

Distretto Socio-Sanitario di Carbonia

Provincia di Carbonia Iglesias – Azienda Sanitaria Locale n. 7
Comuni di: Calasetta, Carbonia, Carloforte, Giba, Masainas, Narcao,
Nuxis, Perdaxius, Piscinas, Portoscuso, San Giovanni Suergiu, Santadi,
Sant'Anna Arresi, Sant'Antioco, Tratalias, Villaperuccio



Piano Locale Unitario dei Servizi alla persona 2007-2009

Indice

	pag.
Presentazione	1
1. Premessa generale e di metodo	5
1.1. Identità, coesione, gradualità	5
1.2. La costruzione del PLUS: il processo	10
1.3. Bisogni, Servizi e prestazioni sociali e sanitarie: aspetti generali comuni ai due Distretti di Carbonia e Iglesias	16
2. Il Profilo d'ambito del Distretto di Carbonia	29
2.1. Territorio e profilo demografico	29
2.2. La ricognizione dell'esistente	46
3. I risultati della programmazione partecipata: criticità, priorità, interventi	99
3.1. Premessa	99
3.2. Area anziani	100
3.3. Area Minori, Giovani e Famiglie	110
3.4. Area Disabilità e Sofferenti psichici	124
3.5. Area Disagio Adulto e Dipendenze	133
4. Le Schede/Programma dei Comuni per le attività da gestire autonomamente nel 2007	147
5. La gestione associata dei Servizi: il Servizio scelto, le ipotesi organizzative	183
5.1. L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	183
5.2. Accordo di Programma	190
6. Le prospettive di potenziamento provenienti dai Progetti Integrati di Sviluppo	197
7. Il monitoraggio del Piano	209
ALLEGATI	213

Presentazione

Già con la Conferenza dei Servizi, riunita il 29 novembre a Carbonia, si è avviato a compimento il processo di formazione del Piano Locale Unitario dei servizi Socio-sanitari per il prossimo triennio, processo nel quale un ruolo guida è stato svolto dalla Provincia di Carbonia-Iglesias.

È quindi questo un momento importante, un momento di successo, non solo per l'Assessore alle Politiche Sociali, Sanitarie e per la Famiglia, nè solo per la Giunta o per l'Istituzione Provinciale, ma per tutti gli attori del territorio, facendo diventare questo momento significativo della coesione e del perseguimento dell'identità sociale e culturale del nostro territorio, la cui essenza è la ragione stessa di questo documento di programmazione.

Una identità territoriale e sociale che sarà ancor meglio rimarcata e perseguita con lo svolgimento delle azioni del Piano e con le forme di gestione associata dei servizi inserite al suo interno, ma che sono state fortemente ricercate anche nella fase dello studio, dalla raccolta dei dati alla loro elaborazione, accettando e mettendo in atto modalità di costruzione del progetto che hanno privilegiato la partecipazione attiva delle Amministrazioni, degli Operatori comunali e dei gestori dei servizi, del Volontariato e di tutte le Organizzazioni Sociali.

Ne è scaturito un documento che, al di là della sua qualità intrinseca, che risulta certamente influenzata dalle novità delle procedure e dei compiti ai quali tutti eravamo chiamati, manifesta sicuramente al suo interno la realtà viva del nostro territorio. Questo riferimento puntuale alle sue potenzialità ed alle energie che i due Distretti possono effettivamente mettere in campo, sarà la spinta alla quale dovremo ricorrere per fare in modo che le criticità ed i difetti presenti nei servizi esistenti possano essere motivo di riflessione e che le proposte per superare tali criticità siano condivise e riconosciute come necessarie per offrire finalmente ai cittadini quelle risposte che si aspettano in termini di accessibilità, qualità, effettiva integrazione tra servizi sociali e sanitari, razionalità ed economicità nella gestione dei servizi medesimi.

Vorrei ricordare brevemente come abbiamo iniziato questo processo, come l'abbiamo portato avanti e come si è giunti al traguardo.

Richiamo all'attenzione sul momento della scelta, compiuta il 26 Giugno scorso, di attribuire alla Provincia il coordinamento del processo di programmazione; della nomina dei gruppi tecnici di Progettazione, del loro insediamento e dell'inizio dei lavori, in un periodo dell'anno (i mesi di luglio e agosto) per consuetudine contro-indicati per l'avvio di programmi di lavoro impegnativi, complessi e fortemente sperimentali, come si presentava il Piano dei Servizi Locali.

Ricordo quindi la grande Conferenza di Programmazione, tenutasi il 1° agosto a Portovesme, con la partecipazione di circa 300 persone; un'occasione che, come è stato ricordato proprio in quel dibattito da più d'uno dei partecipanti, è stata la prima opportunità di confronto popolare e di una parte qualitativamente significativa della popolazione della Provincia, mobilitata per affermare le questioni fondative delle politiche sociali, cioè dell'attenzione alla parte più esposta e debole di un territorio che ha un forte bisogno di individuare e mobilitare le forze migliori, per superare gli svantaggi sociali ed economici che lo appesantiscono, per offrire idee, modi, progetti.

A questa conferenza sono seguiti i tavoli tematici che, come indica il loro nome, hanno avuto lo scopo di offrire a tutti i soggetti pubblici e privati, alle Amministrazioni ed alla ASL, l'opportunità di esaminare insieme i temi costitutivi del progetto, i problemi, le aree critiche, i bisogni e le carenze nei servizi. E ciò perché i Gruppi Tecnici potessero, così come hanno effettivamente fatto nel prosieguo dei lavori, contrapporre alle criticità ed ai bisogni, proposte e risposte adeguate, mobilitando risorse disponibili sia in termini finanziari che professionali e del volontariato.

Si tratta di proposte e risposte ai problemi concreti, come vengono conosciuti tutti i giorni da operatori e amministratori; risposte che hanno la finalità di assecondare, anche nel nostro territorio, il passaggio delle attività gestite con modalità tradizionali, spesso ripetitive, ad una nuova modalità di intervento, più mirata ai bisogni essenziali ed arricchita dai caratteri dell'integrazione tra sanità e sociale, organizzata su base associativa, graduandone l'applicazione nel tempo in modo che sia consentito a tutti, e principalmente ai Comuni ed alla ASL, di adattare ai nuovi criteri le loro culture e le loro modalità di intervento.

Il Piano Locale Unitario per i Servizi alla persona, nell'ultimo e definitivo passaggio, rappresentato dalla Conferenza dei Servizi del 18 dicembre, sono approvati in via definitiva, per essere inoltrati all'Assessorato Regionale entro il 20 dicembre.

Così come è sempre nelle questioni che riguardano i bisogni sociali, che sono carichi di una forte carica evolutiva, ci troviamo di fronte ad un programma che deve prevedere, insieme alle modalità di controllo, anche quelli del riesame, della ridiscussione, dell'evoluzione, dell'adattamento ai fatti nuovi.

Non ci sono tempi stabiliti per il cambiamento del panorama sociale e dei bisogni che lo caratterizzano, soprattutto quando i soggetti interessati sono, per definizione, quelli più esposti e quindi quelli meno protetti anche di fronte agli svantaggi.

Del resto abbiamo coscienza delle imperfezioni di questa prima prova di programmazione partecipata; sappiamo che è mancata l'esperienza, la capacità di raccogliere e catalogare dati che i Comuni hanno sempre ricercato e trattato in

solitudine, abbiamo constatato talvolta anche qualche caduta d'impegno forse dovuta a mancanza di fiducia sul raggiungimento del traguardo finale, al quale siamo invece arrivati.

L'esperienza crescerà, ed insieme crescerà la nostra capacità e la sicurezza e fiducia degli interlocutori politici, tecnici e sociali.

Abbiamo attribuito a questo primo Piano Locale, insieme al carattere identitario e coesivo per il nostro territorio, anche le caratteristiche della lungimiranza e della gradualità.

Dobbiamo infatti ora accettare e governare la gradualità nell'applicazione degli strumenti e delle azioni previste. Forte è la carica innovativa del nuovo modo di gestire i servizi: l'integrazione socio-sanitaria non appartiene ancora ai nostri modelli gestionali, né a quelli dei Comuni, né a quelli della ASL; ma difficile sarà anche dar luogo immediatamente a gestioni associate armoniose ed efficienti, perché anche questa modalità organizzativa delle attività non appartiene ancora alla cultura delle Amministrazioni e degli operatori. Ma sono convinta, come ho detto, che la gradualità vada non solo accettata, ma anche governata, cioè circoscritta nei tempi, perché non divenga sinonimo di paralisi.

Credo, infine, che l'approvazione all'unanimità dei documenti della programmazione per il triennio venturo, non solo ripaghi del sacrificio chi ha intensamente lavorato, ma costituisca una soddisfazione per l'Istituzione Provinciale che tutti rappresentiamo, della quale siamo pronti a riconoscere i limiti e la fatica nel pieno adempimento dei suoi compiti e nella realizzazione delle aspettative dei cittadini. Ma della quale, in questa occasione, apprezziamo le potenzialità.

Da questa Istituzione, dai Comuni, dalla ASL, dalle Organizzazioni e dal Volontariato, parte ora l'impegno per l'attuazione del Piano, un impegno che certamente non mancherà.

Marinella Grosso



1. Premessa generale e di metodo

1.1. Identità, coesione, gradualità

❖ Il quadro normativo

La **Legge 328/2000**, per la creazione, nel nostro Paese, di un sistema integrato di servizi alla persona, legge che segna la ripresa di iniziativa dello Stato in materia di Assistenza Sociale, dopo un silenzio di cento anni, dalla Legge Crispi della fine dell'800, è anche la Legge che ha posto termine allo spontaneismo normativo delle Regioni, riaffermato e precisato il dovere costituzionale della solidarietà e segnato l'impegno della Repubblica a riequilibrare le politiche dello Stato Sociale.

Sulla base della Legge 328 è stata approvata, nella nostra Regione, la **L. R. 23** del Dicembre 2005 e dato avvio alla programmazione territoriale dell'Assistenza Sociosanitaria Integrata, di cui questo è il primo documento per quello che riguarda la nostra e le altre Province della Sardegna, un documento che tiene doverosamente conto degli interventi legislativi successivi, in particolare della **L. R. 10** di quest'anno, approvata come modifica della **L. R. 5/95**, a sua volta introdotta per recepire, nel territorio della Sardegna il secondo provvedimento di riforma del Servizio Sanitario Nazionale, cioè il **D. L.vo 502/92**.

La guida operativa del processo di programmazione, cioè le Linee Guida approvate dalla Giunta Regionale, sono state qui puntualmente rispettate.

La costituzione ed i primi passi della nuova Provincia di Carbonia-Iglesias, sono stati percepiti e vissuti, dalla popolazione del territorio, come riconoscimento di una peculiarità territoriale e storica, peculiarità che negli ultimi decenni, è stata confermata e consolidata proprio dall'entrata in crisi del particolare sistema economico e sociale collegato all'attività mineraria. Sono emersi, soprattutto a partire dei primi anni 60 del secolo scorso, insieme ai gravissimi problemi, anche i segni distintivi di un territorio e l'esigenza di nuove modalità di sviluppo che sostituissero l'economia mineraria e che ponessero alternative anche ai guasti sociali di un'economia di baratto tra la deprivazione delle risorse ed una effimera compensazione assistenziale.

L'avvio dei primi atti concreti di programmazione può ora servire ad aggiungere alla coscienza dell'acquistata autonomia, il senso dell'effettivo avvio, nel segno della concretezza.

Non che manchino motivi di distinzione persino sul versante etnico-linguistico e dei costumi delle comunità che compongono il territorio provinciale, ma è facile ritenere che le persone che lo abitano, si aspettino decisioni ed attività che ne accompagnino concretamente la vita quotidiana.

Nessun altro atto di programmazione (seppure ci fosse stato) avrebbe potuto segnare questa meta autonomistica, più di quello che nasce con l'intento di compren-

dere ed assumere nella sua responsabilità politico-amministrativa i bisogni profondi delle popolazioni, soprattutto di quelle deboli e marginali e a raccogliere, intorno ad esse, le competenze, la partecipazione e la solidarietà organizzata delle istituzioni locali ,degli operatori, delle associazioni, in quanto si accinge a migliorare e coordinare politiche sociali e sanitarie, ma anche educative, del lavoro, dell'urbanistica ed abitative.

La programmazione socio sanitaria, non più centrata nella dimensione locale, ma articolata su base distrettuale all'interno di un più ampio disegno territoriale, può e deve essere (ed a questo si impegnano gli stipulanti il patto programmatico della Provincia di Carbonia-Iglesias) un momento fortemente coesivo nel quale l' identità territoriale della nuova Provincia è vissuta come incardinata nella concretezza dei bisogni vitali e delle possibili risposte, utilizzando le risorse politiche, organizzative, finanziarie ed umane disponibili e rifiutando di rimanere ancorata ad opinabili distinzioni su basi sfumate ed incerte nei presupposti e soprattutto in risultati solidamente rappresentabili ai cittadini.

❖ Il superamento della programmazione locale ed i nuovi processi di aggregazione

L'esperienza compiuta dai Comuni del territorio, come del resto in tutta la Sardegna, nell'applicazione della L.R. 4/88 deve ritenersi oggettivamente superata e senza dubbio necessaria la svolta organizzativa che, richiamandosi alla L. 328/2000, la Regione Sarda ha concretizzato con l'approvazione della L.R. 23/2005.

Il punto di arrivo dell'esperienza compiuta dalle Amministrazioni Locali nel periodo dei tre lustri che corrono dai primi anni '90, fino alla L. R. 23, se è stata ricca di esperienze positive e spendibili anche nel nuovo sistema, ha però evidenziato anche notevoli discrasie nella lettura del bisogno sociale, nella separazione tra competenze sanitarie e socio-assistenziali, nell'impiego parcellizzato delle risorse finanziarie e nell'efficacia dei servizi, discrasie delle quali ora è necessario prendere atto per superarle nella programmazione sociosanitaria sovracomunale.

Con la cessazione della progettualità annuale basata su finanziamenti su obiettivi, che da transitori sono in molti casi divenuti permanenti, è facile temere il disorientamento e lo squilibrio che colpirà proprio quelle realtà comunali che, nella progettazione annuale, sono stati più capaci, pronti e fantasiosi nell'interpretazione del bisogno locale e nella sua prospettazione all'Amministrazione Regionale per ottenere il finanziamento dei servizi intuiti come possibili risposte.

In questo senso, il dover prendere atto di questo depotenziamento finanziario a carico di alcune realtà locali del territorio, che hanno realizzato anche interventi fortemente innovativi, può e deve costituire un concreto stimolo all'efficienza gestionale ed al superamento del localismo programmatico.

Ma si tradurrà certamente in ricadute sfavorevoli sul piano finanziario perché i Comuni che saranno privati delle entrate per progetti obiettivo non le potranno sostituire con risorse del proprio bilancio, se non rinunciando ad altri servizi utili, se non indispensabili.

