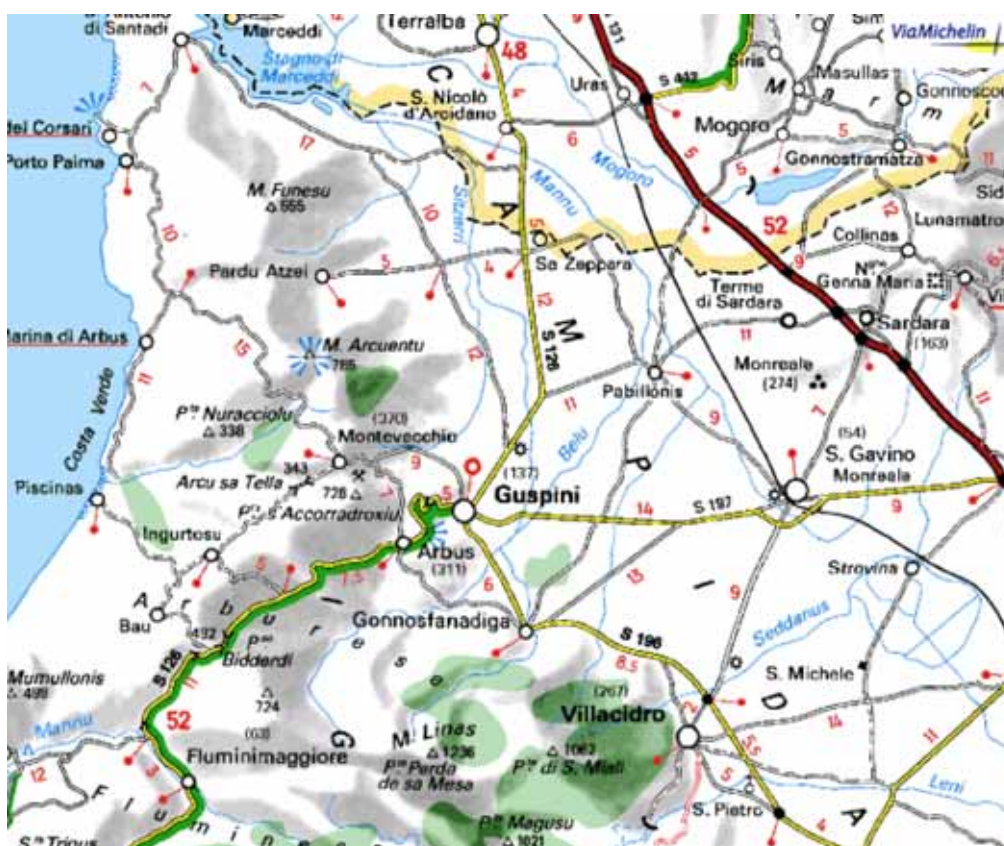




## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

# Provincia del Medio Campidano - Azienda Sanitaria Locale n. 6 Comuni di Arbus, Gonnosfanadiga, Guspini, Pabillonis, San Gavino M.le, Sardara e Villacidro

## Piano Locale Unitario dei Servizi alla Persona - Distretto socio-sanitario di Guspini Triennio 2007 - 2009



*Strumento unitario di programmazione locale sanitaria, socio-sanitaria e sociale, predisposto ai sensi dell'art. 20 della LR 23/2005, in conformità con quanto indicato nelle Linee Guida per l'avvio dei Piani locali unitari dei servizi alla persona, approvate con Deliberazione della Giunta Regionale N. 23/30 del 30.05.2006*



# INDICE

<b>CAP. 1 – LO SVILUPPO DEL PLUS</b>	<b>6</b>
I CONTENUTI DEL PLUS	6
LA PREDISPOSIZIONE DEL PLUS	7
I SOGGETTI REFERENTI E SOLIDALI PARTECIPANTI ALLA PROGRAMMAZIONE DEL PLUS	11
L'ITER DI APPROVAZIONE DEL PLUS	15
I PRESUPPOSTI DEL PLUS	16
LA PROGRAMMAZIONE INTEGRATA NELLA DEFINIZIONE DEI BISOGNI DI SALUTE	18
<b>CAP. 2 – PROFILO SOCIALE LOCALE – ANALISI DEL TERRITORIO</b>	<b>19</b>
NOTA METODOLOGICA SUI DATI	19
DESCRIZIONE DEMOGRAFICA	20
LA STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE PER SESSO E CLASSI DI ETÀ	23
IL CONTESTO SOCIO-ECONOMICO	36
<b>CAP. 3 – QUADRO EPIDEMIOLOGICO</b>	<b>41</b>
ALCUNE DEFINIZIONI	41
GLI STUDI DI MORTALITÀ	41
QUADRO EPIDEMIOLOGICO DELLE PRINCIPALI PROBLEMATICHE SANITARIE	46
MALATTIE AD ALTA SPECIFICITÀ PER LA SARDEGNA	46
I PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO DELLE MALATTIE CRONICO DEGENERATIVE	49
IL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO: LE PROFONDE MODIFICAZIONI DEL QUADRO GENERALE	51
<b>CAP. 4 – PROFILO LOCALE E PRIORITÀ DI INTERVENTO – OBIETTIVI DI SISTEMA PLUS</b>	<b>52</b>
A) - PROGETTO OPERATIVO DI SISTEMA "RETE SERVIZI INFORMATIVI, DI CONOSCENZA E DI INTEGRAZIONE"	52
B) - PROGETTO OPERATIVO DI SISTEMA "ACCESSIBILITÀ ED EQUITÀ DEI SERVIZI"	54
<b>CAP. 5 – PROFILO LOCALE E PRIORITÀ DI INTERVENTO – SETTORE ANZIANI</b>	<b>55</b>
DESCRIZIONE DELLA SITUAZIONE DI BASE RELATIVA AI BISOGNI E ALL'OFFERTA DI SERVIZI	55
DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO, CON RIFERIMENTO ALL'IMPATTO SULLA SALUTE	57
DESCRIZIONE DELLE AZIONI CONSEGUENTI - DESCRIZIONE DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE	58
A. 1) - PROGETTO OPERATIVO "PROMOZIONE DELLA SALUTE PER PERSONE ADULTE E ANZIANE"	59
A. 2) - PROGETTO OPERATIVO "PARTECIPAZIONE ANZIANI"	59
A. 3) - PROGETTO OPERATIVO "SCREENING SALUTE"	60
A. 4) - PROGETTO OPERATIVO "PERCORSI ASSISTENZIALI DI SALUTE"	61
B. 1) - PROGETTO OPERATIVO "LAVORO DI RETE SEGRETARIATO SOCIALE"	62
B. 2) - PROGETTO OPERATIVO "PROMOZIONE E SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITÀ"	63
B. 3) - PROGETTO OPERATIVO "INTERVENTI FORMATIVI E DI INTEGRAZIONE BADANTI"	64
B. 4) - PROGETTO OPERATIVO "ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE"	64
B. 5) - PROGETTO OPERATIVO "STANDARD SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI COMUNALI"	65
B. 6) - PROGETTO OPERATIVO "ASSISTENZA IN RSA"	66
<b>CAP. 6 – PROFILO LOCALE E PRIORITÀ DI INTERVENTO – SETTORE MINORI E FAMIGLIA</b>	<b>67</b>
AREA SOCIALE MINORI E FAMIGLIA	67
AREA SOCIO-SANITARIA MINORI E FAMIGLIA	68
PROGETTI OPERATIVI DELL'AREA SOCIO-SANITARIA	71

A) - PROGETTO OPERATIVO "PERCORSO NASCITA"	71
B) - PROGETTO OPERATIVO "RETE INFANZIA"	72
C) - PROGETTO OPERATIVO "CENTRO AFFIDI"	74
D) - PROGETTO OPERATIVO "SERVIZIO SOCIO-EDUCATIVO ASSOCIATO E INTEGRATO"	76
E) - PROGETTO OPERATIVO "PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLE SCUOLE"	77
F) - PROGETTO OPERATIVO "FAMIGLIE OSPITALI" (AZIONE TRASVERSALE)	78
G) - PROGETTO INTERCOMUNALE "IL PONTE" - PRIMA TRIENNALITÀ ASSEGNAZIONI LEGGE 285/97	81
H) - PROGETTO INTERCOMUNALE "PIANETA GENITORI" - SECONDA TRIENNALITÀ LEGGE 285/97	82
<b>CAP. 7 – PROFILO LOCALE E PRIORITÀ DI INTERVENTO – SETTORE DISABILITÀ</b>	<b>84</b>
AREA SOCIALE	84
A) - PROGETTO OPERATIVO - FORMAZIONE FAMIGLIE "METODO FEUERSTEIN"	88
AREA SOCIO-SANITARIA	89
A) - PROGETTO OPERATIVO – "RETE SERVIZI SULLA DISABILITÀ MINORI"	91
B) - PROGETTO PER LA PROMOZIONE E LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE	92
C) - PROGETTO OPERATIVO "RETE CENTRI DIURNI"	93
D) - PROGETTO OPERATIVO "CENTRO DI RIABILITAZIONE"	94
ALTRI OBIETTIVI DEL SETTORE DISABILITÀ	95
<b>CAP. 8 – PROFILO LOCALE E PRIORITÀ DI INTERVENTO – SETTORE GIOVANI,</b>	
<b>LAVORO, FORMAZIONE, ISTRUZIONE E TEMPO LIBERO</b>	<b>96</b>
AZIONI PRIORITARIE	100
A) - PROGETTO OPERATIVO "INSERIMENTO SOCIO LAVORATIVO TIROCINI FORMATIVI E DI ORIENTAMENTO"	101
B) - PROGETTO OPERATIVO "EDUCATIVA DI STRADA"	102
<b>CAP. 9 – PROFILO LOCALE E PRIORITÀ DI INTERVENTO – SETTORE POVERTÀ</b>	
<b>E MARGINALITÀ SOCIALE</b>	<b>103</b>
AREA SOCIALE	103
A) - PROGETTO OPERATIVO "GRUPPO DI LAVORO PER IL CONTRASTO DELLA POVERTÀ"	106
B) - PROGETTO OPERATIVO "FORMAZIONE E LAVORO – CONTRASTO POVERTÀ"	107
AREA SOCIO-SANITARIA	108
A) - PROGETTO OPERATIVO "TAVOLO PERMANENTE DIPENDENZE"	111
B) - PROGETTO OPERATIVO "DISASSUEFAZIONE FUMO E ALCOOL"	112
C) - PROGETTO "PEER GROUP EDUCATION"	113
D) - PROGETTO "PROMOZIONE DELLA SALUTE MENTALE"	115
E) - PROGETTO "PERCORSI INTEGRATI SALUTE MENTALE/DIPENDENZE"	116
F) - PROGETTO "SUICIDIO E DIPENDENZE"	118
<b>CAP. 10 – IL GOVERNO DELLE RISORSE</b>	<b>120</b>
MODALITÀ ORGANIZZATIVE DI EROGAZIONE DEGLI INTERVENTI ASSOCIATI	120
LA RIPARTIZIONE DELLA SPESA TRA I FIRMATARI DELL'ACCORDO DI PROGRAMMA	122
<b>CAP. 11 – L'INTEGRAZIONE DELLE RESPONSABILITÀ</b>	<b>132</b>
L'INTEGRAZIONE GESTIONALE - UFFICIO DI PIANO E FUNZIONAMENTO DEL GTP	132
STRUMENTI E FORME DI COORDINAMENTO CON GLI ORGANI PERIFERICI DELLO STATO	134
MODALITÀ DI COLLABORAZIONE CON I SOGGETTI SOCIALI SOLIDALI	135

INIZIATIVE DI FORMAZIONE E DI AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE	136
LA PROGETTAZIONE INTEGRATA	136
<b>CAP. 12 – LA VALUTAZIONE PARTECIPATA</b>	<b>137</b>
IL SISTEMA DI VALUTAZIONE	137
IL BILANCIO SOCIALE	137

# **CAP. 1 – LO SVILUPPO DEL PLUS**

## **I CONTENUTI DEL PLUS**

Il PLUS 2007-2009 del Distretto socio-sanitario di Guspini intende ricongiungere la programmazione locale con quanto indicato dalla programmazione regionale, rendendola adeguata e funzionale a rappresentare e soddisfare le esigenze assistenziali e di salute della popolazione nello specifico contesto di riferimento.

Il PLUS del Distretto socio-sanitario di Guspini nasce con l'esigenza di leggere, valutare e guidare un nuovo sviluppo dei servizi alla persona nella comunità locale ed è stato definito e realizzato in diversi suoi aspetti come una sorta di piano particolareggiato di settore, teso da un lato a razionalizzare ed economizzare la spesa e dall'altro a migliorare e potenziare la qualità dei servizi offerti.

Di fatto, si tratta della prima occasione strutturata di pianificazione e sviluppo sociale, sanitario e assistenziale integrato del territorio, definita in termini ampiamente partecipati e tutti sperimentali, con lo scopo ultimo di addivenire ad un vero e proprio piano di salute territoriale.

In particolare, il PLUS di distretto, partendo da quanto analizzato dal Profilo d'ambito territoriale presentato alla Conferenza Programmatica del 28 luglio scorso, e poi, da quanto discusso e indicato nei successivi tavoli tematici e di sintesi, è stato individuato come uno strumento di inquadramento generale ma al contempo come strumento di lavoro aperto e propositivo, costruito su un piano definitivo ma con prospettive definitorie incrementalì, monitorate e valutate con indicatori appropriati al grado di soddisfazione dell'utenza. Uno strumento finalizzato, in sostanza:

1. ad analizzare i bisogni e i problemi della popolazione sotto il profilo qualitativo e quantitativo, migliorando i canali e gli scambi dei flussi informativi a livello comunale, provinciale e regionale, tra sociale e sanitario;
2. a riconoscere e mobilitare le risorse professionali, personali, strutturali, economiche pubbliche, private (profit e non profit) e del volontariato, integrando le attività di interesse comune e avviando i primi approcci di coprogettazione (commi 3 e 4, dell'art. 22 della LR 23/2005) invitando i soggetti solidali interessati;
3. a definire obiettivi e priorità, nel triennio di durata del piano, attorno a cui finalizzare le risorse;
4. ad individuare le unità d'offerta e le forme organizzative congrue, nel rispetto dei vincoli normativi e delle specificità e caratteristiche proprie di ciascun soggetto afferente;
5. a stabilire forme e modalità gestionali atte a garantire approcci integrati e interventi connotati in termini di efficacia, efficienza ed economicità;

6. a prevedere sistemi, modalità, responsabilità e tempi per la verifica e la valutazione dei programmi e dei servizi.

I bisogni, vecchi e nuovi, impongono una revisione critica dell'attuale sistema di unità di offerta, non sempre adeguata sotto il profilo qualitativo e quantitativo, spesso non idoneo a garantire le opportunità necessarie perché i diritti sanciti risultino esigibili ed equi per tutti.

A questo scopo va promossa e consolidata la logica del lavorare per progetti, con il potenziamento di iniziative di concertazione interistituzionale, per garantire approcci integrati all'interno di circuiti e procedure programmatiche sempre più omogenee.

Il PLUS si sviluppa secondo le seguenti fasi di lavoro:

- una prima, propedeutica, di analisi dei problemi e dei bisogni, di lettura delle risorse, di individuazione dei soggetti che, a diverso titolo, erano e sono interessati alla programmazione e definizione del PLUS;
- una seconda, in cui vengono messi a punto i contenuti del Piano e si procede alla sua approvazione ed alla stipula dell'accordo di programma;
- una terza, in cui si avvia e sperimenta nel triennio di interesse la gestione unitaria ed integrata dei progetti operativi del PLUS (con tutti i soggetti comunitari referenti, pubblici e del privato sociale), all'interno degli ambiti stabiliti per la gestione dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari.

## **LA PREDISPOSIZIONE DEL PLUS**

Le Linee Guida per l'avvio dei Piani Locali Unitari dei servizi alla Persona (PLUS) di cui alla LR n. 23 del 23.12.2005, sono diventate esecutive con la loro pubblicazione sul BURAS n. 19 del 10.06.2006 (Supplemento straordinario n. 7).

Secondo quanto stabilito dalle Linee Guida, la Conferenza di Servizio per l'avvio del procedimento di adozione del PLUS, appositamente convocata dal Presidente della Provincia del Medio Campidano, ha concluso entro i termini previsti la procedura di nomina del Gruppo Tecnico di PLUS (GtP) territoriale – comunicazione del 6.07.2006, prot. N. 4786/P – con incarico stabilito a sette componenti tecnici di cui quattro indicati dai Comuni del Distretto, due dall'Azienda Sanitaria N. 6 e uno dalla Provincia.

Il Gruppo Tecnico di PLUS del Distretto Socio-sanitario di Guspini risulta pertanto formato da:

- Dr.ssa Alessia Aru, Responsabile del Servizio del Comune di Arbus - Pedagogista;

- Dr.ssa Simonetta Usai, Responsabile di Servizio del Comune di Guspini – Esperto amministrativo;
- Dr. Bruno Mancosu, Responsabile del Servizio del Comune di San Gavino M.le - Sociologo;
- Dr. Roberto Spanu, Responsabile del Servizio del Comune di Villacidro - Psicologo;
- Dr. Paolo Cannas, Funzionario ASL n. 6 - Esperto con competenze economico–statistiche ed amministrative;
- Dr. Aldo Casadio, Responsabile Sanitario del Distretto di Guspini della ASL n. 6 – Specialista in Igiene e Medicina Preventiva con orientamento Sanità pubblica;
- A.S. Luisa Garau Assistente Sociale della Provincia del Medio Campidano.

La Conferenza di Servizio ha inoltre individuato le seguenti aree di intervento del PLUS territoriale da elaborare nel primo profilo d'ambito e sottoposte, a cura del Gruppo Tecnico di PLUS (GtP), all'attenzione della Conferenza programmatica e alle conferenze di settore (tavoli tematici e tavoli di sintesi), finalizzate – come recitano le Linee Guida – “all'approfondimento tematico e alla predisposizione di contributi e di proposte” da inserire nel PLUS:

- Area minori e famiglia;
- Area giovani, lavoro, formazione, istruzione e tempo libero;
- Area anziani;
- Area disabilità;
- Area della povertà e della marginalità sociale.

Il GtP, considerata la ristrettezza dei tempi, ha iniziato immediatamente il suo lavoro di organizzazione interna, di definizione del primo Profilo d'ambito da sottoporre alla Conferenza di Programmazione e di raccolta dei dati e dei progetti per la predisposizione del PLUS. Gli incontri sono stati pressoché giornalieri, anche se non alla presenza di tutti contemporaneamente.

Per quanto riguarda il profilo d'ambito, il GtP ha discusso e pianificato le modalità di rilevazione dei dati da sottoporre all'attenzione della Conferenza Programmatica, sia sul versante del bisogno e sia sul versante dell'offerta, stabilendo di presentare un documento propedeutico al PLUS che fosse una base di discussione e di coinvolgimento partecipato sulla situazione dei servizi e sulla necessità di integrazione tra sociale e sanitario, con il coinvolgimento di tutti i soggetti di interesse istituzionale ed extraistituzionale.

La Provincia ha inoltre messo a disposizione del Gruppo Tecnico di Piano, a partire dal mese di settembre, previo svolgimento di apposito appalto e affidamento incarico allo IARES – Istituto ACLI per la Ricerca e lo Sviluppo, un Gruppo di cinque esperti di assistenza tecnica e di accompagnamento



metodologico durante il percorso di elaborazione del PLUS, con lo scopo di fornire un supporto aggiuntivo alla sperimentazione e poter consentire una certa uniformità procedurale nei due distretti provinciali (per un totale indicativo di 205 ore tra le diverse azioni di assistenza previste per ciascuno dei due GtP).

Il gruppo di assistenza tecnica è costituito da:

- A.S. Teresa Camboni – Assistente sociale;
- Dr.ssa Elisabetta Fenu – Sociologa;
- Dr. Antonello Caria – Esperto in politiche del lavoro e dell'integrazione dei servizi alla persona;
- Dr. Roberto Doneddu – Esperto in economia – project manager;
- Dr. Massimo Campedelli – Esperto nazionale in politiche sociali;
- Dr. Vittorio Pelligra – Esperto in economia del welfare, con competenze nella sperimentazione sarda dei PLUS.

Il gruppo di assistenza tecnica ha svolto diversi interventi formativi specifici e attività di supporto agli incontri programmatico-organizzativi e alle attività pianificatorie del PLUS.

Al lavoro di definizione del PLUS hanno collaborato tutti gli amministratori, i responsabili e gli operatori dei servizi sociali e sanitari dei Comuni del Distretto e dei Servizi sanitari territoriali della ASL N. 6, appositamente contattati e coinvolti. Nonostante i limiti di tempo e le difficoltà di formalizzazione delle richieste il loro apporto è stato determinante per la buona riuscita di questa prima esperienza di programmazione partecipata, ma si intende anche necessario che l'apporto dei servizi e degli operatori sia condizione vincolante per il proseguo delle attività di programmazione integrata e la piena definizione e realizzazione del PLUS, apportando in itinere, se valutato necessario, le dovute modificazioni. Un sentito e particolare ringraziamento per l'apporto dato a:

- Alessandra Ghiani, Francesca Tuveri, Augusto Contu, Paola Mancosu - STSM ASL 6

- Anna Rita Mura – Marcella Griva - Asilo Nido Comune di Villacidro

- Anna Rita Piga, Daniela Ledda, Elisabetta Meloni, Cheti Ventroni, Davide Uras, M. Gabriella Porcu – Comune S. Gavino M.le

- Annarella Usai - M. Cristina Pani – Comune Gonnosfanadiga

- Barbara Lisci, Valentina Sanna, Raimonda Zedda – Comune Villacidro

- Caterina Scanu - Luca Ortu - CESIL Guspini

- Debora Aru - CESIL Villacidro

- Daniela Piludu – Lucia Mula – Comune Sardara
- Elisabetta Manunza, Martino Frau, Vanessa Cuccu - Comune di Guspini
- Giulio Concu, Alessandra Medda, Anna Clara Melis – ASL 6 Materno Infantile
- Giuseppina Idili, Clotilde Pilia, Maria Rosaria Cherchi, Maria Pintus, Anna Montixi, Maria Franca Peis – ASL 6 NPI
- Maria Frau - Monica Montis - CESIL San Gavino M.le
- Mariettina Usai – Lorena Lai – Centro Affidi Distrettuale
- Milena Floris – Comune di Pabillonis
- Pina Lai, Antonella Maccioni, Franca Frongia, Roberto Corona, Paolo Talice, Renzo Atzei, Angelo Fois - ASL 6 SERT
- Serena Cadoni - ASL 6 ADI

L'iter elaborativo della programmazione partecipata impostato dal GtP è stato così articolato:

1. Conferenza programmatica – 28 luglio 2006 (Teatro Murgia – Guspini) – con presentazione del primo Profilo d'ambito – con circa 150/200 persone partecipanti, rappresentanti di istituzioni pubbliche, organismi sindacali, operatori sociali e sanitari, cooperative sociali, associazioni di volontariato, cittadini.
2. Tavoli tematici (con richiesta di presentazione di progetti e attività di interesse del terzo settore e da parte di altri soggetti istituzionali referenti) – media tra 50 e 100 partecipanti per ciascun incontro:
  - Martedì, 29/08/2006 – Area ANZIANI – Villacidro – Biblioteca Comunale;
  - Giovedì, 31/08/2006 – Area GIOVANI, LAVORO, FORMAZIONE, ISTRUZIONE E TEMPO LIBERO – Gonnosfanadiga – Centro Risorse Territoriale – Istituto Comprensivo;
  - Lunedì, 4/09/2006 – Area POVERTA' E MARGINALITA' SOCIALE – Pabillonis – Centro di Aggregazione Sociale;
  - Martedì, 5/09/2006 – Area MINORI E FAMIGLIA – Sardara – Cineteatro “Le Terme”;
  - Giovedì, 7/09/2006 – Area DISABILITA' – Guspini – Aula Consiliare Comune.

3. Tavoli di sintesi (sviluppati tra i diversi soggetti istituzionali referenti Comuni e ASL n. 6) – Mediateca Comunale di San Gavino M.le - con una media tra 10 e 30 partecipanti per ciascun incontro:

	mattino - ore 9,00/13,00	pomeriggio - ore 15,00/19,00
05-ott		infanzia
06-ott	minori	
09-ott	giovani	adulti/famiglia
10-ott	anziani	infanzia
11-ott	minori	giovani
12-ott	adulti/famiglia	anziani
13-ott	infanzia	
16-ott	minori	giovani
17-ott	adulti/famiglia	anziani

Tavoli tematici di restituzione (con partecipazione di interesse del terzo settore, organismi sindacali e altri soggetti istituzionali referenti) – Mediateca Comunale di San Gavino M.le - con una media tra 30 e 50 partecipanti:

- Mercoledì, 18/10/2006 – Area DIPENDENZE e Area SALUTE MENTALE
- Venerdì, 20/10/2006 – Area MATERNO-INFANTILE, Area DISABILITA' e Area ANZIANI.

## **I SOGGETTI REFERENTI E SOLIDALI PARTECIPANTI ALLA PROGRAMMAZIONE DEL PLUS**

Alla programmazione partecipata hanno collaborato diversi soggetti referenti pubblici e privati, organismi sindacali, associazioni di volontariato, cooperative sociali, ecc., di seguito vengono riportati tutti quelli che sono stati presenti e che, a vario titolo, hanno stabilito di entrare nel PLUS con iniziative definite e/o da definire nel proseguo realizzativo.

DENOMINAZIONE	INDIRIZZO	TELEFONO	FAX / EMAIL	REFERENTE/I	AREA DI INTERESSE
AIAS	Cagliari	070379101	aiasca@tiscali.it	● Stefania Ebau	Disabilità
APICE	Vico Il Manno 34 - Guspini	070974961		● Lisci Francesco	Giovani, Lavoro, Formazione, Istruzione e Tempo Libero
ASS. CRISTIANE LAVORATORI ITALIANI (ACLI)	V.le Marconi 4 09031 Cagliari	0706791251	0706791267 info@iares.it	● Mauro Carta	Tutte
ASSOCIAZIONE CULTURA E SOLIDARIETA'	V. Machiavelli 3 09036 Guspini	3392040136	culturaesolidarieta@tiscali.it	● Guido Atzori	Disabilità, Povertà e Marginalità sociale
ASSOCIAZIONE EURO 2001 SENZA CONFINI	V. Cagliari 7 09037 San Gavino M.le	0709375504		● Maria Manno	Anziani, Disabilità Povertà e marginalità sociale
ASSOCIAZIONE FAMIGLIE IL DELFINO	San Gavino M.le	0709338117	pieroantonio.follesa@tiscali.it	● Matta Luigi	Disabilità
ASSOCIAZIONE FAMIGLIE INSIEME ONLUS	V. Punt'e Pau 29 09031 Arbus	3333449678	feljvirgilio@tiscali.it	● Presid. Felicina Virgilio	Disabilità
ASSOCIAZIONE FEMMINILE PER CONOSCERE PER FARE	V. M. Margotti 12	3285374007		● Agnese Urracci	Giovani, Lavoro, Formazione, Istruzione e Tempo Libero
ASSOCIAZIONE G.A.M.A. (Gruppi Auto Mutuo Aiuto)		3471255909	giulianazanda@tiscali.it	● Giuliana Zanda	Disabilità
ASSOCIAZIONE IO E TE INSIEME	V. Foscolo 27	0709798845	progetto.abele@tiscali.it	● Pres.Vincenzo Martis	Disabilità
ASSOCIAZIONE LOGOS	V. Cadello 5 Villamar	0709309564	logos@tiscali.it	● Roberta Corona	Tutte
ASSOCIAZIONE VOLO ALTO	V. Giovanni XXXIII 8 Villacidro	0709316287	pinella1956@tin.it	● Giuseppina Pischredda	Disabilità
ASSOCIAZIONE ZAMPA VERDE	V. Matteotti 28 Montevecchio CP 09036 Guspini	3396939435	zampaverde@infinito.it	● Rossana Carta ● Maria Beatrice Soddu	Minori e Famiglia, Giovani, Lavoro, Formazione, Istruzione e Tempo Libero, Anziani
ASS.CULTURALE "SU BISU"		3498441228		● Rossana Largiu	Tutte
AUSER	GUSPINI	070972818		● Severino Montis	Tutte
BABY PARKING APEMAIA	V.le Regina Margherita 149 09037 San Gavino M.le	0709377094 3493128896	babyapemaia@tiscali.it	● Rosa Margaret Biava	Minori e Famiglia
CASA CIRCONDARIALE CAGLIARI	v.Buoncammino,19	3498441228		● Elisa Milanese	Giovani, Povertà e Marginalità sociale
CARITAS PARROCCHIALE SANTA CHIARA	V. Roma 116 09037 San Gavino M.le	Tel/Fax 0709375089	caritasschiara@libero.it	● Ignazio Corrias	Tutte
CENTRO ACCOGLIENZA MARIO SOGUS	V. Mercato 5 Gonnosfanadiga	0709799673		● Raffaele Sardu	Anziani
CENTRO D'ASCOLTO MADONNA DEL ROSARIO	Guspini	070970052	angelopittau@tin.it	● Don Angelo Pittau	Tutte
CENTRO DI ASCOLTO Volontariato Sociale	V. Giovanni Antonio Sanna 54 09036 Guspini	070974646 070970146	sabaisa@tiscali.it	● Isa Saba	Tutte
CENTRO GIUSTIZIA MINORILE - MINISTERO GIUSTIZIA	Cagliari	070401981	ussm.cagliari.dgm@giustizia.it	● Gianni Pinna (Ass. Sociale)	Minori e Famiglia
CGIL - CAMERA DEL LAVORO	V. Parrocchia 111 09037 San Gavino M.le	0709375288	0709339065 guspinese@sardegna.cgil.it	● Carmen Marongiu	Tutte

CIRCOLO DAFNE	V. Costituzione, 77 09031 Arbus	0709758947	0709758947	● Luisa Paola Schirru	Anziani
DIREZIONE DIDATTICA STATALE	Via Cavour - Villacidro	70932030	<a href="mailto:0709310584_dirdid.villacidro@tiscali.it">0709310584_dirdid.villacidro@tiscali.it</a>	● Vitalio Piras - Dirigente ● Ignazio Muscas - Ins.	Minori e Famiglia
CISL	V.le Vittorio Veneto Montevecchio - Guspini	3402703153 3935907269	0709370281 serg.concas@tiscali.it	● Sergio Concas	Giovani, Lavoro, Formazione, Istruzione e Tempo Libero
CITTA' DOMANI	V. Senatore Spanu, 22 09036 Guspini			● Fausto Delogu ● Ignazio Floris	Minori e Famiglia, Giovani, Lavoro, Formazione Istruzione e Tempo Libero
COMUNITA' ACCOGLIENZA MINORI	ELMAS	347/9223339	alessionnis@tiscali.it	● Alessio Onnis	Minori e Famiglia, Giovani, Lavoro, Formazione Istruzione e Tempo Libero
COOPERATIVA SOCIALE AEBINZURI	Loc. Benazzeddu snc Vallermosa	3471372294	veronicafarris@hotmail.com	● Veronica Farris	Minori e Famiglia, Disabilità, Povertà e Marginalità Sociale
COOPERATIVA SOCIALE CTR	Cagliari	070/664497 3401435825	a.pianu@ctr.it	● Andrea Pianu	Tutte
COOPERATIVA SOCIALE ALLE SORGENTI				● Bruno Tuveri	Disabilità
COOPERATIVA SOCIALE ALFA BETA	Via Santa Maria, 218 09036 Guspini	070972435	070972435 alfabeta.guspini@tiscali.it	● Anna Paola Atzori	Minori e Famiglia
COOPERATIVA SOCIALE IL MOSAICO	V.Azuni 32 Sanluri	0709370909	0709370909 coop.mosaico@tiscali.it	● Giovanna Piras	Minori e Famiglia, Giovani, Lavoro, Formazione, Istruzione e Tempo Libero
COOPERATIVA SOCIALE KOINOS	V.le Rinascita 34 Sanluri	0709351000	0709351000 info@koinoscoop.it	● Andrea Sinis	Minori e Famiglia, Giovani, Lavoro, Formazione Istruzione e Tempo Libero, Disabilità
COOPERATIVA SOCIALE LA CLESSIDRA	Via San Gavino M.le, 27 - 09039 VILLACIDRO	0709314543	alessiapittau@libero.it	● Dimitri Pibiri	Tutte
COOPERATIVA SOCIALE NAUCI	Via Mannu, 2/a Pauli Arbarei	3294933241	robertanauci@tiscali.it	● Roberta Corona	Tutte
COOPERATIVA SOCIALE NUOVE FRONTIERE	V. Bellini 28 09037 San Gavino M.le	3286672477	1782709586	● silviapiras@email.it	Minori e Famiglia, Anziani, Disabilità
COOPERATIVA SOCIALE ONLUS HAPPY BABY	V.le Di Vittorio 120 09036 Guspini	0709788377	0709788377 happybaby@tiscali.it	● Paola Murgia	Tutte
COOPERATIVA SOCIALE PARDU MANNU		34073050533		● Teresa Pani ● Cristina Sogus	Minori e Famiglia, Giovani, Lavoro, Formazione Istruzione e Tempo Libero, Disabilità
DATABANK SRL	Largo Carlo Felice 26 Cagliari	070662385	0706406684 data-bank@tiscali.it	● Alessandro D'Ambrosio	Giovani, Lavoro, Formazione, Istruzione e Tempo Libero
DIPARTIMENTO AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA	V. Tuveri 22 Cagliari	070401513	070491911 pr.cagliari@giustizia.it	● Gianfranco Pala	Povertà e marginalità sociale
ENTE NAZIONALE SORDOMUTI	V.Salaris 17 (scala D) 09128 Cagliari	070480235	070480235 cagliari@ens.it	● Presid.Francesco Olla ● Venere Soddu	Disabilità
FMP CISL (Lega Gonnosfanadiga)	V.Trieste 2 Gonnosfanadiga	0709798911		● Mario Garau	Anziani
FMP CISL TERRITORIALE	Vico 2° XX Settembre 1	070654729	070654959 fmp.cagliari@tiscali.it	● Augusto Mameli	Anziani
Fondazione Senescere ONLUS	GUSPINI	070.9783079	070.971280 - 340.3212832	● Pasqualina Serru - Presidente	

Fondazione "Guspini per la vita" ONLUS	GUSPINI			● Tarcisio Agus - Presidente	
ITCGI Buonarroti - Istituto Superiore	Guspini	0709783042			Disabilità - Giovani, Lavoro, Formazione, Istruzione e Tempo Libero
IPSIA - "A. Volta"	Guspini	070970255		● Giovanni Pirastu - Preside	Disabilità - Giovani, Lavoro, Formazione, Istruzione e Tempo Libero
LA CITTA' DEL SOLE	V. Satta - 09036 Guspini	070974269	070974269	● Maria Doloretta Mura	Disabilità
LIVAS	V. Roma 110	0709798990	0709798990	● Luigi Traversa	Minori e Famiglia, Disabilità
MINISTERO GIUSTIZIA	Casa Residenziale Is Arenas			● Roberto M.	Povertà e marginalità sociale
ORIENTARE	V. Millelire 1 Cagliari	070400601	070400601	● Alessandro Pistis	Giovani, Lavoro, Formazione, Istruzione e Tempo Libero
SEGRETERIA SPI CGIL	V. Garibaldi 14	070970095	sergio48.onidi@tiscali.it	● Sergio Onidi	Povertà e marginalità sociale
SOCIETA' COOPERATIVA LA CLESSIDRA ONLUS	V. San Gavino 27 Villacidro	0709314543	0709314543 coop.laclessidra@inwind.it	● Dimitri Pibiri	Tutte
SPI - CGIL	V. Parrocchia 111 09037 San Gavino M.le	0709375300	spicgisangavino@tiscali.it	● Filomena Mangieri	Anziani
UEPE - MINISTERO GIUSTIZIA	V. Peretti 1 Cagliari	07053721		● Paola Pisu	Povertà e Marginalità sociale
UNIONE ITALIANA CIECHI	Via del Platano, 27 09131 Cagliari	0705570714 070523422		● Manuela Ortu ● Pier Paolo Pes	Tutte
VOLONTARI SOCCORSO 118	V. Marabini 12 09036 Guspini				

## **L'ITER DI APPROVAZIONE DEL PLUS**

A conclusione dell'iter programmatico partecipato il GtP ha costruito e messo a punto il PLUS "avvalendosi dei contenuti e delle priorità acquisiti" in sede di prima Conferenza di Programmazione e nei tavoli tematici di sviluppo.

Si tratta naturalmente di un lavoro di sintesi che intende definire un piano organizzativo con indicazione di diversi progetti operativi e azioni programmatiche, alcune individuate come prioritarie e altre lasciate agli sviluppi successivi. Dando atto che nella maggior parte dei casi la necessità è quella di attivare e rendere funzionanti dei veri e propri tavoli integrati di progettazione, tavoli permanenti che svolgano funzioni propositive, di coordinamento e valutazione continuata, con la partecipazione di referenti istituzionali di interesse e terzo settore, tavoli comuni alla progettazione integrata di cui al POR Sardegna (Patti per il sociale). Un raccordo informativo e operativo teso a stabilire e definire una rete attiva di servizio nel territorio, tra pubblico e pubblico e tra pubblico e privato, garantendo un accesso diffuso e omogeneo a tutta la popolazione.

L'iter elaborativo in carico al GtP si conclude con la presentazione della proposta definitiva del PLUS per la valutazione dei Comuni dell'ambito, dell'Azienda USL e della Provincia.

Il Presidente della Provincia ha convocato la Conferenza di Servizio, per l'approvazione definitiva del PLUS, con la partecipazione dei Comuni dell'ambito, l'Azienda USL, gli altri soggetti pubblici coinvolti, nonché una rappresentanza di soggetti di cui all'art. 10 della LR 23/2005, che abbiano aderito alla Conferenza di Programmazione e che intendano concorrere alla realizzazione del PLUS per il giorno 27 novembre 2006. Nella stessa Conferenza viene approvato lo schema di accordo di programma con il quale si adotterà il PLUS.

Nei giorni successivi la Provincia e i Comuni approvano il Piano Locale Unitario dei Servizi alla persona a norma del D. Lgs. N. 267/2000. L'accordo di programma viene sottoscritto dalla Provincia, dai Comuni associati, dall'Azienda USL, dai soggetti pubblici coinvolti e dai soggetti privati di cui all'art. 10 della LR 23/2005, che si impegnino a concorrere alla realizzazione del PLUS.

Entro il 20 di dicembre 2006 il Presidente della Provincia "invia il PLUS all'Assessorato Regionale all'Igiene e Sanità e dell'Assistenza sociale, per la verifica di conformità agli indirizzi della programmazione regionale; in assenza di atti regionali espressi, la conformità si intende accertata decorsi 30 giorni dalla ricezione del PLUS".

Si sottolinea che, così come previsto, l'iter di elaborazione e approvazione del Piano Locale Unitario dei Servizi alla persona non dovrà superare i 180 giorni complessivi, con decorrenza dalla data di entrata in vigore delle Linee Guida.

## **I PRESUPPOSTI DEL PLUS**

Inclusione sociale, progettazione partecipata, interazione, accordo di programma, rete, integrazione, sono termini utili e necessari, da scomporre e ridefinire operativamente, per la costruzione di una nuova cultura e di una nuova pratica delle politiche sociali e sanitarie. Si tratta di realizzare un passaggio cruciale, dall'intervento sanitario, socio-sanitario o assistenziale, inteso come semplice tamponamento delle emergenze, mirato a singole categorie o a singoli fattori di disagio, all'intervento inteso come promozione del benessere, riferito alle persone e alle famiglie, nella loro globalità e complessità, tra individuo, gruppo e comunità.

E' fondamentale realizzare sul territorio il passaggio dagli interventi settoriali e frammentati alla rete integrata dei servizi e delle prestazioni, bisogna razionalizzare l'esistente funzionale e attivare risposte adeguate e condivise, continuamente verificate sul versante della capacità di risposta.

Occorre mettere in opera una forte capacità progettuale e di collaborazione fra le istituzioni, gli operatori, le forze sociali, il volontariato ed i soggetti non profit, integrando tutti gli interventi, combinandoli con le diverse opportunità che il territorio offre e dovrà offrire.

Accanto alla valorizzazione delle risorse che la comunità locale può mettere in gioco, quelle esistenti e quelle da attivare e indirizzare, deve essere altrettanto vigorosamente sottolineata la responsabilità pubblica nella costruzione del Piano Locale Unitario dei Servizi alla Persona. I Comuni, l'Azienda Sanitaria, la Provincia, la Regione devono dar vita a sistemi che, a partire da parametri e standard minimi fissati a livello nazionale e territoriale, devono declinare regole e processi in grado di rispondere efficacemente alle esigenze locali.

È necessario attivare dei canali di accesso, comunicazione e di controllo valutativo, metodologicamente attrezzato, che diano il senso del corretto fare ed operare dei servizi.

Il PLUS si pone l'obiettivo di continuare nell'opera di implementazione qualitativa e quantitativa avviata con i progetti interistituzionali degli anni precedenti (Centro Affidi, Progetto Ponte – Legge 285/97, progetti dell'area della salute mentale e delle dipendenze, inserimenti lavorativi, educativa di strada, ecc.), migliorando l'organizzazione del personale e il coordinamento degli interventi, incentivando la specializzazione tecnica e metodologica e aumentando l'interscambio operativo tra i diversi settori d'intervento, portando a compimento le attività pluriennali già programmate e in opera, proponendo nuove e necessarie integrazioni nelle attività di servizio, avviando le dovute collaborazioni a livello istituzionale ed extraistituzionale, coinvolgendo e interrelando le attività proprie con quelle svolte da tutti soggetti solidali del territorio.

Occorre naturalmente sottolineare che il volume delle problematiche riscontrate e ascritte nei diversi ambiti di intervento programmatico realizzato da ciascun soggetto istituzionale preposto (Comuni, Azienda Sanitaria) o da soggetti del privato sociale, si è mantenuto costante nel tempo, nonostante gli



interventi approntati e realizzati. Si tratta di problematiche diverse e multifattoriali, alcune esclusivamente transitorie e riferite a ben determinate situazioni di incertezza e d'età, altre assai più specifiche, legate a precipue incidenze patologiche e a svariati fattori di rischio.

I fattori scatenanti sono vari e relativi ad ampie fasce di popolazione, legati in particolare modo alla mancanza di strumenti di base e di opportunità socio-economiche di inserimento e/o integrazione, spesso frutto del deteriorarsi di situazioni precarie che immancabilmente sfociano in nuovi bisogni assistenziali, sia sul versante sociale e sia sul versante più strettamente sanitario.

