da utilizzare

Attrezzature Telematiche

PROGETTO "SERVIZIO DI COUNSELING"

1.1. Descrizione del progetto

Il superamento di servizi settoriali e l'alternativa introduzione di servizi integrati si fonda sulla necessità di considerare la globalità della persona in tutte le sue dimensioni, soprattutto in rapporto ai suoi disturbi, problemi o patologie correlati alla componente psicologica, sociale, familiare, relazionale e lavorativa, agli stili di vita e ai fattori ambientali.

L'Integrazione Socio-Sanitaria è pertanto una opzione strategica, sia da un punto di vista istituzionale che gestionale e professionale, in quanto la sola in grado di promuovere risposte unitarie a bisogni complessi del cittadino, che non possono essere adeguatamente affrontati da sistemi di risposte separate sanitarie e sociali.

Le urgenze del nostro tempo, si sono moltiplicate e complicate rispetto al passato, mutando notevolmente il concetto di normalità e aumentando lo spazio interposto fra essa e la patologia.

C'è una normalità ordinaria, in cui il ritmo dell'esistenza si svolge secondo modelli e programmi usuali, che rispondono più o meno serenamente alle incombenze della vita. Essa era la caratteristica delle società statiche precedenti.

Ma c'è anche una normalità da prestazione, in cui le urgenze esistenziali mettono alla prova la struttura della persona, risultato della sua formazione bioenergetica e mentale.

1.2. Motivazione delle scelte

In quest'ultimo periodo è sempre più viva la preoccupazione degli amministratori locali verso le problematiche a valenza socio sanitaria con particolare riferimento al disagio mentale, che richiedono una maggior attenzione nella loro gestione sul territorio.

I bisogni socio-psicologici appaiono sempre più diffusi nel tessuto sociale e richiedono uno sforzo mirato nell'incremento della rete degli interventi e dei servizi a misura della persona realizzando risposte sempre più diversificate ed integrate per ridurre i rischi della cronicizzazione.

1.3. Finalità da conseguire

L'obiettivo del progetto è quello di realizzare un Servizio di Counseling che consenta di intervenire sulle diverse forme di disagio sociale leggendo la sofferenza vera della persona, attraverso il legame psicologico.

I bisogni psicologici appaiono diffusi nel sociale, costruire una lettura attenta della domanda e una sua riformulazione in risposta di tipo professionale è la proposta di questo servizio.

La finalità del couseling, nello specifico, è quella di favorire la consapevolezza delle proprie difficoltà di tipo individuale o relazionale e promuovere un processo di cambiamento nel percorso formativo. L'intervento è centrato sul sostegno psicologico individuale con possibilità di utilizzare interventi di gruppo.

1.4. Risorse umane da impiegare

Risorse umane impiegate nella realizzazione del progetto: Psicologo

1.5. Risorse strumentali da utilizzare

Attrezzature Telematiche

PROGETTO “ INDACO”

1.1. Descrizione del progetto

Il progetto Indaco si inserisce come intervento innovativo nell’ambito del più ampio sistema di servizi di supporto e sostegno all’inserimento lavorativo avviato negli ultimi anni dalla Provincia sul proprio territorio, a seguito del decentramento attuato in materia di Servizi per l’Impiego e gestione delle politiche attive del lavoro. La realizzazione dei progetti locali, oltre a valorizzare le risorse peculiari di ciascun territorio, ha evidenziato il forte bisogno di sostegno all’integrazione socio-lavorativa da parte di donne a rischio di emarginazione socio-economica, un’utenza cui finora, sono state dedicati interventi solo occasionali e di natura prevalentemente assistenziale.

Con il progetto Indaco la Provincia intende dedicare una specifica attenzione a questa tipologia di utenza, connettendosi con i Consorzi dei Servizi Sociali al fine di riqualificare le esperienze più significative già realizzate ed interpretandole più decisamente sul versante delle politiche attive del lavoro. Si descrivono sinteticamente punti di forza ed elementi critici emersi dai progetti locali realizzati recentemente dalla Provincia, poiché è in base a queste esperienze che si è messa a punto il definitivo assetto della sperimentazione Indaco.