Il Piano Locale Unitario dei servizi sociosanitari per la Provincia di Carbonia-Iglesias, articolato nei due Distretti, quello di Carbonia con 16 Comuni, quello di Iglesias con 7, vuole accogliere, con necessaria gradualità, lo stimolo al cambiamento che viene dalla nuova Legge, riconoscendo nella modalità distrettuale la dimensione ottimale non solo per gli aspetti della gestione e per le economie di scala che vi si possono realizzare (aspetto non trascurabile, comunque), né solo per la favorevole opportunità che è data dal vincolo dell'integrazione socio sanitaria, ma anche per la possibilità di rilevazione e lettura del bisogno sociale, possibilità che nei Distretti sarà concessa attraverso il superamento della dimensione locale, dimensione che spesso rende culturalmente illeggibili e statisticamente irrilevanti i fenomeni e quindi insufficienti o parziali le risposte.

L'esame attento che è stato compiuto, nel contesto delle azioni preparatorie alla formulazione del Profilo d'ambito, sui singoli Piani socio assistenziali dei Comuni dell'ultimo anno di vigenza della legge 4/88, ha consentito di confermare le difficoltà che provengono, ad una lettura credibile del bisogno socio sanitario, dalla parcellizzazione locale data l'insussistenza (salvo i casi di Comuni di maggiori dimensioni) di un bacino osservabile con gli strumenti a disposizione dell'analisi dei fenomeni sociali e sanitari.

Certamente i Comuni hanno sempre attribuito ai loro Piani annuali i compiti di lettura e analisi dei bisogni e della loro evoluzione nel tempo, per individuare e mobilitare le risorse sociali, definire obiettivi e priorità, realizzare (pure nelle ridotte dimensioni delle comunità) gestioni compatibili e quindi valutarne i risultati.

Tuttavia, e ciò è avvenuto col passare del tempo, questi presupposti di orientamento all'azione sociale, anziché venire chiaramente enunciati devono essere spesso invece estrapolati e dedotti dalle tipologie dei servizi organizzati, dalle professionalità impiegate e dal loro target di utenza.

Gli organismi incaricati della formulazione del profilo territoriale, i due GTP, hanno constatato e riferito alla Conferenza di Programmazione ed alle Conferenze dei Servizi, come un forte contributo a questa protratta insufficienza di analisi, che si è riverberata poi, come verrà detto di seguito, anche sulla qualità dei dati confluiti nei Profili d'ambito, deriva dalla diffusa debolezza organizzativa dei servizi comunali e dal loro dover contare, in molti casi, su apporti discontinui di operatori in convenzione per poche ore alla settimana, con un radicamento debole nell'Amministrazione e nelle problematiche locali.

È per questo che il Piano attribuisce, al rafforzamento graduale degli apparati tecnico professionali, sostenuto dal finanziamento regionale, una priorità fondamentale, che sia premessa al buon risultato delle azioni. Un completamento organizzativo che, in

quanto ritenuto indispensabile e attuato in un sistema di programmazione e gestione di tipo distrettuale, potrà concretizzarsi mediante accordi opportuni tra i soggetti partecipanti, con l'inserimento di professionalità diverse Comune per Comune, da impiegare in équipe interprofessionale negli ambiti sub-distrettuali individuati per la gestione dei servizi, come soluzione ideale per incrociare al meglio le competenze e l'organizzazione della ASL.

**❖ I processi di progressivo adeguamento del Piano:
necessità ed occasione di confronto permanente**

Il momento di avvio di una programmazione profondamente diversa nei metodi e negli sbocchi operativi da quella che i Comuni hanno finora prodotto sollecita la necessità che essa sia costruita nella previsione di passaggi attuativi graduali e postula soprattutto il dovere della coerenza delle azioni nella necessaria flessibilità e adattabilità ai ritmi di crescita dei partecipanti, non tutti presenti con la stessa intensità all'atto dell'elaborazione, ma anche di quei soggetti che ,pure chiamati a collaborare, per vari motivi non hanno partecipato, ma saranno comunque interessati alle azioni che saranno sviluppate.

La gradualità che gli stipulanti il patto territoriale intendono applicare alla Programmazione dei due Distretti della Provincia interessa aspetti, momenti, passaggi attinenti sia alla fase dell'elaborazione che alla concreta attuazione.

1. La difficoltà nell'ottenere, già da ora, la partecipazione costruttiva di organizzazioni ed istituzioni che, per dato costitutivo, formazione o interesse non hanno l'attitudine immediata a comprendere e condividere l'immersione profonda, che è richiesta dal patto territoriale e dall'impegno di azione che ne scaturisce, essendo invece normalmente occupati in settori diversi della vita civile ed economica pare spiegabile con la non facile comprensione di modelli normativi, tecnicità operative, finalità, ruoli da ricoprire. Non si trascuri la particolare situazione socioeconomica in cui il territorio si trova e la forte enfasi che, soprattutto le organizzazioni dei lavoratori pongono nella risoluzione dei problemi vitali del lavoro e dello sviluppo.
2. Vengono introdotte nuove modalità nella acquisizione dei dati necessari alla costruzione del profilo d'ambito, nuove sia in termini di qualità, quantità, obiettivi. Si tratta di modalità di raccolta dei dati che devono scontare la naturale difficoltà dei soggetti a superare la visione locale nel quale sono inseriti e dalle conseguenti logiche programmatiche praticate per molto tempo. È naturale proiettare nel tempo biennale l'ascesa di una nuova cultura della acquisizione e catalogazione dei dati.
3. I tempi di necessario assestamento delle gestioni associate, alle quali è dedicato un apposito spazio in questo documento, non saranno brevissimi, anche per gli aspetti formali della formazione degli organismi.

4. Sarà introdotto, e dovrà esserne consolidata l'articolazione statutaria e organizzativa, un organismo di monitoraggio e progressivo adeguamento del Programma, mediante l'alternanza programmata degli operatori comunali.
5. Il miglioramento dei servizi sociali professionali, la cui necessità si fa sentire soprattutto nei Comuni attualmente più carenti (e non sempre sono quelli di dimensioni più piccole) non potrà essere immediato, sia per la necessità di reperimento delle risorse che per gli accordi che dovranno intercorrere tra i Comuni.
6. Si prospetta la riorganizzazione, su base regionale, degli enti intermedi e la diffusione delle Unioni dei Comuni, sulla base di un provvedimento allo studio della Giunta Regionale e degli organi associativi degli Enti Locali. Il fatto non potrà non avere riflessi sulla gestione associata dei servizi locali, anche sociosanitari.
7. E' prevedibile la necessità di tempi adeguati per introdurre modalità nuove nella dialettica tra Enti Locali e Azienda Sanitaria Locale, una dialettica che, nella nostra Regione, si è spesso caratterizzata più per atteggiamenti di scarsa reciprocità che per abitudine al confronto operativo. Le nuove condizioni normative, da sole, non saranno prevedibilmente sufficienti, ma i mesi di lavoro comune per la predisposizione del Piano integrato hanno consentito il maturarsi della certezza che il graduale superamento delle situazioni potenzialmente conflittuali è possibile.
8. Il numero dei soggetti attualmente e potenzialmente partecipanti al patto programmatico territoriale è assai esteso per numero e tipologia di organizzazioni. Si sono rivelate disagevoli, in questa prima fase di lavoro comune, le procedure di coinvolgimento di tutti per la stessa difficoltà a rendere compatibili impegni istituzionali e tempi di incontro. Certamente, soprattutto se sarà dimostrata l'efficacia e l'utilità dello strumento e con la sperabile evidenza delle prime ricadute positive in termini di coordinamento e qualità dei servizi, sarà possibile giungere a cronogrammi e ruoli condivisi ed attuabili.
9. Alcuni dei possibili partecipanti al Patto, non appartenenti strettamente all'area di prioritario interesse delle attività sociosanitarie, hanno palesato di avere necessità di tempo di riflessione, per individuare e riconoscere il concreto rapporto esistente tra alcune criticità con le quali vengono a contatto, e le azioni prioritarie per affrontarle. La difficoltà è stata maggiore quando queste azioni si incardinano in competenze di organizzazioni delle quali non conoscono le norme regolatrici e i nuovi criteri di programmazione integrata degli interventi.

❖ Gli strumenti e momenti per il monitoraggio e l'aggiornamento

La gestione della gradualità propone ai soggetti del Patto sfaccettature e complessità di non facile gestione, in quanto essa non è rivolta solo all'aspetto dell'implementazione dell'azione, ma agli stessi dati che hanno costituito la base per il profilo d'ambito; la stessa problematicità che si riconosce nella programmazione dei singoli

Comuni ove si voglia riconoscere con immediatezza il rapporto tra bisogno conosciuto e bisogni effettivamente esistenti.

La Conferenza di Programmazione, pur nella chiara desuetudine dei tanti soggetti partecipanti, ad organizzare gli apporti in una sede finora sconosciuta, ha colto l'aspetto del distacco tra il numero di coloro che nel Comune o nella ASL fanno parte dell'utenza conosciuta ed accertata ed il numero degli utenti potenziali, numero largamente sconosciuto e che emerge talvolta in modi incontrollabili e difficilmente gestibili.

La stessa Conferenza di Programmazione ha proposto una meta che deve essere soggetta a gradualità, ma che non può essere derogabile né lontana: quella di ridurre la distanza quantitativa tra il popolo degli "accertati" e conosciuti (il popolo dello sportello) e quello dei "potenziali", cioè di coloro che allo sportello risultano sconosciuti.

In questo consiste l'attuazione, nel nostro territorio, delle previsioni dell'articolo 30 della L.R. 23/2005, nel far emergere progressivamente le azioni essenziali di prevenzione e risposta al bisogno socio sanitario e nello sfumare di altre attività che, ancorché necessarie o gradite, non rispondono però al carattere della priorità e dell'essenzialità.

Si tratta di descrivere un doppio processo ascendente/discendente che costituisce il contenuto e la sfida del PLUS, dovendo tener conto delle vischiosità del sistema, delle aspettative e delle carenze professionali di alcuni gestori, dei bisogni formativi e delle relative politiche.

Il Piano imposta correttamente l'avvio di questo processo, individuando, sulla base delle notizie ed osservazioni, e delle conseguenti riflessioni dei GTP, criticità e priorità.

Il sistema di monitoraggio sullo svolgimento del processo dovrà verificare tempi e modi attraverso cui le azioni essenziali e prioritarie salgono nella scala delle risposte sostituendo quelle che scendono nella considerazione dei protagonisti degli stipulanti il patto territoriale, in quanto non essenziali.

Questa azione di monitoraggio, basata sui dati di osservazione concreti e condivisi, sarà affidata ad un organismo modellato sugli attuali GTP, con proprie regole di funzionamento che diano ai Comuni pari doveri di partecipazione attraverso adeguati sistemi di rotazione.

1.2. La costruzione del PLUS: il processo

❖ Il Processo

La Regione Sarda per l'attuazione della Legge 23 del 2005 ha previsto l'utilizzo di importanti risorse finanziarie del POR, per il superamento di alcune criticità che condizionano la possibilità che il nuovo processo programmatico possa realizzarsi e produrre per intero i suoi effetti. Sono state, infatti, previste delle attività di assistenza

tecnica e di formazione per le persone impegnate nella costruzione ed attuazione dei PLUS.

Il Formez, attraverso un finanziamento del PON Misura 2.11 Azione 5.1, finalizzata a facilitare l'avvio nelle Regioni dell'Obiettivo1, della riforma del *welfare* locale, su richiesta della Regione, nelle more dell'avvio del programma di assistenza tecnica e formazione summenzionato, ha supportato tale processo nella sua prima fase di realizzazione. In particolare, ha organizzato due incontri (uno per ciascun Distretto), finalizzati all'illustrazione del processo di riforma in corso e alla realizzazione di una prima mappatura degli attori impegnati nel sistema dei servizi sociali; ha supportato la Provincia nell'organizzazione e gestione delle attività istituzionali (Conferenza di Programmazione e Conferenze di Servizi) e curato la formazione e l'accompagnamento dei membri del GTP nella realizzazione delle attività che hanno portato alla costruzione del PLUS. Tutte queste attività hanno risentito soprattutto dei vincoli temporali che ne hanno condizionato lo svolgimento e i risultati.

Sono state rispettate tutte le scadenze previste dalle Linee Guida della Regione per l'attuazione della riforma, ma per ognuna di queste i risultati non potevano essere che parziali, in assenza del tempo e delle risorse umane che sarebbero state necessarie per garantire, solo per fare qualche esempio, la completa mappatura sul territorio dell'associazionismo e del privato sociale o una completa ricostruzione dei servizi erogati, in termini quantitativi e qualitativi, dai Comuni, nonché la loro struttura organizzativa e le risorse dedicate. Inoltre non sempre si è potuto contare sulla tempestività ed accuratezza da parte dei diversi soggetti coinvolti, in primo luogo i Comuni che non hanno omogeneamente garantito il loro contributo per il superamento delle criticità. I dati richiesti sono, talvolta, risultati incompleti e imprecisi e non sono stati rispettati i tempi di richiesta.

La normativa regionale prevede che la costruzione del PLUS debba essere il risultato di un processo di concertazione e programmazione partecipata, articolata su tre livelli di responsabilità (politico, tecnico-operativo e comunitario) che coinvolge i diversi attori, istituzionali e non, che operano nell'ambito del complesso sistema dei servizi alla persona.

La Conferenza di programmazione (CdP) e i Tavoli Tematici vengono individuati come le sedi privilegiate in cui, attraverso la partecipazione attiva delle comunità locali, si definiscono le politiche per le singole aree di intervento del Plus, per mezzo di approfondimenti tematici e predisposizione di contributi e proposte.

Lo strumento operativo, di supporto e assistenza tecnica ai diversi attori coinvolti nella Programmazione sociale è indicato nel Gruppo Tecnico di PLUS (GTP) cui compete l'elaborazione della proposta di PLUS alla luce dei contributi e delle proposte acquisite in sede di CdP e Tavoli Tematici.

L'avvio del processo di programmazione, a seguito dell'emanazione delle Linee Guida, ha portato alla nomina, nell'ambito della Conferenza di Servizi tenutasi il 26/06/2006 del GTP. Nel rispetto delle indicazioni regionali, i componenti sono stati

individuati in modo da garantire la presenza di competenze di progettazione, valutazione e sviluppo comunitario, conoscenze economico-amministrative e statistiche epidemiologiche nel settore sociale e sanitario e la rappresentatività del contesto territoriale di riferimento. Oltre ai componenti titolari sono stati individuati dei “supplenti”, per assicurare al GTP la massima funzionalità.

❖ **La Conferenza di programmazione**

La prima Conferenza di Programmazione, con la quale il GTP ha avviato il processo di costruzione del PLUS si è tenuta a Portovesme il 1° agosto 2006.

Le dimensioni relativamente limitate del territorio della Provincia di Carbonia-Iglesias, la presenza interdistrettuale di alcuni degli attori chiamati a contribuire alla costruzione del PLUS e i tempi molto ristretti per la sua organizzazione hanno fatto optare per la realizzazione di un'unica prima Conferenza di programmazione interdistrettuale. Nell'ambito di essa si è provveduto alla illustrazione del percorso metodologico di costruzione del PLUS e alla presentazione del primo profilo d'ambito, configuratosi in questa fase come una prima “fotografia” del territorio dal punto di vista demografico/epidemiologico e una ricostruzione dello stato dell'offerta dei servizi sociali, sanitari e socio-sanitari.