L'analisi di merito presentata nel profilo d'ambito e ripresa in sintesi in questo contesto è basata su rilevazioni dirette, operate nello specifico dei servizi locali, e sia su analisi indirette, relative alle diverse azioni progettuali impostate e realizzate con l'utilizzo di dati terzi (dati ISTAT, Ministeri, ecc.).

Tra i diversi indicatori problematici di rilievo e interesse sociale specifico si segnalano la generalizzata situazione di crisi socio-economica territoriale, la bassa natalità e la sempre maggiore incidenza delle fasce di popolazione anziana sulla popolazione totale, con l'aggravarsi del carico di non autosufficienza potenziale, l'abbandono scolastico, la bassa scolarizzazione, la disoccupazione, le carenze formative e di orientamento, le difficoltà relazionali e familiari, le condizioni di indigenza e disadattamento, la tossicodipendenza, i fenomeni di microcriminalità, il forte consumo di alcolici, l'emarginazione, la solitudine, e sicuramente non ultimo l'handicap e la sofferenza mentale.

Per quanto riguarda gli interventi, data la complessità e la vastità delle esigenze, si è certamente consapevoli che occorre andare oltre l'esclusivo fronteggiamento e tamponamento delle emergenze, siano esse individuali e/o familiari, favorendo e utilizzando al meglio l'apporto solidaristico del volontariato e del mondo associativo, continuamente in crescita e sicuramente utile per garantire un più ampio e organico volume di interventi.

La programmazione indicata, prevede e mantiene una valutazione tecnica di supporto atta a dare il senso qualificato e misurato delle attività svolte, al fine di consentire una costante ridefinizione oggettiva delle azioni e dei percorsi utili al raggiungimento degli obiettivi posti, siano essi a breve, medio o lungo termine.

Rilevare il bisogno e programmare gli interventi nella comunità locale significa quindi fuoriuscire da un contesto limitato e limitante, sostanziato di episodicità, per allargare il campo all'insieme reale di tutto il territorio di interesse, con un'osservazione che vada in profondità e consenta iniziative mirate; anche nel tentativo di ricomporre e coordinare in rete l'eccessiva frammentazione delle risposte che le istituzioni ed organismi pubblici e privati danno in relazione ai più svariati settori di intervento sociale, sanitario e culturale, dalla salute all'istruzione, dalla socializzazione ludica allo sport, dalla formazione al lavoro. Questo significa osservare in maniera adeguata i bisogni della popolazione, ampliando quanto più possibile l'offerta dei servizi e strutturando un coordinamento operativo, di consulenza, programmazione e verifica valutativa.

Ciò non vuol dire che le attività autonome di ciascun Comune o dall'Azienda USL, non abbiano una ragione di esistere, al contrario occorre che siano rafforzate. L'esigenza, piuttosto, è legata alle economie ottenibili dall'eliminazione dei doppioni e dal reimpiego delle somme risparmiate per aumentare le risposte e qualificare meglio gli interventi, strutturando una maggiore efficacia in termini comunicativo-informativi ed organizzativo-gestionali complessivi.

Per quanto riguarda poi l'interazione con la Progettazione integrata di cui al POR Sardegna 2000-2006, il PLUS ricomprende nelle diverse azioni prioritarie alcuni progetti di settore elaborati e presentati nel territorio (patti per il sociale e progetti pilota), mentre per gli altri, come detto in precedenza, si dovrà andare ad una loro ridefinizione operativa nei tavoli permanenti individuati dal PLUS.

## LA PROGRAMMAZIONE INTEGRATA NELLA DEFINIZIONE DEI BISOGNI DI SALUTE

I determinanti della salute sono ampi e la parte relativa agli aspetti sanitari è limitata.

Non modificabili	Ambientali	Stili di vita	Accesso ai servizi	Socio-economici
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ETA'</li> <li>• SESSO</li> <li>• GENETICA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acqua e alimenti</li> <li>• Aria</li> <li>• Abitato</li> <li>• Amb. Sociale e culturale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmaci</li> <li>• Alimentazione</li> <li>• Attività fisica</li> <li>• Fumo</li> <li>• Alcool</li> <li>• Attività sessuale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizzazioni e servizi</li> <li>• Servizi sociali</li> <li>• Istruzione</li> <li>• Trasporti</li> <li>• Attività ricreative</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esclusione sociale</li> <li>• Povertà</li> <li>• Occupazione</li> </ul>

Il profilo genetico incide per il 10%, il sistema delle cure per il 30% e nel rimanente 60% la cultura, l'ambiente e il contesto sociale ed economico.

Ne consegue che per impostare in modo efficace gli interventi finalizzati alla tutela della salute occorre necessariamente integrare unitariamente le azioni di diversi soggetti all'interno di una programmazione comune.

Tale integrazione comporta una necessaria e preliminare condivisione di linguaggi che deve essere ricercata a partire dal momento iniziale della programmazione: quella relativa all'analisi dei bisogni.

## CAP. 2 – PROFILO SOCIALE LOCALE – ANALISI DEL TERRITORIO

### NOTA METODOLOGICA SUI DATI

Per quanto riguarda i dati presentati di seguito, in generale, e tranne diversa specificazione evidenziata a margine di ciascuna tabella o grafico, sono state utilizzate fonti ISTAT (in particolare si fa riferimento all'ultimo Censimento Generale della Popolazione 2001, alle varie ricostruzioni intercensuarie, ai bilanci demografici del 2002, 2003, 2004).

Nello specifico, vengono riportati alcuni dati statistici essenziali:

La densità di popolazione: che rapporta la popolazione al suo territorio conteggiando quanti abitanti corrispondono in media a ogni chilometro quadrato di territorio.

L'indice di vecchiaia: che rappresenta un indicatore dinamico che stima il grado di invecchiamento di una popolazione; valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto ai giovanissimi; viene considerato un indicatore di invecchiamento "grossolano" poiché nell'invecchiamento di una popolazione si ha generalmente un aumento del numero di anziani e contemporaneamente una diminuzione del numero dei soggetti più giovani cosicché il numeratore e il denominatore variano in senso opposto, esaltandone l'effetto. Si calcola nel seguente modo: popolazione di età pari o maggiore a 65 anni, diviso popolazione di età pari o inferiore a 15 anni e il risultato moltiplicato 100 ed esprime il numero di anziani (sessantacinquenni e oltre) ogni cento bambini (fino ai quattordicenni).

L'indice di dipendenza complessivo: considerato un indicatore di rilevanza economica e sociale (indice di carico sociale). Il numeratore è composto dalla popolazione che, a causa dell'età, si ritiene essere non autonoma - cioè dipendente - e il denominatore dalla fascia di popolazione che, essendo in attività, dovrebbe provvedere al suo sostentamento. E' un indicatore che risente della struttura economica della popolazione: ad esempio, in società con una importante componente agricola i soggetti molto giovani o anziani non possono essere considerati economicamente o socialmente dipendenti dagli adulti; al contrario, nelle strutture più avanzate, una parte degli individui considerati nell'indice al denominatore sono in realtà dipendenti in quanto studenti o disoccupati. L'indicatore nei paesi in via di sviluppo assume valori maggiori rispetto alle popolazioni più avanzate economicamente; ciò è in gran parte dovuto alla maggiore presenza di individui giovani a causa della loro più elevata fecondità. Si calcola rapportando la popolazione di età pari o inferiore a 14 anni e pari o superiore a 65 anni alla popolazione di età compresa fra 15 e 64 anni e il risultato moltiplicato 100.

L'indice di dipendenza giovanile: popolazione di età pari o inferiore a 14 anni, diviso popolazione di età compresa fra 15 e 64 anni e il risultato moltiplicato per 100.

L'indice di dipendenza anziani: popolazione di età pari o superiore a 65 anni, diviso popolazione di età compresa fra 15 e 64 anni e il risultato moltiplicato per 100.

L'indice di dipendenza globale ridefinito esprime lo stato di dipendenza delle età più bisognose di cura con la popolazione che di norma è chiamata a farsene carico. Tale indice ha oggi perso significato in quanto molti figli restano a carico dei genitori ben oltre i 14 anni e molte persone anziane contribuiscono con il proprio reddito ai bilanci familiari. Si calcola nel seguente modo: popolazione di età tra 0-14 anni più la popolazione uguale e superiore a 75 anni, diviso per la popolazione tra i 30 e 59 anni, moltiplicato per 100.

L'indice di dipendenza senile ridefinito: esprime il carico delle cure verso la quarta età da parte delle persone adulte normalmente chiamate a prendersi cura di loro. Si calcola rapportando la popolazione uguale e superiore ai 75 anni e la popolazione tra i 30 e i 59 anni moltiplicato per 100.

Il tasso di natalità e il tasso di mortalità ci dicono quanti sono i nati e i morti su mille abitanti. Si calcola nel seguente modo: morti o nati nel periodo fratto la popolazione totale per 1000.

Allo stesso modo è possibile inoltre calcolare tutta una altra serie di tassi tra cui il tasso di incidenza della popolazione infantile la percentuale di bambini in età prescolare (sotto i cinque anni) rispetto alla popolazione totale; il tasso di incidenza della popolazione minorile la percentuale di minorenni rispetto alla popolazione totale; il tasso di incidenza della popolazione anziana la percentuale di anziani (sessantacinquenni e oltre) rispetto alla popolazione totale; il tasso di incidenza della popolazione straniera misura la percentuale di stranieri rispetto all'ammontare complessivo della popolazione; ancora il potenziale riproduttivo della popolazione è espresso dal tasso di fecondità, inteso come il numero di figli nati ogni mille donne in età riproduttiva, ecc. .

Il rapporto tra terza età e bambini: esprime il grado con cui gli anziani possono concorrere a sostenere il lavoro di cura delle famiglie con bambini. È un indicatore dato dal rapporto tra popolazione tra 60 e 74 anni e la popolazione tra 0-9anni moltiplicato per 100.

Il saldo naturale, il saldo migratorio, il saldo totale sono dati dalla differenza tra nati e i morti, differenza tra immigrati ed emigrati, somma del saldo naturale e del saldo migratorio su mille abitanti.

## **DESCRIZIONE DEMOGRAFICA**

Il Distretto di Guspini comprende i Comuni di Arbus, Gonnosfanadiga, Guspini, Pabillonis, San Gavino Monreale, Sardara e Villacidro. Nel dettaglio si passa da una popolazione superiore ai 10.000 ab. caratteristica dei comuni di Villacidro e Guspini (rispettivamente di 14.732 e 12.695 ab.) a centri di

media grandezza con una popolazione compresa fra i 5.000-10.000 ab. come nel caso dei comuni di San Gavino M.le, Arbus e Gonnosfanadiga (9.460, 7.021, 6.970 ab.), per arrivare poi a centri di più piccole dimensioni: è il caso di Pabillonis e Sardara che presentano una popolazione composta da meno di 5000 ab (3.044, 4.350 ab.). L'ultimo censimento 2001 annota che il distretto di Guspini conta una popolazione pari a 58.272 residenti, ha una densità abitativa media di 62,53 ab./kmq con valori compresi tra i 26,28 ab./kmq del comune di Arbus e i 108,06 ab./kmq del comune di San Gavino M.le.

L'evoluzione demografica, che si osserva a livello distrettuale, è il risultato di una serie di diversificate dinamiche evolutive demografiche socio-economiche e territoriali. Dal raffronto dei due ultimi censimenti generali (1991-2001) emerge che la popolazione residente nel distretto ha subito un decremento passando dai 61.008 abitanti a 58.272 abitanti, con una variazione quindi del -4,48% di ab. nell'arco di dieci anni.

La tabella in basso mostra come lo stesso trend demografico si riscontra pure nel distretto di Sanluri e a livello provinciale con la differenza che i valori del distretto di Sanluri sono sotto la media mentre quelli del distretto di Guspini sono sopra.

Tabella 1: Popolazione residente, suddivisa in distretti, superficie territoriale e densità abitativa dei comuni della Provincia, Sardegna e Italia. Anno 2001

COMUNI	kmq (2001)	ab/kmq (2001)	popolazione 2001	popolazione 1991	var.ass.	var.%
Arbus	267,2	26,28	7.021	7.596	-575	-7,57
Gonnosfanadiga	125,2	55,66	6.970	7.320	-350	-4,78
Guspini	174,7	72,65	12.695	13.380	-685	-5,12
Pabillonis	37,56	81,04	3.044	3.106	-62	-2,00
San Gavino M.le	87,54	108,06	9.460	10.119	-659	-6,51
Sardara	56,11	77,53	4.350	4.503	-153	-3,40
Villacidro	183,6	80,26	14.732	14.984	-252	-1,68
<b>Provincia</b>	<b>1.516,21</b>	<b>69,52</b>	<b>105.400</b>	<b>109.785</b>	<b>-4385</b>	<b>-3,99</b>
<b>distretto Guspini</b>	<b>931,90</b>	<b>62,53</b>	<b>58.272</b>	<b>61.008</b>	<b>-2736</b>	<b>-4,48</b>
<b>distretto Sanluri</b>	<b>584,31</b>	<b>75,05</b>	<b>47.128</b>	<b>48.777</b>	<b>-1649</b>	<b>-3,38</b>

Fonte: dati Istat. Censimenti 1991-2001 – elaborazione per distretto GtP

Attraverso l'esame dei bilanci della popolazione è stato possibile calcolare i valori dei saldi demografici e quindi avere una fotografia più dettagliata e più recente delle dinamiche di variazione della popolazione. Considerando per esempio gli ultimi tre bilanci appare confermato il trend sopra descritto poiché la popolazione distrettuale continua a diminuire: nell'arco di tre anni ha subito un decremento pari a circa 600 unità. Per esempio, nel corso del 2004 (ultimo bilancio disponibile a data attuale), nel distretto si sono contati 57.859 abitanti, 418 nati (pari ad un tasso di natalità di 7,24 nati

ogni 1.000 abitanti) e 531 morti (pari ad un tasso di mortalità di 8,88 morti ogni 1.000 abitanti), che hanno dato luogo ad un saldo naturale pari a -95 unità. Se si aggiungono poi le immigrazioni (iscritti) pari a 693 e si sottraggono le emigrazioni (i cancellati) pari a 788, si ha un saldo migratorio altrettanto negativo con un conseguente tasso di crescita naturale pari a -1,64 e un tasso di crescita migratoria pari a -1,10 che rappresentano un decremento della popolazione del 2004 rispetto al 2003.

Tabella 2: saldi naturale e migratorio registrati nel distretto di Guspini. Triennio 2002-2004

COMUNI	2002		2003		2004	
	Saldo Nat.le	Saldo Migratorio	Saldo Nat.le	Saldo Migratorio	Saldo Nat.le	Saldo Migratorio
Arbus	-24	-8	-39	-44	-19	17
Gonnosfanadiga	-9	13	-14	44	-31	53
Guspini	-5	38	-20	-29	-24	-86
Pabillonis	-11	-27	-17	-2	7	-9
San Gavino Monreale	-28	-60	-20	-4	-40	-34
Sardara	-2	-10	-12	-24	3	23
Villacidro	-14	15	6	-47	9	-59
<b>distretto di Guspini</b>	<b>-93</b>	<b>-39</b>	<b>-116</b>	<b>-106</b>	<b>-95</b>	<b>-95</b>
<b>distretto di Sanluri</b>	<b>-86</b>	<b>32</b>	<b>-202</b>	<b>-69</b>	<b>-108</b>	<b>-20</b>

Fonte: rielaborazione propria su dati Istat. Bilanci 2002-2004

Tabella 3: tassi di natalità e mortalità. Anno 2004

COMUNI	Tassi	
	Natalità	Mortalità
Arbus	7,11	9,86
Gonnosfanadiga	6,71	11,14
Guspini	6,34	8,24
Pabillonis	11,06	8,72
San Gavino Monreale	5,7	10,01
Sardara	0,39	8,57
Villacidro	7,91	7,3
<b>distretto di Guspini</b>	<b>7,24</b>	<b>8,88</b>
<b>distretto di Sanluri</b>	<b>6,29</b>	<b>9,23</b>
<b>Provincia</b>	<b>7,09</b>	<b>9,04</b>

Fonte: rielaborazione dati Istat. Bilancio 2004

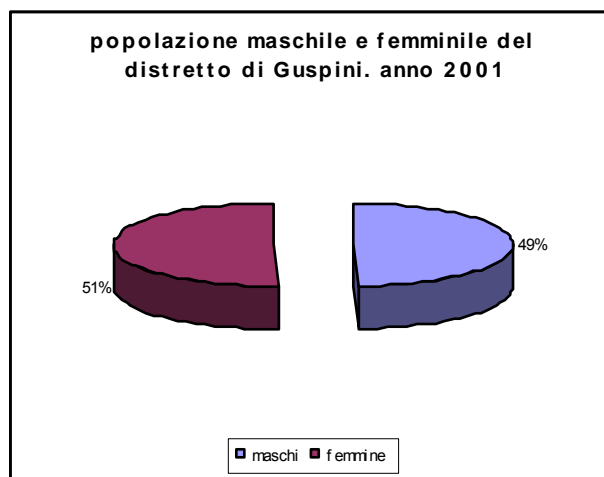
## LA STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE PER SESSO E CLASSI DI ETÀ

Tutte le vicende demografiche fino ad ora descritte testimoniano la prevalenza netta di dati negativi e quindi il progressivo declino della popolazione. Tra i tanti fenomeni conseguenti il processo di trasformazione è importante sottolineare ancora una volta l'invecchiamento della popolazione: fenomeno inevitabile dovuto non solo all'allungarsi della vita ossia alla riduzione della mortalità in età avanzata ma anche allo scarso rinnovamento della stessa popolazione e quindi al calo della fecondità.

La struttura della popolazione residente per sesso e classi quinquennali di età consente di valutare l'apporto delle diverse generazioni alla dimensione generale della popolazione. La conseguenza è la riduzione dell'incidenza delle classi riferite alla popolazione minorile (0-4, 5-9, 10-14, 15-19) e una prospettiva di crescita tendenziale delle classi riferite alla popolazione adulta e quindi anziana.

L'aumento della longevità a ben guardare riguarda maggiormente la parte femminile. La longevità femminile si riscontra in tutto il territorio nazionale ed altresì quindi a livello distrettuale, ed anche se recentemente alcuni studi hanno evidenziato che i comportamenti dei due sessi tendono sempre più ad avvicinarsi (aumenta il numero di donne che fuma, beve e lavora), risulta che la popolazione femminile è sempre più resistente di quella del sesso opposto alle diverse cause patologiche di morte.

Figura 1: peso della popolazione femminile e maschile del distretto di Guspini. Anno 2001



Per quanto riguarda la popolazione anziana, a livello distrettuale si registrano circa 9.388 ultrasessantacinquenni su un totale di 58.272 abitanti che in termini percentuali si traduce in una cifra pari a circa il 16,11%, valore che se confrontato alla media regionale (16,02%) risulta superiore. Arbus, Gonnosfanadiga, Sardara e Guspini, sono i comuni che presentano l'indice di invecchiamento

più alto. Da notare che il distretto in questione registra in termini assoluti, anche se di poco, una quota di anziani superiore a quella del distretto di Sanluri.

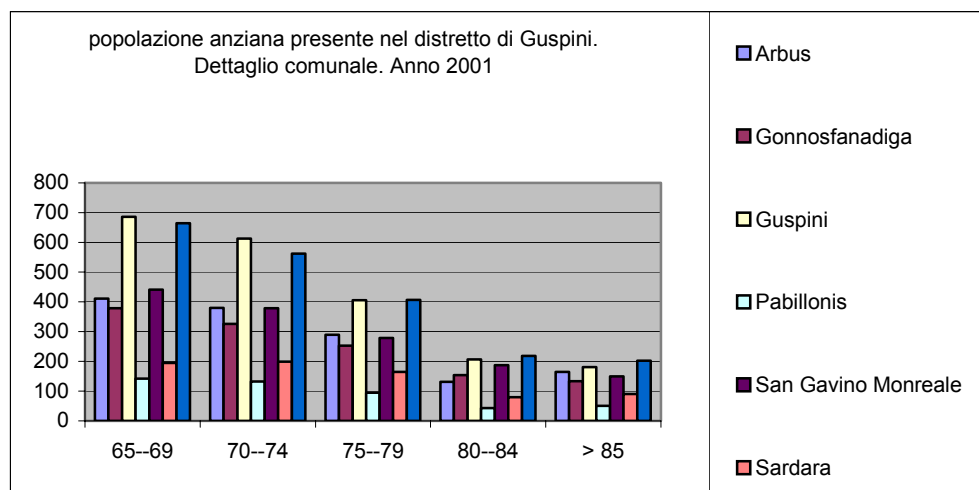
Tabella 4: popolazione anziana (ultrasessantacinquenne). Anno 2001

COMUNI	65--69	70--74	75--79	80--84	> 85	Tot. anziani	Tot. popolazione	Incid. %
Arbus	411	380	289	131	164	1375	7021	19,6
Gonnosfanadiga	378	326	253	154	133	1244	6970	17,8
Guspini	686	613	405	206	181	2091	12695	16,5
Pabillonis	142	132	95	43	51	463	3044	15,2
San Gavino Monreale	441	378	278	187	150	1434	9460	15,2
Sardara	195	199	165	80	90	729	4350	16,8
Villacidro	664	562	406	218	202	2052	14732	13,9
<b>distretto di Guspini</b>	<b>2917</b>	<b>2590</b>	<b>1891</b>	<b>1019</b>	<b>971</b>	<b>9388</b>	<b>58272</b>	<b>16,1</b>
<b>distretto di Sanluri</b>	<b>2536</b>	<b>2350</b>	<b>1748</b>	<b>1005</b>	<b>962</b>	<b>8601</b>	<b>47128</b>	<b>18,3</b>
<b>Provincia</b>	<b>5453</b>	<b>4940</b>	<b>3639</b>	<b>2024</b>	<b>1933</b>	<b>17989</b>	<b>105400</b>	<b>17,1</b>

Fonte: elaborazioni propria su dati Istat. censimento 2001.

Il grafico seguente mostra la distribuzione degli anziani suddivisi per classi di età per ciascun comune appartenente al distretto (in evidenza che la classe di età 65-74 è predominante nel comune di Guspini, mentre per quanto riguarda le classe di età più avanzate, prevale anche se di poco, Villacidro).

Figura 2: popolazione anziana del distretto suddivisa per comuni. Anno 2001



Di contro l'incidenza della popolazione di età infantile risulta invece sempre più bassa nel tempo, conseguenza del progressivo calo delle nascite.



Tabella 5: peso della popolazione minorenni e anziana nel distretto. Anno 2001

COMUNI	minorenni (0-18)	%	anziani (>65)	%	Totale popolazione
Arbus	1135	16,2	1375	19,6	7021
Gonnosfanadiga	1175	16,9	1244	17,8	6970
Guspini	2267	17,9	2091	16,5	12695
Pabillonis	584	19,2	463	15,2	3044
San Gavino Monreale	1515	16,0	1434	15,2	9460
Sardara	748	17,2	729	16,8	4350
Villacidro	2781	18,9	2052	13,9	14732
<b>distretto Guspini</b>	<b>10205</b>	<b>17,5</b>	<b>9388</b>	<b>16,1</b>	<b>58272</b>

Fonte: rielaborazione dati Istat 2001

La scarsa dinamicità demografica viene confermata dai più comuni indicatori demografici. Nel dettaglio, l'indice di vecchiaia assume in ambito distrettuale un valore pari al 118%, inferiore rispetto ad una media provinciale pari al 125% e regionale del 119%. In generale i valori degli indici di vecchiaia sono elevati a tutti e due i livelli (provinciale e distrettuale) e superando il 100 indicano che nella popolazione la quota di anziani >65 anni, prevale di gran lunga su quella dei giovani con meno di 15 anni.

L'indice di dipendenza infantile mostra valori identici sia a livello provinciale che distrettuale; invece l'indice di dipendenza giovanile del distretto di Guspini presenta valori inferiori rispetto le altre due aree e si discosta di circa 2 punti percentuali dal distretto di Sanluri e di 4 dalla Provincia. Stesso discorso se si osserva l'indice di dipendenza anziani (il distretto di Guspini registra una cifra pari a 22,94%). Nel complesso, l'indice di dipendenza complessivo, si posiziona leggermente al di sotto della media provinciale e regionale (42%, 44,4%, 42,8%). Ancora, l'indice di carico di figli per donna in età feconda assume un valore (14,79%) leggermente inferiore al dato medio provinciale e regionale (15,2%, 15,8%) e distante dal dato nazionale (19%).

I più importanti cambiamenti avvenuti nell'andamento demografico e sociale solitamente si ripercuotono anche nella struttura delle *famiglie*.

La prima osservazione che si può fare leggendo i dati riportati nelle seguenti tavole relative al numero delle famiglie presenti nel distretto e al numero medio dei componenti, è quella che vede l'aumento del numero di nuclei familiari con una crescita del 6,71%, passato tra il 1991 e il 2001, da 18.686 a 19.984. Si sta verificando che aumenta il numero dei nuclei familiari ma contemporaneamente diminuisce il numero dei rispettivi componenti. La motivazione più lampante è legata al fatto che col

tempo aumenta il numero di famiglie monopersonali. Osservando i dati si nota come nell'arco del decennio considerato il numero medio dei componenti per famiglia sia passato da 3,2 a 2,9. I dati sono naturalmente in linea con la situazione regionale e nazionale.

Le tendenze mostrano che sia i figli che continuano a vivere nel nucleo familiare di origine sia figli che scelgono di vivere da soli, entrambi hanno quasi sempre un legame di dipendenza economica e non solo dai propri genitori. Le motivazioni sono molteplici e hanno come perno la difficoltà socio economica di creazione di un proprio nucleo familiare. Non va sottovalutato dunque che contribuisce a rafforzare questa propensione, la reale situazione di crisi nel settore dell'occupazione giovanile che ovviamente non incoraggia il giovane a responsabilizzarsi e costruire famiglia.

Tabella 6: indicatore relativo al numero medio delle famiglie presenti nel distretto di Guspini negli anni 1991-2001

COMUNI	NUMERO FAM. 2001	NUMERO FAM. 1991	Var.	Var. %
Arbus	2.570	2.551	19	0,74
Gonnosfanadiga	2.391	2.326	65	2,76
Guspini	4.424	4.129	295	6,9
Pabillonis	1.025	906	119	12,33
San Gavino Monreale	3.241	3.006	235	7,52
Villacidro	4.899	4.405	494	10,62
<b>Provincia</b>	<b>36.348</b>	<b>33.921</b>	<b>2.427</b>	<b>6,91</b>
<b>distretto Guspini</b>	<b>19.984</b>	<b>18.686</b>	<b>1.298</b>	<b>6,71</b>
<b>distretto Sanluri</b>	<b>16.364</b>	<b>15.235</b>	<b>1.129</b>	<b>7,15</b>

Fonte: censimenti Istat 1991-2001

Tabella 7: numero medio componenti per famiglia distretto Guspini. 1991-2001

COMUNI	numero medio comp. 2001	numero medio comp. 1991	var.
Arbus	2,73	3	-0,27
Gonnosfanadiga	2,91	3,1	-0,19
Guspini	2,86	3,2	-0,34
Pabillonis	2,97	3,4	-0,43
San Gavino Monreale	2,9	3,3	-0,4
Sardara	3,01	3,3	-0,29
Villacidro	3	3,4	-0,4
<b>Provincia</b>	<b>2,8</b>	<b>3,07</b>	<b>-0,27</b>
<b>distretto Guspini</b>	<b>2,9</b>	<b>3,2</b>	<b>-0,3</b>
<b>distretto Sanluri</b>	<b>2,75</b>	<b>3,04</b>	<b>-0,29</b>

Fonte: censimenti Istat 1991-2001

Il progressivo invecchiamento della popolazione, il calo delle nascite e la trasformazione delle famiglie, stanno avendo degli effetti devastanti nel territorio. Infatti, l'assottigliamento di alcune fasce della popolazione e l'aumento di altre, si ripercuote sullo sviluppo della comunità locale, che in alcuni

casi si vede costretta ad affrontare un imprevisto abbandono di scuole, uffici postali, presidi sanitari, ecc. e in altri casi deve fronteggiare in emergenza le situazioni, portando ad un aumento rapidissimo dell'istituzionalizzazione degli anziani, dei minori e di altre fasce sociali deboli.

Il fenomeno della dipendenza assistenziale cresce molto velocemente perché se fino a poco tempo fa erano le famiglie a prendersi cura degli anziani e dei bambini e in generale di tutti i propri componenti, oggi invece si assiste ad una sempre maggiore disgregazione della famiglia e della comunità, con una diminuzione notevole delle potenzialità integrative e di risposta propria.

Quindi le osservazioni che si possono fare in merito all'analisi dei dati fin qui esposti riguardano in particolar modo il problema del carico assistenziale che l'attuale conformazione della popolazione può comportare, essendo gli anziani e i minori i maggiori consumatori di risorse socio-sanitarie, rendendo nota la necessità da un lato di attivare iniziative finalizzate al mantenimento della autosufficienza il più a lungo possibile e, dall'altro, cercando di garantire maggiori e migliori livelli di offerta assistenziale domiciliare, semiresidenziale e residenziale per i non-autosufficienti, sostenendo la famiglia e la potenzialità di servizio che essa rappresenta.

Un'altra delle dimensioni interessanti da mettere in evidenza in rapporto alle politiche sociali riguarda la *componente straniera*, intesa come la quota delle persone iscritte ai registri anagrafici e in possesso di cittadinanza diversa da quella italiana. Questa dimensione viene misurata dal tasso di immigrazione con alcune differenziazioni significative all'interno del territorio in questione.

Premesso che l'incidenza della popolazione straniera nell'intera area provinciale non è elevata, leggendo i dati del bilancio demografico del 2004, emerge che i comuni del distretto di Guspini che registrano la più alta quota di stranieri sono: Pabillonis (11,76%), Villacidro (6,36%) seguiti con cifre meno significative da San Gavino M.le (2,59%) e Guspini (2,55%); il restante dei comuni ha un'incidenza ancor più bassa, che non tocca nemmeno l'1%.

La provincia sempre nello stesso periodo ha registrato una popolazione media di 362 stranieri regolarmente registrati, di cui 166 distribuiti nel distretto di Sanluri e 195 nel distretto di Guspini. Interessanti anche i dati Istat dell'ultimo censimento che permettono di avere delle informazioni circa la provenienza dei cittadini residenti stranieri. A livello provinciale emerge che al primo posto si collocano gli individui di origine europea, seguono gli africani, gli asiatici e gli americani; per ultimi gli apolidi.

Tavola I: raffronto indici di struttura. Anno 2001. Val. %

COMUNI	Indice dipendenza infantile	Indice dipendenza giovanile	Indice dipendenza anziani	Indice vecchiaia	Indice dipendenza complessivo	Indice carico sociale	Indice dipendenza senile	Indice dipendenza globale ridefinito	Rapporto terza età e bambini	Tasso popolazione attiva	Incidenza carico figli per donna
Arbus	12,22	46,64	28,72	160,26	46,64	46,64	20,33	50,21	226,77	88,73	12,40
Gonnosfanadiga	13,27	45,18	25,91	134,49	45,18	45,18	18,70	50,74	207,69	83,59	13,38
Guspini	14,25	44,34	23,77	115,59	44,34	44,34	14,84	48,73	184,75	86,85	15,88
Pabillonis	15,44	44,20	21,93	98,51	44,20	44,20	14,81	51,65	138,93	72,19	17,12
San Gavino M.le	12,17	37,60	20,86	124,59	37,60	37,60	14,94	42,90	201,01	90,50	12,65
Sardara	12,85	42,06	23,81	130,41	42,06	42,06	18,26	48,72	186,36	82,59	12,19
Villacidro	14,85	40,41	19,56	93,78	40,41	40,41	13,45	49,06	151,00	78,65	17,18
<b>distretto di Guspini</b>	<b>13,66</b>	<b>42,39</b>	<b>22,94</b>	<b>117,94</b>	<b>42,39</b>	<b>42,39</b>	<b>15,86</b>	<b>48,39</b>	<b>182,11</b>	<b>83,98</b>	<b>14,79</b>
<b>distretto di Sanluri</b>	<b>13,67</b>	<b>46,88</b>	<b>26,81</b>	<b>133,51</b>	<b>46,88</b>	<b>46,88</b>	<b>18,90</b>	<b>51,67</b>	<b>193,43</b>	<b>87,65</b>	<b>15,75</b>
<b>Provincia</b>	<b>13,66</b>	<b>44,37</b>	<b>24,64</b>	<b>124,91</b>	<b>44,37</b>	<b>44,37</b>	<b>17,21</b>	<b>49,85</b>	<b>187,17</b>	<b>85,58</b>	<b>15,21</b>

Fonte: rielaborazione propria dati Istat 2001

Tavola II: Popolazione residente per classe di età - Distretto di Guspini (dettaglio comunale) - Censimento 2001. Val. %

COMUNI	<5	5--9	10--14	15--19	20--24	25--29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	> 85	tot.
Arbus	0,37	0,53	0,57	0,83	0,90	0,88	0,80	0,94	0,86	0,89	0,80	0,63	0,68	0,71	0,65	0,50	0,22	0,28	12,05
Gonnosfanadiga	0,40	0,54	0,65	0,80	0,85	0,90	0,96	0,98	0,76	0,74	0,81	0,71	0,74	0,65	0,56	0,43	0,26	0,23	11,96
Guspini	0,88	1,00	1,23	1,36	1,60	1,72	1,68	1,71	1,55	1,54	1,52	1,17	1,24	1,18	1,05	0,70	0,35	0,31	21,79
Pabillonis	0,24	0,27	0,30	0,32	0,40	0,47	0,48	0,43	0,41	0,31	0,31	0,25	0,24	0,24	0,23	0,16	0,07	0,09	5,22
San Gavino M.le	0,53	0,66	0,79	1,07	1,29	1,39	1,25	1,19	1,13	1,16	1,25	1,07	0,99	0,76	0,65	0,48	0,32	0,26	16,23
Sardara	0,24	0,33	0,39	0,54	0,61	0,58	0,57	0,58	0,54	0,55	0,51	0,39	0,38	0,33	0,34	0,28	0,14	0,15	7,46
Villacidro	1,15	1,16	1,45	1,75	2,16	2,17	2,09	1,90	1,71	1,75	1,66	1,43	1,38	1,14	0,96	0,70	0,37	0,35	25,28
<b>distretto di Guspini</b>	<b>3,80</b>	<b>4,49</b>	<b>5,37</b>	<b>6,68</b>	<b>7,81</b>	<b>8,11</b>	<b>7,84</b>	<b>7,73</b>	<b>6,97</b>	<b>6,95</b>	<b>6,85</b>	<b>5,65</b>	<b>5,64</b>	<b>5,01</b>	<b>4,44</b>	<b>3,25</b>	<b>1,75</b>	<b>1,67</b>	<b>100,00</b>

Fonte: rielaborazione dati Istat. Censimento - 2001

Tavola III: Bilancio demografico anno 2002 e popolazione residente al 31 Dicembre

Comune	Popolazione al 1° Gennaio - Totale	Nati - Totale	Morti - Totale	Saldo Naturale - Totale	Iscritti da altri comuni - Totale	Iscritti dall'estero - Totale	Altri iscritti - Totale	Cancellati per altri comuni - Totale	Cancellati per l'estero - Totale	Altri cancellati - Totale	Saldo Migratorio - Totale	Popolazione al 31 Dicembre - Totale
Arbus	7012	53	77	-24	85	3	5	101	0	0	-8	6980
Gonnosfanadiga	6955	52	61	-9	57	4	0	48	0	0	13	6959
Guspini	12686	98	103	-5	146	19	31	152	6	0	38	12719
Pabillonis	3041	17	28	-11	32	4	1	62	2	0	-27	3003
San Gavino Monreale	9443	49	77	-28	90	3	2	148	7	0	-60	9355
Sardara	4353	39	41	-2	38	4	2	54	0	0	-10	4341
Villacidro	14723	104	118	-14	133	14	8	140	0	0	15	14724
<b>distretto di Guspini</b>	<b>58213</b>	<b>412</b>	<b>505</b>	<b>-93</b>	<b>581</b>	<b>51</b>	<b>49</b>	<b>705</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>-39</b>	<b>58081</b>
<b>distretto di Sanluri</b>	<b>47103</b>	<b>345</b>	<b>431</b>	<b>-86</b>	<b>520</b>	<b>61</b>	<b>103</b>	<b>609</b>	<b>41</b>	<b>2</b>	<b>32</b>	<b>47049</b>

Tavola IV: Bilancio demografico anno 2003 e popolazione residente al 31 Dicembre

Comune	Popolazione al 1° Gennaio - Totale	Nati - Totale	Morti - Totale	Saldo Naturale - Totale	Iscritti da altri comuni - Totale	Iscritti dall'estero - Totale	Altri iscritti - Totale	Cancellati per altri comuni - Totale	Cancellati per l'estero - Totale	Altri cancellati - Totale	Saldo Migratorio - Totale	Popolazione al 31 Dicembre - Totale
Arbus	6980	38	77	-39	73	4	5	113	13	0	-44	6897
Gonnosfanadiga	6959	52	66	-14	51	8	72	85	2	0	44	6989
Guspini	12719	96	116	-20	120	21	3	160	13	0	-29	12670
Pabillonis	3003	23	40	-17	49	3	6	57	3	0	-2	2984
San Gavino Monreale	9355	71	91	-20	109	9	8	114	6	10	-4	9331
Sardara	4341	24	36	-12	55	6	5	76	10	4	-24	4305
Villacidro	14724	120	114	6	112	17	3	149	28	2	-47	14683
<b>distretto Guspini</b>	<b>58081</b>	<b>424</b>	<b>540</b>	<b>-116</b>	<b>569</b>	<b>68</b>	<b>102</b>	<b>754</b>	<b>75</b>	<b>16</b>	<b>-106</b>	<b>57859</b>
<b>distretto Sanluri</b>	<b>46257</b>	<b>313</b>	<b>515</b>	<b>-202</b>	<b>520</b>	<b>67</b>	<b>99</b>	<b>622</b>	<b>61</b>	<b>72</b>	<b>-69</b>	<b>45986</b>

Tavola V: Bilancio demografico anno 2004 e popolazione residente al 31 Dicembre

Comune	Popolazione al 1° Gennaio - Totale	Nati - Totale	Morti - Totale	Saldo Naturale - Totale	Iscritti da altri comuni - Totale	Iscritti dall'estero - Totale	Altri iscritti - Totale	Cancellati per altri comuni - Totale	Cancellati per l'estero - Totale	Altri cancellati - Totale	Saldo Migratorio - Totale	Popolazione al 31 Dicembre - Totale
Arbus	6897	49	68	-19	94	10	4	87	4	0	17	6895
Gonnosfanadiga	6989	47	78	-31	85	6	68	77	29	0	53	7011
Guspini	12670	80	104	-24	93	17	1	191	6	0	-86	12560
Pabillonis	2984	33	26	7	33	2	2	46	0	0	-9	2982
San Gavino Monreale	9331	53	93	-40	79	9	3	119	6	0	-34	9257
Sardara	4305	40	37	3	70	3	0	39	11	0	23	4331
Villacidro	14683	116	107	9	88	23	3	149	23	1	-59	14633
<b>distretto di Guspini</b>	<b>57859</b>	<b>418</b>	<b>513</b>	<b>-95</b>	<b>542</b>	<b>70</b>	<b>81</b>	<b>708</b>	<b>79</b>	<b>1</b>	<b>-95</b>	<b>57669</b>
<b>distretto di Sanluri</b>	<b>46771</b>	<b>323</b>	<b>431</b>	<b>-108</b>	<b>604</b>	<b>85</b>	<b>15</b>	<b>662</b>	<b>58</b>	<b>4</b>	<b>-20</b>	<b>46643</b>



Tavola VI: Indicatori di struttura dettagliati per sesso

**Indice di dipendenza giovanile: (popolazione  $\leq$  14 anni/popolazione 15-64 anni)\*100**

COMUNI	M	F	M+F
Arbus	18	18	18
Gonnosfanadiga	19	19	19
Guspini	22	19	21
Pabillonis	23	21	22
San Gavino Monreale	17	17	17
Sardara	19	18	18
Villacidro	21	21	21
distretto di Guspini	20	19	19
distretto di Sanluri	20	20	20
Provincia	20	20	20

**Indice di dipendenza anziani: (popolazione > 64 anni/popolazione 15-64 anni)\*100**

COMUNI	M	F	M+F
Arbus	24	34	29
Gonnosfanadiga	21	31	26
Guspini	20	28	24
Pabillonis	19	25	22
San Gavino Monreale	17	25	21
Sardara	19	29	24
Villacidro	17	22	20
distretto di Guspini	19	27	23
distretto di Sanluri	23	30	27
Provincia	21	28	25

**Indice di dipendenza complessivo: ((popolazione  $\leq 14+\geq 65$  anni)/popolazione 15-64 anni)\*100**

COMUNI	M	F	M+F
Arbus	41	52	47
Gonnosfanadiga	40	50	45
Guspini	42	47	44
Pabillonis	42	47	44
San Gavino Monreale	33	42	38
Sardara	38	47	42
Villacidro	38	43	40
distretto di Guspini	39	46	42
distretto di Sanluri	43	50	47
Provincia	41	48	44

**Indice di dipendenza globale ridefinito: ((popolazione  $\leq 14+\geq 75$  anni)/popolazione 30-59 anni)\*100**

COMUNI	M	F	M+F
Arbus	44	57	50
Gonnosfanadiga	45	57	51
Guspini	48	50	49
Pabillonis	47	57	52
San Gavino Monreale	39	47	43
Sardara	44	54	49
Villacidro	46	52	49
distretto di Guspini	45	52	48
distretto di Sanluri	47	56	52
Provincia	46	54	50

**Indice di dipendenza senile: (popolazione ≥ 75 anni/popolazione 30-59 anni)\*100**

COMUNI	M	F	M+F
Arbus	14	27	20
Gonnosfanadiga	14	24	19
Guspini	11	18	15
Pabillonis	10	20	15
San Gavino Monreale	11	19	15
Sardara	13	24	18
Villacidro	11	16	13
distretto di Guspini	12	20	16
distretto di Sanluri	15	23	19
Provincia	13	21	17

**Rapporto tra terza età e bambini: (popolazione 60-74 anni/popolazione 0-9 anni)\*100**

COMUNI	M	F	M+F
Arbus	220	233	227
Gonnosfanadiga	187	229	208
Guspini	157	217	185
Pabillonis	120	164	139
San Gavino Monreale	184	219	201
Sardara	160	217	186
Villacidro	138	165	151
distretto di Guspini	163	203	182
distretto di Sanluri	182	205	193
Provincia	171	204	187

Fonte: rielaborazione dati Istat 2001

## IL CONTESTO SOCIO-ECONOMICO

### Parte generale

Le caratteristiche socioeconomiche di una popolazione influiscono in modo importante sul suo stato di salute.