1.2. Motivazione delle scelte

L’iniziativa ha coinvolto circa un centinaio di figure strategiche nell’organizzazione del lavoro (associazioni di categoria sindacali e datoriali, enti locali, agenzie formative, grandi aziende, ecc.). Dai risultati della ricerca emerge la consapevolezza sociale della criticità della condizione delle donne sole ed economicamente svantaggiate, esposte a forte rischio di emarginazione dal mercato del lavoro. Tra le possibili strategie di sostegno di tale situazione si pone in prima analisi lo sviluppo di azioni combinate che permettano di fruire di strumenti diversi: formazione professionale e orientamento per la qualificazione/riqualificazione; forme contrattuali flessibili mixate a dispositivi formativi o contributi per la fruizione di servizi socio-assistenziali.

1.3. Finalità da conseguire

Il Progetto è rivolto a donne che si trovano in una condizione di difficoltà, sia strutturale sia di natura contingente, e si propone di migliorarne la qualità della vita attraverso un intervento complesso che, analizzando bisogni e risorse, ponga le basi per un cambiamento duraturo, nella prospettiva dell’autonomizzazione personale e dell’inserimento socio-lavorativo della persona.

1.4. Risorse umane da impiegare

Risorse umane impiegate nella realizzazione del progetto: Psicologo, Assistente Sociale, Educatore

1.5. Risorse strumentali da utilizzare

Attrezzature Telematiche

PROGETTO “SOSTEGNO ECONOMICO”

1.1. Descrizione del progetto

Tutti gli utenti che possiedono capacità lavorative, e che in temporanea difficoltà economica, fanno richiesta di un contributo, devono rendersi disponibili ad effettuare una prestazione lavorativa che si stabilirà, in base alla somma erogata come contributo, in un tot di ore da svolgersi presso i Comuni appartenenti al Consorzio.
Il C.I.S.A. individuerà un operatore che svolgerà la funzione di Tutor, per coordinare e verificare, l’effettivo svolgimento della prestazione lavorativa.
Le fasi principali in cui può articolarsi la prestazione sono le seguenti:

1. Verifica della disponibilità dei Comuni alla partecipazione del progetto;
2. Presa in carico da parte del Tutor, del soggetto attraverso la stipulazione di un contratto;
3. Verifica da parte del Tutor delle effettive capacità lavorative dell’utente, e in base a queste inserirlo nel contesto più idoneo;
4. Sulla base dei dati a disposizione del Tutor seguirà l’inserimento lavorativo;
5. Il Tutor si farà carico di monitorare lo svolgimento della prestazione lavorativa;
6. Al termine della prestazione si effettuerà la valutazione dei risultati raggiunti.

1.2. Motivazione delle scelte

Abbiamo avuto a che fare, nel corso degli ultimi anni, con un incremento esponenziale, di soggetti a rischio sociale e in stato di bisogno, ai quali viene erogato un contributo economico.
Si è giunti a pensare che gli interventi di assistenza economica devono modificarsi ove è possibile, in un più ampio quadro di servizi finalizzati alla promozione, al trattamento e all’integrazione sociale di chi si trova in difficoltà, favorendo la sua autonomia e la capacità di affrontare le diverse problematiche che si presentano.
A questo scopo le eventuali erogazioni economiche, dovranno essere definite nel quadro di un più ampio progetto di sostegno e di servizio, contrastando la dipendenza assistenziale, evitando così le erogazioni meccanicamente collegate a meri accertamenti formali.

1.3. Finalità da conseguire

Tutti gli utenti che possiedono capacità lavorative e che, in temporanea difficoltà economica, fanno richiesta di un contributo, devono rendersi disponibili ad effettuare una borsa lavoro che si stabilirà in base alla somma erogata come contributo.