Nel corso dei lavori è stato dedicato uno spazio alla raccolta delle informazioni riguardanti gli organismi del Volontariato e del Privato Sociale. La scheda di rilevazione oltre ai dati utili alla mappatura dei suddetti organismi prevedeva la rilevazione di informazioni finalizzate all'organizzazione delle successive attività di programmazione partecipata. È stato censito l'interesse dei diversi organismi a partecipare a uno o più dei 4 tavoli tematici individuati. Una parte della scheda proposta prevedeva l'indicazione di un settore d'intervento ritenuto dai partecipanti particolarmente significativo ai fini della costruzione del PLUS.

L'ultima sezione della scheda era destinata alla raccolta di eventuali proposte per la costruzione del PLUS.

❖ **La costruzione del profilo d'ambito**

La costruzione del profilo d'ambito è stata realizzata dal GTP con l'assistenza tecnica del Formez.

Il lavoro è stato impostato partendo dal presupposto che conoscere e descrivere con un “profilo” la comunità locale significa disporre di informazioni per leggerne la complessità, ovvero volgere lo sguardo sull'insieme delle sue parti analizzando al contempo ciascuna di esse: il profilo territoriale, quello demografico e, come aspetto peculiare del PLUS, il profilo dei servizi.

Per la ricostruzione del profilo demografico si è proceduto all'elaborazione dei dati ISTAT aggiornati al 31 dicembre 2005, mentre per ciò che concerne il quadro dei servizi socio-sanitari sono stati analizzati i Piani socio-assistenziali dei Comuni e i

dati raccolti attraverso appositi strumenti di rilevazione, costruiti *ad hoc* dal gruppo di lavoro sulla base dei modelli di scheda proposti dalla RAS in allegato alla prima stesura delle Linee Guida del PLUS. Le schede e le griglie di rilevazione, strutturate per consentire una ricostruzione dello stato organizzativo dei servizi non solo in chiave quantitativa, ma anche in termini di risultati, elementi di funzionalità ed efficacia e criticità, si sono configurate quindi come strumenti di acquisizione di elementi significativi per lo sviluppo o la riprogettazione delle politiche d'intervento del territorio.

Le schede, articolate per aree di utenza, hanno consentito di rilevare per ciascun servizio, la sua descrizione, i dati sull'utenza, i costi economico-finanziari, le modalità gestionali, le forme di integrazione istituzionali formalizzate e non (tra enti, servizi e con il privato sociale), le forme di coinvolgimento/promozione di soggetti comunitari nella progettazione ed erogazione di interventi/servizi. E' stata inoltre ricostruita la localizzazione delle strutture socio-assistenziali e sanitarie, la presenza degli organismi del Terzo settore (volontariato e cooperazione sociale) operanti nel territorio.

Per ciò che attiene all'attività della ASL è stata privilegiata la mappatura e l'analisi dei servizi territoriali distrettuali (ADI, Consultorio, SerT, MMG, Salute Mentale, Assistenza Riabilitativa), in ragione della rilevanza delle funzioni che sono chiamati a svolgere nella prospettiva dell'integrazione socio-sanitaria e la loro localizzazione sul territorio.

I risultati del lavoro di rilevazione e analisi hanno risentito della mancanza a livello di singoli Comuni, e conseguentemente di Distretto, di un efficace e omogeneo sistema informativo. La estrema differenziazione delle modalità di classificazione, archiviazione e gestione dei dati riscontrata presso i Comuni, a partire dalla stessa denominazione attribuita ai servizi erogati, ha rappresentato indubbiamente una rilevante criticità oltre che per il reperimento e la trasmissione delle informazioni, anche per il lavoro di analisi ed elaborazione delle stesse che richiede, come elemento di fondo, la disponibilità di dati completi, omogenei e tempestivi.

❖ I tavoli tematici

Per l'approfondimento del quadro conoscitivo della domanda e dell'offerta sociale il GTP ha scelto di costituire quattro tavoli tematici: Minori e Giovani; Anziani; Disabilità; Disagio Adulto, Dipendenze, Immigrazione.

La scelta dei Tavoli Tematici ha risposto ad alcuni elementi emersi e sottolineati dall'analisi effettuata con il profilo d'ambito e costituisce una indicazione e un orientamento per l'organizzazione e la gestione degli interventi. La situazione socio-demografica è infatti caratterizzata da un saldo migratorio elevato da un forte invecchiamento della popolazione, da un alto indice di dipendenza. Questi tre fenomeni hanno portato a considerare come strategici gli interventi che riguardano la famiglia, l'infanzia, l'adolescenza e i giovani, attraverso la qualificazione e il rafforzamento delle azioni loro rivolte, e a ritenere essenziali, in termini di emergenza

sociale e di qualità della vita complessiva delle comunità locali, i servizi rivolti agli anziani. Nel quadro di una qualità di vita da assicurare anche alle fasce più deboli il tavolo tematico “disabilità”. Gli interventi rivolti alle persone parzialmente o totalmente non autosufficienti costituiscono da un lato un sostegno per le famiglie e per gli organismi che curano l’inclusione sociale di questi soggetti, e dall’altro rappresentano spesso un investimento per la fruizione complessiva dell’ambiente e dei servizi locali. Il tavolo tematico “disagio adulto” risponde all’esigenza di riorganizzare alcune delle risposte che alla grave crisi occupazionale che caratterizza il territorio. La disoccupazione e la precarietà delle forme di lavoro e alcune manifestazioni che spesso ne sono la conseguenza, sofferenza mentale e dipendenze, richiedono una rimodulazione e qualificazione degli strumenti di intervento e modalità di aggregazione dei soggetti che intervengono su queste problematiche. Da questo punto di vista, i tavoli non sono stati solo un momento di consultazione, ma l’occasione per riproporre con forza l’esigenza di un “patto” tra tutti i soggetti pubblici e privati che intervengono e interagiscono nel sociale per ridefinire le strategie comuni di intervento e per valorizzare le competenze e le capacità di analisi e d’intervento di ciascuno.

Anche nella scelta delle sedi di convocazione, il GTP ha voluto sposare la filosofia della partecipazione e garantire il coinvolgimento dell’intero territorio prevedendone lo svolgimento in sedi itineranti.

Tavoli tematici Distretto di Carbonia				
Date e sedi di realizzazione				
	Minori	Anziani	Disabilità	Disagio adulto, Dipendenze, Immigrazione
I Tavolo	Carbonia 14/09/2006	Narcao 18/09/2006	Sant’Anna Arresi 13/09/2006	San Giovanni Suergiu 13/09/2006
Il Tavolo	Portoscuso 3/10/2006	Santadi 6/10/2006	Giba 5/10/2006	Sant’Antioco 4/10/2006

Il percorso di lavoro dei diversi Tavoli è stato curato anche dal punto di vista metodologico sia per ciò che concerne le modalità di conduzione (distribuzione di ruoli specifici di conduttore, facilitatore e verbalizzatore ai componenti dei GTP) sia per ciò che attiene agli strumenti di lavoro, utilizzati e predisposti nell’ambito di appositi incontri di approfondimento e formazione (scheda di registrazione dei partecipanti; scheda per la sintesi dei contributi e delle proposte da compilarsi a cura dei presenti; scheda di verbalizzazione; griglia per il lavoro di approfondimento sulle priorità). Le soluzioni di tipo metodologico adottate avevano un duplice obiettivo: responsabilizzare e coinvolgere in maniera attiva ciascun partecipante al Tavolo; valorizzare, restituire e diffondere tutti i contributi, le proposte, gli approfondimenti, i risultati prodotti nel corso dei lavori.

Sulla scelta dell'articolazione e della realizzazione dei tavoli tematici hanno inciso, in maniera determinante, i vincoli a cui si è fatto riferimento, con la conseguenza che sono state affrontate, all'interno dello stesso tavolo, tematiche che avrebbero necessitato di uno specifico lavoro di analisi e approfondimento e che è stato necessario concentrare la convocazione dei diversi tavoli, e limitare a due le sessioni di lavoro.

❖ **Analisi della partecipazione**

I dati ricavati dall'elaborazione delle schede di registrazione e dei fogli di presenza da un lato evidenziano una nutrita partecipazione ai lavori da parte degli organismi del volontariato e della cooperazione sociale e dall'altro segnalano la scarsa presenza degli altri soggetti responsabili di importanti servizi sul territorio: le Amministrazioni giudiziarie, le Istituzioni Scolastiche e di Formazione, i Servizi per il lavoro).

A conferma delle candidature già espresse in occasione della prima Conferenza di programmazione e in ragione dell'eterogeneità dei propri ambiti di attività e del target di riferimento dei servizi erogati nel territorio, le Cooperative Sociali rappresentate hanno tendenzialmente preso parte ai lavori di tutti e quattro i Tavoli, diversamente dalla maggior parte delle Associazioni di volontariato che, caratterizzandosi invece per aree di azione e settori di competenza più circoscritti, hanno operato una maggiore selezione nell'adesione ai Tavoli.

I Comuni del Distretto sono stati rappresentati ai lavori dei tavoli in prevalenza dai tecnici che operano nei Servizi Sociali (10 su 16 sono stati rappresentati in almeno una delle otto sessioni di lavoro dei Tavoli).

Particolarmente significativa, nell'ottica della promozione dell'integrazione socio-sanitaria, la presenza dei servizi territoriali della ASL (Consultorio, Neuropsichiatria Infantile, SerT, CSM e MMG), registrata in particolare nei Tavoli "Minori e Giovani" e "Disabilità", che risultano essere anche i tavoli "maggiormente partecipati" con rispettivamente 52 e 60 partecipanti in rappresentanza di 30 e 37 organismi ¹.

Tutti i tavoli si sono caratterizzati per una presenza discontinua e differenziata degli organismi rappresentati nelle diverse sessioni di lavoro, caratteristica che, se non superata, potrebbe impattare negativamente sul funzionamento dei tavoli permanenti di concertazione

1.3. Bisogni, Servizi e prestazioni sociali e sanitarie.

Aspetti generali comuni ai due Distretti

I Piani dei Comuni del territorio. Bisogni e Servizi nella prospettiva della gestione associata delle prestazioni sociosanitarie integrate.

¹ i dati si riferiscono complessivamente alle due sessioni di lavoro

1.3.1. Piani comunali e servizi nella prospettiva del necessario accorpamento di prestazioni di identica natura.

❖ Dalla programmazione locale a quella territoriale nella logica del PLUS

La costruzione del sistema dei servizi territoriali, come superamento della programmazione parcellizzata nei singoli Comuni e costruzione di forme di gestione associata, ha, come passaggio obbligato, la conoscenza dei servizi attualmente gestiti per rilevarne, prima ancora della quantità, la natura, l'organizzazione, le professionalità impiegate ed il target di riferimento.

È di comune conoscenza il fatto che le singole programmazioni e gestioni abbiano dato luogo a servizi e prestazioni che, con nomi diversi, hanno contenuti, modalità di svolgimento e riferimenti sociali perfettamente sovrapponibili. Allo stesso modo, è facile rinvenire servizi e prestazioni per i quali l'identica denominazione non identifica uguali caratteri e target.

Si tratta dunque di individuare, come passaggio preliminare alla costruzione del Profilo d'Ambito dei due Distretti, il livello di accorpabilità dei servizi, finalizzata proprio a forme di gestione associata, che sia comunque rispettosa delle peculiarità che, al di là del giudizio sui singoli casi, si sono radicate nella comunità locale, peculiarità che, almeno in una fase iniziale, dovranno essere tenute presenti nella conoscenza della realtà e, in prospettiva nel processo di evoluzione verso modelli organizzativi che configurino le caratteristiche di “ sistema di servizi”, caratterizzato, in senso orizzontale dalla pluralità dei soggetti ed, in senso verticale dall'integrazione di azioni di comune conoscenza ed accettazione.

Sono stati utilizzati, per la rilevazione e le considerazioni che ne scaturiscono, i piani socioassistenziali per l'anno 2006 redatti dai Comuni appartenenti ai due ambiti territoriali, nella parte in cui essi descrivono i servizi funzionanti nell'anno 2005. Sono stati inoltre utilizzati altri documenti descrittivi, elaborati dagli stessi Comuni proprio con la finalità di consentire la ricognizione.

L'utilizzo dei soli programmi per l'anno 2006 è stato ritenuto sconsigliabile per tre motivi: occorrendo definire un riferimento temporale consolidato comune per tutti i soggetti esaminati, era necessario, in ogni caso, come elemento di controllo la “descrizione” dell'esistente prodotta dai Comuni su richiesta del G.T.P. e su uno schema concordato. In conclusione la rilevazione può dirsi assai vicina alla realtà;

- ◆ Nell'esperienza comune le intenzioni delle Amministrazioni raramente si traducono in servizi nello stesso anno della proposta; più spesso l'attuazione del servizio, anche se risultano disponibili le risorse di avvio, viene spostata nel tempo per gli inevitabili problemi organizzativi ed amministrativi che comportano le procedure di appalto ed altro;

- ◆ la totalità dei “progetti” identificati come tali nei piani dovrebbe essere finanziata, negli intendimenti dell’Ente programmatore, con i fondi dei Progetti Obiettivo. Tali fondi non sono, tuttavia, disponibili dall’anno corrente, in quanto la legge 23/2005, contrariamente alla legge 4/88 non li prevede, per cui è opportuno rivolgere l’attenzione ai servizi provenienti dagli anni trascorsi, in quanto consolidati nel tempo e finanziati col fondo unico ovvero con risorse del bilancio comunale.

Nell’esame dell’offerta, si è tenuta presente una definizione di “Servizio” che connotasse risposte consolidate e sufficientemente continuative a domande conosciute, trascurando le iniziative estemporanee, nate per soddisfare interessi, aggregare categorie di cittadini, offrire spazi ed occasioni momentanee di socializzazione, incontro, cultura, rievocazione di tradizioni e storie locali.

❖ **La ricognizione dei servizi**

a) Assistenza Economica

Viene affermata l’elaborazione, da parte del Servizio Sociale Comunale, di un programma d’intervento per ciascun caso preso in carico (famiglie e persone singole) ed erogazioni in forma ordinaria o straordinaria a seconda delle situazioni considerate.

Le tipologie di intervento riportate si riferiscono a:

- ◆ assistenza economica mediante sussidi periodici in denaro;
- ◆ assistenza economica mediante sussidi straordinari al rappresentarsi di situazioni impreviste e di emergenza;
- ◆ erogazione di buoni di prelievo di generi di prima necessità nei negozi convenzionati nei casi in cui appaia problematico responsabilizzare l’assistito ad un uso oculato dei contributi;
- ◆ rimborsi spese per viaggi al fine di accedere a visite mediche, ricoveri, visite a congiunti ricoverati ospiti di comunità di recupero o reclusi);
- ◆ esenzione dal pagamento di contributi di accesso a servizi assistenziali a parziale o totale contribuzione degli utilizzatori, ovvero altre esenzioni.

In molti Comuni dei due Distretti viene attestata l’esistenza di un servizio alternativo a quello della semplice erogazione in danaro. Esso prevede invece un patto stabilito con il percipiente del sussidio per la prestazione di attività di lavoro per alcune ore. Interessa principalmente giovani in difficoltà, dipendenti da sostanze, sofferenti mentali o portatori di disturbi del comportamento.