Distinguiamo una componente materiale (il reddito economico), una sociale (relazioni e sostegno) e una personale (l'istruzione).

- La capacità materiale influisce indirettamente. Maggiore è il reddito e minore è l'esposizione a fattori nocivi, in particolare sul lavoro.
- La capacità personale è importante per la maggiore consapevolezza di sé e nella capacità di utilizzare meglio i servizi e le conoscenze che la società pone a disposizione.
- La capacità sociale influisce in modo diretto in quanto permette di sfruttare le possibilità di relazione e sostegno.

Le tre componenti sono così importanti, che negli studi di epidemiologia ambientale si ricorre ad una correzione dei dati (calcolo degli indici di deprivazione).

### Il quadro socio-economico locale

I valori di deprivazione calcolati nella "Relazione ambiente e salute nelle aree a rischio della Sardegna" identificano l'area industriale di San Gavino M.le (Pabillonis, San Gavino M.le e Sardara) e la zona mineraria di Arbus (Arbus, Gonnosfanadiga e Guspini) nel gruppo con valori di deprivazione materiale in eccesso rispetto alla media regionale.

Area	Censimento 1991					Censimento 2001				
	Deprivazione materiale 1991	% lic. elementare o meno	Disoccupazione	Indice affollamento	Struttura famiglia	Indice vecchiaia	% non conseguimento dell'obbligo	Disoccupazione	Indice vecchiaia	
Arbus	0.90	52.88	37.50	66.25	20.23	66.74	12.62	24.18	127.21	
San Gavino	0.20	50.72	33.00	69.00	21.84	52.26	11.82	26.78	109.19	
Regione	0	56.60	29.82	63.19	18.10	98.16	12.94	22.00	159.92	

A completamento del quadro vengono poi riportati i dati occupazionali del territorio, definiti per comune e per classe d'età, a seguire i dati di disoccupazione suddivisi per comune e per sesso.

**Tavola: Occupati per classe di età – Distretto di Guspini (dettaglio comunale) - Censimento 2001**

COMUNI	Classe di età da 15 anni in poi				Totale
	15-19	20-29	30-54	55 e più	
Arbus	24	344	1282	157	1807
Gonnosfanadiga	16	371	1309	226	1922
Guspini	23	733	2708	339	3803
Pabillonis	8	194	610	75	887
San Gavino Monreale	31	560	1924	257	2772
Sardara	16	289	916	125	1346
Villacidro	51	931	2851	366	4199
TOTALE	169	3422	11600	1545	16736

**Tavola: Tasso di occupazione per sesso – Distretto di Guspini (dettaglio comunale) - Censimento 2001**

COMUNI	Sesso		Totale
	Maschi	Femmine	
Arbus			
Gonnosfanadiga	46,65	17,9	
Guspini	49,29	21,3	34,93
Pabillonis	50,12	19,19	34,46
San Gavino Monreale	45,6	21,81	33,36
Sardara	48,89	22,76	35,51
Villacidro	46,94	20,16	33,47
totale	47,915	20,52	34,346

**Tavola: Tasso di disoccupazione giovanile per sesso – Distretto Guspini (dettaglio comunale) - Censimento 2001**

COMUNI	Sesso		Totale
	Maschi	Femmine	
Arbus	53,36	72,08	60,44
Gonnosfanadiga	43,66	75,82	57,1
Guspini	39	75,87	54,37
Pabillonis	29,76	67,21	45,52
San Gavino Monreale	46,88	65,96	54,41
Sardara	47,1	64,36	53,91
Villacidro	53,98	71,2	61,11
Totale	44,82	70,36	55,27

**Tavola: Abitazioni occupate da persone residenti per titolo di godimento - Cagliari (dettaglio comunale) - Censimento 2001**

COMUNI	Titolo di godimento			Totale
	Proprietà	Affitto	Altro titolo	
Arbus	2083	290	183	2556
Gonnosfanadiga	1963	289	134	2386
Guspini	3638	473	303	4414
Pabillonis	806	123	78	1007
San Gavino Monreale	2642	357	240	3239
Sardara	1264	90	74	1428
Villacidro	4046	499	345	4890
Totale	16442	2121	1357	19920

**Tavola: Popolazione residente che si sposta giornalmente per luogo di destinazione - distretto di Guspini (dettaglio comunale) - Censimento 2001**

Distretto di Guspini	Luogo di destinazione		
	Nello stesso comune di dimora abituale	Fuori del comune	Totale
Arbus	1599	876	2475
Gonnosfanadiga	1434	1208	2642
Guspini	3600	1571	5171
Pabillonis	661	497	1158
San Gavino Monreale	2438	1459	3897
Sardara	974	840	1814
Villacidro	4226	1838	6064
Totale	14932	8289	23221

In generale - come indicato nel Rapporto d'area provinciale - il tessuto produttivo del Medio Campidano sembra caratterizzarsi per l'assenza di forti aggregazioni produttive. In particolare, nel distretto di Guspini, nonostante alcuni centri come Sardara, Guspini, Arbus e Villacidro mostrino un buon andamento sul piano degli indicatori strutturali, non appare significativa la loro capacità di traino nei confronti degli altri centri.

Nel complesso le Unità Locali della Provincia associate ai servizi vendibili coprono il 51% del totale regionale e nel dettaglio si concentrano prevalentemente nei comuni di Villacidro e Guspini che da soli coprono il 29% del totale provinciale. Un primato che viene nuovamente confermato anche per il settore industriale con circa il 49% delle unità locali in ambito provinciale e con un ruolo di primaria rilevanza ricoperto sempre dal comune di Villacidro soprattutto per quanto concerne le attività di tipo manifatturiero.

In termini di numero di addetti, l'Area ex mineraria concentra il 53% del totale, seguito dalla Marmilla e dal Campidano irriguo rispettivamente con il 33% ed il 14%. A ciò fa seguito una concentrazione della capacità di assorbimento espressa sia dai servizi materiali che immateriali del 51%, con in evidenza rispettivamente il Comune di Villacidro (con il 18% sul totale) e di San Gavino Monreale (17%). Gli addetti al settore industriale risultano concentrati per oltre il 23% a Villacidro, per tre quarti impegnati nell'ambito delle attività industriali in senso stretto e per una quota del 25% nel settore dell'edilizia.

L'analisi territoriale mostra come la quota di forza lavoro risulti leggermente più elevata nel Campidano irriguo (44,7%) rispetto a quanto non avvenga in Marmilla (43,0%). Tra i più elevati tassi di attività in ambito provinciale (pari a circa il 47%) spicca quello di Villacidro (Area ex mineraria) dove le forze lavoro rappresentano ben il 47,8% dei residenti in età lavorativa. E' significativo, tuttavia, che nessuna municipalità presenti un tasso di attività femminile superiore al dato medio regionale.

Analizzando i dati relativi all'età degli occupati si può notare che nel distretto di Guspini il 69,3% ha un'età tra i 30 e 54 anni, il 20,4% ha un'età compresa tra i 20 e i 29 anni e solo il 9,2% ha un'età superiore ai 55 anni. Scomponendo la categoria occupati in base all'età e alla tipologia di attività risulta in sintesi quanto segue:

- 20-29 anni > 13,43 % occupati in agricoltura; 21,9% in industria, 20,9% in altre attività;
- 30-54 anni > 69,3% occupati in agricoltura, 69,3% in industria, 69,1% in altre attività;
- 55 anni e più > 16,6% occupati in agricoltura, 7,4% in industria, 38,9% in altre attività.

In generale per quanto concerne il tasso di disoccupazione, i valori relativi l'area provinciale sono molto elevati: mentre la media regionale è pari al 22% nel territorio del Medio Campidano la media è del 25%, con paesi che raggiungono punte del 30% (nello specifico, nel distretto di Guspini si distingue il comune di Villacidro). In aggiunta si rileva un tasso di disoccupazione provinciale femminile (35%) ben al di sopra della media regionale (28,37%). Alcuni comuni del distretto presentano dei dati sulla disoccupazione femminile addirittura al di sopra del 40% (Villacidro), anche se il tasso di attività è superiore alla media provinciale.

Le donne residenti nella provincia, quindi, hanno poche occasioni lavorative e ciò comporta una loro esclusione dalle dinamiche economiche, soprattutto per quel che concerne alcuni settori di attività (agricoltura e industria, in particolare). Le loro scarse possibilità di accesso al mercato del lavoro sono probabilmente anche da collegarsi alla scarsità di servizi presenti sul territorio, che le costringono a rinunciare alle possibilità di carriera per prendersi cura della famiglia, e spesso anche degli anziani, la cui cura è affidata prioritariamente a loro.

La disoccupazione riguarda in particolare i giovani. Si rileva, infatti, che il tasso di disoccupazione provinciale giovanile è del 54%, un valore simile alla media regionale, ma molto superiore al tasso di disoccupazione complessivo. Inoltre, ben 2 comuni su 7 hanno un tasso superiore a quello regionale e con picchi oltre il 60% (Villacidro 61,11%, Arbus 60,44%).

Suddividendo, ancora una volta, il territorio in sub-aree, interessante osservare il tasso di disoccupazione giovanile che risulta particolarmente elevato nelle aree del Campidano irriguo (26,0%) e dell'Area ex mineraria (25,9%) e che facendo riferimento all'area distrettuale di Guspini, il comune che registra valori più significativi è sempre Villacidro (30,0%). Come mostra la tabella riportante i dati del distretto di Guspini, si tratta di una configurazione che trova una giustificazione nei tassi di disoccupazione femminile che sono molto più elevati (70,36%) rispetto a quelli relativi la componente maschile (44,82%).

Elemento ancora più preoccupante, l'abbandono del territorio da parte dei cittadini riguarda in particolare i giovani con titoli di studio più elevati. Si tratta di un impoverimento progressivo del capitale umano che potenzialmente potrebbe incidere significativamente sullo sviluppo locale della provincia.

Un altro dato di interesse riguarda poi i livelli di scolarizzazione, con una situazione di estrema gravità per quanto riguarda gli indici di mancato conseguimento dell'obbligo scolastico e del fenomeno dell'analfabetismo di ritorno. A seguire i dati sui minori denunciati – altro indicatore estremamente utile.

Tavola: Indice di non conseguimento della scuola dell'obbligo (15-52 anni) per sesso – distretto di Guspini (dettaglio comunale) - Censimento 2001.

Distretto di Guspini	Sesso		
	Maschi	Femmine	Totale
Arbus	13,37	14,15	13,75
Gonnosfanadiga	12,14	11,9	12,02
Guspini	11,53	11,63	11,58
Pabillonis	16,8	9,31	13,13
San Gavino Monreale	12,03	10,63	11,34
Sardara	11,63	13,51	12,55
Villacidro	12,31	12,3	12,3

## DISTRETTO DI GUSPINI - PROVINCIA MEDIO CAMPIDANO

### MINORI RESIDENTI DENUNCIATI - ANNO 2001

COMUNE	ABITANTI	F	M	TOT	%	INC	PL	REC
Arbus	7021	3	7	<b>10</b>	0,14%	8	1	1
Gonnosfanadiga	6970		1	<b>1</b>	0,01%	1		
Guspini	12695	3	3	<b>6</b>	0,05%	4	2	
Pabillonis	3044		7	<b>7</b>	0,23%	5	2	
San Gavino M.le	9460	2	3	<b>5</b>	0,05%	2	1	2
Sardara	4350		11	<b>11</b>	0,25%	9	2	
Villacidro	14732		12	<b>12</b>	0,08%	6	5	1
<b>Totale Distretto</b>	<b>58272</b>	<b>8</b>	<b>44</b>	<b>52</b>	<b>0,09%</b>	<b>35</b>	<b>13</b>	<b>4</b>

### MINORI RESIDENTI DENUNCIATI - ANNO 2002

COMUNE	ABITANTI	F	M	TOT	%	INC	PL	REC
Arbus	6980	0	6	<b>6</b>	0,09%	5	1	
Gonnosfanadiga	6959			<b>n.p.</b>				
Guspini	12719	0	2	<b>2</b>	0,02%	2		
Pabillonis	3003	0	3	<b>3</b>	0,10%	2	1	
San Gavino M.le	9355	0	6	<b>6</b>	0,06%	6		
Sardara	4341	3	35	<b>38</b>	0,88%	37	1	
Villacidro	14724	0	9	<b>9</b>	0,06%	5	3	1
<b>Totale Distretto</b>	<b>58081</b>	<b>3</b>	<b>61</b>	<b>64</b>	<b>0,11%</b>	<b>57</b>	<b>6</b>	<b>1</b>

### MINORI RESIDENTI DENUNCIATI - ANNO 2003

COMUNE	ABITANTI	F	M	TOT	%	INC	PL	REC
Arbus	6897	1	5	<b>6</b>	0,09%	5	1	
Gonnosfanadiga	6989			<b>n.p.</b>				
Guspini	12670	1		<b>1</b>	0,01%	1		
Pabillonis	2984		2	<b>2</b>	0,07%	1	1	
San Gavino M.le	9331	3	2	<b>5</b>	0,05%	3	2	
Sardara	4305		2	<b>2</b>	0,05%		2	
Villacidro	14683	3	4	<b>7</b>	0,05%	6	1	
<b>Totale Distretto</b>	<b>57859</b>	<b>8</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>0,04%</b>	<b>16</b>	<b>7</b>	

### MINORI RESIDENTI DENUNCIATI - ANNO 2004

COMUNE	ABITANTI	F	M	TOT	%	INC	PL	REC
Arbus	6895		2	<b>2</b>	0,03%		2	
Gonnosfanadiga	7011			<b>n.p.</b>				
Guspini	12560		8	<b>8</b>	0,06%	8		
Pabillonis	2982	1	1	<b>2</b>	0,07%	2		
San Gavino M.le	9257	4	6	<b>10</b>	0,11%	10		
Sardara	4331		12	<b>12</b>	0,28%	11	1	
Villacidro	14633		8	<b>8</b>	0,05%	7	1	
<b>Totale Distretto</b>	<b>57669</b>	<b>5</b>	<b>37</b>	<b>42</b>	<b>0,07%</b>	<b>38</b>	<b>4</b>	

### MINORI RESIDENTI DENUNCIATI - ANNO 2005

COMUNE	ABITANTI	F	M	TOT	%	INC	PL	REC
Arbus	6895		2	<b>2</b>	0,03%	1	1	
Gonnosfanadiga	7011		4	<b>4</b>	0,06%	3	1	
Guspini	12560	1		<b>1</b>	0,01%	1		
Pabillonis	2982		3	<b>3</b>	0,10%	3		
San Gavino M.le	9257		2	<b>2</b>	0,02%	2		
Sardara	4331	2	2	<b>4</b>	0,09%	2	2	
Villacidro	14633	7	21	<b>28</b>	0,19%	23	5	
<b>Totale Distretto</b>	<b>57669</b>	<b>1</b>	<b>34</b>	<b>44</b>	<b>0,08%</b>	<b>35</b>	<b>9</b>	

Legenda: INC:incensurati; PL: pluridenunciati; REC: recidivi;



## **CAP. 3 – QUADRO EPIDEMIOLOGICO**

### **ALCUNE DEFINIZIONI**

L'epidemiologia è la scienza che studia i fattori di rischio e lo stato di salute di una popolazione. Tra le diverse analisi epidemiologiche figurano classicamente gli studi di mortalità e di morbosità o morbilità. Gli studi di mortalità hanno come oggetto le cause che hanno comportato la morte. Gli studi di morbosità o morbilità descrivono le diverse malattie in termini di incidenza (i nuovi casi di malattia che si manifestano durante un determinato tempo all'interno di una popolazione) e di prevalenza (il numero di tutti i casi di una specifica malattia oggetto di studio in un determinato tempo all'interno di una popolazione: i vecchi casi più nuovi casi).

### **GLI STUDI DI MORTALITÀ**

**Premessa: alcune riflessioni in merito al tipo di indagine.**

Gli studi di mortalità sono utili ai fini della programmazione, sia per la prevenzione che per l'organizzazione dell'assistenza sanitaria. Devono però essere interpretati correttamente e spesso hanno forti limiti. A titolo di esempio, quando si tratta di porre in relazione i fattori di rischio con le morti osservate, dobbiamo tenere in conto che spesso un fattore di rischio deve agire per molti anni prima che possa manifestare l'effetto. Di conseguenza, i fattori di rischio che hanno determinato le morti osservate potrebbero anche essersi modificati nel tempo o non più presenti.

La mortalità per cause evitabili è di grande interesse in quanto si riferisce a cause di morte per cui esiste la possibilità di misure di prevenzione o di una loro possibile riduzione adottando miglioramenti nei processi assistenziali

### **Le fonti dei dati**

"Ambiente e salute nelle aree a rischio della Sardegna". Studio commissionato dall'Assessorato dell'igiene, sanità e dell'assistenza sociale della Regione Sardegna.

Rapporto epidemiologico locale Azienda USL 6 Sanluri, anno 1998\*

Dati ISTAT di mortalità anno 2001

I dati di mortalità sono raccolti nel Registro Nominativo delle Cause di Morte, istituito presso l'Azienda USL di Sanluri. L'ultimo rapporto è del 1998, dott. Giuseppe Secchi.

Tratto da "Rapporto sullo stato di salute delle popolazioni residenti nelle aree interessate da poli industriali, minerari e militari della Regione Sardegna".

## Area mineraria di Arbus

Comprende i Comuni di Arbus, Gonnosfanadiga, Guspini e Pabillonis per una popolazione di 29.730 abitanti (censimento 2001).

### Mortalità ISTAT 1997-2001 e schede di ricovero ospedaliero 2001-2003.

L'area mineraria mostra una mortalità in eccesso (sempre aggiustando per deprivazione) rispetto alla regione di circa il 10% negli uomini, largamente spiegato dalle malattie respiratorie (+149%) e dal tumore polmonare (+ 28%). Tra le donne non si registrano differenze, se non per un eccesso significativo per il tumore della mammella (+54%). Considerando i ricoveri e i ricoverati nelle donne vi è un aumento della prevalenza di malattie circolatorie (tra 1% e 8% a seconda se consideriamo tutte le diagnosi o la sola diagnosi principale). Negli uomini si registra un aumento se consideriamo l'asma nella fascia di età 0-14 anni e le pneumoconiosi.

### Mortalità per cause evitabili

È in eccesso negli uomini rispetto alla media regionale (+27%), particolarmente a carico delle cause imputabili a cure e trattamenti appropriati (+47%), dove figura la mortalità precoce per malattie respiratorie.

### Conclusioni

L'eccesso di mortalità per malattie respiratorie (comprese le pneumoconiosi) e tumore polmonare negli uomini è largamente spiegato da pregresse esposizioni occupazionali. Nelle donne vi è un aumento delle malattie circolatorie e tumorali, in particolare del tumore della mammella, che merita approfondimento.

Area Mineraria di Arbus								
Mortalità evitabile (5 – 64 anni)								
	ICD 9	Oss	TG	SMR	IC90%	Oss	SPMR	IC90%
Primarie – prevenzione, Uomini		90	14.65	112.21	93.5,132.4	87	102.99	85.6,121.9
Primarie – prevenzione, Donne		11	1.85	70.32	39.7,108.8	11	84.63	47.7,130.9
- n. maligne vie aeree superiori e del tratto digestivo, fegato, trachea bronchi e polmoni, vescica	140-150, 161, 155.0,162, 188							
- disturbi circolatori cerebrali	430-438							
- m. croniche del fegato e cirrosi	571							
- traumi ed avvelenamenti	800-999							
Secondarie – diagnosi precoce, Uomini		0	0	0	0	0	0	0
Secondarie – diagnosi precoce, Donne		17	2.86	134.06	85.7,192.1	17	145.33	92.9,208.2
- tumori maligni della cute, melanomi e non melanomi, mammella femminile, collo e corpo utero	172-173, 174, 180, 182							
Terziarie – cure mediche e trattamenti appropriati, Uomini		19	3.09	147.83	97.1,208.1	18	135.64	87.9,192.6
Terziarie – cure mediche e trattamenti appropriati, Donne		4	0.67	72.62	25.2,141.9	4	90.22	31.3,176.3
- malattie infettive	001-139							
- tumori del testicolo, m. di Hodgkin, leucemie	186, 201, 204-208							
- cardiopatia reumatica cronica, ipertensione	393-398, 401-405							
- m. sistema respiratorio	460-519							
- ulcera gastrica e duodenale, appendicite, emia, colelitiasi	531-533, 540-543, 550-553, 574-575.1 630-676							
Totale, Uomini		92	14.98	127.2	106.3,149.8	88	114.57	95.3,135.4
Totale, Donne		32	5.39	102.44	74.7,134.1	32	119.35	87.0,156.2

#### Mortalità evitabile (0 – 1 anno)

	ICD 9	oss	TG	SMR	IC90%
mortalità per tutte le cause, maschi 1997-01	001-999	0	0	0	0
mortalità per tutte le cause, femmine 1997-01	001-999	2	37.04	81.27	14.8,195.4

## **Area industriale San Gavino**

Comprende i Comuni di San Gavino e Villacidro con una popolazione totale di 24.192 abitanti (censimento 2001).

### **Mortalità ISTAT 1997-2001 e schede di ricovero ospedaliero 2001-2003**

Nell'area si registrano eccessi per la mortalità per tutte le cause del 19% tra gli uomini e dell'11% tra le donne (considerando l'aggiustamento per deprivazione). Tali eccessi sono a carico delle malattie dell'apparato circolatorio, respiratorio (tra i soli uomini), digerente e i tumori totali. In dettaglio, sono in eccesso in entrambi i sessi tra le malattie dell'apparato digerente la cirrosi epatica (+46% negli uomini e +40% nelle donne), tra i tumori totali (+16% in entrambi i sessi) i tumori del fegato (+52% e +50%) e il tumore della vescica urinaria (+139% statisticamente significativo negli uomini e +112% nelle donne).

Nei ricoveri o ricoverati troviamo eccessi tra gli uomini per le malattie infettive e del sangue, l'asma e l'asma infantile, le malattie dell'apparato digerente e la cirrosi epatica, i tumori totali, il tumore del fegato e della vescica, e tra le donne le malattie infettive, del sangue, del sistema nervoso, il tumore del fegato e della mammella.

### **Mortalità per cause evitabili**

È aumentata rispetto alla media regionale solo relativamente alle donne (+43%), in particolare per la popolazione che è migrata nell'area).

### **Conclusioni**

Le esposizioni professionali possono aver contribuito all'aumento di rischio per tumori alla vescica.

L'incremento per le malattie respiratorie può essere legato a esposizioni occupazionali anche per la contiguità territoriale con l'area mineraria arburese e guspinese, ma esposizioni non professionali possono avere avuto un ruolo. Negli aumenti di rischio osservati per altre cause hanno probabilmente avuto un ruolo esposizioni diverse da quelle ambientali od occupazionali.

L'osservazione di aumenti di rischio per le malattie infettive, dell'apparato circolatorio e del tumore della mammella indica ambiti nei quali è possibile e necessaria un'azione in termini di prevenzione.

### **Analisi di mortalità: rapporto epidemiologico locale Azienda USL Sanluri**

Tale analisi di mortalità è basata sullo studio del Registro Nominativo delle Cause di Morte, istituito presso l'Azienda sanitaria. Il periodo di osservazione riguarda gli anni 1995-1996.

### **Età di morte**

Dalle curve di distribuzione delle morti si rileva che il maggiore addensamento dei decessi (età modale di morte) è a 82 anni per i maschi e 85 per le femmine.

## Tavole di mortalità

Nella popolazione della azienda sanitaria abbiamo una speranza di vita alla nascita pari a 81,7 anni per le femmine e 75,2 per i maschi.

Tali indici sono lievemente superiori a quelli diffusi dall'ISTAT e riferiti all'anno 1994 per la regione Sardegna (81 anni per le femmine e 74 anni per i maschi).

Dall'analisi delle tavole di mortalità si rilevano probabilità condizionali di morte relativamente basse (inferiori al 10%) fino al raggiungimento del 65° compleanno per i maschi e fino al 75° per le femmine.

## Mortalità per cause di morte

Le principali cause di morte sono le seguenti:

Maschi		
Causa di morte	N° decessi	%
Malattie del cuore e sistema circolatorio	480	35,2
Tumori	391	28,6
Malattie dell'apparato respiratorio	161	11,8
Traumatismi e avvelenamenti	98	7,2
Malattie dell'apparato digerente	95	7

Femmine		
Causa di morte	N° decessi	%
Malattie del cuore e sistema circolatorio	511	47,4
Tumori	234	21,7
Malattie dell'apparato respiratorio	78	7,2
Malattie dell'apparato digerente	57	5,3
Malattie endocrine e della nutrizione	47	4,4

La distribuzione percentuale delle cause di morte mostra alcune apprezzabili differenze rispetto al dato nazionale (ISTAT 1994):

### per i maschi

malattie del sistema circolatorio (38,8%), tumori (31,9%), malattie dell'apparato respiratorio (7,1%), traumatismi e avvelenamenti (6%) e malattie dell'apparato digerente (5,5%);

### per le femmine

malattie del sistema circolatorio (48,8%), tumori (24%), malattie dell'apparato respiratorio (4,9%), malattie dell'apparato digerente (4,8%) e i traumatismi e avvelenamenti (3,9%)

## **Tassi di mortalità**

Gli indicatori S.M.R. permettono di stimare il rischio relativo di morte per una determinata causa tra la popolazione oggetto di studio con un'altra di raffronto.

Dalla analisi dei dati si possono avanzare le seguenti considerazioni:

La mortalità globale nella popolazione residente nella azienda sanitaria è inferiore a quella della Sardegna (rischio relativo di morte inferiore del 9%)

La riduzione del rischio di morte si rileva inoltre analizzando alcuni grandi gruppi di cause: tumori (-10%), malattie endocrine e della nutrizione (-27%), disturbi psichici (-56%), malattie del sistema nervoso (-28%), malattie del sistema circolatorio (-12%), traumatismi e avvelenamenti (-18%).

Al contrario, si rileva un maggior rischio di morte per i seguenti gruppi di cause: malattie infettive e parassitarie (+38%), malattie del sangue (+30%), malattie dell'apparato respiratorio (+25%) e alcune condizioni morbose di origine perinatale (+62%).

Per alcune cause di morte, per le quali il numero di decessi registrato è piccolo, il fattore di errore stimato è particolarmente alto (di conseguenza l'affidabilità statistica è bassa). Questo si verifica per la mortalità per malattie infettive e parassitarie, per le malattie del sangue, dell'apparato genito-urinario e per le malformazioni congenite.

Analizzando le cause specifiche di morte si rileva che il maggior rischio di morte per le malattie dell'apparato respiratorio è quasi totalmente ascrivibile alla silicosi polmonare; tra i tumori vi è un rischio di morte aumentato per il tumore dello stomaco (+18%); tra le cause esterne responsabili dei traumatismi ed avvelenamenti, si evidenzia un rilevante incremento di mortalità per suicidi (+41%); minore è invece il rischio per la mortalità per le malattie cardiache ischemiche e degenerative rispetto al dato regionale (-11% per l'infarto; -26% per le altre patologie degenerative croniche del cuore).

## **Quadro mortalità distretto Guspini**

Una volta che i dati sono stati corretti per il fattore di confondimento dovuto alla differente composizione per età della popolazione residente nel distretto, l'indice di SMR si avvicina ai valori di mortalità riscontrati a livello regionale.

Riguardo alla mortalità per le malattie respiratorie si evidenzia un rischio di morte maggiore del 70% rispetto alla media regionale (totalmente sostenuto dalla silicosi polmonare).

Appare anche un incremento della mortalità per tumori maligni del fegato e delle vie biliari intraepatiche (+32%), che assieme al maggior rischio di cirrosi (+13%) pone la necessità di ulteriori approfondimenti.

Figura infine un eccesso di mortalità per suicidi (+40%).

## **QUADRO EPIDEMIOLOGICO DELLE PRINCIPALI PROBLEMATICHE SANITARIE**

### **Le condizioni di studio**

Gli studi di mortalità, oltre a diversi altri limiti, non evidenziano tutta una serie di importanti patologie e condizioni di salute solo perché si tratta di malattie non in grado di comportare direttamente la morte. In tal senso, si affiancano altri studi epidemiologici, come quelli di morbidità, a completamento del quadro delle conoscenze indispensabili per la programmazione dei servizi e delle attività, nonché per lo studio dei fattori di rischio.

## **MALATTIE AD ALTA SPECIFICITÀ PER LA SARDEGNA**

### **Diabete mellito**

La Sardegna è la regione con il più alto numero di nuovi casi di diabete di tipo 1 (30-35 casi ogni 100.000 abitanti, contro i 6 casi dell'Italia; pari a n. 17 nuovi casi ogni anno nel distretto, calcolo al censimento 2001). Nel totale (diabete tipo 1 e 2), i diabetici presenti a livello di distretto sarebbero circa 3.784 .

### **Malattie rare**

Comprendono un gruppo molto elevato di condizioni morbose di per sé poco frequenti, talvolta prive di terapie adeguate e spesso causa di condizioni cliniche gravi e talvolta mortali. Alcune di queste sono particolarmente frequenti in Sardegna: talassemia, malattia di Wilson, poliendocrinopatia autoimmune tipo 1 e malattia celiaca. Altre sono rare ma necessitano di una particolare assistenza vista la progressività e la gravità del decorso: malattie neuromuscolari tipo distrofie muscolari e Sclerosi Laterale Amiotrofica. L'insieme di tali patologie comporta un peso complessivo molto elevato. Si calcola che 4-5 per mille dei neonati sia affetto da queste patologie. Pertanto, a livello distrettuale ogni anno si manifestano uno o due casi.

### **Sclerosi multipla**

La prevalenza della Sclerosi Multipla in Sardegna è intorno ai 150 casi ogni 100.000 abitanti, che equivalgono a livello distrettuale a n. 87 casi. Trattasi di una malattia cronico-progressiva gravemente invalidante e a esordio giovanile, attualmente in media intorno ai 22 anni di età.

A causa degli elevati carichi assistenziali, la sofferenza personale e della famiglia, nonché per i costi economici, rappresenta un grave problema sociale e sanitario.

## **Talassemie**

Trattasi di un gruppo eterogeneo di anemie su base genetica, tipico della popolazione sarda.

La frequenza media dei portatori sani di beta talassemia è del 10%, mentre per i portatori dell'alfa talassemia varia tra il 10% e il 37,7%. Tale tratto genetico ha rappresentato per i sardi una forma di resistenza alla malaria. L'attività di prevenzione sinora attuata, basata sulla identificazione dei portatori in età molto giovanile e in una corretta informazione sui rischi, ha comportato una drastica riduzione dei casi di malattia.

## **Patologie di particolare rilevanza sociale**

### **Demenze e malattia di Alzheimer**

In conseguenza del progressivo invecchiamento della popolazione, le demenze e la malattia di Alzheimer sono in costante aumento. Tali malattie degenerative del cervello sono progressive e comportano la perdita totale della autosufficienza. I problemi assistenziali comportano una presa in carico della persona malata e della sua famiglia. Si rendono necessari interventi integrati di assistenza sociale e sanitaria a sostegno anche della famiglia, su cui ricade un peso assistenziale notevole (calcolato nell'ordine dell'80%).

Si stima una prevalenza della malattia nell'ordine del 6% della popolazione anziana, che a livello distrettuale corrisponde a n. 563 casi, con una incidenza di nuovi casi di circa 113 casi all'anno.

### **Malattie reumatiche**

Tali malattie costituiscono uno dei maggiori motivi di ricorso ai servizi sanitari a partire dalla età adulta. Comportano alterazioni e limitazioni funzionali che compromettono la qualità della vita di chi ne è colpito. Talvolta esordiscono anche in giovane età. In Sardegna si registra un'alta prevalenza di tali malattie. Considerando il rapido e progressivo invecchiamento della popolazione e la presenza di malattie a patogenesi immunitaria, si prevede un loro notevole incremento nel prossimo periodo.

## **Altre patologie di particolare rilevanza**

### **Donazioni e trapianti di organo**

La regione sarda vanta un alto numero di donatori d'organo, superiore alla media nazionale. Grazie agli sviluppi della medicina, con la donazione si rende possibile la sopravvivenza e il miglioramento drastico della qualità di vita di molte persone.

### **La salute della bocca**

Le fasce più deboli della popolazione, in particolare disabili e anziani, mostrano gravi carenze di salute orale. Da una indagine svolta a livello locale nell'anno 1999 tra i bambini di 6 anni di età è emerso che gli indici per la carie sono particolarmente alti.

## **Patologie con maggiore incidenza epidemiologica**

### **Malattie cardiovascolari**

Tali patologie comportano un importante prezzo in termini di mortalità (la prima causa di morte), nonché di morbidità e disabilità e conseguentemente in termini di carico assistenziale e assorbimento di risorse economiche.

La prevalenza delle cardiopatie ischemiche è del 5%, che equivale a livello distrettuale a una stima di n. 2.914 casi.

La prevalenza dei soggetti ipertesi è del 33% tra i maschi e del 29 % tra le femmine, il che equivale a livello distrettuale ad una stima di 9.484 casi tra i maschi e a n. 8.564 casi tra le femmine, con un totale di 18.048 casi.

Tali patologie sono largamente correlate alle abitudini di vita (vedere più avanti la parte sui fattori di rischio).

### **Disturbi circolatori dell'encefalo (ictus cerebrale)**

I disturbi circolatori dell'encefalo comportano un capitolo importante sia per l'impatto sociale ed economico che per gli aspetti sanitari connessi alla dimensione del problema e alla gravità dei suoi esiti invalidanti. Rappresenta una delle prime cause di morte e la seconda causa di demenza. Grazie agli interventi preventivi, basati sulla riduzione dei fattori di rischio, in particolare il controllo della pressione arteriosa, si comincia a vedere un miglioramento dei valori di mortalità. Traguardo dovuto anche alla possibilità di potersi avvalere della disponibilità di interventi specializzati e rapidi.

La prevalenza stimata degli ictus è del 7,4% tra i maschi con età > 64 anni e del 5,94%, tra le donne, che significa a livello distrettuale a n. 293 casi tra i maschi e a n. 322 casi tra le donne.

Dopo 30 giorni dall'ictus la mortalità è del 30% , che a livello distrettuale comporta una stima di circa 88 morti tra i maschi e 97 tra le donne.

### **Le malattie respiratorie**

In Sardegna rappresentano la terza causa di morte, con un quoziente di mortalità di 55 casi ogni 100.000 abitanti. Si manifestano nelle decadi centrali della vita e comportano un'elevata mortalità nelle fasce di età più avanzate. Tali malattie mostrano una prevalenza particolarmente elevata nel distretto di Guspini (in tal senso si rimanda alle parti relative sulla mortalità e allo studio regionale sullo stato di salute commissionato dalla Regione Sardegna).

Le broncopneumopatie croniche ostruttive hanno una prevalenza del 4,5% tra la popolazione, il che equivale ad una stima di n. 2.692 casi a livello distrettuale. Tra i fattori di rischio acquista un peso elevato il fumo di sigaretta (vedere più avanti la parte relativa ai fattori di rischio). Particolarmente importante è il fatto che inizialmente ha un carattere subdolo, senza particolari sintomi o disturbi. Ciò rappresenta il fatto più importante per un'impostazione corretta degli interventi di prevenzione, dovendo essi essere i più precoci possibili.



Anche l'asma ha una prevalenza molto alta, il 10% della popolazione (che equivale a livello distrettuale a una stima di n. 5.897 casi. Tale patologia si manifesta in età molto giovanile e, pertanto, comporta un considerevole costo in termini di riduzione della qualità della vita. Notevoli sono le opportunità di prevenzione attualmente disponibili.

### **Malattie oncologiche**

Rappresentano la seconda causa di morte, anche se attualmente le terapie disponibili hanno comportato grandi successi. Sempre più spesso accade che non si muoia più o che la vita possa allungarsi di molto. Anche grazie ai miglioramenti delle cure palliative, è oggi possibile assicurare una qualità della vita sino a ieri impensabile.

Rimane nella preoccupazione della popolazione un forte timore per queste malattie in considerazione del pericolo della perdita progressiva della propria autonomia funzionale.

Rimangono in primo piano le prospettive degli interventi di prevenzione a disposizione per tre diversi tipi di tumore ad alta incidenza: tumore della mammella, della cervice uterina e del colon retto.

### **Salute mentale**

Il 20-25% della popolazione sarda manifesta una condizione di disagio psichico quale ansia, depressione reattiva, insonnia, difficoltà relazionali, abuso di alcol o di sostanze, disturbi psicosomatici.

I disturbi psicotici hanno una prevalenza del 1,5-2,5% della popolazione.

Tra gli anziani c'è un 7% di presenza di disturbi cognitivi legati al decadimento demenziale.

Il 7-10% degli adolescenti manifesta una condizione di disagio con problemi per le relazioni interpersonali e di adattamento.

Il fenomeno del suicidio è particolarmente alto a livello distrettuale (si veda la parte relativa alla mortalità).

## **I PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO DELLE MALATTIE CRONICO DEGENERATIVE**

### **Premessa**

Le modificazioni degli stili di vita e l'allungamento della vita media hanno inciso profondamente sul quadro epidemiologico.

Le nuove abitudini alimentari, la vita sedentaria e il fumo di sigaretta costituiscono i principali fattori di rischio per le patologie croniche-degenerative quali le malattie cardiovascolari, l'ictus cerebrale, il diabete, i tumori e le patologie respiratorie.

Qui di seguito un quadro epidemiologico sui fattori di rischio stimati a livello distrettuale.

Tavola: Residenti (Censimento 2001) Prevalenza stimata attività sedentaria (26% uomini e 33% donne)

COMUNI	M	F	M+F
Arbus	906	1.168	2.073
Gonnosfanadiga	879	1.184	2.063
Guspini	1.630	2.121	3.751
Pabillonis	395	503	898
San Gavino Monreale	1.200	1.599	2.799
Sardara	555	731	1.286
Villacidro	1.907	2.441	4.348
distretto di Guspini	7.472	9.746	17.218
distretto di Sanluri	6.078	7.838	13.916
Azienda USL Sanluri	13.551	17.583	31.134

Tavola: Residenti (Censimento 2001) Prevalenza stimata obesità (16% uomini e 14% donne)

COMUNI	M	F	M+F
Arbus	557	495	1.053
Gonnosfanadiga	541	502	1.043
Guspini	1.003	900	1.903
Pabillonis	243	213	457
San Gavino Monreale	738	678	1.417
Sardara	342	310	652
Villacidro	1.174	1.036	2.209
distretto di Guspini	4.598	4.134	8.733
distretto di Sanluri	3.740	3.325	7.065
Azienda USL Sanluri	8.339	7.459	15.798

Tavola: Residenti (Censimento 2001) Prevalenza stimata ipercolesterolemia (21% uomini e 28% donne)

COMUNI	M	F	M+F
Arbus	731	991	1.722
Gonnosfanadiga	710	1.005	1.715
Guspini	1.316	1.799	3.116
Pabillonis	319	426	746
San Gavino Monreale	969	1.357	2.326
Sardara	449	620	1.068
Villacidro	1.540	2.071	3.612
distretto di Guspini	6.035	8.269	14.304
distretto di Sanluri	4.909	6.650	11.559
Azienda USL Sanluri	10.945	14.919	25.864

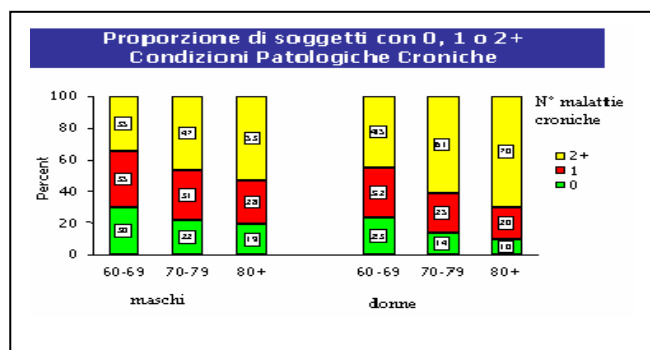
Tavola: Residenti (Censimento 2001) Prevalenza stimata fumatori (23% uomini e 19% donne)

COMUNI	M	F	M+F
Arbus	801	672	1.473
Gonnosfanadiga	778	682	1.460
Guspini	1.442	1.221	2.663
Pabillonis	350	289	639
San Gavino Monreale	1.061	921	1.982
Sardara	491	421	912
Villacidro	1.687	1.405	3.092
distretto di Guspini	6.610	5.611	12.221
distretto di Sanluri	5.377	4.513	9.889
Azienda USL Sanluri	11.987	10.124	22.111

## IL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO: LE PROFONDE MODIFICAZIONI DEL QUADRO GENERALE

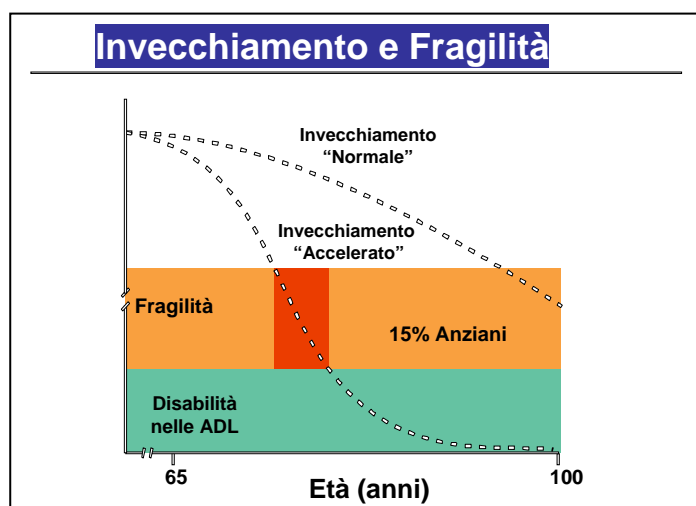
Le patologie croniche degenerative

Con il progredire dell'età aumenta il rischio di comparsa delle malattie croniche. Tanto che una delle caratteristiche più importanti della malattia nell'anziano è proprio la presenza di polipatologia (comorbidità), cioè la concomitante presenza di più malattie in uno stesso individuo.



Il grafico evidenzia l'incremento dei soggetti affetti da patologie multiple associate all'aumentare dell'età; si evidenzia, inoltre, un diverso comportamento del fenomeno tra i sessi: per ciascuna fascia di età il sesso femminile mostra una maggiore comorbidità (area gialla).

Tali patologie si caratterizzano per il loro andamento cronico e l'aggravamento progressivo nel tempo. Ne consegue che lo stato di salute dell'anziano, con l'avanzare dell'età, coincide con una perdita progressiva della sua autonomia funzionale. Tale situazione, associata alle problematiche di ordine sociale, comporta uno stato importante di fragilità.