1.4. Risorse umane da impiegare

Risorse umane impiegate nella realizzazione del progetto: Assistente Sociale, Educatore

1.5. Risorse strumentali da utilizzare

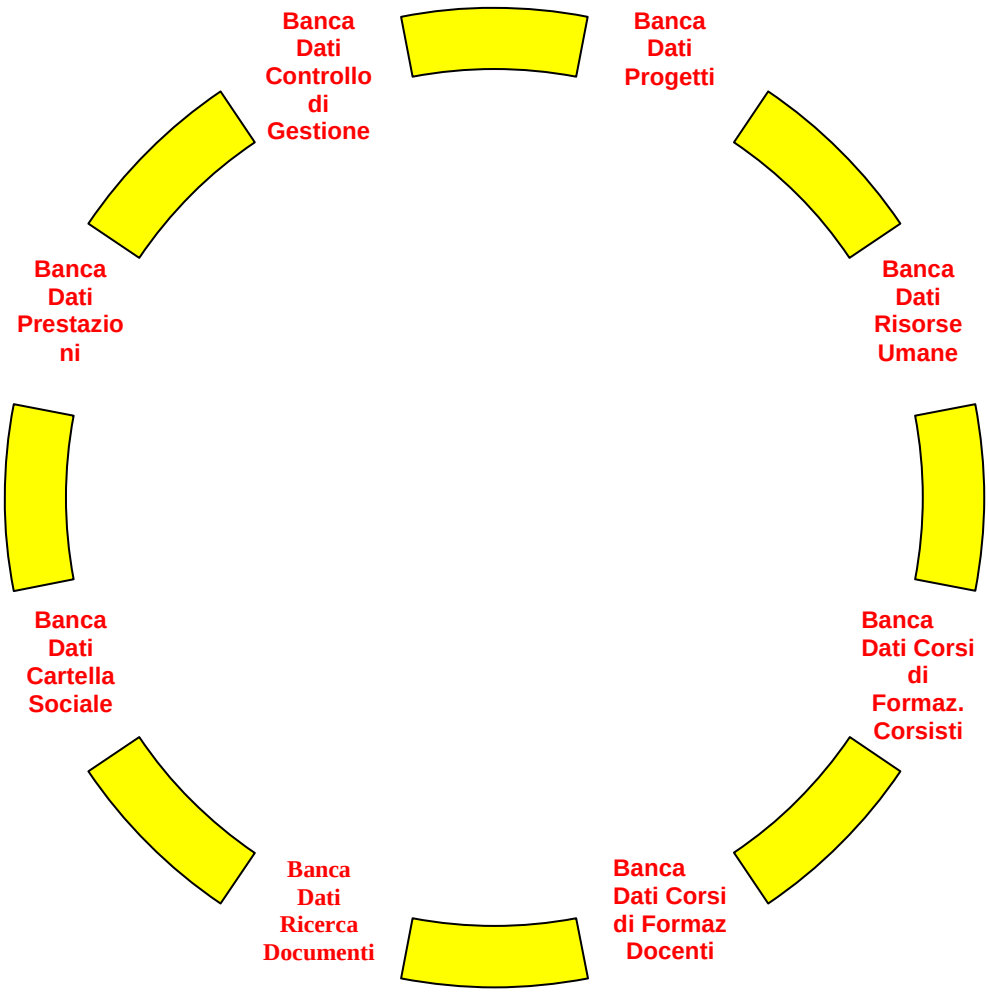
Attrezzature Telematiche

SINTESI DELLE PRINCIPALI ATTIVITA' REALIZZATE DAL 2000 AL 2004

- Graduale introduzione di un modello di approccio e di presa in carico dell'utenza più omogeneo ed al tempo stesso più flessibile ed aderente alle necessità espresse dai cittadini che si rivolgono ai servizi del CISA.
- Consolidamento di un servizio sociale articolato a livello territoriale, il più possibile capillare e diffuso rinforzando la presenza di una rete territoriale di istituzioni pubbliche e del privato sociale.
- Realizzazione di una Carta dei Servizi dell'Ente per migliorare le modalità di relazione con l'utenza.
- Realizzazione logo C.I.S.A.
- Investimento di risorse nella costruzione di una rete di rapporti di collaborazione con le associazioni di volontariato presenti in modo diffuso su tutto il territorio consortile.
- Organizzazione attività di laboratorio di prevenzione del disagio, presso il C.I.S.A.
- Promozione di collaborazioni tra il servizio educativo del C.I.S.A. e la Scuola Media L. Valenzano.
- Presentazione di una campagna informativa sui giovani ed il servizio civile
- Attività di aggiornamento del personale dell'Ente, attraverso la realizzazione di corsi di formazione.
- Organizzazione di corsi di formazione per operatori socio sanitari
- Attività in tema di semplificazione delle procedure adottate dall'Ente, al fine di snellire e rendere maggiormente chiari i processi organizzativi.
- Implementazione di un sistema di controllo di gestione che ha richiesto una diversa impostazione e diverse modalità operativa delle voci di spesa contenute nei documenti contabili del Consorzio.