I nomi assunti da tale servizio, nei vari Comuni, sono:

- ◆ Inserimenti lavorativi;
- ◆ Progetto lavoro;
- ◆ Forma lavoro;

- ◆ Integrazione socio lavorativa;
- ◆ Assistenza economica con lavoro;
- ◆ Servizio civico.

b) Assistenza Domiciliare Anziani e Disabili

L'attività, con denominazione omogenea, è attestata in tutti i Comuni dei due Distretti e la sua estensione appare consolidata per quanto riguarda le tipologie dei cittadini che vi sono ammessi.

La gestione è affidata, nella totalità dei casi, a Cooperative iscritte negli appositi registri regionali.

È utile segnalare il funzionamento di Servizi di sostegno alternativi all'Assistenza Domiciliare:

- ◆ Telesoccorso e Telecontrollo, al quale sono interessati alcuni Comuni nei due Distretti;
- ◆ Assegni di cura, per compensare l'assunzione delle responsabilità assistenziali da parte dei nuclei parentali dell'anziano, in alternativa anche all'istituzionalizzazione;
- ◆ Affidamenti familiari di anziani.

Un Comune del Distretto riferisce della sperimentazione, nel territorio di competenza, dell' Assistenza Domiciliare Integrata, attuata con la collaborazione del Medico di Medicina Generale e della ASL, esperienza certamente in vita in più di un Comune, anche se non espressamente indicata.

c) Altri Servizi per gli anziani non diffusi in tutti i Comuni:

- ◆ Ginnastica dolce;
- ◆ Viaggi di "socializzazione";
- ◆ Nonno vigile presso i caseggiati scolastici;
- ◆ Pasti a domicilio per situazioni gravi;
- ◆ Servizi di trasporto in ospedale, per visite in cimitero, per l'accesso alla medicina specialistica, la dialisi.

d) Servizi per le fasce giovanili. L'Assistenza Educativa Territoriale

Con diverse sfumature di denominazione e con qualche variabilità nei contenuti, il Servizio Educativo per bambini e adolescenti e le loro famiglie è attestato nel 50% dei Comuni dei due Distretti.

Si affiancano a questo Servizio altre attività accorpabili, di sostegno, recupero, prevenzione e socializzazione giovanili, diffusi soprattutto nel Distretto di Carbonia:

- ◆ Sostegno alle responsabilità genitoriali;
- ◆ Sportelli di ascolto;
- ◆ Centri di Aggregazione adolescenti;
- ◆ Servizio Pedagogico;
- ◆ Servizio Psicologico;
- ◆ Sportello alunni, genitori, insegnanti;
- ◆ Prevenzione in strada;
- ◆ Centri gioco interdistrettuali;
- ◆ Progetti di promozione del benessere sociale
- ◆ Servi educativi per minori a rischio.

e) Servizi di Aggregazione:

- per giovani;
- per anziani;
- per la generalità dei cittadini.

Nelle tre tipologie, e con diverse denominazioni, tali servizi sono attestati nella gran parte dei Comuni dei due Distretti, con diversi livelli di organizzazione e diverso impegno degli Enti. Infatti da forme di autogestione degli utenti, si passa a presenze educative più o meno estese nel tempo e nella qualità degli operatori, secondo storie, esperienze e disponibilità di risorse differenti. I nomi con cui le strutture vengono indicate sono:

- ◆ Centro Aggregazione Minori;
- ◆ Centro Aggregazione per Adolescenti;
- ◆ Centri di Aggregazione interetà;
- ◆ Centri per attività espressive, artistiche, teatrali;
- ◆ Centri di Aggregazione per giovani disabili;
- ◆ Centri di socializzazione;
- ◆ Centri diurni per disabili.

f) Laboratori

Il Laboratorio, come luogo di impegno, apprendimento e orientamento/recupero è individuato, nei suoi vari modi di espressione, come risorsa riservata, soprattutto, a persone in difficoltà o a rischio di devianza. Il valore recuperante del lavoro è coniugato a quello delle opportunità espressive e creative. Il prodotto del lavoro o dell'attività creativa è percepito come realtà esterna alla persona, realtà talvolta

economicamente rilevante, ma soprattutto come strumento di crescita personale. I laboratori sono attestati in circa il 30% dei Comuni dei due Distretti.

Sono equiparabili al servizio di laboratorio, per contenuti e finalità, quelli di avvio al gioco creativo.

Si elencano le denominazioni rilevate, dopo aver effettuato alcuni necessari e possibili accorpamenti:

- ◆ Laboratori di gioco con ludoteca;
- ◆ Laboratori di informatica per disabili;
- ◆ Laboratori di gioco tradizionale
- ◆ Laboratori di animazione estiva;
- ◆ Campi gioco per adolescenti;
- ◆ Laboratori per adolescenti;
- ◆ Laboratori per disabili;
- ◆ Centri gioco;
- ◆ Servizi ricreativi infanzia.

g) Servizi per la Famiglia

Si accorpano, in questo punto, i servizi esplicitamente rivolti, in sede progettuale, alla famiglia nel suo complesso, come sede di educazione dei figli, anche se, tutte le prestazioni rivolte ai bambini, ragazzi ed adolescenti, su di essa, direttamente o indirettamente fanno spiovare su di essa gli effetti positivi.

I servizi alla famiglia qui rilevati su riferiscono ad offerta indirizzata agli adulti/genitori, i quali ne fruiscono insieme ai figli o separatamente da essi. Nell'intendimento dell'organizzatore e dei professionisti, l'attività, sostenendo la compagine familiare, ha la prospettiva di prevenire i fenomeni di rifiuto o devianza capaci di proiettarsi, in maniera disgregante, sull'intero nucleo familiare, che diviene quindi oggetto dell'intervento, nella sua globalità.

Nei programmi e nei resoconti dei quali si è preso visione appaiono, con denominazioni diverse, iniziative che si stenta ad individuare come "Servizi" nell'accezione enunciata in avvio della ricognizione. Allo stesso tempo però si stenterebbe a negare l'intenzione di dar luogo ad iniziative dotate di una certa stabilità, intenzionalità, professionalità, dati che le differenziano da quelle occasionali e di circostanza.

Si sono individuate ed esaminate le seguenti attività presenti nei due Distretti in modo sufficientemente omogeneo:

- ◆ Attività di sostegno alle attività genitoriali mediante informazioni e consulenze;
- ◆ Aggregazione e dibattiti sui problemi della famiglia e dei figli;

- ◆ Accoglienza in comunità alloggio di madri in difficoltà ed i loro bambini;
- ◆ Attività di sollievo alle difficoltà familiari;
- ◆ Servizi affido;
- ◆ Aiuti economici.

Direttamente collegati al benessere familiare sono i servizi per la prima infanzia, presenti ,in verità, in misura irrisoria:

- ◆ Asili Nido;
- ◆ Micro Nido;

Nessun Comune ha avviato iniziative di sperimentazione di nuove tipologie di accoglienza diurna per la prima infanzia.

Non sono riportate esperienze, neppure sperimentali, eventualmente con la forma del Progetto Obiettivo, per strutture alternative al Nido.

h) I Servizi di Informazione

Non tutti i Comuni, nell'espone la gamma di offerta, attribuiscono esplicitamente al Servizio Sociale Professionale il ruolo che, tra gli altri, gli è proprio: di informazione e promozione attraverso il Segretariato Sociale.

È presumibile invece che in tutti i Comuni, specialmente nei pochi ove è presente un operatore per un numero sufficiente di ore, tale servizio sia a disposizione dei cittadini con modalità e tempi che consentano l'effettivo accesso .

I servizi di informazione ed ascolto sono esposti altresì nel modo che segue:

- ◆ Servizio Informagiovani, a gestione singola o associata, con forme di aggregazione intercomunale intersecanti i due Distretti;
- ◆ Sportelli di ascolto per tutti i cittadini e per determinate categorie (disabili, sofferenti mentali, alcoolisti, alunni, insegnanti e famiglie, giovani)
- ◆ Sportelli di Assistenza Scolastica, per intercettare ed affrontare difficoltà di apprendimento, rapporti sociali, interazione con insegnanti e compagni.

i) Il Gioco, i giochi, lo sport

Le attività di quest'area sono di prevalente, ma non esclusivo, interesse di bambini, ragazzi e adolescenti, ma utilizzano sovente l'apporto degli adulti, soprattutto anziani, nel richiamare alla memoria ed all'attività espressioni ludiche e strumenti ormai dimenticati.

La risorsa più qualificata, strutturata e costosa, in termini di installazione e gestione, la Ludoteca è presente nei due Distretti ed è attestata nel 25% dei Comuni; in un caso il funzionamento è limitato al periodo estivo.

Alla stessa area appartengono altre iniziative prevalentemente estive, in combinazione col servizio di spiaggia day, diffuso soprattutto nei Comuni del Distretto di Carbonia. Il servizio prevede il trasporto, la sorveglianza in spiaggia, l'animazione, la consumazione di un pasto freddo.

Così come appartengono alla stessa area (ma sono stati qui collocati tra le attività di aggregazione, in quanto vi prevalgono i contenuti educativi della prevenzione) i così detti campi gioco, gestiti da alcuni Comuni del Distretto di Carbonia.

l) Attività di valore sperimentale

Vengono qui raccolte singole iniziative, appartenenti a bisogni e prassi di singoli Comuni, capaci di indicare modalità di intervento nuove per bisogni conosciuti ma poco e male affrontati. Sono comunque segnale di possibilità di intervento integrato sociosanitario e quindi meritevoli di conoscenza e approfondimento, in quanto i problemi affrontati sono ampiamente diffusi in tutti i Comuni.

Si tratta di:

- ◆ Centri di accoglienza per giovani-adulti problematici per disturbi del comportamento;
- ◆ Centri di prevenzione dell'abbandono per famiglie in crisi grave;
- ◆ Servizi di integrazione dei disabili nella scuola;
- ◆ Servizio di avvio all'autogestione per soggetti senza famiglia, in uscita da istituzioni totali;
- ◆ Servizi polivalenti di trasporto, accompagnamento, recupero per disabili.

Tutte appartengono al Distretto di Carbonia.

m) Miscellanea

Sono qui accorpate attività introdotte in singoli Comuni e non collocabili negli ambiti individuati, probabilmente rispondenti alla peculiarità della domanda locale, ovvero introdotti per rispondere a bisogni temporanei, ma poi consolidati.

Queste attività sono distribuite proporzionalmente nei due ambiti distrettuali e vengono elencate per completezza di rilevazione:

- ◆ Servizio intercultura;
- ◆ Trasporto disabili;
- ◆ Progetto Chernobyl.

n) Servizi in associazione

Si rilevano, nei programmi comunali, soprattutto nell'area dei Progetti Obiettivo ex L.R. 4/88, progetti e attività a partecipazione plurima, su basi associative volontarie.

Si osserva che la partecipazione non viene esposta con altrettanta puntualità da tutti i Comuni partecipanti al progetto, senza che sia possibile risalire alle cause dell'omissione o della dimenticanza. Si ha insomma l'impressione che alcuni Comuni partecipino formalmente ad attività/progetti associati, senza saperlo o, perlomeno, senza segnalarlo nei loro Piani.

❖ **Considerazioni conclusive**

La ricognizione ha comportato l'esame di 196 servizi, dei quali 138 afferiscono al Distretto di Carbonia, 58 a quello di Iglesias.

Tali servizi sono finanziati in 155 casi utilizzando il fondo unico socioassistenziale (già Fondo Regionale per i Servizi Socio-assistenziali legge 4/88) e 41 mediante Progetti Obiettivo previsti dalla più volte richiamata legge 4.

I progetti obiettivo, fortemente presenti (90% del totale) nel Distretto di Carbonia, riguardano soprattutto i servizi per i minori e gli adolescenti ed a questa constatazione si deve far risalire la criticità riferita alla stabilità presente e prospettica di queste prestazioni. Molti Comuni hanno ottimisticamente provveduto ad elaborare i progetti nel modo conosciuto, ma tali progetti non saranno finanziati, per cui gli enti locali dovranno individuare ed adottare modalità di reperimento di risorse proprie o di ridimensionamento dell'intero quadro dei servizi alle persone nei loro territori. La necessità di superamento di queste prospettate criticità rende viepiù urgente il decollo del nuovo sistema, nel quale esse potranno trovare compensazione.

1.3.2. Il rapporto tra bisogni e Servizi nei Piani e nella concreta attuazione

❖ **Bisogni sociali e comunità locali**

Così come per la parte riguardante i Servizi, queste note hanno come riferimento i Piani Sociali dei Comuni per l'anno 2006.

Come si è annotato nella parte introduttiva al Piano, sono stati introdotti, con gli anni è quasi completamente scomparsa dai Programmi locali la valutazione qualitativa e globale dei bisogni della comunità; i servizi (alcuni servizi) si sono consolidati e rispondono ai bisogni accertati e "tradizionali", ma l'atteggiamento critico verso questi servizi (che hanno la tendenza, in alcuni casi, a divenire *routine* amministrativa) non appare sufficientemente perseguito o penetrante. E ciò senza voler ovviamente affermare l'esistenza di un distacco dai bisogni o tanto meno l'inutilità assoluta di alcuno dei servizi.

La riflessione sul rapporto tra bisogni e risorse nei Piani comunali rinvia inevitabilmente al rapporto tra necessità e possibilità, tra bisogno effettivo e domanda espressa, capace di giungere ai decisori sociali influenzandone le determinazioni.

Il richiamo della Legge 328 ai Livelli essenziali delle prestazioni sociali, ripreso dall'articolo 30 della L. R. 23/2005, tende a risolvere quel rapporto, contando su una progressiva armonizzazione che non è condizionata tuttavia solamente da sensibilità e cultura, ma dalle effettive possibilità finanziarie delle autonomie.

La conoscenza del vincolo che unisce i servizi ai bisogni è necessità sentita dal Gruppo di Progettazione, queste riflessioni si pongono, allo stesso modo di quelle sui servizi, come premessa interpretativa alla conoscenza quantitativa di quanto si esprime sul territorio, quindi come supporto al Profilo.

In generale, i bisogni ai quali i servizi intendono rispondere devono essere estrapolati dalla descrizione organizzativa degli stessi servizi, dalle professionalità impiegate, dai fruitori.

❖ **Gruppi sociali e bisogni**

a) Area delle generalità dei cittadini

I bisogni più frequentemente affrontati risultano:

- quello relativo al lavoro (con particolare drammaticità unita ad impotenza, da parte di Amministrazioni che non hanno né la possibilità di crearlo, né quella di sopperire, con continuità di sussidi, alle conseguenze della sua mancanza). Esse infatti hanno coscienza del fatto che il lavoro che essi offrono come alternativa al sussidio economico senza contropartita costituisce una soluzione sostitutiva utile comunque per introdurre, nei comportamenti degli interessati, atteggiamenti positivi verso le risorse dell'amministrazione e comportamenti integranti nella comunità.
- il cibo, bisogno al quale si fa fronte sia in denaro che con erogazione di beni di consumo quando vi sia il rischio di un uso incongruo o irresponsabile del denaro erogato;
- il vestiario;
- l'abitazione;
- lo studio dei figli;
- la possibilità di curarsi. Infatti, a volte, per farlo, occorre viaggiare a proprie spese o accedere all'opera di specialisti che si scelgono a costo di disponibilità economica.