I soggetti con ridotta autonomia funzionale hanno inoltre un rischio elevato di morte e di ricovero in istituzione.

## **CAP. 4 – PROFILO LOCALE E PRIORITÀ DI INTERVENTO – OBIETTIVI DI SISTEMA PLUS**

Il sistema della programmazione del PLUS ha necessità che sia avviato un profondo processo di cambiamento tra i vari soggetti della programmazione partecipata, di ordine sia organizzativo che culturale.

Per tale ragione, si ravvisa la necessità di definire all'interno del PLUS, come prioritario e strategico, l'individuazione di alcuni obiettivi di sistema, al fine di poter realizzare il cambiamento richiesto.

### **A) - Progetto operativo di sistema “Rete servizi informativi, di conoscenza e di integrazione”**

*Obiettivo generale: Avviare, promuovere e gestire il processo di integrazione necessario per la definizione del PLUS e la gestione degli interventi della programmazione del triennio.*

Descrizione: Interventi rivolti alla definizione del quadro dei bisogni di salute, alla condivisione delle conoscenze, alla valorizzazione dei vari soggetti non istituzionali della programmazione partecipata e alla promozione della integrazione.

#### **A. 1) - OBIETTIVO SPECIFICO:**

Definire le informazioni utili per la conoscenza dei bisogni di salute anche istituendo un'attività di ascolto:, con più punti di ascolto organizzati, attività di sondaggio, incontri pubblici tematici

Area sociale, sociosanitaria e sanitaria

#### **INTERVENTI**

Ogni Comune promuoverà la costituzione di associazioni locali al fine di consentire attività di ascolto.

La Provincia definirà e avvierà l'Osservatorio provinciale.

L'ASL istituirà e avvierà l'Ufficio di epidemiologia distrettuale, attraverso anche l'URP si indagherà sulla qualità percepita. Infine, saranno organizzati degli incontri pubblici tematici.

L'Osservatorio della Caritas contribuirà allo studio dei bisogni locali attraverso un proprio rapporto.

Altri soggetti del terzo settore potranno definire attività aggiuntive di compartecipazione indirizzata all'obiettivo.

Già a partire dal 2007, sulla base di quanto definito e stabilito a livello regionale, si avvierà lo studio e la definizione del sistema informativo integrato, così come riportato dalla L.R. n. 23/2005 e dal Piano Regionale.

#### **FASI E TEMPI**

- 2007: Raccolta dati informativi servizi comunali; promozione della partecipazione locale dei cittadini: anziani, disabili, giovani; istituzione Osservatorio provinciale; attivazione ufficio epidemiologico distrettuale e relazioni URP; tavoli tematici sulla salute; indagini Osservatorio Caritas; studio e definizione del sistema informativo integrato
- 2008 e 2009: miglioramento incrementale

#### **SOGGETTI ATTUATORI**

Singoli Comuni: raccolta dati informativi locali – iniziative di promozione partecipativa dei cittadini

Provincia: definizione dell'Osservatorio provinciale

ASL: Ufficio di epidemiologia distrettuale, relazioni e indagini URP;

Osservatorio Caritas: relazione locale / e altri soggetti della programmazione partecipata

ASL, Comuni e Provincia: sistema informativo integrato e organizzazione incontri tematici sulla salute;

#### **RISORSE**

Le attività ordinarie saranno svolte in forma singola da ciascun soggetto/ente referente, mentre le attività integrate saranno svolte nel seguente modo:

Comuni: Servizi Sociali (un operatore incaricato per ciascuno dei sette comuni per le attività di coordinamento integrativo) – Provincia (un operatore) - ASL: staff direzione distrettuale - Osservatorio Caritas e altri soggetti della programmazione partecipata (un operatore in rappresentanza dei centri locali).

Gli operatori dei comuni e l'operatore della Provincia partecipano attingendo da un monte ore complessivo destinato alle attività integrate per tutti gli obiettivi stabiliti nei diversi progetti operativi, pari a dieci ore pro capite mese per ogni comune e uno per la Provincia (120 ore anno per comune/provincia per un totale di 960 ore). Per l'ASL viene messo a disposizione l'ufficio di staff distrettuale.

CARITAS - Sportelli territorio..

Le indicazioni di spesa saranno riportate sul Piano Finanziario in termini generali con le altre azioni obiettivo.

#### **FONTI DI FINANZIAMENTO**

ASL, Provincia e Comuni dai propri bilanci + quote afferenti terzo settore (Caritas e altri)

#### **VALUTAZIONE**

	Indicatore di processo	Indicatore di risultato
Comuni	Azioni di promozione partecipativa	Numero iniziative (minimo una)
Provincia	Definizione dell'Osservatorio	Istituzione Osservatorio
ASL	Definizione sistema informativo	Avvio dell'Ufficio epidemiologico
Osservatorio Caritas	Adesione	Relazione

#### **A. 2) - OBIETTIVO SPECIFICO**

Avviare le soluzioni organizzative necessarie all'integrazione dei servizi

#### **INTERVENTI**

I Comuni, la Provincia e la ASL istituiranno il Gruppo di coordinamento degli operatori ai fini di costituire una forma di integrazione dei vari servizi sociali e i servizi sociosanitari.

#### **FASI E TEMPI**

- 2007: costituzione del Gruppo di coordinamento degli operatori
- 2008 e 2009: azioni di valorizzazione delle risorse locali

#### **SOGGETTI ATTUATORI**

Comuni, Provincia e Azienda: accordo di programma

#### **RISORSE**

Comuni: Servizi Sociali (un operatore incaricato per ciascuno dei sette comuni per le attività di coordinamento integrativo) – Provincia (un operatore) - ASL: staff direzione distrettuale.

Gli operatori dei comuni e l'operatore della Provincia partecipano attingendo da un monte ore complessivo destinato alle attività integrate per tutti gli obiettivi stabiliti nei diversi progetti operativi, pari a dieci ore pro capite mese per ogni comune e uno per la Provincia (120 ore anno per comune/provincia per un totale di 960 ore). Per l'ASL viene messo a disposizione l'ufficio di staff distrettuale.

Le indicazioni di spesa saranno riportate sul Piano Finanziario generale.

#### **FONTI DI FINANZIAMENTO**

Enti e organismi privati da proprio bilancio

#### **VALUTAZIONE**

Indicatore di processo: firma accordo di programma

Indicatore di risultato: costituzione del Gruppo di coordinamento operatori

## **B) - Progetto operativo di sistema “Accessibilità ed equità dei servizi”**

L'offerta dei servizi comporta la necessità di farsi carico delle difficoltà delle persone fragili a partire dal momento della manifestazione dei bisogni di salute. Pertanto, occorre prefissare il seguente Obiettivo generale: *Assicurare l'accessibilità e l'equità nella rete delle attività sociali, sociosanitarie e sanitarie.*

Descrizione: Organizzare il sistema dell'offerta dei servizi in modo da garantire l'equità nell'accesso, la continuità assistenziale e la partecipazione degli utenti.

Garantire l'informazione, l'orientamento, la guida, l'accompagnamento e la presa in carico dei problemi: Punto Unico di Accesso e UVT, punti informativi, iniziative di promozione dei servizi (Carta dei servizi LR 23/2005).

### **B. 1) - OBIETTIVO SPECIFICO**

ASL: Istituzione Punto Unico di Accesso (PUA) e Unità di valutazione territoriale (UVT);

COMUNI: estensione Front Office P.U.A. presso ogni servizio sociale professionale durante l'attività di sportello – segretariato sociale- per 3 ore settimanali ;

ASL e COMUNI: 6 incontri organizzativi di 4 ore ciascuno a cui parteciperanno 7 operatori sociali dei Comuni, un medico e un assistente sociale dell'Azienda Sanitaria.

### **INTERVENTI**

I Comuni dell'ambito e l'ASL sulla base di un Accordo di programma, istituiranno Punti Unici di Accesso distrettuale e Unità di valutazione territoriale (UVT)

### **FASI E TEMPI**

- 2007: definizione accordo di programma, come da art. 16 L.R. n. 23 del 2005; istituzione PUA e UVT
- 2008 e 2009: miglioramento incrementale

### **SOGGETTI ATTUATORI**

ASL 6 e Comuni: accordo di programma in corso di definizione

### **RISORSE**

Comuni: Servizi Sociali (un operatore incaricato per ciascuno dei sette comuni per le attività di coordinamento integrativo) – Provincia (un operatore) - ASL: staff direzione distrettuale.

Gli operatori dei comuni e l'operatore della Provincia partecipano attingendo da un monte ore complessivo destinato alle attività integrate per tutti gli obiettivi stabiliti nei diversi progetti operativi, pari a dieci ore pro capite mese per ogni comune e uno per la Provincia (120 ore anno per comune/provincia per un totale di 960 ore). Per l'ASL viene messo a disposizione l'ufficio di staff distrettuale.

Le indicazioni di spesa saranno riportate sul Piano Finanziario generale.

### **FONTI DI FINANZIAMENTO**

ASL e Comuni dal proprio bilancio

### **VALUTAZIONE**

Indicatore di processo: firma accordo di programma , protocollo di intesa e regolamento attuativo.

Indicatore di risultato: avvio operativo PUA e UVT

### **B. 2) - OBIETTIVO SPECIFICO - FASI E TEMPI**

Garantire l'informazione, l'orientamento, la guida e l'accompagnamento ai servizi: carta dei servizi, numero verde, pagine web, punti informativi, iniziative di promozione dei servizi.

- 2007: Garantire l'informazione, l'orientamento a cura dei servizi sociali
- 2008 - 2009: creazione materiale informativo e carta dei servizi;

Su questo punto si rimanda l'individuazione delle risorse ai settori individuati.

## **CAP. 5 – PROFILO LOCALE E PRIORITÀ DI INTERVENTO – SETTORE ANZIANI**

In questa parte è ricompresa l'assistenza delle patologie croniche e degenerative in quanto strettamente connesse con le problematiche dei bisogni di salute degli anziani.

Qui di seguito sono descritte anche le azioni indirizzate alle fasce di età che precedono la senilità e che devono essere attuate per consentire il mantenimento di un buon livello di stato di salute della popolazione anziana.

### **DESCRIZIONE DELLA SITUAZIONE DI BASE RELATIVA AI BISOGNI E ALL'OFFERTA DI SERVIZI**

Dall'analisi del quadro demografico locale emerge come sia necessario programmare un potenziamento dell'offerta dei servizi di pari passo con il progressivo e rapido invecchiamento della popolazione.

Accanto agli aspetti quantitativi, si rimarca come il progressivo allungamento della vita media sta comportando un aumento del numero degli anziani con più di 90 anni. La fragilità di salute che caratterizza questa particolare fascia è associata ad una maggiore fragilità sociale. Ciò pone particolari problemi nella organizzazione dell'offerta assistenziale.

Il basso rapporto tra quarta e terza età di questo territorio rappresenta invece una grande opportunità per politiche di promozione della partecipazione solidale tra persone anziane.

Dal punto di vista epidemiologico, accanto ad una situazione per il resto simile alla situazione regionale, emergono alcune importanti problematiche sanitarie locali quali:

- l'indice di mortalità più elevato rispetto a quello medio regionale; tale indice rimane alto anche dopo l'aggiustamento per deprivazione; si rimarca come particolarmente alto sia l'indice della "mortalità evitabile (si riferisce a cause di morte per cui esiste la possibilità di una possibile riduzione attraverso l'attuazione di misure di prevenzione primaria (promozione della salute) o secondaria (screening tumore della mammella, cervice uterina e colon retto), nonché adottando miglioramenti nei processi assistenziali; alto è anche il numero di morti per suicidio;
- sono state evidenziate alcune particolari situazioni locali quali una maggiore incidenza di malattie cardiocircolatorie, cirrosi, malattie infettive, tumori e malattie respiratorie.

Pertanto, anche in conseguenza del progressivo invecchiamento della popolazione, appare ormai improcrastinabile ed urgente pianificare forti interventi di natura preventiva. Pena, anche il rischio di un prossimo collasso del sistema assistenziale.

Infine, la Comunità locale mostra una situazione sociale, economica e culturale peggiore di quella media regionale.

Tale situazione si sta ripercuotendo già ora in modo pesante sullo stato di salute della popolazione locale. In tal senso, si spiega in gran parte il negativo quadro epidemiologico di questa comunità locale. Inoltre, ciò influisce negativamente sulle capacità del sistema dell'offerta dei servizi. A titolo di esempio, si cita la minore adesione ai programmi di prevenzione e alle terapie assegnate.

Il quadro dell'offerta dei servizi evidenzia:

- aspetti comuni al resto della Regione, quali: la scarsa integrazione tra gli interventi del sociale e quelli sanitari; disomogeneità nella risposta del sociale; carenze nella continuità assistenziale; offerta incentrata sulla erogazione di semplici prestazioni slegate tra loro e in favore solo delle persone che ne fanno specifica richiesta;
- carenza di alcuni servizi, in particolare quelli relativi alla residenzialità e alla semiresidenzialità delle persone non autosufficienti.

Nelle Conferenze di settore, i partecipanti hanno evidenziato in sintesi quanto segue:

1. Condivisione piena sulla priorità e strategia degli interventi di prevenzione.
2. Richiesta di valorizzazione delle risorse locali: anziani autosufficienti, terzo settore e volontariato in generale. Sono state formulate precise richieste di sostegno pubblico, tra cui:
  - a) la necessità di una politica di promozione alle attività del volontariato, attualmente alle prese con un difficile ricambio generazionale
  - b) l'esigenza di mettere in rete le diverse associazioni tra loro finalizzata ad una crescita qualitativa delle capacità di offerta e per facilitare il processo d'integrazione avviato dal PLUS
  - c) in alcuni casi, la disponibilità di potersi avvalere di sedi fisiche da destinare alle associazioni locali
3. E' stata avanzata la richiesta di attivazione di uno specifico osservatorio locale. È stata sostenuta l'esigenza di definire un sistema informativo integrato e adeguato al processo della programmazione partecipata dei servizi alla persona, quindi con anche il coinvolgimento dei vari attori della programmazione. Inoltre, è stata manifestata la necessità di definire ed avviare delle modalità di comunicazione a livello di ambito locale (in particolare, per quanto riguarda il momento dell'ascolto).
4. È stato condiviso che le politiche di prevenzione rappresentano una priorità ed una strategia di questa Comunità locale. In particolare, è stata manifestata l'esigenza di sostenere gli interventi di socializzazione degli anziani e la valorizzazione della risorsa anziano. Quest'ultima rappresentando sia una modalità di fare prevenzione che una occasione per reperire preziose risorse all'interno della stessa Comunità locale.



## **DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO, CON RIFERIMENTO ALL'IMPATTO SULLA SALUTE**

Alcuni obiettivi appartengono all'area di sistema del PLUS e a quella generale (trasversale a diversi ambiti di salute), a cui si rimanda.

Relativamente all'attuale offerta socio-assistenziale si evidenzia come nel triennio si aggiungerà un'altra struttura socio-assistenziale (Comune di Pabillonis, 8 posti Comunità alloggio e 16 Casa protetta).

### **Livelli essenziali di assistenza - art. 30 L.R. 23/2005, lettere:**

- a)** – misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito e servizi di accompagnamento per l'inclusione sociale;
- c)** – misure economiche e servizi per favorire la vita autonoma e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti;
- e)** – interventi di accoglienza presso famiglie, persone e servizi semiresidenziali e residenziali;
- g)** – prestazioni per l'inserimento e l'integrazione sociale di persone con disabilità fisica e psichica in attuazione della Legge 104/92;
- h) bis** – servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari.

## **PARTE DELLA PREVENZIONE**

*Obiettivo generale: Promuovere e sostenere i comportamenti che favoriscono il mantenimento dello stato di salute in età anziana.*

Le linee di azione individuate sono:

### **Prevenzione primaria**

1. Programmare interventi di promozione della salute in modo integrato con le Scuole;
2. Definire programmi di promozione della salute rivolti alle persone adulte e anziane;
3. Individuare spazi e attività di socializzazione intergenerazionali, nonché definire programmi e iniziative specifiche volte a creare opportunità per valorizzare le competenze degli anziani e la partecipazione alla vita della collettività.

### **Prevenzione secondaria**

1. Definire e avviare programmi di screening per tumore seno, cervice uterina e colon retto
2. Definire e avviare percorsi assistenziali: diabete, ipertensione, broncopneumopatie croniche ostruttive e disturbi dell'apparato visivo
3. Attivare programmi per la disassuefazione al fumo e all'alcool.

### **Prevenzione terziaria/riabilitazione**

1. Definire percorsi assistenziali per la prevenzione delle complicanze: ictus, cardiopatie e scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria
2. Riabilitazione: si rinvia al capitolo "Ambito di salute Disabilità"

### **PARTE DELL'ASSISTENZA**

*Obiettivo generale: Assicurare i livelli essenziali assistenziali della popolazione anziana*

Le linee di azione individuate sono:

#### **Assistenza ambulatoriale e attività di sportello**

1. Integrare gli Sportelli di Segretariato sociale con gli altri sportelli locali della ASL

#### **Promozione della domiciliarità**

1. Attivare l'assistenza domiciliare integrata prevedendo una gestione unitaria dei servizi
2. Realizzare servizi aggiuntivi di natura sociale in collaborazione con le associazioni di volontariato
3. Favorire l'adesione dei coll. domestici all'albo provinciale assistenti familiari (badanti) al fine anche di una loro qualificazione professionale
4. Promuovere forme di affidamento familiare prevedendo una specifica formazione e sostegno alle famiglie affidatarie
5. Integrare i processi assistenziali ospedale/territorio

#### **Assistenza semiresidenziale e residenziale**

1. Potenziare l'assistenza socio-assistenziale residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti, anche in collaborazione con le associazioni di volontariato locale (in particolare anche di punti sollievo per casi in ADI)
2. Realizzare RSA

### **DESCRIZIONE DELLE AZIONI CONSEGUENTI - DESCRIZIONE DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE**

Azioni necessarie per il raggiungimento degli obiettivi identificati sopra e dei rispettivi tempi operativi e quantificazione delle risorse necessarie per la realizzazione delle azioni programmate e loro ripartizione tra i soggetti partecipanti alla realizzazione del PLUS.

Specificazione dei criteri e delle modalità di verifica valutativa e dei soggetti responsabili di realizzarla.

## **A) - PARTE DELLA PREVENZIONE**

*Obiettivo generale: Promuovere comportamenti tesi a mantenere lo stato di salute in età anziana*

### **PREVENZIONE PRIMARIA**

#### **A. 1) - Progetto operativo “Promozione della salute per persone adulte e anziane”**

*Obiettivo specifico: Definire programmi di promozione della salute rivolti alle persone adulte e anziane*

Area sociale, sociosanitaria e sanitaria

#### **INTERVENTI**

L'ASL definirà un progetto educativo per la gestione di alcune tra le principali patologie croniche. Tale progetto sarà in parte definito congiuntamente con i Comuni al fine anche di coinvolgere le associazioni locali nelle azioni educative.

#### **FASI E TEMPI**

- 2007: L'ASL definirà un progetto educativo per la gestione di alcune tra le principali patologie croniche; i Comuni individueranno anche eventuali forme di sensibilizzazione per le associazioni che parteciperanno ai progetti
- 2008 e 2009: miglioramento incrementale

#### **SOGGETTI ATTUATORI**

ASL 6 e Comuni per la definizione del progetto

Associazioni locali azioni di supporto

#### **RISORSE**

L'ASL farà uso delle risorse così come previste nella propria programmazione sanitaria

I Comuni svolgeranno attività di promozione e sensibilizzazione (es. convenzioni con oratori, associazioni di volontariato)

#### **FONTI DI FINANZIAMENTO:**

ASL come previsto nella propria programmazione sanitaria

Comuni dal proprio bilancio (azione facoltativa)

#### **VALUTAZIONE**

Indicatore di processo: n° progetti educativi definiti

Indicatore di risultato: n° progetti avviati/n° progetti definiti

#### **A. 2) - Progetto operativo “Partecipazione anziani”**

*Obiettivo specifico: Individuare spazi e attività di socializzazione anche intergenerazionali, nonché definire programmi e iniziative specifiche volte a creare opportunità per valorizzare le competenze degli anziani e la partecipazione alla vita della collettività*

Area sociale

#### **INTERVENTI**

Ogni singolo Comune promuoverà la costituzione di una rappresentanza locale di anziani con la funzione di esprimere proposte e pareri in merito alle attività di socializzazione attuate a livello locale, nonché sulle iniziative specifiche volte a creare opportunità per valorizzare le loro competenze e la partecipazione alla vita della collettività.

Nel corso del 2007, ogni Comune proporrà ai propri anziani la possibilità di una loro valorizzazione finalizzata a scopi solidali in favore di altri anziani, di situazioni di handicap o emarginazione. La progettazione di tali azioni sarà supportata dagli operatori sociali del Comune in collaborazione con quelli sanitari. Le esperienze maturate e le conoscenze raccolte potranno costituire una possibilità di progettare in futuro azioni di solidarietà a livello distrettuale.

#### **FASI E TEMPI**

- 2007: avvio sensibilizzazione
- 2008 e 2009: costituzione delle rappresentanze locali di anziani e avvio delle progettazioni solidali.

#### **SOGGETTI ATTUATORI**

Singoli Comuni per le azioni locali

#### **RISORSE**

Gli operatori dei comuni utilizzano un monte ore complessivo pari a 10 ore da destinare a 2 incontri da realizzarsi nel 2007 per l'avvio della sensibilizzazione.

Le indicazioni di spesa saranno riportate sul Piano Finanziario generale.

#### **FONTI DI FINANZIAMENTO:**

Singoli Comuni: anno 2007 con risorse di bilancio proprie pari a €. 230,00 per Comune .

#### **VALUTAZIONE**

Indicatore di processo: n° di adesioni alle iniziative (indicatore per Comune)

Indicatore di risultato: n° progetti di azioni solidali realizzati

## **PREVENZIONE SECONDARIA**

### **A. 3) - Progetto operativo “Screening salute”**

*Obiettivo specifico: Definire e avviare programmi di screening per tumore seno, cervice uterina e colon retto, con particolare attenzione per le persone più fragili socialmente*

Area sociale e sanitaria

#### **INTERVENTI**

Nel corso del 2007, saranno definiti e avviati programmi di screening per tumore seno, cervice uterina e colon retto. Una volta definiti gli interventi, si procederà alla promozione delle attività di prevenzione coinvolgendo i Comuni e le associazioni locali, in particolare per il reclutamento/sensibilizzazione delle persone più fragili socialmente e con più scarse conoscenze.

#### **FASI E TEMPI**

- 2007:
  - Distretto ASL: definire e avviare screening tumore seno, cervice uterina e colon retto
  - Distretto, Comuni e Associazioni locali: definire la rete per la promozione delle attività di screening per azioni di promozione verso le persone socialmente più svantaggiate
- 2008 e 2009:
  - Distretto ASL: Attività a regime screening tumore seno, cervice uterina e colon retto
  - Distretto, Comuni e Associazioni locali: Supportare le attività della ASL per azioni di promozione verso le persone socialmente più svantaggiate

#### **SOGGETTI ATTUATORI**

- Distretto ASL: definizione e avvio degli screening
- Comuni e Associazioni locali: supporto di promozione alle attività di prevenzione

## RISORSE

ASL: budget attività di prevenzione oncologica macrolivello distrettuale  
Associazioni locali : risorse da individuare e attualmente non quantificabili .

## FONTI DI FINANZIAMENTO:

Fondi ASL

## VALUTAZIONE

Indicatore di processo: avvio delle attività di screening  
Indicatore di risultato: percentuale di adesione alle attività di screening

### A. 4) - Progetto operativo “Percorsi assistenziali di salute”

Obiettivo specifico: Definizione di percorsi assistenziali: diabete, ipertensione, broncopneumopatie croniche ostruttive e disturbi dell'apparato visivo, ictus, cardiopatie e scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria in particolare per le persone più fragili socialmente

Area sociale, sanitaria

## INTERVENTI

Nel corso del 2007, saranno definiti e avviati percorsi assistenziali: diabete, ipertensione, broncopneumopatie croniche ostruttive e disturbi dell'apparato visivo, ictus, cardiopatie e scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria. Una volta definiti gli interventi, si procederà alla promozione delle attività di prevenzione coinvolgendo i Comuni e le associazioni locali, in particolare per l'interessamento delle persone più fragili socialmente.

## FASI E TEMPI

- 2007:
  - Distretto ASL: Definire e avviare percorso assistenziale diabete, ipertensione e BPCO
  - Distretto, Comuni e Associazioni locali: Supportare le attività della ASL per azioni di promozione verso le persone socialmente più svantaggiate
- 2008 e 2009:
  - Distretto ASL: Attività a regime dei percorsi assistenziali e ulteriore definizione e avvio di nuovi percorsi assistenziali
  - Distretto, Comuni e Associazioni locali: Supportare le attività della ASL per azioni di promozione verso le persone socialmente più svantaggiate

## SOGGETTI ATTUATORI

- Distretto ASL: definizione e avvio dei percorsi assistenziali
- Comuni e Associazioni locali: supporto di promozione alle attività di prevenzione (distribuzione del materiale pubblicitario presso gli sportelli o attraverso le associazioni)

## RISORSE

ASL: budget attività specialistica distrettuale

## FONTI DI FINANZIAMENTO:

Fondi ASL

## VALUTAZIONE

Indicatore di processo: avvio dei percorsi assistenziali  
Indicatore di risultato: riduzione delle complicanze, ospedalizzazioni e mortalità (risultati a 5 anni dall'avvio)

## **B) - PARTE DELL'ASSISTENZA**

*Obiettivo generale: Assicurare i livelli essenziali assistenziali della popolazione anziana*

### **ASSISTENZA AMBULATORIALE E SPORTELLI AL PUBBLICO**

#### **B. 1) - Progetto operativo "Lavoro di rete Segretariato sociale"**

*Obiettivo specifico: Facilitare il raccordo tra gli Sportelli di Segretariato sociale con gli altri sportelli locali, Comuni, Provincia, ASL, e interazione con i patronati.*

Area sociale, sociosanitaria e sanitaria

#### **INTERVENTI**

Comuni, ASL 6 e Provincia scambieranno tra di loro ogni informazione utile agli anziani riguardo all'offerta dei servizi e alle iniziative poste in essere per favorire le azioni di protagonismo nella vita sociale e per assicurare condizioni di equità nell'accesso ai servizi. Successivamente, grazie anche alle interazioni tra i vari soggetti e alla socializzazione delle conoscenze, si definiranno interventi volti alla realizzazione di una possibile rete integrata per la semplificazione degli accessi e la realizzazione di sportelli al pubblico unitari anche attraverso la collaborazione tra professionisti e volontari come ad esempio i patronati.

#### **FASI E TEMPI**

- 2007: Comuni, Provincia, ASL 6: garantire uno scambio reciproco delle informazioni utili agli anziani. Coinvolgimento dei patronati finalizzato a indirizzare l'utenza al servizio pubblico competente.
- 2008 e 2009: Miglioramento incrementale

#### **SOGGETTI ATTUATORI**

ASL, Comuni, Provincia e Patronati

#### **RISORSE**

I Comuni intervengono garantendo almeno 3 ore di sportello settimanali, per un costo complessivo sui 7 comuni di €. 25.116,00.

L'Azienda ASL interviene con almeno 3 ore di sportello settimanali presso i 4 servizi in cui è presente la figura dell'Assistente Sociale (NPI, CSM, Ser.T, e Consultorio Familiare), per un costo di €. 14.352,00.

La Provincia garantisce almeno 3 ore di sportello settimanali, per un costo complessivo di €. 3.588,00.

I Patronati a loro volta garantiscono l'apertura degli sportelli decentrati il cui costo non è quantificabile.

#### **FONTI DI FINANZIAMENTO:**

Le varie istituzioni sopraindicate intervengono con fondi dei rispettivi bilanci.

#### **VALUTAZIONE**

Indicatore di processo: l'avvenuto scambio delle informazioni

Indicatore di risultato: 1) n° sportelli pubblici e privati che aderiscono al progetto;

2) n° di persone che afferiscono agli sportelli.

## PROMOZIONE DELLA DOMICILIARITÀ

### B. 2) - Progetto operativo “Promozione e sostegno alla domiciliarità”

*Obiettivo specifico: Realizzazione nel territorio di una rete di promozione/sostegno della domiciliarità*

Area sociosanitaria

#### INTERVENTI O AZIONI

A) SAD: Le attività attuali sono sostanzialmente diverse per ciascun servizio per cui i Comuni del Distretto dovranno definire un comune standard assistenziale dei servizi domiciliari sociali.

B) ADI: La definizione degli interventi e la risposta socio-sanitaria complessa deve essere suffragata da una strumentalità valutativa condivisa e appositamente strutturata tra sociale e sanitario. Occorre, pertanto, definire un servizio unitario per l'ambito sociale, attraverso l'individuazione tipologica di attività e strumenti metodologico-valutativi e organizzativi.

Gli interventi devono essere indirizzati verso l'uniformità del servizio.

C) Ogni Comune dell'ambito stabilirà degli accordi locali con le associazioni di volontariato locale per la realizzazione di servizi domiciliari aggiuntivi rispetto a quelli già erogati istituzionalmente attraverso il SAD e l'ADI

#### FASI E TEMPI

2007: A) 1- costituzione di un gruppo di lavoro formato da un operatore per ogni Comune di Distretto con compiti di analisi dell'esistente e definizione di standard comuni, indirizzato alla realizzazione di un sistema di assistenza domiciliare integrata.

2 - definire procedure, documentazione da utilizzare nel procedimento di erogazione del servizio.

3 – individuare standard garantendo livelli essenziali di assistenza

B) 1- Costituzione di un equipe multidisciplinare interistituzionale formato da un operatore sociale referente per i 7 Comuni e dagli stessi individuato e dagli operatori socio-sanitari del Distretto Sanitario con compito di definizione del piano operativo di integrazione delle attività A.D.I.

2 - Accordo di programma stesura del regolamento per attivazione Punto Unico di Accesso e UVT;

3 – L'UVT integrata con l'Assistente Sociale del Comune di residenza dell'utente, attraverso l'analisi del bisogno complesso e la valutazione multidimensionale definisce il progetto personalizzato di assistenza (P.A.P.) più rispondente all'esigenze di cura.

C) Individuazione delle associazioni di volontariato

2008: gestione unitaria degli interventi A e B;

2009: gestione unificata degli interventi e definizione degli accordi locali tra Comuni e Associazioni di volontariato

#### SOGGETTI ATTUATORI

ASL e Comuni del Distretto e Associazioni di volontariato da individuare;

#### RISORSE

Budget ASL per ADI; Fondi comunali gestione associata PLUS – quota singolo Comune secondo disponibilità e assegnazione gestionale incrementale del servizio

Un Assistente Sociale costo € 36.863,00 da ripartire in percentuale in funzione della spesa che ogni ente sostiene per la realizzazione del servizio.

Comuni: Servizi Sociali (un operatore incaricato per ciascuno dei sette comuni per le attività di cui al precedente punto – fasi e tempi:

A1) 12 incontri di 4 ore ciascuno per ogni operatore costo complessivo € 10.292,00 a carico di ciascun ente € 1.470,00.

B2) un Assistente Sociale a tempo pieno costo € 36.863,00 da ripartire in percentuale in funzione della spesa che ogni ente sostiene per la realizzazione del servizio.

B3) per i Comuni 2 casi medi mensili, per un totale di 14 sul Distretto il cui costo complessivo annuo è quantificato in € 10.292,00 a carico di ciascun ente € 1.470,00.

ASL 14 casi medi mensili per n° 336 ore per un costo complessivo annuo di € 20.160,00

Le indicazioni di spesa saranno riportate sul Piano Finanziario generale.

#### FONTI DI FINANZIAMENTO:

Fondi ASL € 550.000,00 - Comuni € 639.158,25

#### VALUTAZIONE

Indicatore di processo: accordi di programma PUA, UVT.

Indicatore di risultato: l'attivazione del P.U.A. e dell'U.V.T.

### **B. 3) - Progetto operativo “Interventi formativi e di integrazione badanti”**

Obiettivo specifico: Nel corso del 2007, la Provincia provvederà alla istituzione di un albo locale per assistenti familiari (badanti) e con il concorso dei Comuni e dell'ASL definirà e avvierà una serie di interventi di qualificazione di tali figure al fine di una loro qualificazione professionale finalizzata

Area sociale e sociosanitaria

#### **INTERVENTI**

La Provincia provvederà alla istituzione di un albo locale per assistenti familiari (o badanti). In seguito, con il concorso dei Comuni e della ASL si definiranno gli interventi di riqualificazione. Nel corso del 2007 si avvieranno i primi interventi di riqualificazione. Sulla base dei risultati di tale prima esperienza, si programmeranno gli interventi per gli anni 2008 e 2009.

#### **FASI E TEMPI**

2007: definizione e avvio degli interventi di qualificazione.

2008 e 2009: istituzione dell'albo locale per assistenti familiari, proseguimento degli interventi di riqualificazione e miglioramento incrementale

#### **SOGGETTI ATTUATORI**

Regione e Provincia : attivazione corsi di qualificazione professionale

Comuni e ASL : collaboreranno nella pubblicizzazione dell'iniziativa

#### **RISORSE**

Progettazione Integrazione (risorse incerte)

#### **FONTI DI FINANZIAMENTO:**

Progettazione Integrazione (risorse incerte)

#### **VALUTAZIONE**

Indicatore di processo: la definizione concordata degli interventi di qualificazione

Indicatore di risultato: l'istituzione dell'albo e l'avvio degli interventi di qualificazione

### **ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE**

#### **B. 4) - Progetto operativo “Assistenza residenziale e semiresidenziale”**

Obiettivo specifico: Potenziare l'assistenza socio assistenziale residenziale e semiresidenziale tipo Casa protetta, anche come punto sollievo

Area socio-assistenziale

#### **INTERVENTI**

I Comuni dell'ambito avvieranno una coprogettazione finalizzata al potenziamento dell'assistenza residenziale e semiresidenziale di tipo Casa protetta (anziani o persone adulte con disabilità), anche come punto di sollievo.

#### **FASI E TEMPI**

- 2007: primo trimestre coprogettazione con Terzo settore (art. 22 LR 23/2005);
- 2008 e 2009: Miglioramento incrementale

#### **SOGGETTI ATTUATORI**

Comuni dell'ambito: attività di coprogettazione



## RISORSE

Dato atto che la Casa Protetta del comune di Guspini ha già una dotazione di 13 posti letto e Pabillonis di 16 posti letto, si riepiloga qui di seguito il quadro delle potenziali risorse locali utili per la coprogettazione:

Comune di Arbus: 14 posti letto

Struttura socioassistenziale Associazione Centro di Ascolto Madonna del Rosario Villacidro (come da proposta dai tavoli di Conferenza di settore)

## FONTI DI FINANZIAMENTO:

Fondi comunali per l'assistenza residenziale e semiresidenziale

## VALUTAZIONE

Indicatore di processo: avvenuta coprogettazione

Indicatore di risultato: disponibilità della maggiore offerta di assistenza socioassistenziale residenziale e semiresidenziale in strutture tipo Casa protetta

### **B. 5) - Progetto operativo “Standard servizi residenziali e semiresidenziali comunali”**

*Obiettivo specifico: I Comuni dell'ambito dovranno definire uno standard assistenziale dei servizi residenziali e semiresidenziali, anche attraverso comparazioni di analisi costi/efficacia e costi/efficienza*

Area sociale

## INTERVENTI

Nel corso del 2007, i Comuni dell'ambito definiranno lo standard assistenziale da garantire ai cittadini assistiti in regime di assistenza residenziale e semiresidenziale, previa valutazione della attuale offerta e comparazione con possibili nuove modalità di erogazione anche associata

## FASI E TEMPI

- 2007: Comuni: primo semestre valutazione comparata della attuale offerta; secondo semestre comparazione su possibili nuove modalità di erogazione anche associata e individuazione dello standard distrettuale di livello essenziale di assistenza
- 2008 e 2009: Miglioramento incrementale

## SOGGETTI ATTUATORI

Comuni e Terzo settore: coprogettazione (art. 22 LR 23/2005)

## RISORSE

Budget assistenza socioassistenziale residenziale e semiresidenziale dei Comuni

## FONTI DI FINANZIAMENTO:

Fondi dei Servizi Sociali

## VALUTAZIONE

Indicatore di processo: valutazione comparata dei servizi socioassistenziali residenziali e semiresidenziali dei diversi Comuni dell'ambito

Indicatore di risultato: definizione di uno standard a livello di ambito dei servizi socioassistenziali residenziali e semiresidenziali dei diversi Comuni dell'ambito

## **B. 6) - Progetto operativo “Assistenza in RSA”**

*Obiettivo specifico: Potenziare l'assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale per anziani e persone non autosufficienti*

Area sociosanitaria

### **INTERVENTI**

Nel corso del 2007, non esistendo RSA a livello locale, l'ASL si limiterà a garantire gli inserimenti necessari in altre RSA ubicate extra distretto. Successivamente, terminata la realizzazione di una RSA a Villacidro (80 posti letto e 20 posti Centro diurno), sarà possibile usufruire anche di una struttura locale.

### **FASI E TEMPI**

- 2007: Garantire inserimenti in RSA ubicate extra distretto
- 2008 e 2009: Realizzazione di una RSA a Villacidro

### **SOGGETTI ATTUATORI**

ASL 6

### **RISORSE**

ASL: Budget specifico

### **FONTI DI FINANZIAMENTO:**

Quota capitaria per il livello essenziale assistenziale attività residenziale per persone non autosufficienti

### **VALUTAZIONE**

Indicatore di processo: programmazione dell'offerta relativa ai bisogni assistenziali di tipo residenziale e semiresidenziale in favore degli anziani e delle persone non autosufficienti

Indicatore di risultato: realizzazione RSA

## **CAP. 6 – PROFILO LOCALE E PRIORITÀ DI INTERVENTO – SETTORE MINORI E FAMIGLIA**

L'infanzia e l'età evolutiva rappresentano un momento della vita le cui condizioni di salute dipendono fortemente dai comportamenti, dagli stili e ambienti di vita, dalle condizioni sociali, culturali ed economiche degli adulti di riferimento; ecco perché le problematiche legate ai minori sono strettamente correlate con quelle delle loro famiglie di origine. Ogni bambino ha il diritto di crescere in un ambiente sereno, ricco di affetti, stimoli ed opportunità. La famiglia è l'ambito naturale di risposta a questi bisogni e costituisce la più grande risorsa di ogni bambino. Proprio perché la famiglia è il primo luogo dove la persona si forma, la prima agenzia educativa, nonché una grande risorsa per il minore stesso, deve rappresentare anche il centro di ogni progetto o intervento educativo.

Rafforzare la tutela e la promozione dell'infanzia, dell'adolescenza e della famiglia sarà quindi prassi indispensabile per il raggiungimento di un maggiore benessere individuale e collettivo. Per assicurare il miglior risultato possibile si dovrà puntare ad una maggiore integrazione fra i servizi e una maggiore interazione tra le diverse politiche sociali (politiche per la famiglia, educative, scolastiche, sociali, sanitarie, urbanistiche e di contrasto alla povertà). Infatti, per garantire un buon stato di salute del cittadino, deve essere tutelato, prima di tutto, il diritto a vivere in una famiglia sana nonché il diritto all'assistenza e alle cure alla protezione e tutela da tutte le forme di sfruttamento e abuso, all'educazione e allo studio, alla partecipazione alla vita civile e alla libera espressione, al rispetto della propria cultura, all'accesso ai servizi, a vivere in una città ed in un contesto sicuro.

La realizzazione di tali obiettivi si può attuare solo tramite l'azione sinergica di tutti i soggetti che a diverso titolo si occupano di minori e famiglia: Scuole di ogni ordine e grado, ASL (Distretto, Servizio di Neuropsichiatria infantile, Consultori Familiari, SERT, Servizio di Tutela Salute mentale, Presidio ospedaliero), Comuni che compongono l'ambito territoriale, terzo settore, CGM e Uffici del Servizio Sociale per Minori del Ministero della Giustizia, ecc.. Una collaborazione di questo tipo permetterà di migliorare le condizioni di vita e di salute globale delle persone e in particolare della famiglia e dei minori a loro carico.

### **AREA SOCIALE MINORI E FAMIGLIA**

#### **L'offerta di servizi dell'area sociale**

Servizi erogati nel territorio con prestazioni di carattere sociale:

- Il Servizio Sociale Professionale, cura il processo di aiuto alle persone, singolarmente o come gruppo, a partire dalla situazione individuale o dal bisogno collettivo (area sociale e sociosanitaria).
- La Ludoteca si pone come obiettivo principale quello di far scoprire ai bambini nuove possibilità di socializzazione e crescita attraverso il gioco; permette a tutti gli utenti di usufruire di una grande varietà di giocattoli e offre ai genitori una possibilità di incontro e riflessione sul gioco e sull'educazione dei bambini.

- Gli Asili Nido costituiscono un servizio sociale di interesse pubblico che propone attività di, educazione, assistenza, socializzazione, formazione per bambini fino a tre anni di età, compresi quelli affetti da menomazione psico-motoria o sensoriale, nel quadro di una politica più ampia di sostegno alla famiglia.
- L'inserimento di un minore in struttura è finalizzato a salvaguardare la tutela dei minori attraverso un loro temporaneo allontanamento dal nucleo familiare. Tale si rende necessario quando deve essere protetto da situazioni a rischio o quando la sua famiglia necessita di sostegno temporaneo per poter assolvere alle funzioni di sostentamento, educazione e cura.
- Il Progetto "dispersione scolastica" ha come finalità per l'appunto la prevenzione della dispersione scolastica, il contenimento e la rimozione della stessa laddove essa sia presente. In particolar modo il servizio è rivolto a tutti quei minori a rischio di dispersione scolastica nell'ambito del progetto P.O.R. Sardegna – Asse III: risorse Umane - Misura 3.6.: "Prevenzione della dispersione scolastica e formativa" – Bando 2002/2004 (sociale) – chiusura interventi prevista al 2006.
- L'attività di Spiaggia day/soggiorni vacanza/escursioni è finalizzata a creare occasioni di aggregazione e socializzazione con la guida di operatori d'animazione per dare una valenza educativa agli incontri (sociale).
- Servizi scolastici (sociale – interventi socio-educativi e laboratoriali)
- Attività promosse dal volontariato. Il volontariato si inserisce con attività proprie a sostegno della famiglia e dei minori al loro interno con Centri di ascolto e Servizi di aggregazione educativa e per il tempo libero del privato sociale (laboratori e attività varie, sportive, formative e di inserimento lavorativo) – Doposcuola.