- Individuazione e successivo trasloco nella nuova sede del C.I.S.A.
- Messa a norma ed arredamento nuova sede del C.I.S.A.
- Elaborazione dell'inventario di tutti i beni mobili dell'Ente, oggetto di costante aggiornamento negli anni a venire.
- Introduzione del sistema qualità, che ha il compito di valutare gli standards qualitativi dei servizi offerti dal CISA, e che è anche un modo per dare garanzie sul proprio modo di lavorare e di funzionare ai cittadini del territorio di competenza.
- Parallelamente all'introduzione del Sistema di Qualità il C.I.S.A. ci si è impegnati nell'elaborazione e nella stesura della Carta Etica.
- Organizzazione di una campagna informativa, attraverso comunicati stampa, pieghevoli e brochure, sui servizi offerti dal C.I.S.A.
- Organizzazione di workshop come momenti di incontro, riflessione ed informazione, rivolti agli amministratori ed ai funzionari del territorio.
- Realizzazione dello Sportello Ascolto che si propone di promuovere uno spazio di consulenza ai genitori ed agli insegnanti, nell'intento di collaborare con loro per affrontare le difficoltà inerenti la comunicazione, la gestione l'ascolto nella relazione con i propri figli.
- Organizzazione di attività di laboratorio di prevenzione del disagio presso la sede del C.I.S.A.
- Nel corso del 2003 il C.I.S.A. ha dedicato particolare attenzione al potenziamento del servizio di Telesoccorso, per rispondere con servizi innovativi e qualificati ai bisogni degli anziani e delle persone sole in stato di bisogno o a rischio, affidando tale servizio alla Croce Rossa di Tortona.
- Realizzazione dello Sportello Alzheimer in collaborazione con l'A.I.M.A. (Associazione Italiana Malati di Alzheimer), per aiutare e sostenere le persone coinvolte nell'assistenza ai malati di d'Alzheimer.
- Realizzazione di nuovi servizi di supporto tecnico alle strutture
- Conseguimento certificato di accreditamento, presso la Regione Piemonte, per la sede operativa di formazione professionale
- Realizzazione e presentazione del Bilancio sociale

- Mantenimento dell'organico, che nel suo complesso, risulta numericamente immutato rispetto a quello approvato al momento della costituzione del C.I.S.A.
- Investimento su professionalità specifiche con profili altamente qualificati.
- Formulazione ed approvazione del nuovo statuto.
- Avvio Piano di Zona.
- Realizzazione delle pagine Web del C.I.S.A.
- Aggiornamento sito web
- Nuovo orario personale
- Nuovo orario ricevimento pubblico
- Avvio procedura di rinnovo parco mezzi
- Diversa articolazione del Servizio Sociale rispetto al passato, con la presenza di un'assistente sociale distaccata presso l'ASL
- Strutturazione del nuovo organigramma e funzionigramma dell'Ente
- Conseguimento della certificazione di qualità
- Predisposizione della banca dati per il monitoraggio delle risorse territoriali
- Realizzazione della Banca dati utenti
- Installazione ed utilizzo della cartella sociale informatizzata
- Rinnovo strutture informatiche
- Implementazione ed organizzazione del sistema informativo dell'Ente


Banca Dati Controllo di Gestione
Banca Dati Progetti
Banca Dati Risorse Umane
Banca Dati Corsi di Formaz. Corsisti
Banca Dati Corsi di Formaz Docenti
Banca Dati Ricerca Documenti
Banca Dati Cartella Sociale
Banca Dati Prestazio ni