Prevedibilmente (ma questo non è previsto dai Piani in quanto circostanza sopravvenuta) questi bisogni potranno avere, d'ora in poi, una nuova platea di richiedenti, rappresentata dalle persone che stanno lasciando il carcere per l'indulto e che si rivolgono innanzi tutto al Comune di residenza o domicilio.

b) Area della Famiglia

È un'area certamente interessata ai problemi del lavoro e del reddito, ma in questa sede si considerano, al modo in cui sono rilevati nei piani, i bisogni di essa in quanto

tale, quelli ai quali l'Ente Locale risponde con modalità diverse dai sussidi o dalle forme sostitutive. Si tratta dei bisogni di:

- orientamento e sostegno nelle responsabilità genitoriali, che vengono affrontati con interventi di consulenza pedagogica o psicologica, spesso ricompresi nell'assistenza educativa territoriale;
- alleggerimento degli stati di conflitto generazionale e tra coniugi;
- bisogni legati alla monogenitorialità;
- bisogno di integrazione nella comunità e superamento dell'isolamento sociale e culturale, soprattutto nel caso di nuclei immigrati talora condizionati da storie di marginalità e devianza;

c) Area dell'infanzia

I bisogni caratterizzanti ai quali l'offerta di un certo numero di Comuni sembra rivolgersi sono:

- bisogno di integrazione scolastica, soprattutto se alla condizione infantile o adolescenziale si sovrappone e aggiunge quella di portatore di svantaggi psicofisici
- bisogno di gioco (si tratta di un diritto ormai generalmente riconosciuto, la cui soddisfazione è pacificamente affidata all'istituzione locale e che trova forme diverse di tutela, prima fra tutte la ludoteca, ma anche il gioco organizzato, la colonia estiva, l'organizzazione di attività sportive);
- bisogno di "normali" relazioni sociali, tipicamente segnalata in Comuni isolati o composti da più frazioni di formazione rurale, frazioni divenute ora vere e proprie periferie. Però tale bisogno è segnalato anche in quei centri di media dimensione, nei quali si sono formati quartieri di edilizia popolare, deprivati sotto il profilo delle opportunità di socializzazione con il resto della comunità.

d) Area dei giovani

Vengono rilevati:

- bisogno di "relazioni positive";
- di orientamento scolastico, sociale, lavorativo;
- di educazione alla legalità;
- di stimolo alla capacità di iniziativa formativa ed all'imprenditorialità;
- di prevenzione e contrasto dell'abbandono scolastico;
- di prevenzione dell'alcolismo;
- di prevenzione delle dipendenze.

Il problema dell'alcolismo è rilevato in alcuni ambienti e questa preoccupazione è coerente, oltre che con la realtà concreta di questi centri, con gli studi recenti sul problema, nei quali la Sardegna ha posizioni epidemiologicamente non trascurabili.

e) Area degli Adulti “fragili”

È quella dei sofferenti mentali o portatori adulti di handicap per i quali si rappresentano, oltre ai problemi e bisogni soggettivi, quelli di sostenibilità del peso assistenziale da parte delle famiglie, anche nella prospettiva del “dopo i genitori”.

Emergono i bisogni di:

- superamento della marginalità sociale, economica, scolastica;
- mobilità finalizzata alla socializzazione, fruizione delle opportunità comunitarie, accesso a risorse e servizi sociosanitari, culturali, sportivi;
- tempi di relazione con coetanei ;
- integrazione sociosanitaria;
- lavoro e/o impegno utile sostitutivo;
- reinserimento delle persone provenienti da istituzioni totali.

1.3.3. Conclusioni al paragrafo

È estranea a questo contributo, propedeutico alla formulazione del Profilo degli Ambiti Distrettuali, qualsiasi valutazione critica sulla capacità e adeguatezza dei servizi e prestazioni predisposti nel rispondere (per quanto è possibile alle politiche di settore) ai bisogni ai quali dichiaratamente si rivolgono. Ancor di più, è estranea qualsiasi previsione sulla loro adeguatezza ad assumere il peso della risposta ad altri, per ora sconosciuti o lasciati in ombra, comunque non rilevati. Al GTP il compito di chiedersi:

- perchè alcuni di tali bisogni (per l'infanzia quello del gioco, ad esempio) vengano colti con particolare acutezza in alcune realtà mentre sono considerati non esistenti in Comuni molto prossimi. E quale deve essere il ruolo della programmazione territoriale, alla quale ci si accinge, nell'opera di diffusione delle migliori sensibilità e dei comportamenti virtuosi.
- quali di questi bisogni possano essere meglio affrontati con la gestione associata e quali altri abbiano invece necessità del riferimento esclusivamente locale;
- se la gestione associata non possa essere un segnale di novità per quei sistemi di gestione che appaiono (dalla lettura dei piani) fortemente legati alle possibilità di risposta locale (cooperative che li gestiscano da anni, collaboratori ai quali vengono attribuite scarse opportunità di confronto) o influenzati dalla mancanza di discussione sull'efficacia, carenza di analisi del rapporto costi/benefici, mancanza di verifiche di qualità sui gestori);

- se siano esattamente conosciuti i “bisogni di socializzazione” degli anziani riportati nei piani e se, anche in questo caso, risposte ormai standardizzate, non finiscano col considerare esclusivamente un target che saprebbe forse rispondere a quel bisogno con forme di auto organizzazione. Tutto ciò mentre rimangono in ombra, quanto a risposte, situazioni individuali o collettive di povertà relazionale;
- quali siano, sempre riguardo agli anziani, i bisogni che inducono all’avvio in strutture di accoglienza ed in quale misura l’integrazione socio sanitaria sarebbe capace di risolverli con forme di assistenza con totalizzante;
- come vada integrato, nella discussione che ora vede impegnate alcune delle realtà territoriali, il complesso mondo della scuola e dell’istruzione professionale, dal momento che alcuni Comuni enunciano problemi e separatezze con questa istituzione, soprattutto ai livelli post scuola dell’obbligo;
- di fronte ad una ridiscussione completa delle attuali modalità di risposta ai bisogni “tradizionalmente” affrontati, ad esprimere la reazione più vivace sarebbero forse i gestori, gli operatori, gli amministratori, più che gli utenti attuali dei servizi.



2. Il Profilo d'ambito

Questa breve stesura del Profilo d'ambito prende le mosse dal concetto stesso di “comunità” che si vuole descrivere nei suoi diversi aspetti. La “comunità” comprende infatti l'insieme delle persone e delle relazioni sociali che appartengono ad un medesimo spazio territoriale, entro il quale vi sono attività, riflessioni, trasformazioni, affetti e scambi tra individui, gruppi, ambiente, bisogni e risorse. Ritroviamo queste caratteristiche in quella che oggi è unanimemente riconosciuta come “comunità locale”, di cui il Distretto Socio-Sanitario è una delle sue principali espressioni.

Conoscere e descrivere con un “profilo” la comunità locale significa pertanto avere informazioni per leggerne le caratteristiche, ovvero volgere lo sguardo sull'insieme delle sue parti analizzando al contempo ciascuna di esse: il profilo territoriale, quello demografico ed, infine, il profilo dei servizi.

Nel delineare questo Profilo d'ambito si è quindi cercato di fornire un iniziale quadro di dati e di informazioni utili per valutare i bisogni al fine di selezionare obiettivi e priorità.

2.1. Territorio e Profilo demografico

Le prime informazioni utili, com'è noto, riguardano l'andamento demografico della popolazione residente, di cui vengono analizzate le tendenze. Età e sesso possono, infatti, essere considerati “determinanti”, sia della salute che sociali, dei quali occorre tenere conto nel progettare interventi e servizi appropriati per la popolazione servita.

Verranno quindi riportati e commentati gli andamenti dei più importanti indicatori demografici. L'analisi è inoltre arricchita da confronti con aree territoriale più vaste, rappresentate dalla Sardegna e dall'Italia nel suo complesso, in modo da poter valutare gli andamenti spazio-temporali e le tendenze di medio periodo.

Un profilo d'ambito inoltre, per quanto essenziale nei suoi elementi, non poteva prescindere dal considerare brevemente anche le connotazioni del Distretto sotto l'aspetto territoriale e socio-economico.

2.1.1. Territorio

L'area geografica, e relativa comunità, del Distretto Socio-Sanitario di Carbonia coincide in larga parte col territorio del Sulcis. Quest'ultimo, situato nella parte sud-occidentale della Sardegna, sotto l'aspetto geologico ne rappresenta la parte più antica. Con le successive formazioni sedimentarie ed i depositi litoranei si è quindi configurato l'attuale assetto orografico. Data la complessa storia geologica, il Sulcis ha perciò varie e complesse caratteristiche morfologiche: esso è infatti costituito da pianure di sedimenti, da altopiani a diversa altezza e da rilievi che più che l'aspetto di catene, hanno quello di massicci. Complessivamente, il territorio è però prevalente-

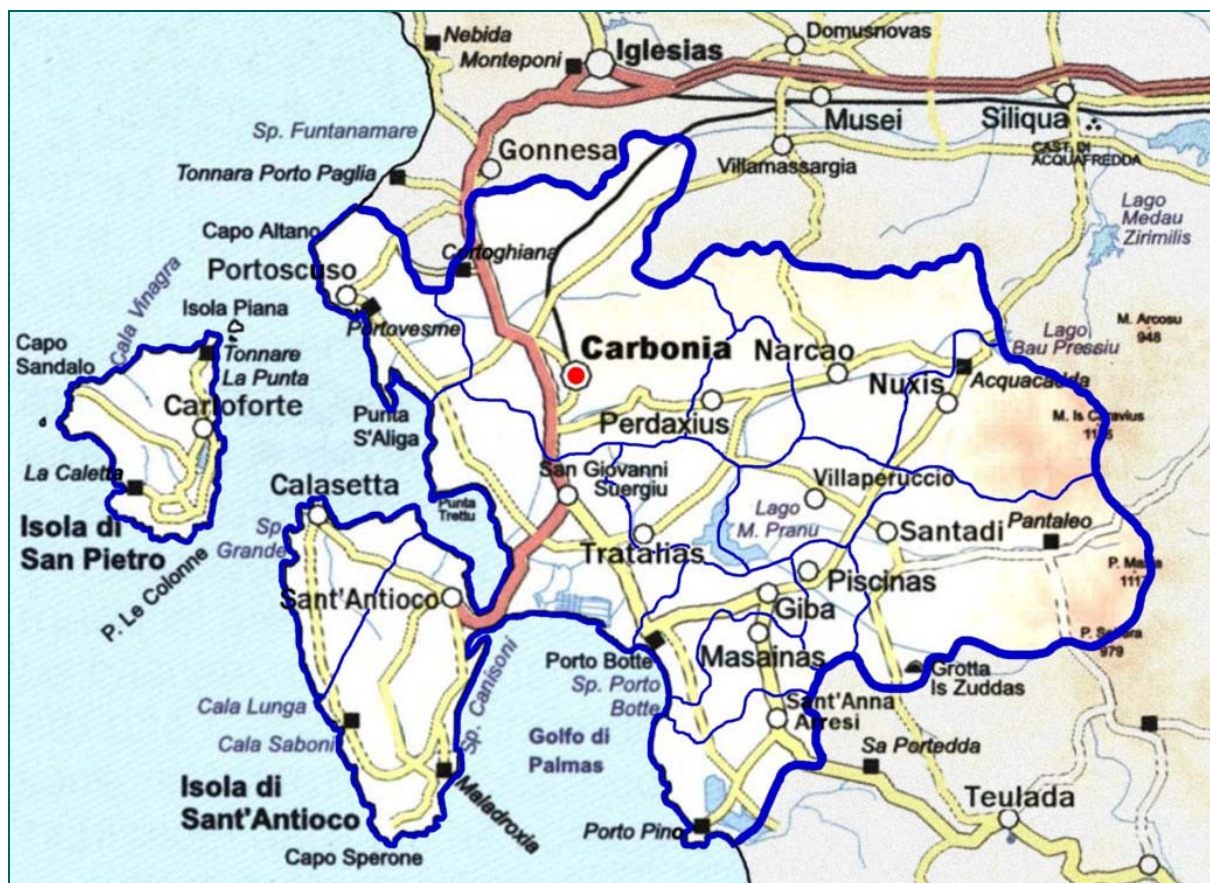
mente collinoso e si estende su 891,2 Km², che rappresenta circa il 3,7% dell'intera Sardegna.

Il clima, come nel resto della Sardegna, è di tipo mediterraneo temperato, caratterizzato da forte ventosità da maestrale e dalla presenza di due fondamentali stagioni climatiche. Relativamente al regime pluviometrico, è infatti possibile distinguere due periodi: il cosiddetto semestre umido (che va da ottobre a marzo) caratterizzato da precipitazioni abbondanti, e il semestre asciutto (che comprende i restanti mesi) in cui, tranne i mesi di aprile e maggio nei quali si possono avere delle discrete piogge, si ha una quasi totale assenza di precipitazioni.

Come caratteristica peculiare, i territori del Sulcis, che unitamente a quelli dell'Iglesiente, costituiscono l'attuale Provincia di Carbonia-Iglesias, rappresentano la vera e propria "culla" dell'industria isolana. La storia di queste terre, a partire dallo sfruttamento delle risorse del sottosuolo da parte dei Punici e dei Romani, è infatti da sempre legata a tale attività. Attorno alle miniere, da cui si estraevano materie prime come il carbone, il piombo e lo zinco, inserite in contesti prettamente rurali, sono nati agglomerati (vere e proprie città, completamente autosufficienti) di dimensioni del tutto sconosciute in tempi storici. In seguito, come è noto, si sono però susseguite ripetute crisi che hanno portato, di fatto, ad una considerevole dismissione delle miniere.

Tutto il territorio mostra quindi tracce evidenti di quella che è stata la prima industria sarda. Le montagne costellate di villaggi minerari, con pozzi e attrezzature ancora presenti a bocca di miniera, rappresentano tutt'ora la testimonianza di una vera e propria epoca. L'area, infatti, costituiva fino a non molti decenni fa il vero e proprio "cuore industriale" dell'intera Sardegna, capace di attrarre risorse umane anche dall'esterno, producendo immigrazione, nonostante la durezza e la pericolosità dell'attività mineraria. L'industria mineraria attirava capitale umano poiché offriva non poche opportunità di lavoro specializzato: nel 1951 Carbonia era infatti la terza città sarda (dopo Cagliari e Sassari) per numero di abitanti. Il Sulcis, per molti versi, vive perciò il contrasto tra la memoria di un'epoca florida ed a forte connotazione e le difficoltà di ricollocarsi in un nuovo contesto di sviluppo. Si consideri inoltre che, nonostante la relativa vicinanza con l'area metropolitana di Cagliari, il Sulcis non ha mai rappresentato una sua mera appendice, anzi, sul piano produttivo ha manifestato sempre una notevole autonomia. Nel territorio insiste infatti un'area fortemente industrializzata, il Polo Industriale di Portovesme, caratterizzata dalla presenza di grandi industrie, il cui territorio è stato per altro dichiarato "zona ad alto rischio ambientale" per effetto delle tipologie d'attività svolte.