## **AREA SOCIO-SANITARIA MINORI E FAMIGLIA**

### **Situazione di base**

Come si evince dai contenuti del Profilo sociale locale, la popolazione risulta in continuo calo e presenta un andamento delle dinamiche interne tale per cui l'incremento della popolazione anziana si affianca al calo della popolazione minorile e giovanile a causa del declino della natalità. Al contempo anche i modi di costituire e di vivere la famiglia sono profondamente mutati.

Alcuni dati, per esempio, evidenziano la trasformazione delle strutture familiari, la diminuzione dei membri e l'aumento del numero dei nuclei. Inoltre l'aumento della speranza di vita ha reso possibile la sovrapposizione nella rete parentale di generazioni sempre più distanti tra loro, con una modificazione degli stili di vita, delle propensioni, dei valori e dei ruoli rivestiti da ciascun componente.

Sulla base di questi primi studi socio-demografici e in coerenza con gli obiettivi del Piano Regionale dei Servizi Sociali e Sanitari, si sente l'urgenza di formulare interventi adeguati e tali da consentire un miglioramento e potenziamento del supporto offerto ai minori e alle rispettive famiglie.

### **Livelli essenziali di assistenza - art. 30 L.R. 23/2005, lettere:**

- b)** - interventi di tutela dei minori in situazioni di disagio e di nuclei familiari in difficoltà;
- d)** – pronto intervento sociale per fronteggiare emergenze personali e familiari, specie quando derivanti da violenza intra o extrafamiliare;
- e)** – interventi di accoglienza presso famiglie, persone e servizi semiresidenziali e residenziali;
- h) bis** – servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari.

### **Il bisogno dell'area socio-sanitaria**

- Presa in carico integrata del bisogno complesso
- Partire dal bisogno socio-sanitario dell'utenza in termini generali, individuali, di gruppo e di comunità
- Necessità di integrazione dei diversi attori sociali interessati (tra famiglie, Servizi comunali, Servizi sanitari, Associazioni di volontariato e altri organismi vari)
- Verifica dei servizi esistenti (profilo d'ambito – terzo settore) – definizione ruoli e compiti dei diversi attori (evitare sovrapposizioni e approcci ideologici non professionali)
- Necessità di integrare le politiche sociali e sanitarie
- Favorire l'inclusione scolastica ed extrascolastica di minori con disabilità
- Promuovere la mediazione familiare in relazione all'apprendimento conoscitivo della disabilità
- Attuare politiche della famiglia in materia di affidamento minorile e in special modo di soggetti affetti da specifiche patologie (fisiche e/o psichiche)
- Incentivare interventi integrati di sensibilizzazione e promozione della salute della famiglia e del minore

### **L'offerta di servizi dell'area socio-sanitaria**

Servizi erogati nel territorio con prestazioni di carattere interistituzionale e socio-sanitario:

- In alcune realtà comunali l'inserimento formativo-lavorativo dei minori è nato come progetto finanziato dal Ministero della Giustizia, ai sensi della Legge n. 216 del 19 luglio 1991 – art 4, integrata dalla Legge 465/94, la cui finalità è quella di “promuovere interventi formativi nei riguardi di minori ad alto rischio di devianza o di coinvolgimento in attività criminali che sono oggetto di interventi socio-educativi, al fine di consentire il reinserimento sociale, con l'apprendimento della cultura del lavoro e delle regole”, ad esso si sono affiancati anche gli interventi socio-riabilitativi di cui al DPR 309/90 testo unico sulle tossicodipendenze (in collaborazione tra Servizi comunali e SERT ASL 6).

- Il Servizio Educativo Territoriale, con piena integrazione tra servizi sociali comunali e sanitari e con i servizi della giustizia minorile e della scuola, ha lo scopo di contribuire alla crescita positiva del minore secondo le finalità contenute nelle leggi di settore (Legge n. 184/83, n. 285/97, ecc.). Nella formulazione delle suddette leggi, il legislatore tutela il diritto del minore ad essere educato nel proprio ambiente familiare e sociale.
- Il servizio di Assistenza Specialistica Scolastica (in collaborazione tra scuola, servizi comunali e neuropsichiatria infantile) è un intervento teso a favorire i processi di comunicazione e integrazione degli studenti disabili all'interno della scuola.
- L'Affidamento intra ed extra familiare nasce con l'obiettivo di offrire ai minori inseriti in nuclei familiari in situazione di temporanea difficoltà, o istituzionalizzati da lungo tempo, interventi specifici all'interno di famiglie parentali e non, evitando così il ricorso o la prosecuzione dell'istituzionalizzazione. Il Centro Affidi Distrettuale (promosso dai servizi comunali e consultoriali) offre informazioni sull'affido, aiuta e sostiene tutte le persone coinvolte nell'affido, i bambini e ragazzi nel loro disagio, le famiglie d'origine nelle temporanee difficoltà ad occuparsi dei propri figli e le famiglie affidatarie nell'accogliere i bambini, nel rispetto della loro storia e delle relazioni familiari come tutela del bambino e della sua famiglia.

#### **Obiettivi di miglioramento dell'area socio-sanitaria**

- Prendere in carico il bisogno complesso in forma integrata (piano socio-sanitario individualizzato)
- Promuovere procedure di coinvolgimento e verifica integrata dei servizi sociali e sanitari di interesse
- Creare una rete di servizi con il privato sociale (associazioni)
- Avviare protocolli di collaborazione tra pubblico e privato
- Avviare protocolli tra servizi sociali comunali, servizi ASL e scuola
- Rafforzare una maggiore comunicazione tra servizi secondo una metodologia strutturata e condivisa da tutti gli attori sociali (Azienda ASL-scuole-comuni) finalizzata allo sviluppo di progettualità condivise
- Potenziare i processi di inserimento e continuum scolastico formativo e lavorativo
- Potenziare i servizi di prevenzione del SERT

#### **Azioni necessarie dell'area socio-sanitaria**

- Progetto Famiglia risorsa (accompagnamento, formazione e supervisione) – Azioni di sollievo per altre famiglie
- Percorsi di promozione alla salute (serv. sociali comunali, consultori – SERT – scuole – terzo settore) – interventi per ambito (alimentazione, dipendenze, prevenzione incidenti domestici)
- Rete Servizi Semiresidenziali e residenziali (area disabilità e salute mentale) – AZIONE TRASVERSALE – Progettazione integrata (Patti per il Sociale MD)

- Percorso di promozione alla salute per preadolescenti (serv. sociali comunali, consultori – SERT – scuole – terzo settore – vedi progetto del Sert e centro alcologico)
- Servizio socio-educativo associato e integrato
- Centro Affidi
- Percorso nascita (serv. sociali comunali, casa del parto, consultori – ospedale/neonatologia)

## **PROGETTI OPERATIVI DELL'AREA SOCIO-SANITARIA**

### **A) - Progetto operativo “Percorso Nascita”**

#### Area sociale, sociosanitaria e sanitaria

#### **Descrizione della situazione di base relativa ai bisogni e all'offerta di servizi**

L'attuale offerta di servizi è di tipo settoriale, dove i diversi operatori agiscono in modo slegato tra loro, quindi non in maniera adeguata a far fronte a tutte le problematiche connesse ai bisogni di salute nel momento della gravidanza, del parto e del puerperio.

#### **OBIETTIVI**

Mediante la progettazione di uno specifico percorso assistenziale si intende avviare un processo di cambiamento che consenta di conseguire i seguenti obiettivi.

1. Umanizzazione del percorso
  - La donna deve essere un soggetto attivo delle scelte da compiere
  - Semplificazione dell'accesso al sistema, la donna e la coppia devono essere il centro attorno a cui ruota il sistema dell'offerta
  - La donna gravida deve sentirsi sostenuta psicologicamente, accompagnata affettivamente nel percorso affinché l'esperienza della gravidanza sia percepita senza ansia o sofferenza psicologica
2. Integrazione tra ospedale aziendale e distretti
  - Garanzia di una continuità assistenziale in ogni momento del percorso
  - Maggiore appropriatezza degli interventi necessari
3. Integrazione sociale e sanitaria
  - Assicurare risposte tenendo conto delle condizioni di maggiore fragilità sociale
  - Ipotesi di avvio di un servizio sociale professionale presso il presidio ospedaliero
  - Valorizzare le risorse comunitarie locali

## INTERVENTI

Entro il primo trimestre del 2007, l'ASL definirà il percorso assistenziale "Percorso nascita" integrando le attività distrettuali con quelle ospedaliere. Dovranno essere descritti tutti gli interventi posti in essere per conseguire gli obiettivi prefissati con il percorso nascita nelle fasi della programmazione alla gravidanza, della gravidanza, del parto e del periodo relativo al primo trimestre del post parto. Successivamente, al fine di integrare le attività sanitarie con quelle sociali, l'ASL coinvolgerà i Comuni dell'ambito, in particolare per organizzare l'offerta verso le famiglie socialmente più fragili. Prima di avviare il percorso nascita, il Distretto socio sanitario presenterà il progetto alle associazioni locali per acquisire una condivisione e validazione, nonché per definire le azioni e gli spazi di coinvolgimento e partecipazione.

## FASI E TEMPI

Nel corso del 2007, l'ASL definirà ed avvierà il percorso assistenziale "Percorso nascita" con il coinvolgimento dei Comuni e delle associazioni locali.

Nel corso del 2008 e 2009: miglioramenti incrementali

## SOGGETTI ATTUATORI

ASL e Comuni definiranno il percorso assistenziale sociale e sanitario.

Le associazioni locali daranno un'azione di supporto alle azioni, in particolare verso le famiglie più fragili.

## RISORSE

Per l'ASL e i Comuni non sono necessarie risorse aggiuntive, si tratta di ridefinire le modalità relazionali tra gli operatori dei servizi. I costi relativi agli strumenti di comunicazione necessari per le azioni di promozione della salute e per l'informazione alle famiglie sono a carico dell'ASL.

I Comuni assicureranno l'apporto degli operatori del sociale nella definizione del percorso assistenziale. Tale apporto è stimato in massimo tre incontri operativi.

## FONTI DI FINANZIAMENTO:

ASL: budget assistenza distrettuale

## VALUTAZIONE

Indicatore di processo: definizione di un percorso assistenziale condiviso

definizione delle possibili modalità per la presa in carico delle gravidanze ad alto rischio sociale

Indicatore di risultato: n° gravidanze seguite secondo il percorso assistenziale/n° gravidanze totali

## B) - Progetto operativo "Rete Infanzia"

Il progetto nasce con le nuove necessità della comunità, non solo relative alla struttura della famiglia e del ruolo femminile, ma soprattutto dell'esigenza di garantire spazi di socializzazione e integrazione dei minori con particolare attenzione a coloro che hanno meno opportunità. Si è quindi pensato di cogliere ogni opportunità e programmare interventi finalizzati ad una generale espansione e flessibilità dell'offerta, in termini di servizi a supporto dell'infanzia e della famiglia e nel contempo ad una realizzazione di una rete di servizi che integri le diverse risorse presenti sul territorio, siano esse pubbliche o private.

Nello specifico, esistono quattro patti per il sociale presentati nella Progettazione Integrata del POR Sardegna 2000/2006. Il primo patto sociale riguarda la creazione di un nido aziendale ASL/Comune di San Gavino M.le e l'avvio di iniziative di integrazione con il privato sociale esistente nel territorio comunale (due baby parking). Gli interventi proposti nel secondo patto sociale prevedono la creazione di una rete di



consulenza e collaborazione con le attività gestite dal privato sociale del territorio da parte del Servizio Integrato per l'Infanzia del Comune di Villacidro. Il terzo e il quarto patto (presentati dai Comuni di Guspini e di Arbus) riguardano la progettazione di servizi volti al sostegno delle funzioni genitoriali e all'estensione dell'offerta scolastica in termini di accoglienza pre e dopo scuola.

Con il presente progetto si intendono ampliare le proposte indicate nei quattro patti a tutto il territorio del Distretto socio-sanitario di Guspini creando una rete di interazione e interscambio tra pubblico e pubblico (ASL, Scuola e Comuni) e tra pubblico e privato, con attività comuni strutturate.

## OBIETTIVI OPERATIVI

- Rispondere al bisogno in forma integrata e conforme a standard ottimali di qualità.
- Ampliare l'offerta dei servizi all'infanzia incentivando l'avvio di servizi educativi in un contesto domiciliare e di struttura.
- Potenziare e qualificare i servizi a favore sia dei bambini sia delle famiglie conservando il sistema di relazioni con le famiglie e curando il livello di qualità rivolto ai bambini affidati ai servizi;
- Favorire la flessibilità dell'offerta dei servizi ai tempi della famiglia.
- Creare un servizio a supporto delle funzioni genitoriali attraverso consulenze pedagogiche e offerta di informazioni.
- Estensione dell'offerta di servizi di flessibilità scolastica con accoglienza pre e post scuola

## INTERVENTI

- Avviare un protocollo di intesa collaborativa tra servizi ASL, Comuni, scuola e privato sociale
- Avviare un progetto di supporto, consulenza e interazione con il privato sociale a guida di incarico al Servizio Integrato per l'Infanzia del Comune di Villacidro
- Sperimentare nuovi interventi nell'ambito dell'accoglienza incentivata a livello domiciliare
- Realizzare un asilo nido aziendale (Progetto Patto Sociale POR ASL n. 6/Comune di San Gavino M-le)
- Avviare un servizio di sostegno alle funzioni genitoriali - consulenza e flessibilità (Progetto Patto Sociale POR Comune di Guspini e Comune di Arbus)

## FASE E TEMPI

- Prima annualità (2007): Avvio della rete - definizione sottoscrizione protocollo. Avvio dei servizi di sostegno alle funzioni genitoriali - consulenza e flessibilità - Progetti Patto Sociale POR - risorse interne ai Comuni proponenti
- Seconda e terza annualità (2008 e 2009): Avvio e realizzazione degli altri interventi

## RISORSE

- Un operatore in rappresentanza di ciascun soggetto/ente partecipante (con costo a carico degli invianti) per 10 ore medie mensili, con tre rappresentanti per i sette comuni

## FONTI DI FINANZIAMENTO

- Personale con costi a carico di ciascuna ente inviante
- Risorse integrative Progettazione Integrata del POR Sardegna 2000/2006

## VALUTAZIONE (INDIVIDUAZIONE INDICATORI)

- Saranno predisposti appositi strumenti e indicatori di misurazione dei risultati dell'azione programmatica stabilita.

### **C) - Progetto operativo “Centro Affidi”**

Il Centro Affidi Distrettuale offre informazioni sull'affido, aiuta e sostiene tutte le persone coinvolte nell'affido, i bambini e ragazzi nel loro disagio, le famiglie d'origine nelle temporanee difficoltà ad occuparsi dei propri figli e le famiglie affidatarie nell'accogliere i bambini, nel rispetto della loro storia e delle relazioni familiari come tutela del bambino e della sua famiglia.

Il Centro affidi, nel rispetto degli standard professionali e di servizio definiti da Progetto Obiettivo, si attiva per:

- la selezione delle famiglie che hanno manifestato la disponibilità a sperimentarsi in una situazione di affido accogliendo all'interno del proprio nucleo un minore;
- il sostegno agli affidatari, mediante incontri individualizzati finalizzati all'ascolto, alla comprensione ed alla valutazione dell'andamento del caso di affido;
- la prosecuzione del lavoro con il gruppo di famiglie affidatarie finalizzato alla condivisione dell'esperienza di affido, al confronto e supporto reciproco;
- gli incontri di verifica sia con gli operatori titolari del caso (servizi sociali professionali comunali) che con quelli facenti capo ai diversi servizi eventualmente coinvolti;
- la sensibilizzazione, mediante incontri di gruppi informali, associazioni di volontariato riconosciute, organismi sociali e sportivi del territorio del distretto e non;
- la predisposizione di tutti gli atti amministrativi (capitolati, delibere, determinazioni, etc.) finalizzati all'acquisto di quanto necessario al funzionamento del Centro e all'attivazione dei diversi interventi riguardanti la formazione e la sensibilizzazione.

Le recenti indicazioni normative riprendono e sottolineano l'idea di residualità del ricovero in istituto quale risposta al bisogno del minore e della sua famiglia. Occorre quindi sempre di più ripercorrere la strada dell'individuazione di sistemi familiari alternativi di riferimento, attraverso lo strumento dell'affido.

Vista l'efficacia e l'importanza di un simile servizio è indiscutibile puntare sul rafforzamento dello stesso. Nel caso specifico occorrerà una riproposizione delle campagne promozionali di sensibilizzazione e reperimento delle famiglie e poi su una maggiore flessibilità ed efficienza del servizio al fine di poter per esempio differenziare l'offerta di accoglienza sulla base dei specifici bisogni ed esigenze dei bambini e delle famiglie stesse.

Il Centro Affidi esiste da 7 anni e viene presentato in questa sede con possibilità di ampliamento al Distretto di Sanluri. Il servizio rimarrà, a completamento d'utilizzo delle risorse finanziarie esistenti fino a dicembre 2007, come da convenzione e regolamento approvato, in collaborazione tra Comuni (i comuni interessati al momento sono 8 e ricomprendono anche Vallermosta), ASL n. 6 e Provincia del Medio Campidano. In termini di prosecuzione la necessità è quella di ridefinire le condizioni del suo mantenimento per completare l'annualità 2007, e per il 2008 e il 2009 si ridetermina la quota annuale erogata nell'annualità 2007.

Gli interventi di rete e di referenza operativa in carico a ciascun ente afferente sono indicati nel progetto sperimentale 2006.

## OBIETTIVI OPERATIVI

- la prosecuzione dell'Attività del Centro Affidi, con l'ampliamento dell'intervento rispetto alle famiglie parentali;
- reperimento di Famiglie disponibili ad accogliere soprattutto minori adolescenti e portatori di handicap;
- ampliamento a livello Provinciale (Provincia Medio Campidano – Distretti sociosanitari di Guspini e Sanluri).

## INTERVENTI

- Pubblicizzazione ed informazione.
- Formazione e selezione delle coppie affidatarie.
- Gestione affido.
- Conduzione gruppi di famiglie affidatarie.
- Formazione degli operatori impegnati nella realizzazione del Progetto

## FASI E TEMPI

Annualità 2007 continuità al Centro: interventi di servizio, sensibilizzazione, formazione operatori e prime ipotesi di ampliamento.

Annualità 2008 e 2009, ridefinizione operativa del Centro: interventi di servizio, sensibilizzazione, formazione operatori e gestione integrata del servizio a livello provinciale.

## SOGGETTI COINVOLTI

I soggetti incaricati al raggiungimento degli obiettivi sopra intitolati sono le Istituzioni coinvolte nel Centro Affidi Distrettuale e firmatarie dell'Accordo di Programma.

Ci si riferisce in maniera specifica ai:

- Comuni di Arbus, Gonnosfanadiga, Guspini, Pabillonis, San Gavino Monreale, Sardara, Vallermosa e Villacidro (l'Ente capofila gestionale resta il Comune di San Gavino M.le) – e a seguire gli altri comuni del Distretto di Sanluri interessati al servizio;
- Consultori Familiari dell'Azienda USL 6 Distretto di Guspini e a seguire quelli del Distretto di Sanluri;
- Amministrazione Provinciale del Medio Campidano.

## RISORSE

Le risorse necessarie ed indispensabili per la realizzazione del progetto sono:

- risorse del personale;
- risorse strutturali;
- risorse finanziarie.

### 1. Le risorse del personale.

Per poter concretizzare e realizzare in termini di efficacia ed efficienza il progetto è indispensabile l'operatività dei seguenti Professionisti:

- Professionisti dei Servizi Sociali Professionali dei Comuni e dei Servizi a loro afferenti;
- Professionisti dei Consultori Familiari dell'Azienda USL 6;
- Professionisti in convenzione per il Servizio Famiglie Affidatarie.

### 2. Le risorse strutturali.

Il Comune di San Gavino Monreale-Ente Capofila continuerà a mettere a disposizione la sede del Centro Affidi Distrettuale, ubicata in Via Convento n° 2.

## FONTI DI FINANZIAMENTO

- Anno 2007: le risorse dell'annualità 2007 sono relative alle economie degli anni precedenti e alle quote d'anticipazione esistenti – versate dai diversi comuni all'avvio del primo percorso progettuale € 132.000,00 – con l'aggiunta di € 10.000,00 assegnate dalla Provincia per la formazione.
- Anno 2008-2009: sulle annualità 2008 e 2009 le risorse sono rideterminate in € 85.000,00.  
Quote esternalizzazione (prestazioni operatori e costi di gestione):
  - Comuni - 50% finanziamenti
  - ASL – 50% finanziamenti
  - Provincia per gli interventi di formazione

## VALUTAZIONE (INDICATORI)

Si intende proporre una valutazione tecnica adeguata di tutti gli interventi progettuali previsti e realizzati, da definirsi tecnicamente con l'ausilio e l'affidamento delle attività, in termini di ricerca sperimentale, a una ditta/ente gestore esterno, con specifica esperienza di settore (procedure d'affidamento a norma di legge – risorse finanziarie da individuare).

### D) - Progetto operativo “Servizio socio-educativo associato e integrato”

La marginalità e il rischio socio-educativo sono conseguenza della mancanza di relazioni sociali significative tra individuo/individuo e individuo/gruppo, gli interventi operativi devono creare situazioni di sostegno positivo tra minore e contesto, nell'ambito familiare e nel gruppo dei pari, con interventi educativi, di animazione e aggregazione che stimolino la partecipazione e il rapporto condiviso e di fiducia, mettendo in crisi la relazione critica tra utenti e servizi.

L'obiettivo prioritario del Servizio Educativo Territoriale è quello di garantire il massimo sostegno alla persona in difficoltà intervenendo sul suo disagio con un approccio relazionale globale.

Allo stato attuale, le attività vengono svolte in maniera settorializzata e spesso in emergenza da ciascun organismo istituzionale deputato (servizi comunali, servizi socio-sanitari, servizi scolastici, servizi della giustizia). Il PLUS può essere un contesto di integrazione e di riarticolazione condivisa e comune degli interventi socio-educativi.

I contratti di affidamento posti in essere da parte dei comuni sono esternalizzati e appaltati da ciascun ente. I contenuti e le metodologie utilizzate negli interventi sono diversificati e andrebbero ricondotti ad una certa omogeneizzazione. Occorre prestare maggiore attenzione al fatto che alcune figure di intervento non devono essere sovrapposte e sostitutive tra ASL e Comuni.

## OBIETTIVI OPERATIVI

- Definire un servizio unitario nell'ambito socio-educativo territoriale.
- Realizzare uno sviluppo dei servizi educativi (tutoring) che potrà permettere una interazione fra la competenza educativa e quella sociale garantendo un aggancio reale con la fascia dei minori e in particolare degli adolescenti e preadolescenti.
- Sviluppare le capacità creative dei giovani, stimolare la loro specificità, sollecitare la relazione e la socializzazione.
- Prevenire e/o arginare il danno e/o il rischio di emarginazione sociale nonché prevenire ricorsi per esempio all'autorità giudiziaria che nella maggior parte dei casi si rivelano fallimentari e/o stigmatizzanti.

## INTERVENTI

- Attivare un gruppo operativo di lavoro costituito tra i diversi organismi istituzionali referenti (una figura tecnica per ciascun Ente) che promuova il confronto per la definizione di un modello unitario di intervento
- Avviare un confronto sui servizi socio-educativi fin qui realizzati con la partecipazione dei Servizi socio-sanitari (Ser.T, Consultori) e dei Servizi Sociali comunali
- Confronto aperto ai diversi soggetti gestori (cooperative)
- Coinvolgimento nella definizione metodologico-operativa di servizio degli altri soggetti e organismi istituzionali di interesse (Scuola, Tribunale e servizi della giustizia, ecc.)

## FASI E TEMPI

Prima annualità (2007): costituzione gruppo che dovrà definire le procedure di incontro e la tempistica; definizione del modello associativo; definizione protocolli

Seconda e terza annualità (2008 e 2009): attuazione di una gestione unitaria

## SOGGETTI COINVOLTI

Comuni / Asl n° 6 / Altri organismi istituzionali / privato sociale, volontariato – Ente capofila Comune di Gonnosfanadiga

## RISORSE

- una unità di personale per ciascun ente per 10 ore mensili (i costi relativi sono in carico a ciascun soggetto inviante) – tre unità per i sette Comuni

## FONTI DI FINANZIAMENTO

Personale con costi a carico di ciascuna ente inviante

## VALUTAZIONE (INDICATORI)

La definizione degli strumenti e dei parametri valutativi sono in carico al gruppo tecnico costituito.

### **E) – Progetto operativo “Promozione della salute nelle scuole”**

Obiettivo specifico: Programmare interventi integrati di promozione della salute con le Scuole

## INTERVENTI

Nel corso del 2007, ASL, Scuole, Comuni e Provincia si impegneranno a definire una programmazione unitaria degli interventi di promozione della salute articolando azioni efficaci e continuative nei diversi momenti della formazione scolastica. L'ASL metterà a disposizione un gruppo interservizi per l'educazione sanitaria. Gli Istituti scolastici che vorranno aderire, dovranno indicare almeno un referente.

In questo processo si dovrà ricercare anche il coinvolgimento delle associazioni locali per rafforzare gli interventi educativi.

In relazione ai bisogni di salute evidenziati, acquistano particolare priorità: gli interventi mirati a contrastare il fumo di sigaretta, l'alcool e le droghe; l'educazione alimentare e la sedentarietà; gli incidenti stradali e quelli domestici; l'educazione sessuale.

## FASI E TEMPI

- 2007: costruzione dei progetti educativi
- 2008 e 2009: avvio operativo dei progetti di promozione della salute

## SOGGETTI ATTUATORI

- ASL 6, Scuole, Comuni, Provincia: definizione dei progetti educativi
- Associazioni locali (elenco): azione di sostegno ai progetti educativi

## RISORSE

Costruzione dei progetti educativi: tre incontri nel 2007 (Scuole elementari, Medie inferiori e Scuole superiori)

ASL: gruppo interservizi per la educazione sanitaria

Scuole: un rappresentante per ogni istituto che aderisce

## FONTI DI FINANZIAMENTO:

ASL: quota capitarla attività di educazione sanitaria

## VALUTAZIONE

Indicatore di processo: N° istituti scolastici che aderiscono/Totale istituti scolastici (Indicatore distinto per i tre livelli scolastici)

Indicatore di risultato: N° progetti definiti

### **F) - Progetto operativo “Famiglie ospitali” (AZIONE TRASVERSALE)**

Progetto Famiglia risorsa (accompagnamento, formazione e supervisione) – affido di soggetti con problematiche di disabilità, di solitudine, anziani, ecc. – Azioni di sollievo per altre famiglie.

In una società che sta diventando sempre più complessa si sente l'esigenza di programmare interventi innovativi, flessibili garanti del raggiungimento del benessere della persona. Ecco perché oggi si pensa a dei percorsi alternativi all'istituzionalizzazione, percorsi di riflessione, sensibilizzazione e formazione di particolari soggetti sociali potenziali mediatori del bisogno.

Nel campo dell'affido si fa riferimento alla risorsa Famiglia che può fungere da Famiglia rispondente a situazioni di emergenza; Famiglie professionali, quando i bisogni complessi di alcuni minori richiedono una risposta di accoglienza che deve sapersi esprimere attraverso competenze non solo affettive ma anche professionali; reti di famiglie, utili per rafforzare, valorizzare e riscoprire la risorsa familiare che potrebbe essere di appoggio per esempio ad altre famiglie, laddove la fragilità di alcuni nuclei ha bisogno di un sostegno per quegli aspetti educativi che, se non protetti, rischiano di far “esplodere” la situazione.

L'affido familiare minori costituisce un viatico d'esperienza consolidata e di riflessione sulle possibilità di organizzare gli interventi per le altre fasce d'utenza (anziani, disabili, sofferenti mentali, ecc.).

Allo stato attuale esistono interventi realizzati in diversi Comuni del territorio, con la collaborazione dei servizi sanitari di interesse (STSM, Consultori, ecc.). I contenuti e le metodologie utilizzate negli interventi sono diversificati e andrebbero ricondotte ad una certa omogeneizzazione

Il PLUS può essere quindi un contesto di integrazione e di ri-articolazione condivisa e comune degli interventi fin qui svolti. L'intervento è ritenuto idoneo, da ampliare e strutturare con riferimento d'interesse a tutto il territorio.

La presente proposta ha origine dalla lettura dei bisogni e dall'esperienza maturata dagli operatori dei Servizi Sociali del territorio in materia di disagio sociale degli anziani, dei disabili e dei sofferenti mentali, che per via di problematiche legate all'età, allo stato di salute e/o ad altre difficoltà personali, familiari e sociali, si trovano nell'impossibilità di poter continuare a vivere nel proprio contesto di vita.

Le ipotesi di intervento possono essere strutturate e ampliate all'utilizzo anche di famiglie ospitali (formate, affiancate e sostenute anche economicamente): l'intervento può essere utilizzato anche nell'ambito minorile (soprattutto per fasce adolescenziali con particolari situazioni socio-educative).

In diverse occasioni i professionisti dei servizi territoriali hanno espresso la necessità di individuare un'alternativa, un'ulteriore opportunità di scelta, per rispondere a quei bisogni di accoglienza che ad oggi trovano una risposta solo parziale nelle strutture residenziali.

Tale proposta non è totalmente di carattere innovativo perché alcuni servizi del territorio hanno già sperimentato, anche se in maniera frammentaria e individuale, la positività degli interventi di accoglienza familiare dei soggetti sopracitati; in altri, invece, le iniziative si sono fermate ad un lavoro propositivo.

Il progetto è stato elaborato facendo riferimento alla "realtà sociale" esistente nei paesi della Sardegna, basata sui valori dell'accoglienza, dell'ospitalità e dell'aiuto reciproco, propri della nostra cultura, e riflettendo anche sulle attività di studio e documentazione sulle esperienze portate avanti a livello nazionale.

## OBIETTIVI OPERATIVI

- promuovere l'accoglienza di soggetti svantaggiati da parte di nuclei familiari o persone singole, motivati e adeguatamente sensibilizzati a tale intervento.
- rinviare valori fondamentali quali l'auto reciproco e le reti familiari, di vicinato, o altro
- alleviare il carico familiare
- programmare interventi più innovativi e flessibili a vantaggio di soggetti sociali deboli

## INTERVENTI

- costituzione di un gruppo operativo di servizio
- percorsi di sensibilizzazione comunitaria sulla tematica dell'accoglienza
- individuazione delle famiglie e avvio dei percorsi formativi delle stesse
- avvio interventi di inserimento
- verifica delle attività

## FASI E TEMPI

- Prima annualità: analisi della domanda e valutazione del bisogno; sensibilizzazione dell'opinione pubblica; analisi delle risorse familiari disponibili
- Seconda annualità: valutazione delle risorse familiari, preparazione delle famiglie ospitali; costituzione banca dati famiglie ospitali

- Terza annualità: pubblicizzazione del progetto, abbinamento e realizzazione dell'affidamento familiare

Il presente progetto, per la delicatezza della tematica, articolata e complessa, intende, per la prima annualità, limitarsi a sviluppare le azioni per la realizzazione della 1 FASE.

Nello specifico, i primi mesi vedranno il coinvolgimento di tutti gli attori del presente progetto impegnati: - nella stesura di una programmazione dettagliata delle attività da svolgere nel corso dell'anno; - individuazione delle strategie e metodologie scientifiche da utilizzare per la rilevazione del bisogno sociale; - analisi e valutazione dei dati emersi dalla ricerca sociale.

Alla luce delle rilevazioni effettuate, si attiveranno le strategie e le metodologie ritenute più incisive ed efficaci per una sensibilizzazione capillare.

L'attività di sensibilizzazione avrà l'obiettivo prioritario di fare emergere e sviluppare la disponibilità delle famiglie ad offrire ospitalità.

L'ultima azione della prima fase è fondamentale al fine della prosecuzione del progetto o di una rimodulazione dello stesso.

## SOGGETTI COINVOLTI

- Comuni del Distretto
- Servizi dell'Az. USL n. 6 Sanluri – Distretto di Guspini
- Provincia del Medio Campidano

## RISORSE

Le attività specifiche di programmazione, coordinamento e valutazione, saranno affidate ad un gruppo tecnico composto da professionisti di ciascuna delle istituzioni coinvolte (10 ore mensili per figura) – tre per i sette comuni.

- Il gruppo tecnico potrà contare su spazi, attrezzature e dotazioni messe a disposizione dal Comune capofila.
- Il gruppo tecnico, per la realizzazione di tutte le azioni della prima annualità, si avvarrà di una micro-equipe, composta da un Assistente Sociale e uno Psicologo, che saranno individuati e incaricati appositamente con l'onere di realizzare le attività che il gruppo tecnico delineerà nella programmazione generale del progetto.

Le risorse utilizzate nel primo anno sono afferenti a ciascuna amministrazione inviante.

## FONTI DI FINANZIAMENTO

Personale apposito (2008-2009) a carico della ASL e dei comuni al 50% (80 ore medie mensili x 12 mesi, € 20,00 orarie psicologo ed € 16,00 orarie Ass. sociale + oneri in carico al committente)	€	38.175,33
Sensibilizzazione (operatori di ciascun ente/servizio coinvolto)	€	8.000,00
Costi di gestione	€	4.000,00
Tot. costi	€	50.175,33

## VALUTAZIONE (INDICATORI)

Si intende effettuare un periodo di sperimentazione annuale, nel corso del quale verrà verificata la probabilità di efficacia del progetto. Tale valutazione consentirà di progettare anche le annualità successive. La valutazione, sia in termini qualitativi che quantitativi, si baserà su alcuni elementi fondamentali:

- Capacità del gruppo tecnico di lavorare in maniera integrata per la programmazione e la verifica
- Iniziative e incontri di sensibilizzazione avvenuti nel territorio
- Contatti con risorse istituzionali e non
- Famiglie potenzialmente disponibili



## **G) - Progetto Intercomunale “Il Ponte” – Prima triennalità assegnazioni Legge 285/97**

Il Progetto “Il Ponte” è riferito alla prima triennalità di assegnazione dei fondi di cui alla Legge n. 285/97 ed è indirizzato all’attivazione di una struttura di pronta accoglienza temporanea per otto minori. Il personale utilizzato sarà costituito da sei educatori professionali, di cui uno con funzioni di coordinamento e da una o più, se partime, unità di personale ausiliario, manutenzione e cucina.

Il Comune di San Gavino M.le, ente capofila di progetto, con i fondi di cui alla LR 37/98, art. 19 - iniziative locali per lo sviluppo e l’occupazione, ha completamente ristrutturato e arredato un appartamento di sua proprietà, di circa 180 mq. destinandolo ad accogliere il Centro di pronta accoglienza temporanea per minori. L’immobile è collocato in una palazzina condominiale, in un area centrale del paese. Si tratta di una struttura di discreto pregio architettonico, originariamente costruita e utilizzata per ospitare le famiglie dei dirigenti della Fonderia, a ridosso della Foresteria (attuale sede della Biblioteca Comunale),

Il Progetto “Il Ponte” è strettamente legato al Centro Affidi distrettuale e sarà realizzato con l’utilizzo delle risorse di cui alla Legge n. 285/97, così come stabilito dall’apposito accordo di programma e dal regolamento d’attuazione, per abbattere i costi di accoglienza dei minori inviati dai servizi territoriali. I costi saranno coperti in forma calmierata per un triennio, si ipotizza l’apertura e l’avvio definitivo degli interventi nel corso del 2007, con chiusura del progetto nel 2009. Gli interventi saranno esternalizzati con affidamento per sei anni, tramite procedure di evidenza pubblica - e il soggetto gestore svolgerà gli interventi di continuità a prezzi di mercato.

Per l’avvio restano da completare le pertinenze esterne e l’abbattimento delle barriere architettoniche d’accesso all’immobile (stradello esterno, marciapiedi, servo-scala), le risorse necessarie sono state reperite ancora con i fondi di cui alla LR 37/98 – ultima programmazione – e solo a tali condizioni di completamento potrà essere autorizzato il funzionamento e l’apertura del Centro.

I ritardi di erogazione e spesa dei finanziamenti assegnati con la prima triennalità della Legge 285/97, ricevuti nel 2001, sono ascritti in maniera determinante all’indisponibilità immediata, a quella data, di un immobile da destinarsi a sede del Centro, nonché alle difficoltà che riguardano il reperimento di risorse finanziarie per investimenti e in generale per la realizzazione di tutte le opere pubbliche. Occorre tenere conto, inoltre, che il progetto scelto e deciso ha riguardato un servizio di tipo assistenziale-residenziale, sicuramente più difficile da attivare, rispetto a quelli scelti da altri territori, che hanno optato per servizi di consulenza, prevenzione o animazione, e che attualmente si ritrovano in una fase di pieno utilizzo delle risorse finanziarie trasferite.

La problematicità di una scelta così difficile è comunque ben compensata dal fatto che le risorse assegnate dalla prima fase della Legge 285/97, hanno svolto una funzione di volano attrattivo catturando finanziamenti di altra provenienza (come detto fondi per iniziative per l’occupazione) e consentiranno di avviare un servizio che durerà nel tempo ben oltre la spesa d’avvio del primo triennio. Un servizio completamente inesistente nel territorio e largamente utilizzabile anche a livello provinciale e regionale, sia per l’area socio-assistenziale e sia per l’area socio-educativa, in piena collaborazione con l’Ufficio del servizio sociale minori.

## **H) - Progetto Intercomunale “Pianeta Genitori” – Seconda triennalità Legge 285/97**

Il ruolo fondamentale della famiglia, nella sua funzione di agenzia primaria di socializzazione, è quello di educare e sostenere i propri membri nelle relazioni quotidiane sia all'interno del nucleo che verso l'esterno.

La famiglia, nel corso dell'evoluzione dei suoi diversi cicli vitali, affronta diverse crisi esperienziali e di transizione, inerenti la sua esistenza come gruppo e le diverse dinamiche relazionali che si determinano tra i componenti, e questo soprattutto nel rapporto genitori-figli.

La presente proposta progettuale nasce dall'esigenza di garantire servizi ed interventi atti a supportare le relazioni familiari e a sensibilizzare le figure genitoriali nella loro responsabilità e funzione educativa, con particolare riferimento alle componenti minorili più deboli, costituite da soggetti in età infantile.

In linea con quanto sancito dalla Legge 285/97, i Comuni del Distretto socio-sanitario di Guspini, nel pieno rispetto di quanto indicato dalle procedure di avvio della progettazione partecipata territoriale, in stretta collaborazione con la Provincia, con la ASL, con gli organismi della giustizia minorile e con gli organi scolastici territoriali, intendono dotarsi di servizi di supporto alla relazione genitori e figli e di sostegno alla socializzazione dei minori dai 0 ai 3 anni e dai 3 ai 6 anni.

Tali azioni progettuali costituiscono una sperimentazione di servizi socio-educativi totalmente innovativi per i Comuni coinvolti, sia sul versante operativo-gestionale e sia sul versante dell'integrazione in rete dei servizi territoriali. In alcuni contesti comunali gli interventi si configurano come ampliamento di attività esistenti, andando a soddisfare i bisogni di una fascia di fruitori potenziali che non trovano risposta nell'organizzazione dei servizi attuali.

Il microprogetto denominato “spazio estivo”, sarà raccordato ed integrato con il microprogetto “sostegno alla genitorialità”, in quanto entrambi sono rivolti a sostegno dei minori e della genitorialità, in un intervento unitario e globale.

Questo progetto rappresenta il risultato del lavoro congiunto dei diversi enti istituzionali che già precedentemente si sono sperimentati nella progettazione ed attuazione di servizi rispondenti ai bisogni manifestati dal territorio.

### **OBIETTIVI OPERATIVI**

- attivare un servizio per la 1^ infanzia con caratteristiche educative, ludiche, culturali e di aggregazione sociale;
- prevenire e ridurre le difficoltà socio-educative relative alla crescita e alla salute dei bambini;
- garantire il sostegno alla genitorialità per le famiglie;
- integrare i servizi già esistenti nel territorio attraverso un'analisi preliminare dell'esistente ed un lavoro di rete, razionalizzando le risorse;
- organizzare il servizio secondo criteri di flessibilità che prevedono la presenza dei genitori e degli adulti che si prendono cura dei bambini;
- promuovere iniziative finalizzate a supportare le famiglie nella relazione educativa con i figli.

## INTERVENTI

### 1. "SPAZIO ESTIVO"

Il servizio spazio estivo, che consiste in attività e laboratori tematici da sviluppare in base ai bisogni e alle risorse di ciascun Comune aderente al progetto, è destinato a bambini di età compresa tra i 0 e i 6 anni per un massimo di n° 30 partecipanti per ciascun Comune. Tenuto conto della sperimentaltà del Progetto non si prevede alcuna contribuzione dell'utenza al Servizio.

### 2. "SPAZIO GENITORI"

L'intervento "spazio genitori" ha lo scopo di sostenere i genitori nell'adempimento delle loro funzioni educative nelle diverse età della crescita dei figli, individuando di volta in volta le risorse più adeguate; e nel frattempo sarà garantita l'accoglienza presso le aree gioco dei bambini.

## FASI E TEMPI

Triennio 2007/2009: Il servizio spazio estivo per i bambini 3/6 anni sarà organizzato nel periodo estivo con riferimento ai mesi di giugno, luglio, agosto e settembre, tenuto conto della chiusura delle scuole materne. Garantendo una flessibilità di orari nell'arco della giornata e della settimana per rispondere ai diversi bisogni che emergeranno in ogni realtà territoriale.

## SOGGETTI COINVOLTI

Comuni: Arbus, Gonnosfanadiga, Guspini, Pabillonis, San Gavino Monreale, Sardara, Vallermosa e Villacidro.

ASL / Centro Giustizia Minorile – Ufficio Servizio Sociale Minori / Scuole

## RISORSE

Ogni Comune aderente al progetto dovrà individuare uno spazio funzionale e idoneo all'accoglienza dei minori e famiglie, con ambienti accoglienti e attrezzati, ipotizzando per esempio i locali della scuola materna, elementare e laddove presente il servizio nido e baby parking.

Costo complessivo annuo del progetto "Pianeta Genitori": € 160.000,00 ripartiti nel seguente modo:

1. "SPAZIO ESTIVO" € 105.688,00

2. "SPAZIO GENITORI": € 45.075,80

3. Oneri di gestione € 9.236,20 per gli oneri legati al Comune Capofila del progetto - Guspini

## FONTI DI FINANZIAMENTO

Legge 285/97 risorse incerte

## VALUTAZIONE

Indicatore di processo: avvio del servizio entro sei mesi dall'accreditamento dei fondi

indicatore di risultato: numero minimo di 200 minori e 50 famiglie coinvolte

## **CAP. 7 – PROFILO LOCALE E PRIORITÀ DI INTERVENTO – SETTORE DISABILITÀ**

La disabilità nelle sue diverse forme intellettiva, motoria o sensoriale è una condizione della persona che ne limita totalmente o parzialmente le attività, di conseguenza si sostiene e si rafforza un'abilità di sviluppo delle capacità residue, ed è in questo contesto che si afferma il concetto di diversamente abile.

La persona disabile va sostenuta nel percorso della sua vita, con l'obiettivo di accrescerne l'autonomia attraverso azioni volte alla valorizzazione delle abilità, delle competenze e delle capacità, in particolare garantendo una continuità tra il sistema scolastico, formativo e l'inserimento lavorativo.

E' diritto di ogni cittadino diversamente abile stare in famiglia con i servizi di appoggio atti ad alleviare la condizione della disabilità, di isolamento e di sofferenza sua e della sua famiglia, diritto che deve essere affermato e sostenuto in modo particolare dalle Amministrazioni locali, non si può infatti parlare di disabilità senza sottolineare che ciò diventa anche il problema della famiglia, su di essa si scarica infatti un grande onere assistenziale.

La famiglia rappresenta una grande risorsa per la persona disabile e pertanto va sostenuta.

### **AREA SOCIALE**

#### **Situazione di base**

Dal profilo d'ambito emerge che da una indagine Multiscopo delle famiglie, condotta dall'ISTAT, sul ricorso ai servizi socio-sanitari della popolazione disabile di età superiore ai 6 anni, si rileva che la Sardegna ha una maggiore percentuale di disabili rispetto alla media nazionale così come segue:

- Prevalenza generale disabili: Sardegna 8,4% contro il 6,1% Italia, pari a n. 4.895 disabili stimati a livello di distretto;
- Prevalenza disabili con difficoltà confinati a casa: Sardegna 3,2%, Italia 2,1%, pari a n. 1.865 disabili stimati a livello di distretto;
- Prevalenza disabili con difficoltà nelle attività quotidiane: Sardegna 3,7%, Italia 2,8%, pari a n. 2.156 disabili stimati a livello di distretto;
- Prevalenza disabili nel parlare, vedere e sentire: Sardegna 1,4%, Italia 0,8%, pari a n. 816 disabili stimati a livello di distretto.
- Prevalenza disabili anziani > 64 anni: Sardegna 31,5%, Italia 20,6%, pari a n. 2.962 disabili stimati a livello di distretto.

Il numero dei disabili stimati a livello distrettuale è calcolato sulla popolazione residente al 2001.

Relativamente al 2003, rapportando l'Italia a 100, la Sardegna mostra un valore di 123. I disabili sardi si caratterizzano anche per il fatto che nel 50% dei casi di età > 15 anni sono per il 50% senza titolo di studio. A livello sociale ciò significa che sono molto elevati i rischi di mancata integrazione e promozione delle risorse di un elevato numero di persone con disabilità (Piano reg. dei Ser. Soc. e San. Pag. 41)

#### **Livelli essenziali di assistenza - art. 30 L.R. 23/2005, lettere:**

- a)** – misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito e servizi di accompagnamento per l'inclusione sociale;
- c)** – misure economiche e servizi per favorire la vita autonoma e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti;
- e)** – interventi di accoglienza presso famiglie, persone e servizi semiresidenziali e residenziali;
- g)** – prestazioni per l'inserimento e l'integrazione sociale di persone con disabilità fisica e psichica in attuazione della Legge 104/92;
- h) bis** – servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari.

#### **Analisi dei bisogni dell'area sociale**

Dalla conferenza di programmazione e dai singoli tavoli tematici, i servizi e le parti sociali presenti, hanno evidenziato il bisogno delle persone con problematiche di disabilità e delle loro famiglie di interventi diretti alla piena integrazione e partecipazione alla vita sociale.

Da qui la necessità di promuovere interventi integrati tra Comuni, istituzioni scolastiche, servizi formativi, servizi per il lavoro, organismi del terzo settore e i servizi specialistici presenti nel territorio, finalizzati ad al miglioramento delle condizioni di vita.

Appare importante promuovere la sensibilizzazione sulle problematiche della disabilità; assicurare livelli essenziali in tutto il territorio del Distretto; migliorare e ampliare i progetti personalizzati in corso e quelli futuri e incoraggiare tutte le iniziative di auto mutuo aiuto e di aggregazione delle persone con disabilità.

Nello specifico è emerso il bisogno di creare spazi di aggregazione sociale con il doppio fine di promuovere le capacità residue e alleviare il carico familiare; il bisogno di garantire formazione specifica (orientamento, mediazione nella comunicazione) alle famiglie e al volontariato organizzato (A.M.A.).

Di particolare importanza è anche il bisogno di garantire il diritto all'istruzione e all'integrazione professionale.

Dall'analisi dell'offerta dei servizi presenti nel territorio è emerso un rilevante carico di richieste che non né permette la puntuale soddisfazione, da qui la necessità di individuare "regole" condivise al fine di razionalizzare l'offerta esistente e non ultimo garantire la stessa qualità di servizio nel territorio (Azione di Sistema)

## **Offerta di servizi dell'area sociale**

Servizi erogati nel territorio con prestazioni di carattere sociale:

1. Servizio Sociale Professionale. Obiettivo centrale del Servizio è il processo di aiuto alle persone, singolarmente o come gruppo, a partire da situazioni individuali o da bisogni collettivi. Il Servizio con un adeguato uso della relazione interpersonale professionale nei confronti dell'utenza e degli elementi significativi del sistema ambientale in cui opera, evidenzia i problemi, promuove le risorse personali, istituzionali e collettive, raccorda bisogni, organizza e gestisce prestazioni. Il processo di aiuto si realizza sempre nell'ambito del contesto normativo e organizzativo messo in atto dalle strutture pubbliche o private per l'attuazione degli orientamenti di politica sociale ad esse sottesi;
2. Servizio di assistenza domiciliare. È teso a favorire il pieno soddisfacimento delle esigenze personali e domestiche al fine di salvaguardare l'autonomia della persona e la permanenza nel proprio nucleo familiare (Piano sociale regionale parte seconda punto 7- pag. 41);
3. Intervento educativo. È finalizzato alla promozione delle capacità residue e al potenziamento dei processi di autonomia finalizzati a garantire l'emancipazione della persona;
4. Piani L. 162/98 - rivolti a persone con disabilità grave e alle loro famiglie e sono finalizzati a sgravare il carico assistenziale delle famiglie e attraverso progetti individualizzati formulati e concordati;
5. POR SARDEGNA Misura 3.1 (Ins. Lav. Disabili) L. 68/1999 e L.R. 20/2002. Servizio rivolto a persone con invalidità certificata che mira a garantire attraverso azioni di riserva o di autoimprenditorialità un inserimento nel mondo del lavoro;
6. POR SARDEGNA Mis. 3.4 (CESIL) rivolto a favorire l'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati;
7. Superamento barriere architettoniche – edifici privati L.R. 13/89. Attraverso l'erogazione di rimborsi, mira all'eliminazione, nelle civili abitazioni, di barriere che limitano l'autonomia e la mobilità;
8. Disabilità e Sport. Con l'erogazione di contributi economici specifici mira a ridurre i costi e a favorire la partecipazione e l'integrazione sociale attraverso lo svolgimento di una disciplina sportiva;
9. Erogazione contributi per diverse patologie art. 4 della L.R. 8/99. Contributi finalizzati al sostegno economico di persone e famiglie che a causa della grave patologia cui sono affetti sostengono ingenti spese per sottoporsi alle prestazioni sanitarie di cui hanno bisogno, ad eccezione dei contributi della L.R. 20/97 che hanno il fine di integrare il reddito personale;
10. Progetto formazione famiglie "Metodo Feuerstein". Mira alla formazione delle famiglie che convivono con persone affette da disabilità intellettiva all'apprendimento di un metodo finalizzato al potenziamento delle capacità insite nelle persone;
11. Attività promosse dal volontariato e dal privato sociale a sostegno della disabilità, tra l'altro con Centri di ascolto e Servizi di aggregazione educativa e per il tempo libero (laboratori e attività varie, sportive, formative e di inserimento lavorativo).

## Obiettivi di miglioramento dell'area sociale

- Creare una rete di servizi con il privato sociale (associazioni)
- Potenziare i processi di inserimento lavorativo dei disabili;
- Alleviare il carico familiare – (Potenziare il processo di apprendimento delle persone con disabilità intellettiva – processo di apprendimento mediato)

## Azioni necessarie e tempi realizzativi (cronogramma)

Le azioni previste sono finalizzate a garantire il livello essenziale di assistenza attraverso interventi e prestazioni che mirano a garantire l'inserimento e l'integrazione sociale delle persone con disabilità in tutte le sue forme:

- Formazione delle famiglie "Metodo Feuerstein" P.O. Guspini
- Mis. 3.1 POR SARDEGNA (Ins. Lav. Disabili) L. n. 68/1999 e L.R. n. 20/2002
- Promuovere "regole" condivise tra i servizi comunali in una logica razionalizzazione delle risorse
- Azioni di raccordo con il volontariato e creazione di rete (attività di supporto formativo, di collaborazione e di affiancamento nelle attuazione della programmazione) (AZIONE DI SISTEMA)
- Azione "Percorsi di integrazione di persone con handicap sensoriale (audiolesi e ipovedenti/non vedenti" – Interventi formativi (professionalizzazione figure specialistiche) e interventi socio-educativi specifici.

Dal tavolo tematico l'Unione Italiana Ciechi ha rappresentato la necessità di creare autonomia nel disabile non vedente attraverso la formazione specifica. Al fine di raggiungere l'obiettivo autonomia è necessario affiancare la persona non vedente ad un operatore con formazione specifica che riesca a trasmettere tecniche di orientamento e mobilità interna ed esterna nel vivere quotidiano. Attualmente in Sardegna non esistono queste figure professionali per cui la necessità è quella di formare operatori che intervengano nel territorio.

Attraverso lo strumento del PLUS si vuole rappresentare il bisogno all'Assessorato Regionale competente.

AZIONI	Annualità 2007												Annualità 2008												Annualità 2009													
	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D		
1	X	X	X	X	X	X	X																															
2	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																										
3													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
4									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

## **A) - Progetto operativo - Formazione famiglie “Metodo Feuerstein”**

Progetto Operativo per il 2007 Progetto formazione famiglie “Metodo Feuerstein” (PO Guspini/Distretto – area disabilità – NPI – STSM) – Azione trasversale (famiglia-disabilità)

Il progetto è rivolto alle famiglie che hanno al loro interno una persona con disabilità intellettiva con l'obiettivo di dar loro la formazione all'applicazione del metodo dell'apprendimento mediato e lo scopo di stimolare le capacità insite nella persona. Si sostiene e si dimostra con i fatti come tutti e a qualsiasi età possano migliorare il proprio funzionamento cognitivo.

E' un sotto progetto che fa parte dell'intervento più ampio a tutela della salute mentale che il Comune di Guspini ha già in essere e che limitatamente al Progetto formazione famiglie intende estenderlo, in condivisione con i servizi territoriali, alle famiglie della Provincia del Medio Campidano.

### **OBIETTIVI OPERATIVI**

- stimolare le capacità residue, intesa come intelligenza modificabile, al fine di creare autonomia alla persona disabile.
- Alleviare il carico assistenziale

### **INTERVENTI**

- formazione delle famiglie all'applicazione del METODO DELL'APPRENDIMENTO MEDIATO

### **FASI E ARTICOLAZIONE TEMPORALE**

Annualità (2007)

- Ricerca dell'Ente/Associazione autorizzata alla formazione al “Metodo Feuerstein”
- Ricerca delle famiglie nell'ambito della provincia massimo 20;
- Realizzazione corso di formazione

### **SOGGETTI ATTUATORI**

Comune di Guspini in collaborazione della Provincia e i Comuni del Medio Campidano e Azienda Sanitaria (Neuropsichiatria Infantile e Servizio di Salute Mentale) e l'aggiudicataria del servizio la cooperativa sociale “La Clessidra”

### **RISORSE**

- risorse finanziarie provenienti dal bilancio del Comune di Guspini a seguito di un finanziamento dalla Regione Sardegna di un progetto obiettivo finanziato per un importo di € 30.000,00;
- Formatori

### **FONTI DI FINANZIAMENTO**

Progetto Obiettivo Comune di Guspini € 30.000,00

### **VALUTAZIONE**

La valutazione delle azioni proposte verrà effettuata ex ante, in itinere ed ex post, attraverso degli indicatori quantitativi e qualitativi in termini di raggiungimento degli obiettivi proposti.



## **AREA SOCIO SANITARIA**

### **Analisi dei bisogni dell'area socio-sanitaria**

Dalla conferenza di programmazione e dai tavoli tematici, oltre a quanto riportato nell'analisi del bisogno nell'area sociale di cui al precedente punto è altresì emerso per quanto attiene l'area di integrazione sanitaria il bisogno di strutture residenziali e semiresidenziali ("dopo di noi" e "con noi") qualificate ad accogliere persone disabili prive di rete parentale o che, nonostante la presenza, non risultano adeguate a fronteggiare le esigenze.

Attualmente non è possibile disporre di un quadro certo e ben delineato sui bisogni di salute relativi al settore della disabilità della popolazione. Sono invece ben chiari i limiti qualitativi dell'attuale offerta dei servizi e di conseguenza della necessità di un loro riadeguamento.

Infatti, è necessario passare al più presto dalla erogazione di prestazioni settoriali alla presa in carico globale dei bisogni della persona e della sua famiglia, assicurando una risposta unitaria dei servizi nelle diverse fasi dell'intervento assistenziale, riabilitativo e di integrazione sociale (scuola, lavoro, famiglia, tempo libero, etc). Per ogni persona disabile dovrà essere definito un progetto finalizzato a garantire il miglior livello di vita possibile. Un progetto di vita in grado di promuovere le abilità e le potenzialità ancora possedute e che coinvolga la famiglia.

Relativamente a questi obiettivi, si rimanda a quanto descritto nella Parte generale dell'offerta sociosanitaria del PLUS (attivazione Punto Unico di Accesso e UVT).

Inoltre, appare importante rimarcare come sino ad oggi l'ASL abbia garantito una risposta ai bisogni all'interno di una rete di strutture riabilitative non pienamente adeguate alle necessità, nonché in assenza di una rete socioassistenziale e socioriabilitativa complementare a quella più propriamente riabilitativa sanitaria.

Tutto questo ha comportato così un alto grado di inappropriatezza nelle risposte date, con ben evidenti e pesanti riflessi in termini di efficacia dei servizi erogati e sulla spesa. Spesso il bisogno soddisfatto consiste per lo più in un'azione di custodia della persona disabile.

Pertanto, anche alla luce delle linee di indirizzo sulle attività sanitarie e sociosanitarie di riabilitazione (Delibera GR n. 8/16 del 28/2/2006) è necessario ed urgente provvedere alla pianificazione della rete locale dell'offerta residenziale e semiresidenziale.

Tutto questo è in parte limitato a causa del processo ancora in atto di riqualificazione delle strutture di riabilitazione, nonché per l'ancora indisponibilità dell'annunciato provvedimento di ridefinizione dei livelli di assistenza afferenti alla branca specialistica di medicina fisica e riabilitativa di cui al DM 22 luglio 1996. Quindi gli obiettivi di adeguamento della rete dei servizi socioriabilitativi residenziali e semiresidenziali deve necessariamente essere rinviata a tempi successivi. Per il 2007 potrà essere presa in considerazione comunque la possibilità di una attività di coprogettazione.

### **Offerta di servizi**

Servizi erogati nel territorio con prestazioni di carattere socio-sanitario:

1. Inserimenti lavorativi L.R. 20/97. La normativa citata favorisce il reinserimento sociale e la riabilitazione del soggetto affetto da patologia psichiatrica, prevedendo quale intervento prioritario l'inserimento lavorativo "protetto in azienda o con l'ausilio di cooperative sociali di tipo B.
2. Inserimenti in struttura: hanno il fine di assicurare al soggetto, affetto da patologia psichiatrica, ma in possesso di capacità e risorse personali essenziali e necessarie, migliori condizioni di vita in ambiente tutelato e supportato da figure socio-sanitarie qualifica che favoriscano una condizione di vita in autonomia.
3. Centri diurni semiresidenziali: strutture aperte e flessibili, in cui attraverso interventi integrati assistenziali, educativi-rieducativi, abilitativi/riabilitativi, si agisce per lo sviluppo e il mantenimento delle capacità residue e dei livelli di autonomia raggiunti e di ogni possibile integrazione sociale delle persone disabili. Rappresentano un supporto alle famiglie anche come alleggerimento del carico.
4. Progetto Furia: nasce come progetto obiettivo di riabilitazione equestre che attraverso l'ippoterapia mira a sviluppare la propria consapevolezza e degli altri migliorando le relazioni interpersonali.
5. Assistenza scolastica specialistica. Mira a favorire il diritto allo studio attraverso il potenziamento delle possibilità di apprendimento e comunicazione, di relazione e socializzazione dell'alunno disabile.
6. Centri di aggregazione e socializzazione. Creano opportunità di integrazione e socializzazione e attraverso attività strutturate favoriscono la creatività e il potenziamento delle capacità residue.

### **Obiettivi di miglioramento**

- Promuovere "regole" condivise tra i servizi presenti nel territorio in una logica razionalizzazione delle risorse presenti.
- Avviare protocolli di collaborazione tra pubblico e privato
- Potenziare gli interventi di inserimento lavorativo dei disabili
- Alleviare il carico familiare
- Rete servizi con il privato sociale (associazioni)

### **Azioni necessarie e tempi realizzativi (cronogramma)**

Le azioni previste sono finalizzate a garantire il livello essenziale di assistenza attraverso interventi e prestazioni che mirano a garantire l'inserimento e l'integrazione sociale delle persone con disabilità in tutte le sue forme (DPCM 14 febbraio 2002):

#### **1. Rete di servizi sulla disabilità minori.**

AZIONI	Annualità 2007												Annualità 2008												Annualità 2009											
	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D
1									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

### A) - Progetto operativo – “Rete servizi sulla disabilità minori”

Le attività attuali vengono svolte in maniera settorializzata da ciascun organismo istituzionale deputato (servizi comunali, servizi socio-sanitari, servizi scolastici).

Il PLUS può essere un contesto di integrazione e di riarticolazione condivisa e comune degli interventi relativi alla specialistica socio-educativa in ambito scolastico e/o domiciliare.

I contratti di affidamento posti in essere da parte dei comuni sono esternalizzati e appaltati da ciascun ente, spesso con interventi di servizio differenziati (specialistica scolastica, servizi socio-educativi e piani personalizzati di cui alla Legge 162/98).

I contenuti e le metodologie utilizzate negli interventi sono diversificati e andrebbero ricondotti ad una certa omogeneizzazione in termini di progettazione assistenziale e socio-educativa individualizzata.

Alcune figure di intervento non devono essere sovrapposte e sostitutive tra ASL, Provincia e Comuni.

### OBIETTIVI OPERATIVI PER IL TRIENNIO 2007/2009

Definire un servizio unitario territoriale nell'ambito socio-educativo sulla disabilità minori.

- Rete servizi scuola-territorio
- Servizio specialistica scolastica integrata
- Servizi a domicilio

### INTERVENTI

Attivare un gruppo operativo di lavoro costituito tra i diversi organismi istituzionali referenti (una figura tecnica per ciascun Ente) che promuova il confronto per la definizione di un modello unitario di intervento:

- Avviare un confronto sui servizi socio-educativi di settore fin qui realizzati con la partecipazione dei Servizi socio-sanitari e dei Servizi sociali comunali;
- Coinvolgimento nella definizione metodologico-operativa di servizio degli altri soggetti e organismi istituzionali di interesse (Scuola, ecc.);
- Coinvolgimento del terzo settore/volontariato con funzioni di supporto.

### FASI E TEMPI

Prima annualità (2007)

- costituzione gruppo che dovrà definire le procedure di incontro e la tempistica
- definizione del modello associativo
- definizione protocolli

Seconda e terza annualità (2008 e 2009)

- attuazione di una gestione unitaria

### RISORSE

- una unità di personale per ciascun ente per 10 ore mensili (i costi relativi sono in carico a ciascun soggetto inviante) – 3 operatori comunali in rappresentanza dei sette comuni afferenti

### VALUTAZIONE

La valutazione delle azioni proposte verrà effettuata ex ante, in itinere ed ex post, attraverso degli indicatori quantitativi e qualitativi in termini di raggiungimento degli obiettivi proposti.

## B) - Progetto per la promozione e la tutela della salute mentale

Proposto ai sensi della L.R. 20/97 dalle Amministrazioni comunali del Distretto di Guspini e dall'Azienda ASL n° 6 Distretto di Guspini – Centro di Salute Mentale – con richiesta di finanziamento RAS – Anno 2006

Il progetto nasce a seguito di momenti di confronto tra gli Assistenti Sociali e altri Operatori dei Servizi Sociali dei Comuni e del Centro di Salute Mentale dell'Az. USL n. 6 che da anni progettano e coordinano servizi sulla "tutela e promozione della salute mentale" nei territori di appartenenza.

Dal confronto è emerso che obiettivi e finalità comuni hanno condotto ciascun Comune alla diversificazione degli interventi con tempi e modalità differenti nel rispetto di quanto richiesto dal **"progetto individualizzato"**.

La realizzazione di tale progetto comporterà la risoluzione di diversi problemi di ordine tecnico, gestionale e metodologico. Nelle pagine che seguono si cercherà di mettere a fuoco e di offrire, nel limite del possibile, alcune proposte che si ritiene possano rappresentare un utile contributo finalizzato ad **ostacolare processi di esclusione sociale tendenti all'emarginazione dell'utenza** in questione.

### OBIETTIVI OPERATIVI PER IL TRIENNIO 2007/2009

- supportare le famiglie quotidianamente impegnate nella cura e assistenza dei propri familiari;
- promuovere la realizzazione di **"progetti individualizzati"**, promossi dai Servizi Sociali Professionali Comunali in collaborazione con il Centro di Salute Mentale dell'Az. USL n. 6 e di altri servizi territoriali pubblici e del privato sociale eventualmente coinvolti.

### DESTINATARI

Pazienti affetti da patologie psichiatriche

### INTERVENTI

Gli interventi che si prevedono di attivare con il presente progetto sono i seguenti:

- interventi di tipo socio-educativo
- interventi di aggregazione e socializzazione
- interventi di inserimento lavorativo

### FASI E TEMPI

Alla luce dell'esperienza avuta con i servizi precedenti, spesso interrotti per l'avvicinarsi dei finanziamenti e dalle procedure di gara necessarie per l'affidamento dei servizi pubblici, sarebbe opportuno garantire una **durata pluriennale** al fine di assicurare una continuità nell'erogazione degli interventi che potranno essere flessibilmente riformulati sulla base delle verifiche che verranno effettuate.

La durata originaria è stabilita in una annualità.

### VALUTAZIONE

Si effettueranno verifiche iniziali, in itinere e finali sia sui singoli interventi che sulla globalità del progetto. Il momento delle verifiche vedrà coinvolti gli Operatori dei Servizi Sociali Professionali Comunali individuati quali referenti per il progetto e gli Operatori del Centro di Salute Mentale che, con il supporto del Gruppo tecnico di PLUS, elaboreranno gli strumenti necessari per una verifica oggettiva del servizio e finalizzata a valutarne:

- livello di soddisfazione dell'utenza e delle loro famiglie;
- raggiungimento degli obiettivi;
- efficacia ed efficienza degli interventi.

### RISORSE

Gli interventi che necessitano di una sede specifica, saranno ubicati in locali che ogni Amministrazione Comunale coinvolta metterà a disposizione.

Per il funzionamento complessivo del Progetto si prevedono le seguenti risorse e relativi costi:

<b>Personale:</b>	
Tipologia	Totale costo annuo
Equipe di coordinamento (Ass. Sociale ed Educatore Professionale) 48 ore settimanali	54.000,00
A. Interventi di tipo socio-educativo	240.240,00
B. Interventi di aggregazione e socializzazione	312.312,00
C. Interventi di inserimento lavorativo	<u>642.000,00</u>
TOTALE	1.248.552,00
<b>Gestione:</b>	
Tipologia	Totale costo annuo
Oneri vari necessari per la gestione ed il funzionamento (consumi, pulizia locali, ecc.)	30.000,00
Varie ed eventuali: formazione, uscite, soggiorni, gemellaggi, ecc..	<u>10.000,00</u>
TOTALE	40.000,00
<b>Dotazioni e materiali:</b>	
Tipologia	Totale costo annuo
Dotazioni	2.000,00
Materiali specifici per i laboratori e di facile consumo per le attività quotidiane	<u>5.000,00</u>
TOTALE	7.000,00
<b>TOTALE costo annuo</b>	<b>1.295.552,00</b>

### C) - Progetto operativo “Rete Centri diurni”

Servizi semiresidenziali e residenziali (area disabilità e salute mentale) – AZIONE TRASVERSALE – Progettazione integrata (Patti per il Sociale MD).

Le attività previste vanno differenziate tra attività residenziali (“dopo di noi”) e semiresidenziali (attività di aggregazione e laboratori). La domanda è notevole in tutto il territorio a fronte di un’offerta completamente inesistente (escluse le attività riabilitative svolte nel Centro Diurno AIAS di Arbus), sono stati presentati 4 patti per il sociale nella Progettazione integrata di cui al POR Sardegna 2000/2006, di cui 1 privato (Gonnosfanadiga – Associazione Io e Te Insieme) e 3 pubblici (Comuni di Arbus, Guspini, San Gavino M.le/Pabillonis/Sardara).

Prevenire situazioni di disagio in capo all’utente interessato e alla sua famiglia. La necessità è relativa alla creazione di una rete strutturata di servizi di accoglienza, integrazione e socializzazione, con laboratori espressivi e formativi, allo scopo di affiancare le famiglie e favorire l’emancipazione e il raggiungimento di un buon grado di autonomia degli utenti in carico.

### OBIETTIVI OPERATIVI PER IL TRIENNIO 2007/2009

Articolare interventi operativi condivisi e integrati tra sociale e sanitario, con definizione di uniformità d’ambito nei Patti per il sociale, con il coinvolgimento del terzo settore/volontariato.

### INTERVENTI

Attivare un gruppo operativo di lavoro costituito tra i diversi organismi istituzionali referenti (una figura tecnica per ciascun Ente) che promuova il confronto per la definizione di un sistema integrato d’area.

Avviare ciascuna iniziativa prevista e programmata dalle diverse amministrazioni, e al contempo dare corpo all’interazione tra i diversi servizi, con un’offerta ampia e sviluppata per tutto il territorio distrettuale.

Avviare interventi formativi per le famiglie

### FASI E TEMPI

Prima annualità (2007)

- Completare le strutture in fase di realizzazione (Guspini “dopo di noi”) e se finanziata con la progettazione integrata provvedere ad acquisire le attrezzature e gli arredi per renderla funzionale.
- Avviare le iniziative finanziate (strutture)

- costituzione gruppo che dovrà definire le procedure di incontro e la tempistica dell'organizzazione metodologico-operative.

Seconda e terza annualità (2008 e 2009)

- attuazione di una gestione unitaria

## **RISORSE**

- risorse finanziarie e strutturali diverse dal PLUS
- una unità di personale per ciascun ente per 10 ore mensili (i costi relativi sono in carico a ciascun soggetto inviante), tre operatori incaricati e delegati per i sette comuni referenti

## **VALUTAZIONE**

La definizione degli strumenti e dei parametri valutativi sono in carico al gruppo tecnico costituito.

## **D) - Progetto operativo “Centro di riabilitazione”**

### **OBIETTIVI OPERATIVI PER IL TRIENNIO 2007/2009**

Potenziare l'offerta socioriabilitativa residenziale e semiresidenziale in favore degli adulti disabili fisici

### **INTERVENTI**

Avvio del Centro di riabilitazione Fondazione “Guspini per la vita” (60 posti letto riabilitazione, 10 posti letto per terminali e 20 posti letto Centro Diurno Alzheimer)

### **FASI E TEMPI**

- 2007: Avvio del Centro di riabilitazione Fondazione “Guspini per la vita”; avvio attività per centri diurni e residenziali socioriabilitativi
- 2008 e 2009: miglioramento incrementale

### **SOGGETTI ATTUATORI**

ASL 6 e Comuni: inserimenti disabili

Fondazione “Guspini per la vita”: gestione struttura riabilitativa

### **RISORSE**

L'ASL e Comuni: fondi specifici per l'assistenza socioriabilitativa ;

### **FONTI DI FINANZIAMENTO**

Relativamente all'adeguamento della rete socioriabilitativa, i Comuni dell'ambito potranno beneficiare dei finanziamenti di cui al Programma Regionale (attualmente, non ancora definito, come citato nella delibera regionale n. 8/16 del 28/2/2006)

### **VALUTAZIONE**

Indicatore di processo: avvio attività PUA e UVT

Indicatore di risultato: n° Piani Assistenziali Individuali persone disabili/n° disabili

## **ALTRI OBIETTIVI DEL SETTORE DISABILITÀ**

*Obiettivo generale: Rimodulare l'accesso ai servizi e la presa in carico dei bisogni di salute delle persone disabili*

- Obiettivo specifico: vedere obiettivo specifico "Attivazione PUA e UVT" nella Parte generale dell'offerta dei servizi sociosanitari.

*Obiettivo generale: Riqualificare e potenziare l'attuale offerta socioassistenziale residenziale e semiresidenziale in favore di persone disabili*

- Obiettivo specifico n. 1: Potenziare l'offerta socioassistenziale residenziale e semiresidenziale in favore degli adulti disabili fisici inseribili in tali strutture
- Si rimanda all'obiettivo specifico "Potenziare l'offerta socio assistenziale residenziale e semiresidenziale" nel Settore anziani
- Obiettivo specifico n. 2: Potenziare l'offerta socioassistenziale residenziale e semiresidenziale in favore dei disabili mentali
- Obiettivo specifico n. 3: Potenziare l'offerta socioassistenziale semiresidenziale in favore dei minori disabili con deficit mentali (Progetto Gonnosfanadiga)
- Obiettivo specifico n. 4: Potenziare l'offerta socioassistenziale semiresidenziale in favore dei minori disabili
- Possibilità di attività di coprogettazione: vedi indicazioni e disponibilità date da Neuro Psichiatria Infantile dell'ASL e IPSIA Guspini

## **CAP. 8 – PROFILO LOCALE E PRIORITÀ DI INTERVENTO – SETTORE GIOVANI, LAVORO, FORMAZIONE, ISTRUZIONE E TEMPO LIBERO**

Rispetto all'area in questione ci si è concentrati in via prioritaria su due bisogni fondamentali, quello di relazione/socialità e quello di formazione/occupazione, il primo attiene alla sfera dell'informalità e il secondo quello della formalità, bisogni la cui soddisfazione interessa gli aspetti fondamentali di libertà ed autonomia, senza le quali viene compromesso l'esercizio del generale diritto di cittadinanza, non solo per i giovani, ma per tutti.

In risposta a questi bisogni sono attivi, come già indicato dal profilo d'ambito del Distretto di Guspini, diversi servizi, Informagiovani, CESIL, Centri di Aggregazione, Educativa di Strada, Servizio Tossicodipendenze (Ser.T.), ecc..

Pur riconoscendo la qualità di questi servizi, occorre in ogni caso ottimizzare le risorse, rendere più stretta la collaborazione fra di essi, capillarizzare la presenza nel territorio.

Gli obiettivi che si intendono perseguire pertanto sono i seguenti:

1. conoscere e consolidare le risorse dei giovani, quali valore protettivo dal rischio di emarginazione e disagio
2. adeguare il sistema dei servizi alle nuove problematiche
3. promuovere autonomia e responsabilità

Grazie a quanto emerso nella discussione nell'ambito del tavolo tematico e dalle proposte progettuali, si è integrata la lettura dei bisogni e delle risposte in termini di servizio istituzionale e di integrazione a questo. Nella partecipazione di diversi soggetti, sindacati, associazioni cooperative, operatori dei servizi territoriali, sono state indicate le seguenti necessità primarie:

- invitare i giovani in forma diretta alla discussione e "stesura" del PLUS, e/o anche con soggetti che a diverso titolo lavorano con i giovani;
- garantire la presenza di spazi di aggregazione anche autogestiti;
- promuovere ulteriormente l'attività sportiva e l'integrazione dei servizi sociali e sanitari con l'Istituzione scolastica nell'ambito della prevenzione (dipendenze, alimentazione, sessualità, etc.);
- attivare e sostenere i servizi di inserimento lavorativo, di accompagnamento al lavoro in particolare per i soggetti svantaggiati, per i quali occorre anche tenere conto di specifiche fragilità (tossicodipendenti, sofferenti mentali, etc.) tanto da prevedere forme di "lavoro protetto", anche a bassa competitività;
- sempre in riferimento alle politiche attive per il lavoro si è anche suggerito di tener conto del fatto che le donne sono interessate più di altri da difficoltà nell'inserimento nel mondo del lavoro;



- orientare i giovani in cerca di occupazione attraverso un lavoro su stessi, rispetto le proprie potenzialità e aspirazioni, ma anche attraverso una conoscenza delle potenzialità del territorio con un attento lavoro di raccordo con il tessuto produttivo locale e in funzione di questo programmare la formazione.

Possiamo quindi evidenziare che l'area tematica qui di seguito sviluppata in termini di rilevazione dei bisogni e di programmazione degli interventi, richiede una lettura incrociata con alcune delle altre aree tematiche poiché, se alcuni aspetti possono essere considerati "strettamente" attinenti la sfera delle politiche giovanili, altri si comprendono e si realizzano in maniera integrata e trasversale (sia sul versante sociale sia su quello sanitario e sociosanitario): le attività di promozione a diretto contatto con la fascia giovanile (educativa di strada) o di valorizzazione della pratica sportiva possono essere, e spesso lo sono, interventi di prevenzione primaria e secondaria per l'età adulta (vedi le dipendenze) e per terza età; inoltre gli strumenti e i servizi di orientamento e di accompagnamento al lavoro e di inserimento lavorativo interessano trasversalmente i soggetti svantaggiati, di cui i giovani sono "solo" una porzione. Il PLUS elaborato per il Distretto di Guspini prevede infatti progetti di inserimento lavorativo anche per disabili, sofferenti mentali, cittadini a rischio di marginalità sociale quali ad esempio i detenuti che beneficiano dell'indulto, o altre misure alternative alla detenzione in carcere, finalizzate al reinserimento sociale.

Pertanto, sia negli aspetti sociali, sia in quelli sanitari e socio sanitari, alcune delle misure proposte in questa sezione sono da intendersi rivolte non solo ai giovani, ma anche ad altri cittadini, in maniera integrata e trasversale; con riferimento a ciò sono state definite una situazione di base ed una di miglioramento con particolare attenzione a priorità di intervento coerenti con la programmazione regionale (Piano Sociale Regionale, LR 23/2005, etc.).

#### **Priorità dell'area "Giovani e lavoro" del PLUS del Distretto di Guspini:**

1. relativamente alla priorità definita dalla programmazione regionale "Promozione della cultura della partecipazione, della legalità e della sussidiarietà", il PLUS del Distretto di Guspini intende promuovere la presenza di spazi di aggregazione anche autogestiti, coinvolgimento e partecipazione alla progettazione di percorsi ed eventi di interesse specifico;
2. relativamente alla priorità definita dalla programmazione regionale "Povertà e l'esclusione sociale" il PLUS del Distretto di Guspini intende integrare e dare continuità agli interventi in essere; si darà avvio alla predisposizione di un protocollo operativo al fine di ottimizzare le risorse disponibili (CESIL, CSL, Informagiovani, etc.) per attivare progetti individualizzati di inserimento lavorativo, quali ad esempio il tirocinio formativo; pertanto si realizzeranno interventi coerenti con il Piano Sociale Regionale, quali ad esempio "azioni di riqualificazione professionale e di inserimento lavorativo per le persone che hanno terminato la detenzione, azioni di collegamento tra i servizi sociali del territorio e i servizi sociali dell'Istituto Penale Minorile, anche al fine della definizione di più efficaci programmi di reinserimento";

3. relativamente alla priorità definita dalla programmazione regionale “Le persone più deboli e fragili, in particolare per limitazioni psicofisiche e non autosufficienza” vale quanto detto per il punto 2;
4. relativamente alla priorità definita dalla programmazione regionale “Il disturbo mentale e le sue conseguenze sulla vita personale e familiare” vale quanto detto per il punto 2 e 3 ed in particolare il PLUS del Distretto di Guspini intende potenziare ed attivare forme di “accompagnamento in percorsi individuali riabilitativi, con particolare riferimento alla promozione dell’inserimento lavorativo ed alle azioni di sostegno al primo impiego”;
5. relativamente alla priorità definita dalla programmazione regionale “I comportamenti potenzialmente autolesivi e il loro impatto sociale”: Interscambio di procedure e condivisioni operative dei progetti di “Educativa di strada” attivi nei diversi comuni con obiettivi di prevenzione primaria e secondaria, promozione di cittadinanza attiva, partecipazione dei giovani alla progettazione di percorsi ed eventi di interesse specifico; potenziamento dell’integrazione con il Servizio di Tutela della Salute Mentale (S.T.S.M.) e Ser.T. della A.S.L. 6 e quindi “attuare programmi di prevenzione, definiti in base alle evidenze scientifiche della loro efficacia, rivolti prevalentemente ai giovani nell’intento di scoraggiare l’uso delle varie sostanze d’abuso (legali ed illegali); coordinare e raccordare le risorse e l’operatività dei diversi punti della rete dei servizi (sanitari, sociosanitari, sociali, educativi) impegnati nella prevenzione, cura e riabilitazione”.
6. Due importanti priorità, che possiamo definire “di sistema”, sono da un lato la definizione, rispetto agli obiettivi definiti, di protocolli operativi fra i diversi soggetti coinvolti (Centro Servizi per il Lavoro (C.S.L.), Centro Giustizia minorile, Ufficio Servizio Sociale Minori (USSM) – Ufficio esecuzione Penale Esterna (UEPE) – Informagiovani, Ser.T. S.T.S.M., CESIL, Privato Sociale già operativo nel territorio, ecc.) e dall’altro l’avvio di un percorso per l’elaborazione di un efficace ed efficiente sistema informativo.

### **Livelli essenziali di assistenza**

Tali priorità intendono garantire, per quanto attiene il settore di intervento in questione e quelli ad esso inscindibilmente associati, i livelli essenziali di assistenza di cui all'**art. 30 della L.R. 23/05**:

- misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito e servizi di accompagnamento per l’inclusione sociale (comma 1 lett. a)
- interventi di tutela dei minori in situazioni di disagio e di nuclei familiari in difficoltà (comma 1 lett. b)
- interventi per affrontare condizioni di dipendenza da sostanze e da altra causa (comma 1 lett. f)
- prestazioni per l’inserimento e l’integrazione sociale di persone con disabilità fisica e psichica in attuazione della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 (comma 1 lett. g)
- interventi in favore dei soggetti sottoposti a provvedimento dell’autorità giudiziaria e in esecuzione penale esterna (misure alternative alla detenzione) in stato di bisogno e privi di risorse per il loro reinserimento e integrazione sociale (comma 1 lett. h)

- servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari (comma 1 lett. h-bis).

## **SITUAZIONE DI BASE**

### **Area Sociale**

- Servizi sociali comunali - Servizi informativi e di orientamento –Informagiovani
- Centri di Aggregazione
- Spazio Giovani
- Servizio di Volontariato Europeo
- Servizi scolastici/formativi
- Centri di ascolto e Servizi di aggregazione educativa e di recupero scolastico e per il tempo libero del privato sociale

### **Area Socio-Sanitaria**

- Ser.T.
- Servizi consultoriali (Consultori familiari ASL)
- Servizio di Tutela e Salute mentale
- Servizi per il lavoro – Servizi ordinari e Servizi Mis. 3.1 POR SARDEGNA
- CESIL (Centri servizi per l'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati)

### **Area Sanitaria**

- Medici di Medicina Generale
- Servizi ospedalieri

## **OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO E POTENZIAMENTO**

- Attivazione della partecipazione dei giovani (promozione)
- Presa in carico integrata (piano socio-sanitario individualizzato)
- Procedure di coinvolgimento e di verifica integrata dei servizi sociali e sanitari di interesse

- Avvio di protocolli di collaborazione tra pubblico e privato
- Maggiore comunicazione tra servizi secondo una metodologia strutturata e condivisa da tutti gli attori sociali (Azienda ASL – scuole - comuni) finalizzata anche allo sviluppo di progettualità condivise
- Favorire, incentivare i processi di inserimento lavorativo dei giovani svantaggiati (proseguire e potenziare forme di accompagnamento nelle aziende).

## **AZIONI PRIORITARIE**

### **Area Sociale**

- Educativa di strada
- Inserimenti lavorativi strutturati per giovani con tirocini-borse lavoro con il supporto di un Tutor-Operatore Sociale oltre al Tutor Aziendale
- Messa in rete dei CESIL – Mis. 3.4 POR SARDEGNA
- Rete servizi con il privato sociale (cooperative sociali di tipo B – Legge 381/91)

### **Area Socio-sanitaria**

- Educativa di strada
- Inserimenti lavorativi strutturati per giovani con tirocini-borse lavoro con il supporto di un Tutor - Operatore Sociale oltre al Tutor Aziendale
- Protocolli di collaborazione tra Comuni e Azienda con particolare interesse all'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati e alla presa in carico integrata di cittadini coinvolti in problematiche legate alla dipendenza;
- Promuovere l'apertura della scuola al territorio (integrazione con altri servizi)
- Patto per il Sociale Inclusione lavoro (Progettazione integrata POR) – Patto per il Sociale IMPARISI

## **A) - Progetto operativo “Inserimento socio lavorativo tirocini formativi e di orientamento”**

### **OBIETTIVO OPERATIVO**

Presupposto del progetto è il rapporto in essere con l'Agenzia Regionale del Lavoro per l'assistenza all'inserimento lavorativo tramite tirocini formativi e di orientamento con borsa lavoro. L'intervento dovrà essere condiviso economicamente anche dai comuni.

### **OBIETTIVI**

Promozione dell'autonomia della persona:

- Autoefficacia;
- Acquisizione di regole sociali ed educative;
- Acquisizione di competenze lavorative spendibili nel mondo del lavoro;
- Favorire l'inserimento e/o reinserimento sociale.

### **INTERVENTI**

Creare un sistema di tirocini remunerati di sei mesi per giovani svantaggiati e soggetti con problematiche socio-sanitarie complesse. Creazione di un fondo da utilizzare per finanziare borse lavoro di 6 mesi da remunerare con mensilità di circa 300 € in carico a ciascun Comune inviante (con eventuali altre quote per strumenti e dotazioni personali varie, indumenti da lavoro, ecc.). Creazione criteri di base per selezionare i potenziali tirocinanti da inserire nei progetti remunerati con le borse, in funzione del mercato del lavoro incrociato con le principali esigenze sociali. Informazione capillare presso le Aziende nel territorio utilizzando le banche dati esistenti (quali CESIL).