Il Distretto Socio-Sanitario di Carbonia comprende 16 Comuni, il cui territorio è ripartito in modo non omogeneo. Vi è infatti una marcata differenza di estensione tra i diversi ambiti comunali: quelli con la maggiore superficie sono Carbonia e Santadi che da soli possiedono poco meno del 30% dell'area complessiva; per contro, vi sono alcuni territori comunali molto piccoli, come quelli di Piscinas e Masainas che raggiungono, sommati, solo il 4% dell'intera area.

La popolazione residente (anno 2005), è di 82.614 abitanti, che determina una densità media di 92,7 ab./Km², che rappresenta un valore più alto rispetto alla densità popolativa media della Sardegna (con 68,5 ab./Km²), mentre è notevolmente inferiore rispetto a quella dell'Italia nel suo complesso (con 194,0 ab./Km²). Nell'area, la maggiore concentrazione si raggiunge nei poli di Carbonia, Portoscuso e Sant'Antioco. Per contro, vi sono realtà con un bassissimo grado di antropizzazione. A ciò si è aggiunto negli anni un significativo decremento della popolazione, anche in tempi recenti: rispetto al 2000, dove si registrava una popolazione residente di 83.618 abitanti, in soli 5 anni la popolazione dell'area ha subito un decremento demografico di circa mille abitanti, con un saldo demografico totale (comprendente quello naturale, con natalità e mortalità, e quello migratorio) di -1,2%. In altre parole, in appena un quinquennio, l'area ha "perso" 12 abitanti ogni 1.000 residenti che, tradotto in Tasso annuale medio di crescita totale, corrisponde ad un valore negativo di -2,4%/anno. Tale aspetto, imputabile certamente anche alla emigrazione, va comunque prevalentemente addebitato alla denatalità. Va considerato inoltre che tale elemento, rappresentato da un perdurante saldo naturale negativo della

popolazione, è anche una conseguenza dell'aumento di vita attesa, con un più accentuato invecchiamento della popolazione.

Come si può evincere dalla tabella che segue, la popolazione del territorio del Distretto Socio-Sanitario di Carbonia è prevalentemente concentrata su pochi Comuni. Si tratta, come si è detto, dei centri in cui storicamente si sono localizzate le attività produttive, da quelle minerarie alle più recenti, impennate sulla metallurgia.

<i>Ambiti Comunali</i>	<i>Popolazione</i>	<i>Km²</i>	<i>Densità</i>
Carbonia	30.505	145,6	209,5
Portoscuso	5.361	39,1	137,1
Sant'Antioco	11.756	87,5	134,4
Carloforte	6.488	50,2	129,2
Calasetta	2.841	31,0	91,6
San Giovanni Suergiu	6.075	70,6	86,0
Sant'Anna Arresi	2.629	36,7	71,6
Masainas	1.437	22,0	65,3
Giba	2.134	34,6	61,7
Piscinas	850	14,0	60,7
Perdaxius	1.466	29,5	49,7
Narcao	3.384	86,0	39,3
Tratalias	1.122	31,0	36,2
Santadi	3.753	115,6	32,5
Villaperuccio	1.094	36,3	30,1
Nuxis	1.719	61,5	28,0

Carbonia, con le frazioni di Cortoghiana e Bacu Abis, è la cittadina più grande, l'unica a superare i 30 mila abitanti. Altro agglomerato di dimensioni superiori alla media è Sant'Antioco, che quasi raggiunge i 12 mila residenti. Accanto a questi due poli si aggiunge Portoscuso, con il polo industriale di Portovesme, che rappresenta soprattutto un'epoca successiva, legata più alla metallurgia ed alla trasformazione dei minerali che alla loro estrazione. Vi è infine Carloforte, da sempre contraddistinta da una sua specificità, oltretutto geografica (la condizione di insularità costituisce, ovviamente, un vincolo molto forte, anche sul piano dei servizi), anche culturale e produttiva. L'isola di San Pietro, con Sant'Antioco e Calasetta, ha infatti rappresentato dapprima la principale realtà nello sfruttamento delle risorse ittiche ed è oggi una delle zone, tra le altre costiere, capaci di attrarre significativi flussi turistici. Vi sono infine altri due *clusters* di Comuni con una apprezzabile concentrazione di risorse umane: il primo è quello rappresentato da San Giovanni Suergiu e Santadi, caratterizzato dalla presenza di qualificate realtà della trasformazione agro-

alimentare, a cui si affiancano Narcao e Sant'Anna Arresi; il secondo è rappresentato da un gruppo di sette Comuni scarsamente popolati: Masainas, Giba, Piscinas, Perdaxius, Tratalias, Villaperuccio e Nuxis, che raccolgono insieme poco meno del 12% della popolazione complessiva. Pur conservando ancora una significativa specializzazione relativa all'attività industriale, l'ambiente economico del Sulcis presenta quindi un elevato tasso di ruralità. L'area si caratterizza però per una marcata dicotomia tra i centri maggiori, con buona presenza delle attività industriali e di servizio, ed i restanti, la cui economia fa invece principale affidamento sul settore agro-zootecnico.

2.1.2. Profilo demografico

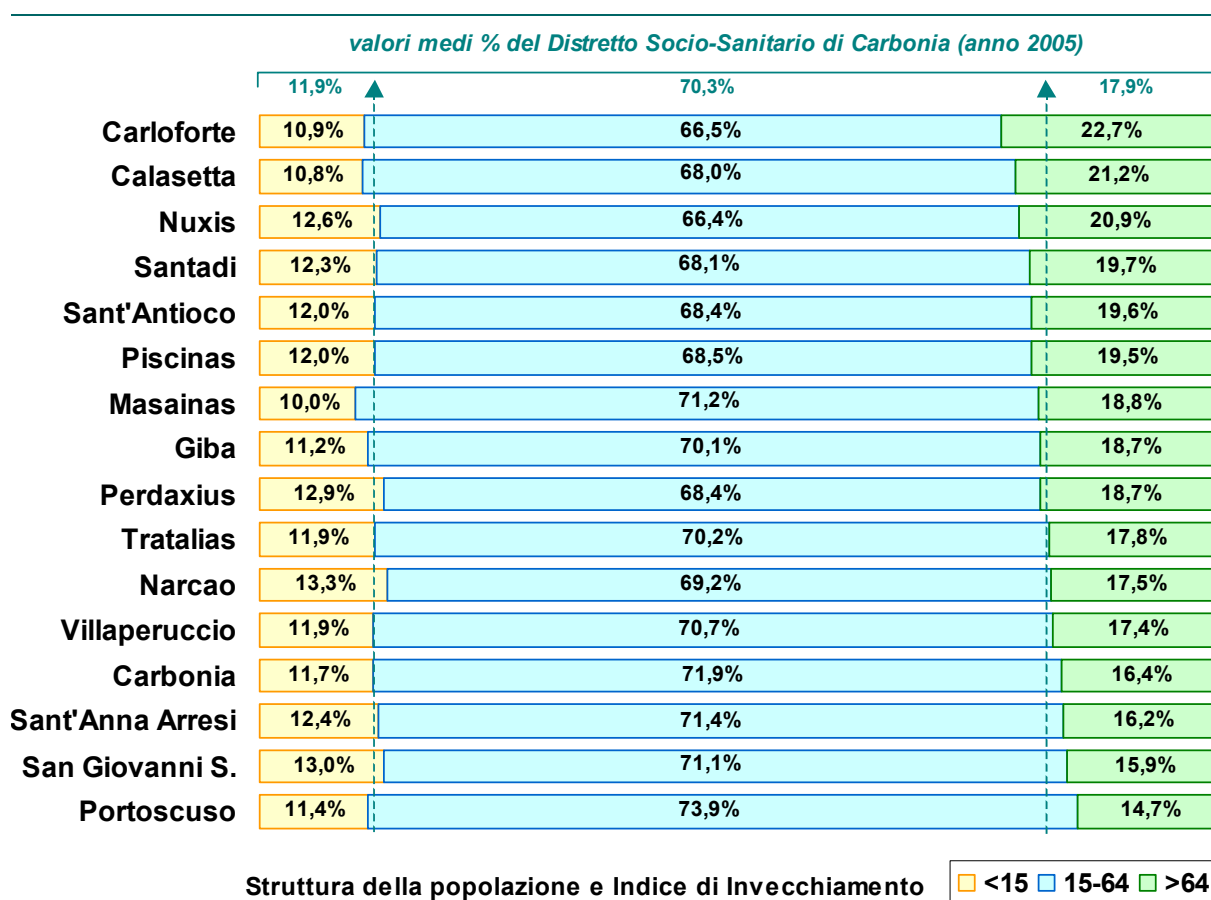
La specificità dei problemi che il Distretto Socio-Sanitario di Carbonia si trova ad affrontare si stratifica su un dato fondamentale e generalizzabile: la crescente domanda di servizi "sanitari" e "socio-assistenziali" tra loro spesso non nettamente separabili, con prestazioni sempre più articolate e diversificate, espresse da una popolazione in continua dilatazione nelle fasce d'età più avanzate.

<i>Classi di Età</i>	<i>Maschi</i>	<i>Femmine</i>	<i>Totali</i>
0	271	265	536
1-4	1.226	1.116	2.342
5-9	1.617	1.427	3.044
10-14	1.995	1.879	3.874
15-19	2.338	2.237	4.575
20-24	2.792	2.593	5.385
25-29	3.143	3.013	6.156
30-34	3.172	3.013	6.185
35-39	2.885	3.022	5.907
40-44	3.076	3.139	6.215
45-49	3.077	3.252	6.329
50-54	3.352	3.227	6.579
55-59	3.040	2.948	5.988
60-64	2.355	2.396	4.751
65-69	1.887	2.133	4.020
70-74	1.641	1.990	3.631
75-79	1.299	1.866	3.165
80-84	892	1.429	2.321
≥ 85	608	1.003	1.611
Totali	40.666	41.948	82.614

In riferimento ai dati completi di popolazione attualmente disponibili (ISTAT, 1° gen. 2005), risulta che nel Distretto Socio-Sanitario di Carbonia:

- i maschi rappresentano il 49,2% della popolazione, con un “Rapporto medio di mascolinità” di 96,9 uomini per 100 donne;
- i residenti in età 0-14 anni (n. 9.796 unità) e gli ultra-sessantaquattrenni (n. 14.748 unità) sono rispettivamente l’ 11,9% ed il 17,9% della popolazione (rappresentando quest’ultimo valore l’Indice medio di Invecchiamento della popolazione presente nel Distretto).

La struttura della popolazione e lo specifico Indice di Invecchiamento per singolo Comune sono invece rilevabili nel seguente grafico:

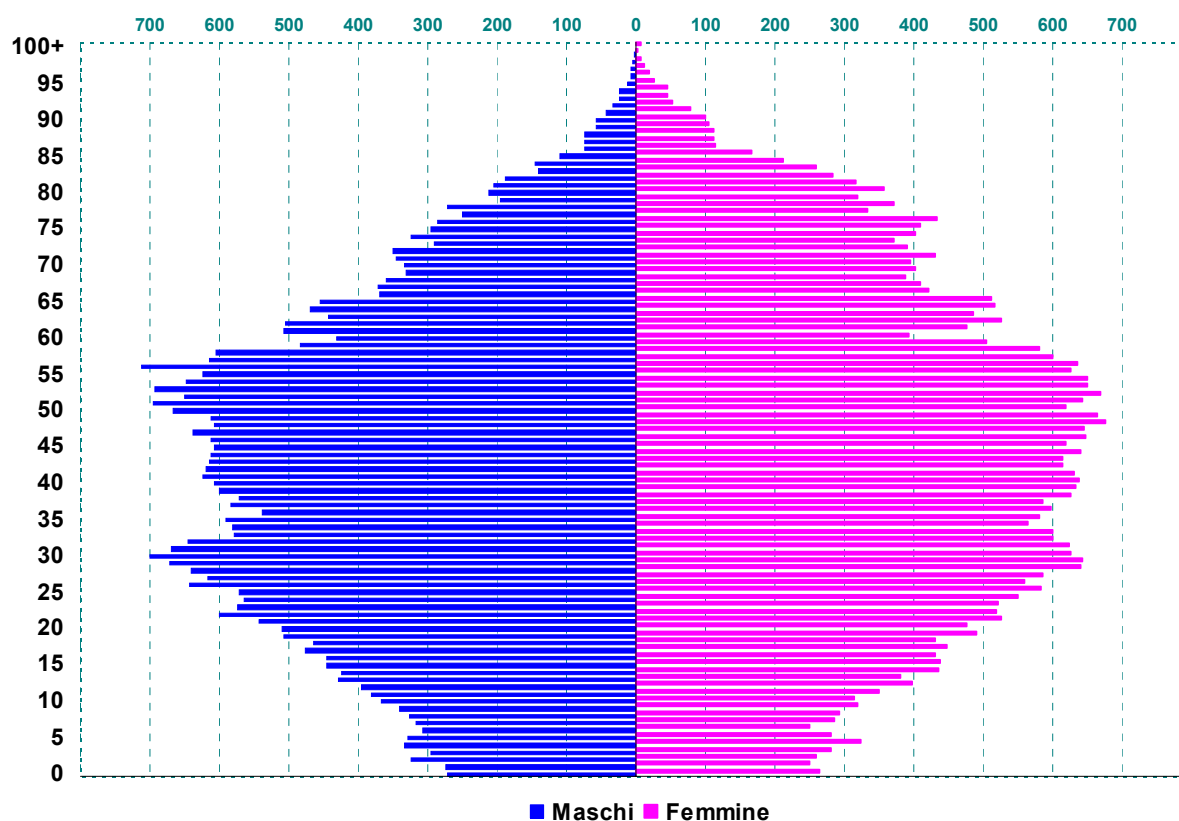


Ai fini di un maggior approfondimento del profilo demografico, è quindi possibile ricorrere ad alcuni indicatori, quali:

- ◆ il predetto **Indice “di invecchiamento”**, rappresentato dalla proporzione percentuale tra la popolazione ultra-sessantaquattrenne e la popolazione totale (quantifica il peso delle classi di età uguale/superiore ai 65 anni rispetto al totale della popolazione);

- ◆ l'**Età Media** della popolazione, calcolata come media ponderata delle età per ogni classe annuale, assumendo per ciascuna di queste un'età corrispondente alla relativa classe più mezzo anno;
- ◆ l'**Indice “di vecchiaia”**, rappresentato dal rapporto (su base 100) tra gli ultra-sessantaquattrenni ed i residenti di 0-14 anni (è un indice sintetico del grado di invecchiamento della popolazione, esprimendo quanti anziani vi sono rispetto ai giovanissimi);
- ◆ l'**Indice “di Dipendenza Strutturale”** che consiste nel rapporto (su base 100) tra i residenti ultra-sessantaquattrenni sommati a quelli di 0-14 anni e la popolazione in età compresa tra i 15 e i 64 anni. È un indicatore che assume rilevanza economica e sociale in quanto “pesa” coloro che, in via presuntiva, possono considerarsi non autonomi (anziani e popolazione più giovane) rispetto a coloro che si possono assumere come socialmente incaricati del loro mantenimento: è pertanto un Indice che risulta molto elevato nelle popolazioni in via di sviluppo, ad elevata fecondità, dove la componente dei giovanissimi prevale su quella anziana. Ma così non è più e, con tutta evidenza, la situazione è rilevabile dal profilo demografico del Distretto di Carbonia, come si evince dal seguente grafico (“piramide” delle età, che rappresenta la distribuzione di frequenze delle singole età, stratificate per sesso), dove si osserva una significativa “strozzatura” nelle età più giovani;