Il progetto è indirizzato all'inserimento primo lavoro e al reinserimento lavorativo per i disoccupati e/o per i disagiati.

### **TEMPI**

Progetto da sperimentare nel triennio 2007- 2009.

### **RISORSE**

Per quel che concerne le risorse economiche occorre creare un fondo a carico di ogni comune da utilizzare per finanziare borse di 6 mesi da remunerare con 300 € circa.

Le risorse umane vanno ricercate nei seguenti servizi (un operatore referente per ciascun organismo circa 5 ore medie mensili): CESIL – Servizi Sociali Comunali – Centro Servizi Lavoro - Sert – CSM – Consultorio Familiare – Ministero della Giustizia - Azienda che prende in carico il tirocinante.

## VALUTAZIONE

Indicatori di processo : protocollo operativo.

Indicatore di processo : n° di tirocini realizzati e costituzione della rete CESIL

### **B) - Progetto operativo “Educativa di strada”**

## PRESUPPOSTO DELL'AZIONE

Esistono interventi/progetti di educativa di strada svolti a livello comunale.

Rileggere e riattivare gli interventi sulla base delle esperienze pregresse svolte negli anni precedenti.

Necessità di integrare e dare continuità agli interventi svolti e in essere.

## OBIETTIVI

- Interscambiare procedure e condivisioni operative
- Indicazione di strategie di prevenzione primaria e promozione di cittadinanza attiva
- Coinvolgimento e partecipazione alla progettazione di percorsi ed eventi di interesse specifico

## INTERVENTI

Svolgere momenti di incontro tra servizi comunali, socio-sanitari e diversi soggetti gestori

## TEMPI

Progetto da sperimentare nel triennio 2007 – 2009.

## RISORSE

Le risorse umane vanno ricercate nei seguenti servizi (un operatore referente per ciascun organismo circa 5 ore medie mensili): INFORMAGIOVANI - Servizi Sociali Comunali – Centri di aggregazione sociale - Sert – Consultorio Familiare – Ministero della Giustizia.

## VALUTAZIONE

Le attività valutative saranno definite dal gruppo tecnico incaricato.

## **CAP. 9 – PROFILO LOCALE E PRIORITÀ DI INTERVENTO – SETTORE POVERTÀ E MARGINALITÀ SOCIALE**

La povertà e la marginalità sociale sono condizioni scaturenti dal disagio sociale, economico, culturale, educativo ed affettivo. La persona “ai margini” percepisce se stessa come estranea alla comunità di appartenenza e, al contempo, la società pone in essere comportamenti e strategie che hanno l'effetto di allontanarla dal contesto di riferimento.

Il Servizio Sociale Professionale affronta tutti i giorni situazioni di questo tipo attraverso i contatti con l'utenza portatrice di risorse, bisogni e, soprattutto, richieste d'aiuto. Le condizioni affrontate sono le seguenti: incapacità economica e culturale di soddisfare i bisogni essenziali della quotidianità, mancanza di un'attività lavorativa produttiva, tossicodipendenza ed, attualmente, indulto.

Le persone e le famiglie marginali sono tali, quindi, non solo per il bisogno economico contingente, ma anche e soprattutto per limiti personali derivanti da: scarsa scolarizzazione, mancanza di qualificazione professionale e assenza nel territorio di trasmissione dei valori lavorativi tradizionali, educativi nonché la difficoltà dei contesti sociali di organizzare interventi adeguati all'emergere di nuovi bisogni e nuove povertà.

In virtù delle considerazioni evidenziate molte persone assumono un atteggiamento di passività e di dipendenza dall'intervento pubblico confermandosi in tal modo in uno stato di bisogno e di marginalità.

Trattandosi di un'area problematica particolarmente eterogenea, gli interventi erogati sono abbastanza diversificati e determinati secondo la metodologia del processo d'aiuto personalizzato e definito attraverso un percorso di condivisione e valutazione partecipata della persona con il Servizio Sociale Professionale.

### **AREA SOCIALE**

#### **Situazione di base**

Da quanto emerso durante il tavolo tematico e dalla progettazione presentata, si evince la complessità e la multicausalità del fenomeno povertà. Infatti, quest'ultima si manifesta sotto diverse forme, riconducibili all'assenza o all'insufficiente possesso di risorse economiche (24% di disoccupati), le quali, invece, dovrebbero poter consentire una dignitosa qualità della vita. Altre forme di povertà sono riconducibili alle carenze culturali (12% circa di persone nel distretto non hanno conseguito la licenza media - Censimento 2001) e socio-relazionali.

Allo stato attuale, oltre alla povertà tradizionale, sopra descritta, si stanno sviluppando le cosiddette nuove povertà. Le nuove povertà, segnalate da più fonti come in forte crescita, riguardano forme di disagio non estremo, ma situazioni di sofferenza, magari facenti riferimento ad un unico aspetto (spesso di natura economica) che se non affrontate, potrebbero degenerare.

Trattasi di condizioni che oscillano tra il disagio ed il non disagio, tra lo stare al di sopra o al di sotto della linea della povertà, tra l'integrazione socio – lavorativa ed il rischio di esclusione derivante da retribuzioni o pensioni non adeguate. In generale quanto anzidetto è conseguenza della precarizzazione del lavoro, degli alti costi sostenuti per le abitazioni, dell'elevato costo della vita e/o della stagnazione di stipendi e pensioni, ma dipende anche dalla difficoltà di abbandonare stili di vita dispendiosi, improntati su un livello di benessere divenuto eccessivo rispetto alle attuali disponibilità economiche.

## **Analisi dei bisogni**

Parte della popolazione del Territorio vive in stato di povertà e marginalità sociale.

Tale fenomeno è conseguenza di condizioni di disagio socio – economico dovute, soprattutto, alla scarsa presenza di attività lavorative stabili, ma anche all'inadeguatezza dei livelli culturali e scolastici che non consentono alle persone di autodeterminarsi. Si riscontrano rilevanti fenomeni di tossicodipendenza ed alcooldipendenza.

I cittadini, i rappresentanti di enti, istituzioni, associazioni, ecc., hanno parlato della necessità del Territorio di mettere a punto strategie di integrazione dei servizi e degli interventi sociali, al fine di rispondere efficacemente alla grande varietà di povertà materiali e relazionali, vecchie e nuove, spesso legate a patologie, dipendenze e condizioni di precarietà economica e lavorativa.

## **Offerta di servizi**

Nel Distretto socio - sanitario di Guspini, con riferimento all'assistenza per la generalità della popolazione e per le situazioni di emarginazione e disagio sociale, sono emerse le seguenti tipologie di intervento:

- Servizio Sociale Professionale: svolto dalle assistenti sociali che effettuano la presa in carico della persona o della famiglia con bisogno, attraverso la valutazione partecipata dello stesso, e la definizione del progetto personalizzato mirante all'attivazione e l'integrazione dei servizi e delle risorse in rete. Tale servizio è presente in tutti i Comuni del Distretto.
- Assistenza Economica: tale intervento prevede la possibilità di erogare benefici di natura economica, straordinari o continuativi, diretti ai singoli e ai nuclei familiari che non dispongano di risorse sufficienti a garantire il soddisfacimento dei bisogni fondamentali o si trovino in occasionali situazioni di emergenza. Il ricorso alle prestazioni di carattere economico è limitato, quindi, alle sole situazioni in cui non sia possibile, o risulti inopportuna, l'utilizzazione delle altre tipologie di intervento socio-assistenziale previste. Tale servizio è erogato da 7 Comuni del Distretto e dalla Provincia del Medio Campidano alle madri nubi di minori legittimi, illegittimi e gestanti nubi.
- Inserimenti socio – lavorativi: si configura come servizio finalizzato a favorire l'inserimento o il reinserimento nella comunità di appartenenza, evitando e/o contrastando, forme di marginalità e di dipendenza economica. Tali servizi sono affidati a Cooperative Sociali di tipo B in base all'art. 24 della Legge Regionale 16/97, oppure vengono realizzati attraverso dei progetti ex DPR 309/90 o tramite inserimenti in azienda grazie all'attività dei CESIL. Solitamente, ogni lavoratore riceve la



busta paga, ha degli orari lavorativi da rispettare e si deve relazionare correttamente agli altri membri del gruppo con cui collabora per lo svolgimento delle attività pubbliche programmate. L'opportunità dell'inserimento lavorativo del soggetto in questione è determinata dal Servizio Sociale Professionale per mezzo di valutazione delle condizioni, oggettive o soggettive, che potenzialmente possono ridurre l'individuo ad uno stato di marginalità. Tale servizio è presente in 7 Comuni del Distretto.

- Centro Servizi per l'inserimento lavorativo dei soggetti svantaggiati (Cesil): sono nati grazie ai finanziamenti del Fondo Sociale Europeo e al POR Sardegna 2000-2006 Misura 3.4, per rafforzare i canali di incontro tra domanda e offerta di lavoro in favore di persone svantaggiate così come individuate dall'Unione Europea. Il Centro Servizi offre un servizio di informazione, raccolta di domande e offerte di lavoro, consulenza e supporto alle aziende per l'inserimento lavorativo di persone appartenenti alle categorie svantaggiate, percorsi di orientamento al lavoro, consulenza per i tirocini formativi, supporto ai lavoratori svantaggiati nelle fasi di inserimento per tirocini e alla creazione di attività lavorative autonome. Inoltre il Centro Servizi, per incarico attribuitogli dalla R.A.S., svolge azione di tutoraggio per la creazione di impresa, a valere sui fondi della L.R. 20/2002 in favore degli iscritti alla L. 68/99. Il servizio opera in tutti i Comuni del Distretto.
- Canoni di locazione: la Legge n. 431/98 all'art. 11 ha istituito il fondo nazionale per il sostegno all'accesso alle abitazioni in locazione destinato all'erogazione di contributi per il pagamento dei canoni di locazione alle famiglie in condizioni di disagio economico. Tali contributi vengono erogati da tutti i Comuni del Distretto.
- Pasti a domicilio: Viene erogato da quattro Comuni del Distretto allo scopo di dare risposte immediate e concrete ai bisogni di quelle persone anziane o adulte sole o persone in situazione di disagio conclamato che, per impedimenti fisici o per motivi economici, non sono in grado di provvedere alla preparazione dei pasti, o i cui familiari non possano ottemperare a causa di impegni lavorativi, o perché anch'essi in condizione di non autosufficienza.
- L. 448/98 artt. 65 e 66 per il sostegno economico alle famiglie sotto forma di assegno di maternità e assegno per i tre figli minori. Tale sostegno è offerto da tutti i Comuni del Distretto.

### **Obiettivi di miglioramento**

1. Creazione di procedure operative comuni;
2. Presa in carico integrata (gruppo famiglia) attraverso il sostegno al reddito minimo;
3. Avvio di protocolli di collaborazione tra pubblico e privato;
4. Attivazione di processi di sostegno al reddito – inserimento lavorativo (sperimentando forme di accompagnamento nelle aziende);
5. Qualificazione e quantificazione del fenomeno della povertà e marginalità sociale.

## Azioni necessarie e articolazione temporale

Per quanto attiene alle azioni esposte nell'Area Sociale, si assicura il rispetto dei livelli essenziali di assistenza in base all'art. 22 della L. 328/00 ed all'art. 30 della Legge Regionale n. 23 del 23.12.2005, comma 1, lett. a).

1. L'azione prioritaria attraverso la quale raggiungere gli obiettivi sopra elencati è quella di partire dalla condivisione di regole, di protocolli operativi uniformi nell'intero territorio distrettuale. Infatti, è essenziale arrivare ad applicare un regolamento generale distrettuale degli interventi di sostegno al reddito da parte del settore pubblico e privato (si rimanda al progetto sotto riportato denominato "Progetto gruppo di lavoro per il contrasto alla povertà").
2. Al fine di raggiungere l'obiettivo di miglioramento suddetto n. 4 è importante realizzare un'azione di sensibilizzazione e coinvolgimento del settore profit, non profit, degli EE.LL., OO.SS. attraverso un'integrazione delle politiche sociali, del lavoro e della formazione professionale (vedi progetto sotto descritto denominato "Tavolo permanente per la formazione professionale e gli inserimenti socio – lavorativi per persone in stato di povertà e/o marginalità (Provinciale)").
3. Allo scopo di conseguire l'obiettivo di miglioramento n. 5 si prevede la creazione dell'osservatorio sulla marginalità sociale da parte della Provincia del Medio Campidano, come sezione del più ampio Osservatorio delle Politiche Sociali. Il finanziamento perverrà da parte della R.A.S.

AZIONI	Annualità 2007												Annualità 2008												Annualità 2009											
	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D
1	X	X	X	X	X	X			X			X			X			X			X			X			X			X			X			X
2	X	X	X	X	X	X			X			X			X			X			X			X			X			X			X			X

### A) - Progetto operativo "Gruppo di lavoro per il contrasto della povertà"

#### FINALITÀ

Condivisione distrettuale di linguaggi, regole e standard per contrastare in maniera efficace le povertà.

#### OBIETTIVO

Uniformità procedurale nel territorio che consenta:

- ai servizi sociali comunali del territorio del Distretto sociosanitario di Guspini di rispondere in maniera unitaria agli stessi bisogni socio – economici e lavorativi degli utenti;
- agli utenti di ricevere le medesime risposte all'interno di tutto il contesto sociale territoriale di riferimento, a parità di bisogno manifestato.

## AZIONI

Stesura di un unico protocollo operativo distrettuale all'interno del quale vengano riportate situazioni, regole, standard, indici di valutazione delle diverse necessità socio – economiche per sostenere il reddito delle famiglie.

## RISORSE UMANE

Assistenti Sociali dei Comuni (tre operatori delegati dai 7 Comuni), 1 operatore per ciascun servizio della ASL n. 6 (Ser.T. e STSM per situazioni in cui oltre alla povertà vi è una condizione di dipendenza o di patologia psichiatrica) 1 operatore della Provincia, personale referente del privato sociale, Caritas e volontariato religioso (80 ore annuali).

## ORGANIZZAZIONE E METODOLOGIA

Il gruppo di lavoro si riunirà mensilmente per i primi sei mesi dell'anno 2007 e trimestralmente fino alla fine dello stesso anno e negli anni 2008 e 2009. Qualora il gruppo di lavoro si riunisca fuori dall'orario di servizio ogni ente provvederà al riconoscimento economico.

## TEMPI

Triennio 2007/2008/2009.

## COSTI DI GESTIONE

Ripartiti tra Comuni, ASL n. 6 e Provincia, privato sociale, Caritas, volontariato religioso.

### **B) - Progetto operativo “Formazione e lavoro – contrasto povertà”**

Tavolo permanente per formazione professionale ed inserimenti socio – lavorativi per persone in stato di povertà e/o marginalità (Provinciale)

## FINALITÀ

Inserimento e/o reinserimento socio - lavorativo.

## OBIETTIVI

- condivisione di percorsi formativi finalizzati;
- integrazione tra imprese profit, non profit e gli enti territoriali;
- concertazione e condivisione di un protocollo operativo territoriale.

## AZIONI

- Coinvolgimento e promozione delle imprese profit in merito all'esigenza di inserimenti lavorativi e di formazione di persone disagiate del territorio e poi creare un raccordo, attraverso momenti di incontro, con il privato sociale;
- Implementazione di un'auto – stima del territorio al fine di verificare la fattibilità del percorso;
- Redazione di un protocollo d'intesa con le associazioni di categoria affinché assumano, dopo un adeguato periodo di tirocinio, le persone in stato di svantaggio;
- Sensibilizzazione delle associazioni di categoria;
- Realizzazione di azioni di empowerment territoriale con il coinvolgimento degli enti di formazione e dei Centri servizi per il lavoro, ecc.;
- Creare l'osservatorio provinciale sulle marginalità/ dipendenze.

## STRUMENTO OPERATIVO

Tavolo di concertazione provinciale.

## RISORSE UMANE

Referenti enti locali, privato sociale, sindacati, enti di formazione, associazioni di categoria, Cesil.

## VALUTAZIONE

La valutazione delle azioni proposte verrà effettuata ex ante, in itinere ed ex post attraverso degli indicatori quantitativi e qualitativi in termini di raggiungimento degli obiettivi proposti.

## AREA SOCIO-SANITARIA

### Situazione di base

L'attuale situazione dell'offerta dei servizi sociosanitari è caratterizzata dalla collaborazione sporadica dei servizi sanitari e sociali che fino ad oggi hanno condiviso parzialmente strategie di integrazione e protocolli di intesa ed operativi.

Quanto anzidetto, unito alla carenza di personale ed alla frammentarietà degli interventi e dei finanziamenti, hanno reso difficile realizzare efficaci progetti di prevenzione; ci si è concentrati maggiormente sulla cura ed il tamponamento di patologie e situazioni di emergenza.

Le criticità relative all'offerta dei servizi sono ascrivibili alla scarsa integrazione tra i servizi sociali e sanitari, sia tra servizi pubblici e sia tra servizi pubblici e privati.

## **Analisi dei bisogni**

Nel territorio si riscontrano rilevanti fenomeni di tossicodipendenza, alcool dipendenza, patologie e comportamenti inadeguati correlati agli abusi di sostanze, non soltanto tra i giovani e gli adulti, ma anche tra gli adolescenti ed i giovani che usano ed abusano delle nuove droghe.

Tali condizioni sono spesso legate a problematiche di povertà materiale e ad altre condizioni di deprivazione socio – culturale.

Nel corso dell'anno 2005 il Ser.T. di Guspini – unica struttura dell'intero territorio provinciale – ha seguito nel Distretto 225 pazienti/utenti, 47 pazienti/utenti sono stati inseriti in Comunità Terapeutiche.

Dal quadro dei bisogni della salute mentale delle dipendenze emerge quanto segue:

- elevata incidenza e prevalenza di patologie connesse alla salute mentale e alla dipendenza, in particolare a livello locale di suicidi e dipendenza
- contesto ambientale negativo: socio-economico e culturale
- presenza di una istituzione penitenziaria

## **Offerta di servizi**

L'offerta di servizi sociosanitari comprende:

- Il Ser.T. dell'Azienda USL n. 6 si occupa di prevenzione, cura e riabilitazione sanitaria, sociale e psicologica, di stati di tossicodipendenza, alcolismo e di tutte le altre patologie e problematiche correlate (comportamenti di dipendenza farmacologia e patologica più in generale, anche senza droga, quali gambling, videodipendenza, disturbi alimentari, nonché da sostanze legali quali alcool e tabacco).
- Progetti ex DPR 309/90: realizzati da 5 Comuni del Distretto in collaborazione col Ser.T. di Guspini ASL n. 6 e dalla Provincia del Medio Campidano, in collaborazione con le scuole secondarie di secondo grado, al fine di realizzare degli interventi integrati miranti alla prevenzione primaria, secondaria e terziaria nell'ambito delle tossicodipendenze ed alcooldipendenze.

Con gli interventi di prevenzione primaria e secondaria si è privilegiato il Lavoro di Educativa di strada che ha consentito di approcciare gruppi di adolescenti e giovani in maniera informale.

I percorsi di prevenzione terziaria hanno riguardato interventi ergoterapeutici per alcuni utenti del Ser.T., caratterizzati da un alto grado di emarginazione sociale. In tali situazioni gli utenti sono stati impegnati in attività di progettazione, cura, recupero e valorizzazione degli spazi interni e antistanti il Ser.T. ed hanno ricevuto, da parte dei Comuni di residenza, degli incentivi economici.

Inoltre, vi sono state altre tipologie di inserimenti socio – lavorativi a favore di tossicodipendenti ed alcooldipendenti. Tale servizio è stato realizzato in 4 Comuni del Distretto.

## Obiettivi di miglioramento

1. Creazione di procedure operative condivise;
2. Attivazione di procedure di coinvolgimento e di verifica integrata dei servizi sociali e sanitari sia territoriali che extraterritoriali;
3. Avvio di protocolli di collaborazione tra pubblico e privato;
4. Maggiore comunicazione tra ASL e Comuni;
5. Potenziamento dei servizi di prevenzione e maggiore integrazione tra Ser.T e altri Servizi territoriali.

## Azioni necessarie e articolazione temporale

Per quanto attiene alle azioni esposte nell'Area socio-sanitaria, si garantisce il rispetto dei livelli essenziali di assistenza in base all'art. 22 della L. 328/00, all'art. 30 della Legge Regionale n. 23 del 23.12.2005 e al D.P.C.M. del 14.02.2001.

Pertanto, le priorità delle azioni da porre in essere dovranno essere volte a:

- Potenziare le attività di prevenzione
- Integrare gli operatori sociali e sanitari, nonché questi con le altre Istituzioni e soggetti del Terzo settore
- Assicurare adeguati standard assistenziali

L'azione prioritaria attraverso la quale raggiungere gli obiettivi sopra elencati è quella di partire dalla condivisione di regole, di protocolli operativi uniformi nell'intero territorio distrettuale. Infatti, è essenziale arrivare ad applicare un protocollo operativo distrettuale sulle dipendenze tra settore pubblico sociosanitario e quello privato, si rimanda su questo aspetto al progetto sotto riportato denominato "Progetto tavolo permanente dipendenze".

La II azione individuata, per mezzo della quale raggiungere il V° obiettivo sunnominato, è quella di realizzare un progetto di Peer Group Education attraverso la quale restituire al gruppo degli alunni/pari, nell'ambito della scuola, un ruolo attivo – di protagonismo educativo (si rinvia al progetto denominato "Peer Group Education" sotto descritto).

AZIONI	Annualità 2007												Annualità 2008												Annualità 2009											
	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D
1	X	X	X	X	X	X			X			X			X			X			X			X			X			X			X			X
2										X	X	X	X	X		X						X	X	X	X	X	X	X	X							

## **A) - Progetto operativo “Tavolo permanente dipendenze”**

### **FINALITÀ**

Integrazione sociosanitaria.

### **OBIETTIVO**

Uniformità di procedure nel territorio.

Obiettivo a medio e lungo termine: gruppo di lavoro provinciale.

### **AZIONI**

- costituzione di un gruppo di lavoro di distretto permanente di confronto sulla programmazione e progettazione futura;
- stesura di un protocollo operativo contenente le regole inerenti la gestione integrata degli interventi e dei progetti personalizzati.

### **RISORSE UMANE**

3 operatori delegati dai 7 Comuni, 1 operatore ASL n. 6, 1 operatore della Provincia, Terzo Settore, Scuola, Ministero della Giustizia, Centri per l'impiego, Cesil (80 ore annuali).

### **ORGANIZZAZIONE E METODOLOGIA**

Il gruppo di lavoro si riunirà mensilmente per i primi sei mesi dell'anno 2007 e trimestralmente fino alla fine dello stesso anno e negli anni 2008 e 2009. Qualora il gruppo di lavoro si riunisca fuori dall'orario di servizio ogni ente provvederà al riconoscimento economico.

### **TEMPI**

Triennio 2007/2008/2009.

### **COSTI DI GESTIONE**

Ripartiti tra Comuni, ASL n. 6 e Provincia, Scuola, Ministero della Giustizia, Terzo Settore.

## **B) - Progetto operativo “Disassuefazione fumo e alcool”**

Obiettivo specifico: Attivare programmi per la disassuefazione al fumo e all'alcool

Area sociale, sociosanitaria e sanitaria

### **INTERVENTI**

Nel primo semestre del 2007, l'ASL attiverà gli interventi e provvederà alla promozione della attività con la collaborazione dei Comuni e delle associazioni locali.

Successivamente, anche sulla base delle adesioni si programmeranno i corsi successivi.

### **FASI E TEMPI**

2007:

- Distretto ASL: definire e avviare gli interventi
- Distretto, Comuni e Associazioni locali: definire la rete per la promozione delle attività di prevenzione

2008 e 2009:

- Distretto ASL: Miglioramento incrementale delle attività di prevenzione
- Distretto, Comuni e Associazioni locali: Supportare le attività della ASL per azioni di promozione verso le persone socialmente più svantaggiate

### **SOGGETTI ATTUATORI**

Distretto ASL: definizione e avvio degli interventi

Comuni e Associazioni locali: supporto di promozione alle attività di prevenzione (distribuzione del materiale pubblicitario presso gli sportelli o attraverso le associazioni)

### **RISORSE**

ASL: budget attività LEA assistenza distrettuale

Fonti di finanziamento: non sono necessari finanziamenti da parte dei Comuni

### **VALUTAZIONE**

Indicatore di processo: avvio interventi e n° adesioni

Indicatore di risultato: percentuale di fumatori/alcolisti che smettono a x anni/n° partecipanti



## C) - Progetto “PEER GROUP EDUCATION”

### FINALITÀ

La mission è la possibilità di promuovere il protagonismo degli adolescenti nel lavoro di gruppo all'interno della scuola per ideare, progettare, realizzare e valutare iniziative per la promozione del benessere socio-affettivo e socio- relazionale e la conseguente prevenzione di comportamenti a rischio.

### OBIETTIVI

Primo anno:

- Creare reti comunicative e migliorare la cooperazione tra studenti/ insegnanti/ genitori/ amministrazione scolastica/ Istituzioni;
- Inserire stabilmente i temi della prevenzione delle dipendenze nella vita scolastica e rendere il pubblico sensibile al tema della prevenzione delle dipendenze in modo da riconoscerla come un compito importante nella vita quotidiana della scuola.

Secondo e terzo anno:

- Stimolare un miglioramento del benessere relazionale nell'ambito della popolazione scolastica.
- Aiutare gli studenti a sviluppare la capacità di prendere decisioni e gestire le azioni
- Promuovere il protagonismo degli studenti nella realizzazione di un percorso per la prevenzione del disagio socio relazionale nel gruppo dei pari.

### INTERVENTI

Primo anno:

- Selezione dei pari;
- Costituzione del gruppo;
- La ricerca tematica;
- Formazione.

Secondo anno:

- Nel corso del secondo anno si attua il passaggio dall'autonomia progettuale all'autonomia operativa del gruppo degli educatori tra pari. Il gruppo si attiverà per realizzare all'interno della scuola le iniziative progettate. Gli educatori tra pari si cimenteranno nella programmazione, nella conduzione, nella gestione e nella valutazione delle azioni.

## METODOLOGIA

Dal punto di vista operativo il progetto si realizza secondo il modello della ricerca azione. Attraverso l'esperienza della costituzione di un gruppo, i ragazzi vengono incoraggiati a precisare i loro bisogni e i loro interessi, sono invitati a identificare i loro bisogni in riferimento al training, al fine di negoziare e definire con i formatori esterni la natura dell'attività del progetto una volta concluso il training iniziale.

I peer educator sono invitati a identificare e approfondire le parti del lavoro che maggiormente interessano loro attraverso la costituzione di un proprio gruppo di lavoro. Dopo si concordano le linee di un progetto che realizzeranno autonomamente, utilizzando i linguaggi e le forme che preferiscono e sentono più adeguate al raggiungimento dei propri obiettivi.

Verranno utilizzati come strumenti metodologici i giochi di ruolo, le simulate, i laboratori d'ascolto, e gruppi di discussione. Gli operatori che interagiranno con il gruppo target dovrà assumere ruoli diversi durante la realizzazione del progetto, nel primo anno dovrà svolgere la funzione di formatore, mentre al secondo anno, è importante utilizzare metodologie di counselling di gruppo.

## RISORSE

Le attività che verranno organizzate saranno anche subordinate alle risorse disponibili. Sarebbe importante per la realizzazione delle attività, avere la possibilità di usufruire di risorse logistiche quali: Sala Multimediale, Laboratorio linguistico, Laboratorio artistico, Sala audiovisivi.

Per realizzare tutte le fasi del progetto servirà materiale di cartoleria, quali: carta, matite, penne, carte colorate, pennarelli, ecc. .

## FINANZIAMENTI

Le attività che verranno organizzate saranno definite con l'utilizzo di fondi comunali e/o fondi specifici aggiuntivi di provenienza terza.

## TEMPI

Triennio 2007/2009.

## VALUTAZIONE

La valutazione delle azioni proposte verrà effettuata ex ante, in itinere ed ex post attraverso degli indicatori quantitativi e qualitativi in termini di raggiungimento degli obiettivi proposti.

## **D) - Progetto “Promozione della salute mentale”**

*Obiettivo generale: “Promuovere la salute mentale della popolazione”*

*Obiettivo specifico D.1) Attuare una serie integrata di interventi di promozione della salute mentale articolata nelle diverse età della vita.*

### **INTERVENTI**

Fase neonato/bambino: azioni di sostegno alla genitorialità; percorso nascita;

Fase adolescenti e giovani: progetti integrati Scuola, Distretto e Comuni

Fase giovani e adulti: interventi per l'inclusione sociale

Fase anziani: reti di sostegno sociale; promozione dell'attività fisica e partecipazione alla vita sociale della comunità e valorizzazione della risorsa anziani

Tutte le diverse azioni sono già descritte in altri parti

### **FASI E TEMPI**

- 2007: rivisitazione delle attività già in essere definendo e attuando azioni integrate di intervento (protocolli e procedure comuni; riprogettazione interventi)
- 2008 e 2009: miglioramento incrementale

### **SOGGETTI ATTUATORI**

ASL 6, Comuni, Scuole, Terzo settore:

### **RISORSE**

Personale assegnato e incaricato da ciascun ente inviante e partecipante

### **FONTI DI FINANZIAMENTO**

ASL 6, Comuni:

### **VALUTAZIONE**

Indicatore di processo:

Indicatore di risultato:

Per tutti i punti si rimanda alle diverse azioni già descritte in altri parti

Obiettivo specifico D.2) “Ridurre i comportamenti depressivi e suicidari”

**INTERVENTI**

Nel corso del 2007, dovrà essere attuato uno studio di fattibilità a livello locale per ridurre i comportamenti depressivi e suicidari attraverso interventi di comprovata efficacia (vedi progetto pilota European Alliance against Depression – EAAD Alleanza europea contro la depressione; riduzione del 25% dei suicidi e tentativi di suicidio).

**FASI E TEMPI**

- 2007: definizione e avvio del progetto
- 2008 e 2009: miglioramento incrementale

**SOGGETTI ATTUATORI**

ASL 6: Budget Salute Mentale

**RISORSE**

L'ASL: U.O. CSM

**FONTI DI FINANZIAMENTO**

Quota capitaria assistenza distrettuale

**VALUTAZIONE**

Indicatore di processo: definizione del progetto

Indicatore di risultato: primo periodo avvio progetto; dopo 5 anni diminuzione dei suicidi

**E) - Progetto “Percorsi integrati salute mentale/dipendenze”**

*Obiettivo generale: “Definire percorsi assistenziali integrati nel campo della salute mentale e delle dipendenze”*

Obiettivo specifico E.1) Definire e avviare dei percorsi assistenziali per la doppia diagnosi.

**INTERVENTI**

Nel corso del 2007, il Ser.T. e il C.S.M. definiranno e avvieranno un percorso assistenziale per le doppie diagnosi, anche in collaborazione con il Privato sociale (Associazione Madonna del Rosario).

## FASI E TEMPI

- 2007: definizione ed avvio del percorso assistenziale
- 2008 e 2009: miglioramento incrementale

## SOGGETTI ATTUATORI

ASL 6: U.O. Ser.T. e CSM – Ass. Madonna del Rosario

## RISORSE

L'ASL, Comuni e privato sociale

## FONTI DI FINANZIAMENTO:

Quota capitaria assistenza distrettuale

## VALUTAZIONE

Indicatore di processo: definizione del percorso assistenziale

Indicatore di risultato: n: utenti doppia diagnosi seguiti

Obiettivo specifico E.2) Definire percorsi e protocolli assistenziale per la presa in carico dei gruppi sociali più fragili (migranti e carcerati)

## INTERVENTI

L'ASL e i Comuni dell'ambito prospetteranno alla Amministrazione Penitenziaria una ipotesi di accordo per una programmazione congiunta della assistenza ai carcerati (salute mentale, dipendenza, rete sociale) sia all'interno della Casa di Reclusione ubicata nel distretto che per ogni detenuto in dimissione.

## FASI E TEMPI

- 2007: definizione dell'accordo e avvio operativo
- 2008 e 2009: miglioramento incrementale

## SOGGETTI ATTUATORI

ASL 6, Comuni e Amministrazione Penitenziaria: definizione dell'accordo

## RISORSE

L'ASL: U.O. Ser.T. e CSM

Comuni: Servizi sociali

#### **FONTI DI FINANZIAMENTO:**

ASL – Comuni – Amministrazione penitenziaria

#### **VALUTAZIONE**

Indicatore di processo: definizione dell'accordo

Indicatore di risultato: n° persone in detenzione seguite; n° persone in dimissione prese in carico/n° persone in dimissione segnalate

#### **F) - Progetto “Suicidio e dipendenze”**

*Obiettivo generale: “Acquisire migliori conoscenze a livello locale sui determinanti locali connessi al suicidio e al fenomeno della dipendenza, con il coinvolgimento di tutti i soggetti della comunità locale”*

*Obiettivo specifico F.1: Definizione e avvio di uno studio di ricerca sui determinanti locali connessi al suicidio e al fenomeno della dipendenza, con il coinvolgimento di tutti i soggetti della comunità locale*

#### **INTERVENTI**

A livello distrettuale sarà costituito un gruppo di studio sui determinanti locali connessi al suicidio e al fenomeno della dipendenza, con il coinvolgimento di tutti i soggetti della comunità locale

Del gruppo faranno parte una rappresentanza del Ser.T., del CSM e del Gruppo di coordinamento degli Operatori Sociali, nonché eventuali rappresentanti del Terzo settore che aderiranno al progetto.

#### **FASI E TEMPI**

- 2007: definizione e avvio dello studio
- 2008 e 2009: miglioramento incrementale

#### **SOGGETTI ATTUATORI**

ASL 6 e Comuni: definizione del progetto

#### **RISORSE**

L'ASL: U.O. SerT e CIM

Comuni: Servizi sociali

#### FONTI DI FINANZIAMENTO:

ASL – Comuni

#### VALUTAZIONE

Indicatore di processo: definizione dello studio e avvio della raccolta dei dati

Indicatore di risultato: disponibilità di informazioni utili

## **CAP. 10 – IL GOVERNO DELLE RISORSE**

### **MODALITÀ ORGANIZZATIVE DI EROGAZIONE DEGLI INTERVENTI ASSOCIATI**

Le modalità organizzative stabilite fanno riferimento ad una forma gestionale dei servizi alla persona, prevista dall'art. 34 del D. Lgs. 267/2000, che contempla l'Accordo di programma, con delega ad un ente capofila, ente capofila differenziato per ciascuno degli interventi progettuali e operativi gestiti in forma associativa e integrata.

Tale strutturazione gestionale viene concordata e definita, come esplicitato di seguito e riportato nell'accordo di programma, senza ledere i principi e le priorità di intervento operativo e di rispondenza al bisogno socio-sanitario individuato, allo scopo di caricare in maniera contenuta e suddivisa i costi e il peso del lavoro amministrativo necessario su ciascun ente afferente (Comuni e Azienda sanitaria), in attesa di poter studiare e pianificare in modo ottimale la condivisione di forme giuridiche più rispondenti ad una direzione e gestione unitaria e globale dei servizi associati, sia per la parte tecnico-operativa e sia per la parte amministrativa.

#### **Progetto operativo “Promozione e sostegno alla domiciliarità”**

L'Azienda USL n. 6 è stata individuata quale soggetto capofila del progetto operativo Assistenza Domiciliare Integrata – Promozione e sostegno alla domiciliarità.

Si è optato per tale assegnazione in quanto la ASL ha una competenza sovraterritoriale di settore consolidata e ordinata, sia dal punto di vista tecnico e sia dal punto di vista amministrativo, che le consente, in questo particolare segmento programmatico, maggiori possibilità di direzione e coordinamento delle attività associative, in un percorso triennale che integri gli interventi e conduca ad una possibile unificazione anche gestionale del servizio.

L'individuazione della ASL quale Ente capofila per l'avvio e la realizzazione del progetto operativo Assistenza Domiciliare Integrata – Promozione e sostegno alla domiciliarità per l'ambito territoriale del Distretto socio-sanitario di Guspini, risponde in pieno a quanto disposto dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 47/16 del 16.11.2006, sulla riorganizzazione e attuazione dell'Assistenza domiciliare integrata e a quanto preannunciato sulla prossima approvazione delle “Linee di indirizzo in materia di cure domiciliari e per la riorganizzazione dell'Assistenza domiciliare integrata”.

La funzione di direzione organizzativa dell'ADI è rivolta allo sviluppo di una unificazione che parta in concreto dall'esistente, con una realtà di servizi la cui competenza è demandata a ciascun soggetto afferente (Comuni per il SAD – Servizio assistenziale sociale e Azienda USL per l'attuale ADI), che deve essere sviluppata in termini operativi unitari con la necessaria integrazione in ambito U.V.T. e con la definizione di progetti assistenziali individualizzati rispondenti globalmente ad un bisogno sociosanitario, per sua natura complesso.



Per quanto concerne la strutturazione temporale del percorso integrativo suddetto, nel corso del I° anno gli Enti referenti associati, così come indicato nel progetto operativo, dovranno concertare e condividere una regolamentazione omogenea dell'erogazione delle attività e cominciare, per mezzo di un gruppo tecnico appositamente individuato, a stabilire i primi protocolli di interazione tra Comuni, Azienda USL ed enti gestori affidatari dei servizi territoriali, in collaborazione col Terzo Settore.

Si dovrà attivare, presso l'Unità di Direzione Organizzativa Distrettuale dell'ADI, un'équipe di coordinamento con l'integrazione di un Assistente Sociale, nominato dai Comuni afferenti al distretto sociosanitario; inoltre, nel momento in cui vi sarà l'esigenza di valutare un percorso assistenziale individualizzato, sarà il Servizio Sociale Professionale di ciascun Comune a presenziare alla valutazione integrata del bisogno della persona in carico.

Nel secondo anno gli enti coinvolti provvederanno a stabilire modalità unitarie di gestione del servizio; nel terzo anno si ritiene di poter giungere ad una gestione unificata degli interventi, anche dal punto di vista amministrativo.

### **Progetto operativo “Servizio socio-educativo associato e integrato” e Progetto operativo “Rete servizi sulla disabilità minori – Specialistica scolastica”**

Il Servizio socio-educativo associato e il Servizio sulla disabilità minori – Specialistica scolastica sono stati assegnati, in qualità di capofila organizzativo-gestionale, al Comune di Gonnosfanadiga.

La scelta di suddividere tra tutti i soggetti istituzionali gli interventi associativi stabiliti, come specificato sopra consente una ripartizione operativa che raccoglie esigenze diverse, da un lato quelle riferite alla disponibilità dell'Ente capofila a farsi carico delle necessità di coordinamento generale e di supporto tecnico-amministrativo, e dall'altra la garanzia che il soggetto che avoca a sé tale incarico sia in grado di poter sostenere il peso di un ruolo sicuramente complesso.

Il Comune di Gonnosfanadiga, è già titolare capofila di altri interventi associativi, si pensi al “Progetto Furia”, nell'ambito della riabilitazione aggregativa e laboratoriale di cui alla LR 20/97, nonché al progetto di gestione di un Centro diurno semiresidenziale per sofferenti mentali presentato alla RAS nell'annualità 2006, sempre nell'ambito LR 20/97.

Gli interventi stabiliti per il Socio-educativo e per la Specialistica scolastica, così come indicato nelle due azioni d'ambito, sono riferiti alla volontà associativa di integrare e standardizzare gli interventi, con una prima annualità di confronto operativo di definizione e regolamentazione condivisa, sia tra enti che tra soggetti gestori, e con le annualità successive di realizzazione comune di attività tecniche e amministrative

### **Progetto operativo “Centro Affidi”**

Il “Centro Affidi” è stato assegnato, in qualità di capofila organizzativo-gestionale, al Comune di San Gavino M.le. La scelta è frutto della necessità di dare continuità agli interventi realizzati negli anni precedenti, ed è sufficiente ricordare che il Servizio ha oramai un consolidato di sette annualità.

Gli sviluppi di progetto ipotizzati nel triennio sono relativi al mantenimento dell'esistente per l'annualità 2007, con utilizzo di risorse residue provenienti da fondi RAS di completamento dell'ultima annualità del progetto obiettivo (fondi di finanziamento sul Programma 2005), a cui si aggiungono quote di tutti i comuni afferenti, assegnate in termini di anticipazione negli anni precedenti. Mentre per il 2008 e il 2009 si ipotizza di ridefinire i costi di progetto con l'allargamento degli interventi anche al Distretto di Sanluri.

### **Progetto operativo “Pianeta Genitori” – Seconda triennalità Legge 285/97”**

Il Progetto operativo “Pianeta Genitori” – Seconda triennalità Legge 285/97” è stato assegnato, in qualità di capofila organizzativo-gestionale, al Comune di Guspini.

La scelta, così come detto in precedenza per il Comune di Gonnosfanadiga, è relativa alla necessità di suddividere i carichi di responsabilità tecnico-amministrativa e gestionale dei progetti associativi proposti nel PLUS, tenendo conto della disponibilità di direzione e coordinamento affermata da ciascun Ente afferente.

Il Comune di Guspini, è già titolare capofila di altri interventi associativi, si pensi al “Progetto Informagiovani/Punto Giovani”, progetto obiettivo finanziato dalla RAS negli anni precedenti, nonché al progetto di gestione degli interventi sulla Mediazione familiare – Progetto finanziato con quote residue rilasciate a suo tempo dalla Provincia di Cagliari.

Gli interventi stabiliti, così come indicato nell'azione d'ambito e in completa analogia con quanto stabilito per la prima triennalità (fondi già assegnati e in fase di prossimo avvio – Ente capofila Comune di San Gavino M.le), sono riferiti alla volontà associativa di integrare e potenziare gli interventi del settore socio-educativo e di tutela della famiglia, della genitorialità e dell'infanzia.

Il progetto sarà realizzato nel triennio 2007/2009, previo accreditamento dei fondi da parte della RAS.

Gli accordi realizzativi saranno sanciti, come stabilito dalle procedure realizzative degli interventi di cui alla Legge 285/97, in piena collaborazione tra Comuni, Azienda Sanitaria, Provincia, Centro per la Giustizia Minorile della Sardegna/Ufficio di servizio sociale per i minorenni, Direzione regionale Pubblica Istruzione.

### **LA RIPARTIZIONE DELLA SPESA TRA I FIRMATARI DELL'ACCORDO DI PROGRAMMA**

La ripartizione della spesa per le attività associative stabilite è riportata nelle seguenti tabelle, tenendo conto che si tratta di fondi derivati dalle assegnazioni regionali annuali trasferite dalla RAS ai comuni (Fondo sociale regionale, quota storica, più quota associativa e fondo indistinto), a cui si aggiungono i fondi di provenienza dal Bilancio della Provincia del Medio Campidano e di fondi di provenienza dal Bilancio dell'Azienda Sanitaria Locale n. 6.

Le somme erogate sono stabilite al momento in forma indistinta ed autonoma, solo in fase di realizzazione del PLUS si opereranno trasferimenti tra i diversi Enti associati.

### SOMME ASSOCIATIVE ASSEGNATE PER L'ANNO 2007

<i>ENTE</i>	<i>Assistenza domiciliare</i>	<i>Servizio socio-educativo</i>	<i>Specialistica scolastica</i>	<i>Centro Affidi</i>	<i>PUA</i>	<i>Altri progetti operativi</i>	<i>TOTALE</i>
Comune di Arbus	€ 50.000,00	€ 50.000,00	€ 11.000,00	€ 15.904,24	€ 4.140,00	€ 2.760,00	€ 133.804,24
Comune di Gonnosfanadiga	€ 163.000,00	€ 90.313,98	€ -	€ 15.788,71	€ 4.140,00	€ 2.760,00	€ 276.002,69
Comune di Guspini	€ 108.000,00	€ 90.000,00	€ 13.000,00	€ 28.757,21	€ 4.140,00	€ 2.760,00	€ 246.657,21
Comune di Pabillonis	€ 47.700,00	€ 10.000,00	€ -	€ 6.895,39	€ 4.140,00	€ 2.760,00	€ 71.495,39
Comune di San Gavino M.le	€ 180.000,00	€ 49.691,65	€ 10.000,00	€ 21.429,16	€ 4.140,00	€ 2.760,00	€ 268.020,81
Comune di Sardara	€ 25.709,00	€ 66.745,50	€ -	€ 9.853,79	€ 4.140,00	€ 2.760,00	€ 109.208,29
Comune di Villacidro	€ 64.749,25	€ 201.570,20	€ 52.863,78	€ 33.371,50	€ 4.140,00	€ 2.760,00	€ 359.454,73
Provincia Medio Campidano	€ -	€ -	€ -	€ 10.000,00	€ -	€ 2.760,00	€ 12.760,00
ASL n. 6 - Distretto di Guspini	€ 550.000,00	€ 2.880,00	€ 70.000,00	€ -	€ 143.000,00	€ 22.418,00	€ 788.298,00
<b>TOTALE</b>	<b>€ 1.189.158,25</b>	<b>€ 561.201,33</b>	<b>€ 156.863,78</b>	<b>€ 142.000,00</b>	<b>€ 171.980,00</b>	<b>€ 44.498,00</b>	<b>€ 2.265.701,36</b>

### SOMME ASSOCIATIVE ASSEGNATE PER L'ANNO 2008

<i>ENTE</i>	<i>Assistenza domiciliare</i>	<i>Servizio socio-educativo</i>	<i>Specialistica scolastica</i>	<i>Centro Affidi</i>	<i>PUA</i>	<i>Altri progetti operativi</i>	<i>TOTALE</i>
Comune di Arbus	€ 50.000,00	€ 50.000,00	€ 11.000,00	€ 5.120,68	€ 3.588,00	€ 2.760,00	€ 122.468,68
Comune di Gonnosfanadiga	€ 163.000,00	€ 90.313,98	€ -	€ 5.083,49	€ 3.588,00	€ 2.760,00	€ 264.745,47
Comune di Guspini	€ 108.000,00	€ 90.000,00	€ 13.000,00	€ 9.258,95	€ 3.588,00	€ 2.760,00	€ 226.606,95
Comune di Pabillonis	€ 47.700,00	€ 10.000,00	€ -	€ 2.220,11	€ 3.588,00	€ 2.760,00	€ 66.268,11
Comune di San Gavino M.le	€ 180.000,00	€ 49.691,65	€ 10.000,00	€ 6.899,54	€ 3.588,00	€ 2.760,00	€ 252.939,19
Comune di Sardara	€ 25.709,00	€ 66.745,50	€ -	€ 3.172,62	€ 3.588,00	€ 2.760,00	€ 101.975,12
Comune di Villacidro	€ 64.749,25	€ 201.570,20	€ 52.863,78	€ 10.744,61	€ 3.588,00	€ 2.760,00	€ 336.275,84
Provincia Medio Campidano	€ -	€ -	€ -	€ 10.000,00	€ -	€ 2.760,00	€ 12.760,00
ASL n. 6 - Distretto di Guspini	€ 550.000,00	€ 2.880,00	€ 70.000,00	€ 42.500,00	€ 143.000,00	€ 22.418,00	€ 830.798,00
<b>TOTALE</b>	<b>€ 1.189.158,25</b>	<b>€ 561.201,33</b>	<b>€ 156.863,78</b>	<b>€ 95.000,00</b>	<b>€ 168.116,00</b>	<b>€ 44.498,00</b>	<b>€ 2.214.837,36</b>

### SOMME ASSOCIATIVE ASSEGNATE PER L'ANNO 2009

ENTE	Assistenza domiciliare	Servizio socio-educativo	Specialistica scolastica	Centro Affidi	PUA	Altri progetti operativi	TOTALE
Comune di Arbus	€ 50.000,00	€ 50.000,00	€ 11.000,00	€ 5.120,68	€ 3.588,00	€ 2.760,00	€ 122.468,68
Comune di Gonnosfanadiga	€ 163.000,00	€ 90.313,98	€ -	€ 5.083,49	€ 3.588,00	€ 2.760,00	€ 264.745,47
Comune di Guspini	€ 108.000,00	€ 90.000,00	€ 13.000,00	€ 9.258,95	€ 3.588,00	€ 2.760,00	€ 226.606,95
Comune di Pabillonis	€ 47.700,00	€ 10.000,00	€ -	€ 2.220,11	€ 3.588,00	€ 2.760,00	€ 66.268,11
Comune di San Gavino M.le	€ 180.000,00	€ 49.691,65	€ 10.000,00	€ 6.899,54	€ 3.588,00	€ 2.760,00	€ 252.939,19
Comune di Sardara	€ 25.709,00	€ 66.745,50	€ -	€ 3.172,62	€ 3.588,00	€ 2.760,00	€ 101.975,12
Comune di Villacidro	€ 64.749,25	€ 201.570,20	€ 52.863,78	€ 10.744,61	€ 3.588,00	€ 2.760,00	€ 336.275,84
Provincia Medio Campidano	€ -	€ -	€ -	€ 10.000,00	€ -	€ 2.760,00	€ 12.760,00
ASL n. 6 - Distretto di Guspini	€ 550.000,00	€ 2.880,00	€ 70.000,00	€ 42.500,00	€ 143.000,00	€ 22.418,00	€ 830.798,00
<b>TOTALE</b>	<b>€ 1.189.158,25</b>	<b>€ 561.201,33</b>	<b>€ 156.863,78</b>	<b>€ 95.000,00</b>	<b>€ 168.116,00</b>	<b>€ 44.498,00</b>	<b>€ 2.214.837,36</b>

### SOMME ASSOCIATIVE ASSEGNATE PER IL TRIENNIO 2007-2009

ENTE	Assistenza domiciliare	Servizio socio-educativo	Specialistica scolastica	Centro Affidi	PUA	Altri progetti operativi	TOTALE
Comune di Arbus	€ 150.000,00	€ 150.000,00	€ 33.000,00	€ 26.145,60	€ 11.316,00	€ 8.280,00	€ 378.741,60
Comune di Gonnosfanadiga	€ 489.000,00	€ 270.941,94	€ -	€ 25.955,69	€ 11.316,00	€ 8.280,00	€ 805.493,63
Comune di Guspini	€ 324.000,00	€ 270.000,00	€ 39.000,00	€ 47.275,11	€ 11.316,00	€ 8.280,00	€ 699.871,11
Comune di Pabillonis	€ 143.100,00	€ 30.000,00	€ -	€ 11.335,61	€ 11.316,00	€ 8.280,00	€ 204.031,61
Comune di San Gavino M.le	€ 540.000,00	€ 149.074,95	€ 30.000,00	€ 35.228,24	€ 11.316,00	€ 8.280,00	€ 773.899,19
Comune di Sardara	€ 77.127,00	€ 200.236,50	€ -	€ 16.199,03	€ 11.316,00	€ 8.280,00	€ 313.158,53
Comune di Villacidro	€ 194.247,75	€ 604.710,60	€ 158.591,34	€ 54.860,72	€ 11.316,00	€ 8.280,00	€ 1.032.006,41
Provincia Medio Campidano	€ -	€ -	€ -	€ 30.000,00	€ -	€ 8.280,00	€ 38.280,00
ASL n. 6 - Distretto di Guspini	€ 1.650.000,00	€ 8.640,00	€ 210.000,00	€ 85.000,00	€ 429.000,00	€ 67.254,00	€ 2.449.894,00
<b>TOTALE</b>	<b>€ 3.567.474,75</b>	<b>€ 1.683.603,99</b>	<b>€ 470.591,34</b>	<b>€ 332.000,00</b>	<b>€ 508.212,00</b>	<b>€ 133.494,00</b>	<b>€ 6.695.376,08</b>

## PIANO FINANZIARIO - PLUS 2007 - 2009 - DISTRETTO SOCIO-SANITARIO DI GUSPINI

Settore	Azione/Progetto	Piano Locale Unitario dei Servizi alla persona (PLUS 2007-2009) - Fabbisogni Finanziari Complessivi			
		Triennio 2007-2009	Annualità 2007	Annualità 2008	Annualità 2009
Anziani	ADi	€ 3.567.474,75	€ 1.189.158,25	€ 1.189.158,25	€ 1.189.158,25
Minori	Socio-Educativa	€ 1.683.603,99	€ 561.201,33	€ 561.201,33	€ 561.201,33
Minori	Affidi	€ 332.000,00	€ 142.000,00	€ 95.000,00	€ 95.000,00
Disabilità	Assistenza Specialistica	€ 470.591,34	€ 156.863,78	€ 156.863,78	€ 156.863,78
Trasversale	PUA	€ 508.212,00	€ 171.980,00	€ 168.116,00	€ 168.116,00
Trasversale	Tutti gli altri progetti operativi	€ 133.494,00	€ 44.498,00	€ 44.498,00	€ 44.498,00
<b>Totale PLUS 2007-2009</b>		<b>€ 6.695.376,08</b>	<b>€ 2.265.701,36</b>	<b>€ 2.214.837,36</b>	<b>€ 2.214.837,36</b>

## PIANO FINANZIARIO - PLUS 2007 - 2009 - DISTRETTO SOCIO-SANITARIO DI GUSPINI

Settore	Azione/Progetto	Fonti di Finanziamento provenienti dai firmatari dell'accordo di programma (Triennio 2007-2009)								
		Provincia	ASL	Comuni					Altri soggetti istituzionali firmatari dell'AdP	Soggetti Sociali Solidali firmatari dell'AdP
		Risorse derivanti dai bilanci provinciali	Risorse derivanti dai bilanci delle aziende sanitarie locali	Fondo regionale per il sistema integrato dei servizi alla persona (Quote ex art. 26 comma 3 lett. a) della L.R. 23/2005 (Quote ex art. 26 comma 3 lett. b) della L.R. 23/2005 GESTIONE ASSOCIATA)		Altre risorse derivanti dai bilanci comunali	Compartecipazione dei destinatari	PO RAS e fondi comunali anni precedenti	Risorse derivanti dai bilanci di altri soggetti istituzionali che sottoscrivono l'accordo di programma	Risorse derivanti dai bilanci di soggetti sociali solidali che sottoscrivono l'accordo di programma
Anziani	ADI	€ 0,00	€ 1.650.000,00	€ 0,00	€ 1.760.247,75	€ 0,00	€ 157.227,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Minori	Socio-Educativa	€ 0,00	€ 8.640,00	€ 0,00	€ 1.616.568,19	€ 58.375,80	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Minori	Affidi	€ 30.000,00	€ 85.000,00	€ 0,00	€ 85.000,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 132.000,00	€ 0,00	€ 0,00
Disabilità	Assistenza Specialistica	€ 0,00	€ 210.000,00	€ 0,00	€ 260.591,34	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Trasversale	PUA	€ 0,00	€ 429.000,00	€ 0,00	€ 79.212,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Trasversale	Tutti gli altri progetti operativi	€ 8.280,00	€ 67.254,00	€ 0,00	€ 57.960,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
<b>Totale PLUS 2007-2009</b>		<b>€ 38.280,00</b>	<b>€ 2.449.894,00</b>	<b>€ 0,00</b>	<b>€ 3.859.599,28</b>	<b>€ 58.375,80</b>	<b>€ 157.227,00</b>	<b>€ 132.000,00</b>	<b>€ 0,00</b>	<b>€ 0,00</b>

## PIANO FINANZIARIO - PLUS 2007 - 2009 - DISTRETTO SOCIO-SANITARIO DI GUSPINI

Settore	Azione/Progetto	Fonti di Finanziamento provenienti dai firmatari dell'accordo di programma (Annualità 2007)								
		Provincia	ASL	Comuni					Altri soggetti istituzionali firmatari dell'AdP	Soggetti Sociali Solidali firmatari dell'AdP
		Risorse derivanti dai bilanci provinciali	Risorse derivanti dai bilanci delle aziende sanitarie locali	Fondo regionale per il sistema integrato dei servizi alla persona  (Quote ex art. 26 comma 3 lett. a) della L.R. 23/2005		(Quote ex art. 26 comma 3 lett. b) della L.R. 23/2005 GESTIONE ASSOCIATA	Altre risorse derivanti dai bilanci comunali	Compartecipazione dei destinatari	PO RAS e fondi comunali anni precedenti	Risorse derivanti dai bilanci di altri soggetti istituzionali che sottoscrivono l'accordo di programma
Anziani	ADI	€ 0,00	€ 550.000,00	€ 0,00	€ 586.749,25	€ 0,00	€ 52.409,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Minori	Socio-Educativa	€ 0,00	€ 2.880,00	€ 0,00	€ 538.862,73	€ 19.458,60	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Minori	Affidi	€ 10.000,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 132.000,00	€ 0,00	€ 0,00
Disabilità	Assistenza Specialistica	€ 0,00	€ 70.000,00	€ 0,00	€ 86.863,78	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Trasversale	PUA	€ 0,00	€ 143.000,00	€ 0,00	€ 28.980,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Trasversale	Tutti gli altri progetti operativi	€ 2.760,00	€ 22.418,00	€ 0,00	€ 19.320,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Totale PLUS 2007-2009		€ 12.760,00	€ 788.298,00	€ 0,00	€ 1.280.775,76	€ 19.458,60	€ 52.409,00	€ 132.000,00	€ 0,00	€ 0,00

## PIANO FINANZIARIO - PLUS 2007 - 2009 - DISTRETTO SOCIO-SANITARIO DI GUSPINI

Settore	Azione/Progetto	Fonti di Finanziamento provenienti dai firmatari dell'accordo di programma (Annualità 2008)								
		Provincia	ASL	Comuni					Altri soggetti istituzionali firmatari dell'AdP	Soggetti Sociali Solidali firmatari dell'AdP
		Risorse derivanti dai bilanci provinciali	Risorse derivanti dai bilanci delle aziende sanitarie locali	Fondo regionale per il sistema integrato dei servizi alla persona (Quote ex art. 26 comma 3 lett. a) della L.R. 23/2005 (Quote ex art. 26 comma 3 lett. b) della L.R. 23/2005 GESTIONE ASSOCIATA)		Altre risorse derivanti dai bilanci comunali	Compartecipazione dei destinatari	PO RAS e fondi comunali anni precedenti	Risorse derivanti dai bilanci di altri soggetti istituzionali che sottoscrivono l'accordo di programma	Risorse derivanti dai bilanci di soggetti sociali solidali che sottoscrivono l'accordo di programma
Anziani	ADI	€ 0,00	€ 550.000,00	€ 0,00	€ 586.749,25	€ 0,00	€ 52.409,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Minori	Socio-Educativa	€ 0,00	€ 2.880,00	€ 0,00	€ 538.862,73	€ 19.458,80	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Minori	Affidi	€ 10.000,00	€ 42.500,00	€ 0,00	€ 42.500,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Disabilità	Assistenza Specialistica	€ 0,00	€ 70.000,00	€ 0,00	€ 86.863,78	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Trasversale	PUA	€ 0,00	€ 143.000,00	€ 0,00	€ 25.116,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Trasversale	Tutti gli altri progetti operativi	€ 2.760,00	€ 22.416,00	€ 0,00	€ 19.320,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
<b>Totale PLUS 2007-2009</b>		<b>€ 12.760,00</b>	<b>€ 830.798,00</b>	<b>€ 0,00</b>	<b>€ 1.299.411,76</b>	<b>€ 19.458,80</b>	<b>€ 52.409,00</b>	<b>€ 0,00</b>	<b>€ 0,00</b>	<b>€ 0,00</b>



## PIANO FINANZIARIO - PLUS 2007 - 2009 - DISTRETTO SOCIO-SANITARIO DI GUSPINI

Settore	Azione/Progetto	Fonti di Finanziamento provenienti dai firmatari dell'accordo di programma (Annualità 2009)								
		Provincia	ASL	Comuni					Altri soggetti istituzionali firmatari dell'AdP	Soggetti Sociali Solidali firmatari dell'AdP
		Risorse derivanti dai bilanci provinciali	Risorse derivanti dai bilanci delle aziende sanitarie locali	Fondo regionale per il sistema integrato dei servizi alla persona  (Quote ex art. 26 comma 3 lett. a) della L.R. 23/2005		Altre risorse derivanti dai bilanci comunali	Compartecipazione dei destinatari	PD RAS e fondi comunali anni precedenti	Risorse derivanti dai bilanci di altri soggetti istituzionali che sottoscrivono l'accordo di programma	Risorse derivanti dai bilanci di soggetti sociali solidali che sottoscrivono l'accordo di programma
Anziani	ADI	€ 0,00	€ 550.000,00	€ 0,00	€ 586.749,25	€ 0,00	€ 52.409,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Minori	Socio-Educativa	€ 0,00	€ 2.880,00	€ 0,00	€ 538.862,73	€ 19.458,60	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Minori	Affidi	€ 10.000,00	€ 42.500,00	€ 0,00	€ 42.500,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Disabilità	Assistenza Specialistica	€ 0,00	€ 70.000,00	€ 0,00	€ 86.863,78	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Trasversale	PUA	€ 0,00	€ 143.000,00	€ 0,00	€ 25.116,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Trasversale	Tutti gli altri progetti operativi	€ 2.760,00	€ 22.418,00	€ 0,00	€ 19.320,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
<b>Totale PLUS 2007-2009</b>		<b>€ 12.760,00</b>	<b>€ 830.798,00</b>	<b>€ 0,00</b>	<b>€ 1.299.411,76</b>	<b>€ 19.458,60</b>	<b>€ 52.409,00</b>	<b>€ 0,00</b>	<b>€ 0,00</b>	<b>€ 0,00</b>

## PIANO FINANZIARIO - PLUS 2007 - 2009 - DISTRETTO SOCIO-SANITARIO DI GUSPINI

Settore	Azione/Progetto	Progettazione Integrata - Patti per il sociale <i>(Possibili fonti di finanziamento in via di definizione)</i>					
		Provincia	ASL	Comuni	Altri soggetti istituzionali firmatari dell'AdP	Soggetti Sociali Solidali firmatari dell'AdP	Altri soggetti
		<i>Richieste di fondi di cui alle manifestazioni di interesse (per le cui attivazione si attende il perfezionamento dell'iter procedurale)</i>	<i>Richieste di fondi di cui alle manifestazioni di interesse (per le cui attivazione si attende il perfezionamento dell'iter procedurale)</i>	<i>Richieste di fondi di cui alle manifestazioni di interesse (per le cui attivazione si attende il perfezionamento dell'iter procedurale)</i>	<i>Richieste di fondi di cui alle manifestazioni di interesse (per le cui attivazione si attende il perfezionamento dell'iter procedurale)</i>	<i>Richieste di fondi di cui alle manifestazioni di interesse (per le cui attivazione si attende il perfezionamento dell'iter procedurale)</i>	<i>Richieste di fondi di cui alle manifestazioni di interesse (per le cui attivazione si attende il perfezionamento dell'iter procedurale)</i>
Anziani	ADi	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Minori	Socio-Educativa	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Minori	Affidi	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Disabilità	Assistenza Specialistica	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Trasversale	PUA	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Trasversale	Tutti gli altri progetti operativi	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
<b>Totale PLUS 2007-2009</b>		<b>€ 0,00</b>	<b>€ 0,00</b>	<b>€ 0,00</b>	<b>€ 0,00</b>	<b>€ 0,00</b>	<b>€ 0,00</b>

## PIANO FINANZIARIO - PLUS 2007 - 2009 - DISTRETTO SOCIO-SANITARIO DI GUSPINI

Settore	Azione/Progetto	Accordo di Programma	Progettazione Integrata
		Impegni finanziari dei firmatari dell'accordo di programma	Patti per il sociale
		Risorse disponibili	Richieste di fondi di cui alle manifestazioni di interesse (per la cui attivazione si attende il perfezionamento dell'iter procedurale)
Anziani	ADI	€ 3.567.474,75	€ 0,00
Minori	Socio-Educative	€ 1.683.603,99	€ 0,00
Minori	Affidi	€ 332.000,00	€ 0,00
Disabilità	Assistenza Specialistica	€ 470.591,34	€ 0,00
Trasversale	PUA	€ 508.212,00	€ 0,00
Trasversale	Tutti gli altri progetti operativi	€ 133.494,00	€ 0,00
<b>Totale PLUS 2007-2009</b>		<b>€ 6.695.376,08</b>	<b>€ 0,00</b>

## **CAP. 11 – L'INTEGRAZIONE DELLE RESPONSABILITÀ**

### **L'INTEGRAZIONE GESTIONALE - UFFICIO DI PIANO E FUNZIONAMENTO DEL GtP**

Per quanto riguarda gli aspetti organizzativi del funzionamento dell'Ufficio di Piano, in base alle indicazioni date dalla Conferenza di servizio, è stata definita la localizzazione della sede del GtP presso il Comune di San Gavino M.le, che ha messo a disposizione i locali e le dotazioni strumentali necessarie, nonché una figura di segretariato-amministrativo per le attività d'ufficio (nella persona della Dott.ssa Silvia Tanas); per tale motivo è stato anche indicato che la funzione di Coordinamento del GtP fosse attribuita al Dott. Bruno Mancosu – Responsabile del Servizio sociale di quel Comune. La sede e l'incarico di coordinamento del GtP sono stabiliti fino al 31.12.2007, con possibilità di rotazione e/o eventuale riconferma. L'Azienda USL ha inoltre assegnato al GtP un altro tecnico esperto esterno (nella persona della Dott.ssa Cinzia Porceddu - Sociologa), con funzioni di supporto.

Resta inteso che all'Ufficio di Piano compete:

- rappresentare le condizioni di salute e di benessere sociale della popolazione mediante la raccolta, l'analisi e l'interpretazione dei dati demografici, epidemiologici, sociali, ambientali disponibili, nonché mediante la predisposizione di osservazioni finalizzate;
- identificare l'offerta dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, nonché le risorse di altri settori della comunità che possono contribuire alla promozione della salute della popolazione, servizi pubblici e privati;
- effettuare la ricognizione, in grado di evidenziare possibili squilibri territoriali, delle strutture socio-assistenziali esistenti o in via di realizzazione e un'analisi dell'offerta (effettiva e potenziale) dei servizi che tali strutture sono in grado di fornire rispetto ai bisogni del territorio;
- proporre obiettivi di salute e di benessere sociale (riferiti a determinanti sociali, sanitari e non sanitari della salute) coerenti con i bisogni identificati;
- proporre azioni appropriate per il raggiungimento degli obiettivi di salute identificati, utilizzando, ove disponibili, le informazioni scientifiche che dimostrino l'efficacia degli interventi proposti;
- stimare le risorse necessarie alla realizzazione delle azioni proposte, basandosi sull'offerta dei servizi disponibili, sulla mobilitazione di altre risorse presenti nella comunità e proponendo gli eventuali investimenti necessari secondo una logica di razionalizzazione e ottimizzazione dei servizi;
- proporre iniziative di coinvolgimento e rafforzamento della comunità locale, allo scopo di condividere le scelte di politica sociosanitaria e di identificare le risorse della comunità locale utilizzabili per migliorare il livello di benessere e la qualità di vita della popolazione;

- predisporre le informazioni, i criteri e i metodi che consentano la valutazione degli obiettivi, delle azioni, del corretto utilizzo delle risorse impiegate (bilancio sociale);
- curare la raccolta e il coordinamento dei progetti operativi previsti ai fini della presentazione del PLUS;
- predisporre gli atti per l'organizzazione dei servizi e per l'eventuale affidamento di essi;
- promuovere iniziative per il reperimento delle risorse;
- predisporre tutti gli atti necessari all'assolvimento da parte dell'ente capofila (gestore del fondo complessivo dell'ambito) dell'obbligo di rendicontazione;
- formulare indicazioni e suggerimenti diretti al coordinamento istituzionale in tema di iniziative di formazione e aggiornamento degli operatori, rimodulazione delle attività previste dal PLUS, acquisizione di diverse competenze o nuove figure professionali per l'espletamento dei propri compiti;
- raccordarsi con l'Osservatorio provinciale delle politiche sociali e definire l'avvio del sistema informativo.

L'Ufficio di piano, in questa fase, salvo variazioni di sviluppo, è costituito dal Gruppo tecnico di piano. Individuato con le modalità stabilite dalle Linee guida di predisposizione del PLUS.

I componenti del GTP – come indicato nell'Accordo di programma - potranno essere sostituiti alla scadenza dell'avvio pianificatorio triennale del PLUS, con l'indicazione delle nuove strategie e indirizzi programmatori da approvarsi entro il 30 giugno del terzo anno di vigenza del PLUS, salvo dimissioni o revoca anticipata d'incarico. Indirizzi e nomine sancite con atto deliberativo da parte della Conferenza Provinciale e di Servizio del PLUS, conferenza promossa dal Presidente della Provincia o suo delegato e costituita a maggioranza qualificata dai soggetti istituzionali referenti.

Le spese di funzionamento dell'Ufficio di Piano – spese strumentali di sede e d'ufficio, utenze e materiali di consumo - saranno coperte dall'Ente capofila responsabile, che dovrà mettere a disposizione anche una segreteria amministrativa con personale dedicato.

In riferimento alla remunerazione dei componenti del GtP i quattro tecnici comunali dovranno essere retribuiti/rimborsati, con le somme scaturenti dall'applicazione dell'accantonamento del 2% delle quote associative del Fondo Sociale regionale trasferito dalla RAS ai Comuni (per un totale complessivo in carico ai sette comuni di € 15.193,78); i tecnici della Azienda USL e della Provincia saranno retribuiti dai rispettivi enti.

Criteri per l'utilizzo delle risorse del 2% necessarie al funzionamento del GTP:

- i quattro tecnici comunali facenti parte del GTP non operano in rappresentanza del proprio Ente di appartenenza ma in quanto incaricati dalla Conferenza di Servizio per lo studio, la programmazione, la stesura e l'avvio del PLUS, devono essere remunerati/rimborsati con l'utilizzo di tali risorse finanziarie;

- i componenti del GTP non sono sollevati dagli incarichi lavorativi ordinari ricoperti nell'amministrazione di appartenenza e pertanto al fine di attuare il compito assegnato si è reso e si rende necessario operare in orario aggiuntivo;
- la RAS, con nota recante protocollo n° 2068 del 6 novembre 2006, ha dato indicazioni in merito alle risorse destinate al funzionamento del GTP, che possano essere utilizzate per far fronte a tutte le spese ritenute utili al funzionamento dei Gruppi, comprese le spese del personale per le trasferte e le ore di straordinario accertate;

Considerato che per il 2006, mediamente, ogni incontro ha avuto una durata di 3 ore giornaliere e che sono stati svolti un totale di 56 incontri; si stabilisce il riconoscimento di una quantificazione forfetaria onnicomprensiva di un gettone di presenza ad incontro pari a € 60,00, corrispondente ad € 3.360,00 lordi per ciascun incaricato (componenti dei Comuni), per un totale complessivo di € 13.440,00, da detrarsi dalla somme di € 15.193,78 (2% delle assegnazioni annuali per le attività associate dei sette comuni), mentre le quote rimanenti di € 1.753,78, saranno destinate per far fronte alle spese generali sostenute dal Comune Capofila per il funzionamento dell'Ufficio di Piano.

Tale quantificazione oraria e giornaliera annua (56 giorni x 3 ore medie ad incontro, per un totale di 168 ore per ogni componente) viene stabilita anche per la prosecuzione delle attività di ciascun annualità di vigenza del PLUS (2007/2009), eventuali mancate presenze andranno dichiarate a scorporo.

Tutti i sette Comuni afferenti al Distretto di Guspini, secondo quanto indicato dalle Linee Guida per l'avvio dei PLUS, contribuiscono con il 2% delle risorse destinate alla gestione associata al funzionamento dell'Ufficio di Piano. A tal fine ogni Comune, trasferirà alla Provincia – in quanto Ente incaricato delle procedure di nomina dei componenti del GTP - la quota di competenza, affinché i tecnici dei Comuni vengano compensati di quanto stabilito, previa presentazione di apposita rendicontazione contabile e richiesta di liquidazione delle spettanze.

## **STRUMENTI E FORME DI COORDINAMENTO CON GLI ORGANI PERIFERICI DELLO STATO**

Per quanto riguarda il coordinamento con gli altri organismi pubblici istituzionali, con competenza specifica sul territorio, si segnalano le attività di interazione attivata con il Centro per la Giustizia Minorile, con l'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni e con l'Ufficio Esecuzioni Penali Esterne del Ministero della Giustizia. Tali collaborazioni sono costanti e seguono naturalmente la casistica degli interventi individualizzati svolti da ciascun Comune del territorio, nonché una serie di progetti operativi relativi sia ad attività di inserimento lavorativo e sia ad attività di prevenzione primaria e secondaria, non ultimo gli interventi di cui alla Legge 285/97, prima e seconda triennalità.

Nel territorio è presente anche la struttura penitenziaria della Colonia Penale di "Is Arenas".

Sulla falsariga di quanto fin qui realizzato si intendono proporre a tali organismi degli interventi di collaborazione riferiti sia alla mediazione penale e sia all'accoglienza nel territorio di soggetti diversi, anche extracomunitari, sia minori presso famiglie e sia soggetti da inserire al lavoro, previa definizione di apposite convenzioni e protocolli di intesa.

Nello specifico vedasi il Progetto "Percorsi integrati salute mentale/dipendenze" dell'Area marginalità.

Altri organismi di estremo interesse per le attività realizzate sono costituiti dalle Scuole del territorio, gli interventi anche in questo caso sono costanti in tutte le realtà locali.

Le iniziative di integrazione e collaborazione sono state riportate nei progetti operativi d'area, a cui si rimanda, tutte attività con l'utilizzo e la definizione di appositi accordi e protocolli d'intesa che portino al superamento dell'estemporaneità delle interazioni fin qui avviate.

Tra le altre si segnalano le attività del Servizio educativo specialistico, le attività di prevenzione e di animazione espressiva, l'orientamento e le iniziative di alternanza scuola/lavoro.

## **MODALITÀ DI COLLABORAZIONE CON I SOGGETTI SOCIALI SOLIDALI**

Uno dei risultati sicuramente più apprezzabili della programmazione partecipata fin qui realizzata per la predisposizione del PLUS è stato quello del pieno coinvolgimento dei soggetti territoriali solidali.

Gli interventi progettuali proposti denotano e indicano tale partecipazione, l'elemento critico è invece riferito all'impossibilità, nell'immediato, di poter accogliere e realizzare una pluralità di proposte di intervento e servizio che tali organismi hanno presentato e tutte sicuramente di estremo interesse.

La richiesta e l'interazione programmatica di risposta tra organismi pubblici e organismi solidali ha però definito e stabilito di mantenere costanti i livelli di programmazione, costituendo una continuità pianificatoria di contatto e di riscontro, indirizzata allo scambio e alla realizzazione di reti di servizio in tutti gli ambiti di interesse, dalla famiglia e dai minori ai giovani e al tempo libero, dalla formazione e dal lavoro, alle strategie di assistenza per i disabili, dalle necessità degli anziani e della loro funzione di supporto comunitario attivo, alle necessità di sostegno per i soggetti con problematiche di non autosufficienza, dalle problematiche delle dipendenze e dell'alcolismo alle necessità riabilitative e di sensibilizzazione sul versante della salute mentale.

Il PLUS insomma non chiude un percorso, è soltanto una tappa di una strada che non si interrompe e che deve essere aggiornata e modificata in forma continua, con l'apporto qualificato di tutti i protagonisti interessati, istituzioni, privato sociale e organismi solidali.

## **INIZIATIVE DI FORMAZIONE E DI AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE**

Le iniziative di formazione e di aggiornamento professionale finalizzate a realizzare progetti di sviluppo dei servizi sono molteplici.

Si richiamano l'intervento di affiancamento formativo per badanti – promosso dalla Provincia – da integrare e inserire nelle attività di raccordo sulla domiciliarità, gli interventi di formazione per il volontariato del soccorso, i corsi di istruzione e formazione permanente di cui alla Misura 3.8 del POR Sardegna – Linea Diogene, indirizzati nel territorio ai disabili e alla formazione per attività di assistenza e sostegno domiciliare, le attività di riqualificazione per Operatori Socio-sanitari di cui alla Mis. 5.3 sempre del POR Sardegna, il Progetto TRAMAS dell'Iniziativa comunitaria Equal sull'asse pari opportunità, e ad una infinità di altre iniziative formative pubbliche e private del settore sociosanitario, non ultime quella proposta dal Comune di Guspini sul Metodo Feuerstein e quelle inserite nella Progettazione integrata.

Nello specifico di interesse per gli operatori territoriali si resta in attesa dell'avvio del Programma formativo "Ippocrate" promosso dalla Regione – Mis. 3.17 del POR Sardegna - proprio sul versante dell'integrazione socio-sanitaria tra servizi e operatori comunali e delle Aziende sanitarie.

Infine si vuole segnalare, in termini di esempio e di particolarità, un'iniziativa formativa proposta dall'Unione Italiana Ciechi – Sez. Provinciale di Cagliari, durante la programmazione partecipata del PLUS. L'attività si sviluppa in termini di affiancamento a un progetto laboratoriale rivolto a minori ipovedenti e alle loro famiglie, riguarda la formazione di figure professionali specifiche che devono insegnare ai ragazzi e alle famiglie le metodologie di supporto all'autonomia personale contestuale, relativa al movimento in ambito domestico e all'esterno, nei più svariati spazi di interesse.

## **LA PROGETTAZIONE INTEGRATA**

L'interazione programmatica tra PLUS e Progettazione integrata è stata indicata e definita in ciascun progetto operativo d'area. Sono stati attivati dalla provincia del Medio Campidano i tavoli di progettazione di sintesi, uno per ogni ambito/settore tematico di interesse, corrispondente a quelli indicati nel PLUS.

Le sintesi di intervento in caso di operatività condivisa e interesse programmatico per i progetti proposti con assegnazioni di risorse PLUS saranno indicate in fase di sviluppo.

Nel Piano finanziario del PLUS, al momento, non essendo chiusa la progettazione da presentare sul Bando POR, non è stata indicata alcuna quota, in quanto si sarebbe trattato delle stesse voci di finanziamento richieste e riportate in fase di presentazione delle manifestazioni di interesse,



## **CAP. 12 – LA VALUTAZIONE PARTECIPATA**

### **IL SISTEMA DI VALUTAZIONE**

Il sistema di valutazione che sarà utilizzato per rendicontare le attività, intende rendere espliciti in maniera oggettiva e responsabile gli effetti che l'azione proposta dal PLUS produce nei confronti dei suoi interlocutori e della comunità. Tale responsabilità richiede di dar conto della propria azione ai diversi interlocutori, costruendo con essi un rapporto fiduciario e di dialogo permanente.

Le amministrazioni associate intendono rispondere delle attività del PLUS, relativamente ai propri ambiti di competenza, in quanto titolari di un mandato e della potestà di scegliere e di agire come interpreti e garanti della tutela degli interessi e della soddisfazione dei bisogni della comunità.

Lo scopo che ci si prefigge è di realizzare una rendicontazione sociale che ricopra le esigenze informative e conoscitive dei diversi interlocutori di interesse, singoli cittadini, famiglie, imprese profit e non profit, associazioni di volontariato e altre associazioni di confronto, istituzioni referenti interne al PLUS (Comuni, ASL, Provincia, organi della Giustizia minorile e del settore adulti, organismi scolastici, ecc.) e altre con interesse di riscontro valutativo diretto (Regione Sardegna).

Gli strumenti di valutazione e rendicontazione sociale sono molteplici e spesso utilizzati senza la dovuta riflessione e strumentalità metodologica, pertanto appare utile sottolineare che nel nostro contesto saranno predisposte e utilizzate tecniche di rendicontazione e di bilancio sociale che rispettino le indicazioni normative stabilite dall'art. 37 della LR 23/2005.

Per quanto riguarda gli indicatori di contesto, di processo e di risultato sui singoli interventi si rimanda a quanto stabilito nelle diverse progettazioni operative, la necessità è tuttavia quella di ridefinire ed esplicitare in maniera più strutturata e finalizzata gli obiettivi specifici e strategici, costruendo una valutazione che sia più vicina alle esigenze conoscitive e di risposta richieste, sia in termini di efficacia e sia in termini di efficienza operativa, rendendo coerenti le spese con quanto potenzialmente realizzabile, monitorando le attività in forma continua e articolata. Tale compito viene assunto e demandato a ciascun soggetto/ente gestore, con referenza diretta per l'Ente capofila incaricato. Le attività saranno svolte con la supervisione del Gruppo Tecnico di Piano.

### **IL BILANCIO SOCIALE**

Il Bilancio sociale è uno strumento rendicontativo e valutativo fondamentale in quanto finalizzato a dar conto del complesso delle attività associative prefissate nel PLUS e a rappresentare in un quadro unitario il rapporto tra visione politica, obiettivi, risorse e risultati della sua attuazione.

Il Bilancio sociale sarà predisposto con il coinvolgimento partecipativo dei soggetti inseriti nella programmazione partecipata attivata per la predisposizione del PLUS.

Il Bilancio sociale che sarà elaborato dovrà contenere:

- l'esplicitazione dell'identità dei soggetti associati che propongono il PLUS, valori di riferimento, missione e visione che orientano le azioni e gli interventi;
- l'operato nelle diverse aree di intervento e risultati conseguiti in relazione agli obiettivi dichiarati;
- utilizzo delle risorse di cui si è disposto, delle azioni poste in essere e dei risultati conseguiti con la loro gestione;
- una presentazione iniziale di descrizione del contesto e della funzione, e una nota metodologica sul processo di rendicontazione proposto.

Per ciascuna area il bilancio sociale dovrà rendicontare:

- gli obiettivi di cambiamento perseguiti in relazione alle situazioni di partenza;
- le azioni intraprese, in termini di progetto e servizio, esplicitando indicatori di processo (attività, tempi, stato di avanzamento);
- le risorse impiegate, in termini di volumi di fattori produttivi impiegati, finanziari (entrate e spese) ed economici (proventi e costi);
- i risultati raggiunti in termini di:
  - quantità e qualità delle prestazioni rese;
  - indicatori di efficienza che misurano l'impiego di risorse (input) per il conseguimento di determinati risultati (output);
  - indicatori di efficacia, che misurano il grado di raggiungimento degli obiettivi programmati;
  - indicatori di effetto, che valutano la ricaduta sociale degli interventi realizzati (outcome);
  - ogni altro elemento descrittivo che consenta di valutare il rapporto tra gli obiettivi previsti e i risultati conseguiti;
- gli impegni e le azioni previste per il futuro, in termini di ulteriori cambiamenti programmati sulla base dei risultati raggiunti.

La rendicontazione deve tener conto non solo di quanto realizzato direttamente ma anche di quanto realizzato da soggetti esterni, pubblici e privati, inseriti nel PLUS. Devono essere rendicontate anche le iniziative poste in essere per favorire e promuovere la partecipazione diretta dei cittadini e dei soggetti solidali ai processi decisionali di predisposizione e realizzazione dei progetti operativi stabiliti. Potrà essere acquisito anche un giudizio preliminare da parte della RAS sul documento proposto.

La rendicontazione dovrà fornire informazioni in merito a:

- metodologie di raccolta, elaborazione ed esposizione dei dati;

- descrizione del processo rendicontativo utilizzato;
- entrate e spese della gestione del PLUS, evidenziando la provenienza e la destinazione delle risorse finanziarie, le politiche di bilancio, l'elaborazione di opportuni indicatori finanziari;
- proventi e costi della gestione, riportando i dati derivanti dall'utilizzo della contabilità economico-patrimoniale generale ed analitica;
- variazioni patrimoniali, fornendo informazioni relative in particolare alla gestione dei beni e in generale agli equilibri a breve e a medio termine;
- dotazione e caratteristiche del personale impiegato, fornendo informazioni relative alle politiche di gestione e di sviluppo del personale (formazione, valutazione, mobilità, sistema retributivo e politiche di incentivazione, comunicazione, benessere organizzativo, ecc.) e alle innovazioni di struttura di processo relative all'organizzazione del lavoro;
- interventi di razionalizzazione e innovazione organizzativa, evidenziando i risultati realizzati nella gestione del patrimonio delle conoscenze e delle competenze, nella qualità delle relazioni interne ed esterne;
- strategie di cambiamento finalizzate al raggiungimento degli obiettivi di Piano proposti;
- utilizzo e sviluppo di infrastrutture e soluzioni tecnologiche per la gestione dei processi e dei servizi, qualità degli spazi fisici e delle soluzioni avanzate per la gestione dei processi e dei servizi;
- partecipazioni e protocolli di alleanza, di rete e di scambio tra diversi soggetti referenti PLUS, pubblici e privati.

Appare naturalmente evidente in tutto questo, la necessità di strutturare una rete informativa adeguata all'interazione tra i diversi soggetti ed enti referenti nella realizzazione del PLUS, organi interni e organi di governo, e quindi della necessità di coinvolgere tutte le risorse umane disponibili, prima per il monitoraggio e poi per la rendicontazione.

La redazione del Bilancio sociale dovrà esprimere essenzialmente il carattere comunicativo, rendendo significative per i destinatari le informazioni in esso contenute, diventando uno strumento conoscitivo interno e territoriale, che va ben oltre le necessità rendicontativo-conoscitive della Regione. Il documento dovrà essere scritto con un linguaggio semplice, scorrevole e non ridondante.

Prima del suo invio alla RAS e della sua diffusione il Bilancio sociale dovrà essere approvato dai competenti organismi comunali, provinciali e dell'Azienda Sanitaria.

A regime il processo di realizzazione del Bilancio sociale non dovrà essere separato dal processo di programmazione e controllo realizzativo del PLUS.