Piramide delle età (per sesso) popolazione del Distretto Socio-Sanitario di Carbonia
(anno 2005)

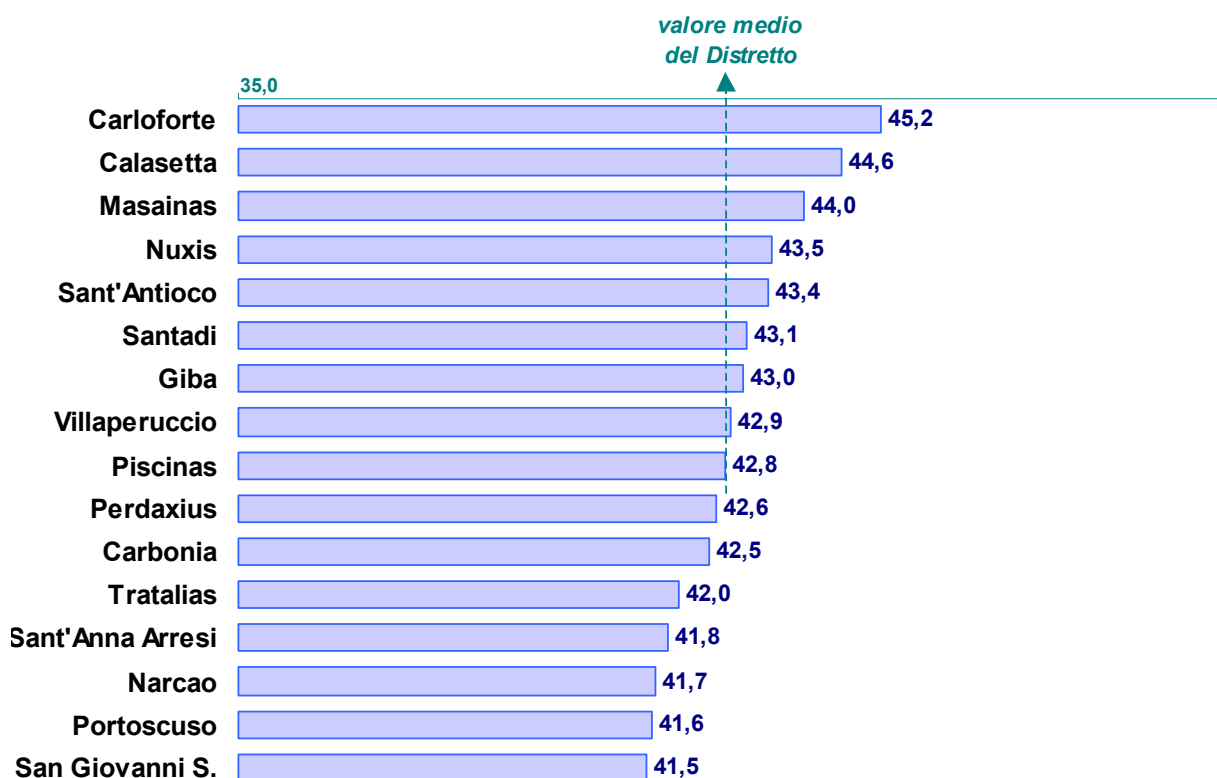


- ◆ l'ultimo indice considerato, ovvero l'**Indice "di Dipendenza degli Anziani"**, consiste nel rapporto (sempre su base 100) tra i soli ultra-sessantaquattrenni e la popolazione in età compresa tra i 15 e i 64 anni. È un "sotto-indicatore" rispetto all'Indice di Dipendenza Strutturale prima descritto.

Nella popolazione del Distretto di Carbonia abbiamo che:

- l'**Indice di Invecchiamento** è, come si è detto, pari al **17,9%** (più alto rispetto al dato regionale, che è del 17,1%, ma inferiore al dato nazionale, che è del 19,5%);
- l'**età media** è di **42,8** anni (di poco più alta rispetto a quella regionale, che è di 41,7 anni, e di poco superiore al dato nazionale, che esprime un'età media di 42,5 anni) e, relativamente alla distribuzione di quest'Indice per i singoli Comuni del Distretto si veda il seguente grafico;

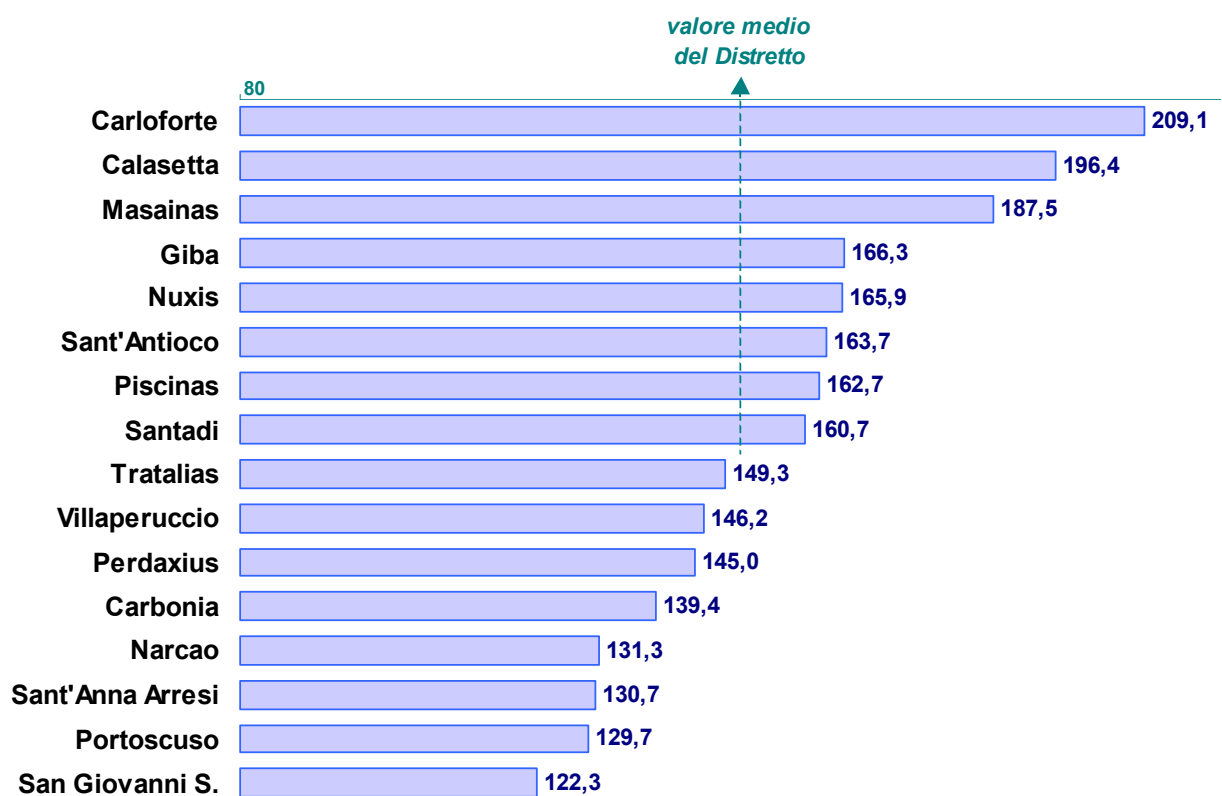
Grafico A



Età media della popolazione residente del Distretto Socio-Sanitario di Carbonia (anno 2005)

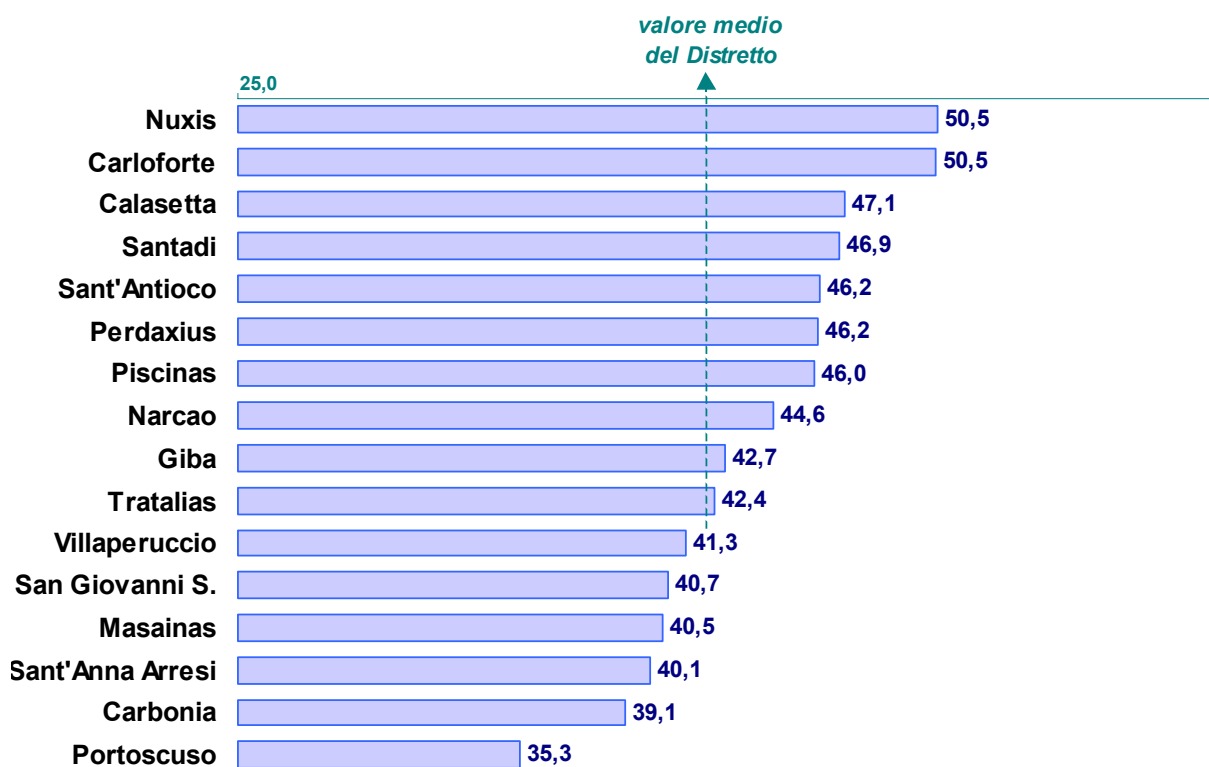
- l'**Indice di Vecchiaia** è di **151/100** (decisamente più alto rispetto al dato regionale, di 131/100, ed anche rispetto al dato nazionale, che è di 138/100) e, relativamente alla distribuzione dell'Indice per i singoli Comuni del Distretto si veda, a seguire, il **Grafico B**;
- l'**Indice di Dipendenza Strutturale** è pari al **42,3/100** (di poco inferiore all'Indice regionale, che è di 43,3/100, ma di molto inferiore al dato nazionale, di 50,6/100) e, relativamente alla distribuzione di tale Indice per i singoli Comuni del Distretto si veda, a seguire, il **Grafico C**;

Grafico B



Indice di Vecchiaia (popolaz. ≥ 65 / ≤ 14) del Distretto Socio-Sanitario di Carbonia
(anno 2005)

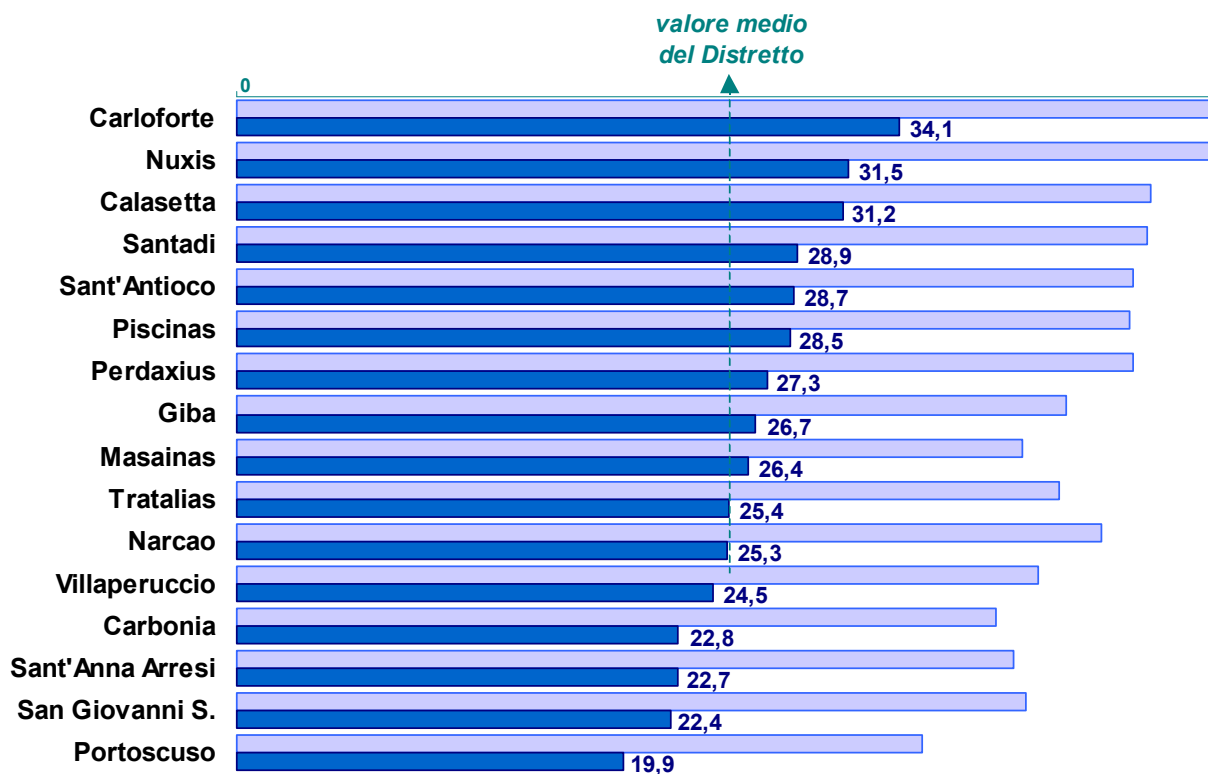
Grafico C



Indice di Dipendenza Strutturale (popolaz. ≤ 14 + ≥ 65) del Distretto di Carbonia
(anno 2005)

- l'Indice di Dipendenza degli Anziani è del **25,4/100** (di poco superiore all'Indice regionale, che è di 24,6/100, ma inferiore al dato nazionale, pari a 29,3/100) e, relativamente alla distribuzione di quest'ultimo Indice per i singoli Comuni del Distretto si veda il seguente grafico.

Grafico D



Indice di Dipendenza degli Anziani (popolaz. ≥65) del Distretto di Carbonia
(VS Indice di Dipendenza Strutturale - anno 2005)

Fatto salvo il rilievo della significativa dispersione degli Indici su base comunale (con l'evidenza di Comuni che presentano Indici più alti, in particolare di Dipendenza socio-economica, attribuibile in massima parte alla componente anziana della popolazione), si può evidenziare come nel Distretto Socio-Sanitario di Carbonia, in rapporto alla media regionale e a quella dell'Italia nel suo complesso, si registri:

- un'età media più alta rispetto agli ambiti regionale e nazionale (addebitabile, oltre che all'aumento dell'aspettativa di vita e della vita media, che rappresenta comunque un fattore generalizzabile su tutti e tre i livelli territoriali considerati, anche ad un maggior grado di denatalità riscontrabile nel Distretto di Carbonia);
- conseguentemente, un più alto Indice di Invecchiamento rispetto all'ambito regionale e con un minor ricambio generazionale ...
- a cui si accompagna, per ora, un relativo minore Indice medio di dipendenza strutturale (e socio-economica) dei giovani e degli anziani, se confrontata con la media regionale e quella nazionale.

Inoltre, mentre il “rapporto medio di mascolinità” nel Distretto Socio-Sanitario di Carbonia è, come si è detto, complessivamente di 96,9 uomini per 100 donne, nel caso si consideri solo la popolazione della fascia di età ≥ 75 anni, tale rapporto risulta addirittura di “soli” 65,1 uomini per 100 donne, in ragione della generale prevalenza delle donne nelle classi di età più avanzate in quanto, come è noto, il sesso femminile beneficia di un’aspettativa di vita maggiore di quello maschile.

Si può, quindi, in sintesi affermare:

- che la popolazione del Distretto Socio-Sanitario di Carbonia sta invecchiando progressivamente e non presenta segnali di evoluzione demografica;
- che il **42,3/100** della popolazione residente è “dipendente” dal punto di vista socio-economico e che tale popolazione è costituita (con un Indice del **25,4/100**) prevalentemente dalla componente anziana, rappresentata in particolare dalle donne.

Si consideri che la popolazione “dipendente” o non autosufficiente, insieme ai soggetti ed alle categorie c.d. “a rischio”, rappresenta fasce deboli della popolazione che necessitano di particolare attenzione. L’ambito di intervento, complessivamente inteso, rivolto ai bisogni, espressi o no, dalle fasce deboli di popolazione sono infatti connotati da risposte particolari, da un punto di vista assistenziale. La terza età, ma anche l’età evolutiva (con i problemi legati all’infanzia e, soprattutto, all’adolescenza e ad alcuni fenomeni di devianza, come la dipendenza da sostanze psicotrope) e certi aspetti della disabilità, non rappresentano spesso situazioni di “malattia” in senso proprio, ma condizioni di fragilità che richiedono l’assunzione di strategie integrate e valutazioni prioritarie all’interno dei bisogni socio-sanitari complessivi del territorio.

L’aumento della vita media, ma anche e soprattutto la bassa natalità, ha prodotto l’attuale Indice medio di vecchiaia di 151 ultra-sessantaquattrenni su 100 di età 0-14 anni, cioè un risultato demografico che connota un territorio a popolazione tendenzialmente anziana.

In correlazione con tale dato deve essere, evidentemente, in parte spiegata anche la bassa capacità riproduttiva della popolazione, rispetto alla quale è però da comprendere meglio in quale misura pesi anche la scarsa propensione riproduttiva della popolazione in età fertile, a causa delle componenti di tipo sociale, culturale ed economico, piuttosto che quelle di carattere esclusivamente demografico.

La lunga crisi economica associata all’attuale fragilità strutturale del sistema industriale del territorio (e si è infatti fatto cenno allo storico peso esercitato, nell’arco di oltre un secolo, dall’industria mineraria, con la crisi manifestatasi in questi ultimi decenni) ha prodotto, nel corso degli ultimi anni, un sostanziale indebolimento dei fattori propulsivi dello sviluppo e dell’occupazione, con ripercussioni sensibili, tra l’altro, anche sull’incremento dei flussi migratori in uscita, come si dirà in seguito.

Si consideri che nel Distretto di Carbonia le famiglie sono 31.052 (con 12.479 minori) ed il numero medio di componenti per famiglia è di 2,7 (con distribuzione dei dati su base comunale nel grafico che segue).

<i>Ambiti Comunali</i>	<i>Popolazione</i>	<i>n° minorenni</i>	<i>n° famiglie</i>	<i>n° medio comp. / famiglia</i>
Carbonia	30.505	4.614	11.405	2,7
Sant'Antioco	11.756	1.747	4.516	2,6
Carloforte	6.488	872	2.735	2,4
San Giovanni S.	6.075	962	2.071	2,9
Portoscuso	5.361	781	2.003	2,7
Santadi	3.753	596	1.336	2,8
Narcao	3.384	575	1.170	2,9
Calasetta	2.841	400	1.291	2,2
Sant'Anna Arresi	2.629	424	941	2,8
Giba	2.134	318	730	2,9
Nuxis	1.719	281	661	2,6
Perdaxius	1.466	235	533	2,7
Masainas	1.437	196	519	2,8
Tratalias	1.122	172	408	2,8
Villaperuccio	1.094	167	397	2,7
Piscinas	850	139	336	2,5

Ai fini di un ulteriore approfondimento del profilo demografico, è quindi possibile analizzare alcuni altri indicatori, quali i principali Tassi di bilancio demografico.

In particolare, sono di seguito rappresentati i seguenti indicatori (per l'arco temporale: 1°gen. 2005 - 1° gen. 2006, con una popolazione che è passata da n. 82.614 a n. 82.426 residenti):



- ◆ il **Tasso di Natalità**, che esprime il rapporto tra il numero dei nati vivi nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000;
- ◆ il **Tasso di Mortalità**, che esprime il rapporto tra il numero dei decessi nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, sempre moltiplicato per 1.000;
- ◆ il **Tasso di Crescita Naturale**, che rappresenta la differenza tra il Tasso di Natalità e quello di Mortalità.
- ◆ il **Tasso Migratorio Totale**, che rappresenta il rapporto tra il saldo migratorio registrato nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, sempre moltiplicato per 1.000;

- ◆ infine, il **Tasso di Crescita Totale**, che rappresenta la somma del Tasso di Crescita Naturale e del Tasso Migratorio Totale.

Nel Distretto di Carbonia abbiamo che il **Tasso di Natalità** 2005 è del **6,4‰** (inferiore sia al dato medio regionale, che è dell' 8,0‰, sia a quello nazionale, che è del 9,5‰). A differenza di quanto avviene in altre aree del Paese, la presenza piuttosto contenuta dei soggiornanti stranieri (di cui si parlerà successivamente) non incide in modo sensibile sulla componente delle nascite; il che avviene di pari passo con il trend della natalità che, da un lato, registra una tendenza a posticipare sempre più la nascita del primo figlio e, dall'altro, assegna al Distretto di Carbonia un valore relativamente basso.

Nel Distretto di Carbonia il **Tasso di Mortalità** 2005 è dell' **8,8‰** (leggermente più alto rispetto al dato regionale, che è dell' 8,5‰, ma inferiore al dato nazionale, che è del 9,7‰).

La differenza tra questi due valori va a costituire il **Tasso di Crescita Naturale**, di segno negativo pari a **-2,4‰** (più basso del Tasso medio regionale, che è di -0,5‰, e di quello nazionale, che è di -0,2‰). Sulla distribuzione di tali indicatori per i singoli Comuni del Distretto e sulla variabilità dei medesimi si veda il grafico che segue.



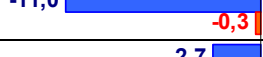


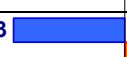



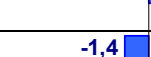



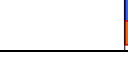


Ambiti comunali	 Tasso di natalità	 Tasso di mortalità	Tasso di crescita naturale
Santadi	2,1	13,1	- 11,0 ‰
Perdaxius	4,1	11,7	- 7,6 ‰
Masainas	7,7	13,9	- 6,2 ‰
Calasetta	7,0	11,6	- 4,6 ‰
Carloforte	7,7	12,0	- 4,3 ‰
Giba	4,7	8,9	- 4,2 ‰
Narcao	6,2	10,3	- 4,1 ‰
Nuxis	6,4	9,3	- 2,9 ‰
Sant'Anna Arresi	5,7	8,4	- 2,7 ‰
Carbonia	6,0	8,4	- 2,4 ‰
Sant'Antioco	6,3	7,6	- 1,3 ‰
Portoscuso	6,9	6,9	0,0 ‰
Tratalias	8,0	7,1	+ 0,9 ‰
San Giovanni S.	8,2	5,3	+ 2,9 ‰
Piscinas	11,7	8,2	+ 3,5 ‰
Villaperuccio	12,0	7,4	+ 4,6 ‰

Il **Tasso del Saldo Migratorio** 2005 è di **+0,1‰** (inferiore sia al medio regionale, che è di +3,9‰, sia a quello nazionale, che è di +5,1‰). La distribuzione di tale indicatore (comprensivo anche dei flussi migratori intra-distrettuali) è riportata di seguito.

Ambiti comunali	<div>■ Tasso di immigrazione</div> <div>■ Tasso di emigrazione</div>	Tasso del saldo migratorio
Villaperuccio	<div>13,8</div> <div>33,1</div>	- 19,3 ‰
Perdaxius	<div>15,8</div> <div>22,7</div>	- 6,9 ‰
Portoscuso	<div>15,0</div> <div>20,6</div>	- 5,6 ‰
Sant'Anna Arresi	<div>19,8</div> <div>24,4</div>	- 4,6 ‰
Carbonia	<div>13,6</div> <div>15,2</div>	- 1,6 ‰
San Giovanni S.	<div>18,9</div> <div>19,7</div>	- 0,8 ‰
Santadi	<div>14,2</div> <div>14,5</div>	- 0,3 ‰
Giba	<div>19,2</div> <div>19,2</div>	- 0,0 ‰
Tratalias	<div>24,1</div> <div>24,1</div>	- 0,0 ‰
Carloforte	<div>13,9</div> <div>12,8</div>	+ 1,1 ‰
Masainas	<div>18,8</div> <div>16,7</div>	+ 2,1 ‰
Sant'Antioco	<div>19,5</div> <div>16,6</div>	+ 2,9 ‰
Calasetta	<div>28,5</div> <div>25,4</div>	+ 3,1 ‰
Narcao	<div>23,3</div> <div>15,3</div>	+ 8,0 ‰
Piscinas	<div>22,2</div> <div>12,9</div>	+ 9,3 ‰
Nuxis	<div>31,3</div> <div>19,7</div>	+ 11,6 ‰

Anche i dati più recenti, confermano quindi la tendenza in atto di un progressivo indebolimento del tessuto demografico locale. Dal complesso dei dati appare inoltre chiaro come la dinamica demografica ponga un chiaro segnale nella direzione di un perdurante spopolamento del territorio, legato in massima parte alla denatalità, oltre che al fenomeno migratorio. Un altro dato da prendere in considerazione riguarda infatti le migrazioni: accanto alla realtà di un'emigrazione che in questi ultimi anni ha ripreso a crescere sensibilmente (ma, a differenza del passato, ad emigrare sono soprattutto i giovani fra i 20 e i 35 anni, un buon numero dei quali con un livello elevato di istruzione), è da registrare anche il progressivo incremento del fenomeno immigratorio, di cui si farà cenno in seguito.

La somma del Tassi di Crescita Naturale e del Saldo Migratorio va infine a costituire il **Tasso di Crescita Totale** 2005 che, nel Distretto di Carbonia, è pari a **-2,3‰** (di molto inferiore sia al dato medio regionale, che è di +3,4‰, sia a quello nazionale, che è di +4,9‰). Relativamente alla distribuzione di tale ultimo indicatore, molto diversificato per i singoli Comuni del Distretto, si veda il grafico che segue.

<i>Ambiti comunali</i>	<div>■ <i>Tasso di crescita naturale</i></div> <div>■ <i>Tasso del saldo migratorio</i></div>	<i>Tasso di crescita totale</i>
Villaperuccio	-19,3 	- 14,7 ‰
Perdaxius	-7,6 	- 14,5 ‰
Santadi	-11,0 	- 11,3 ‰
Sant'Anna Arresi	-2,7 	- 7,3 ‰
Portoscuso	0,0 	- 5,6 ‰
Giba	-4,2 	- 4,2 ‰
Masainas	-6,3 	- 4,2 ‰
Carbonia	-2,4 	- 4,0 ‰
Carloforte	-4,3 	- 3,2 ‰
Calasetta	-4,6 	- 1,4 ‰
Tratalias	0,9 	+ 0,9 ‰
Sant'Antioco	-1,4 	+ 1,4 ‰
San Giovanni S.	-0,8 	+ 2,2 ‰
Narcao	-4,1 	+ 3,9 ‰
Nuxis	-2,9 	+ 8,7 ‰
Piscinas	3,5 	+ 12,9 ‰

Allo stato attuale, quindi, tutti i principali indicatori presi in esame (bassa natalità, bassa incidenza della popolazione infantile, indice di vecchiaia, indice di dipendenza, ecc...) evidenziano come quella del Distretto di Carbonia costituisca un'area destinata ad invecchiare con una certa rapidità.

Per altro, utilizzando semplici modelli di proiezione, applicati all'andamento storico del saldo demografico annuale, si possono prevedere scenari a medio periodo (riferite all'anno 2010) per alcune classi d'età particolarmente bisognose di servizi assistenziali e socio-sanitari e, infine, si può confrontare tale trend prospettico con un equivalente periodo retrospettivo (si veda la tabella seguente).

<i>Indici</i>	<i>2000</i>	<i>2005</i>	<i>2010</i>		
			<i>ip. bassa</i>	<i>ip. centrale</i>	<i>ip. alta</i>
<i>% popolazione 0-14</i>	13,5%	11,9%	10,7%	11,4%	11,8%
<i>% popolazione 15-64</i>	70,4%	70,3%	69,4%	68,8%	68,4%
<i>% popolazione 65+</i>	16,1%	17,9%	19,9%	19,8%	19,7%
<i>Età media</i>	40,6	42,8	44,8	44,5	44,3
<i>I. "di vecchiaia"</i>	119	151	186	173	167
<i>I. "di dip. strutturale"</i>	42,1	42,3	44,0	45,3	46,1
<i>I. "di dip. strut. anziani"</i>	22,9	25,4	28,6	28,7	28,9

Da quest'ulteriore approfondimento di analisi demografica retrospettiva e prospettica emergono le seguenti indicazioni:

- il saldo demografico, anche nell'ultimo quinquennio, risulta negativo e pertanto si è registrato un decremento della popolazione residente;
- la vita media della popolazione va sistematicamente a crescere in ragione della riduzione della mortalità generale; di conseguenza aumenta anche la speranza di vita;
- il relativo invecchiamento medio della popolazione è in prevedibile aumento e fa ragionevolmente pensare, anche a medio periodo, un aumento della proporzione di persone anziane sul totale dei residenti (in particolare nei Comuni a scarso ricambio generazionale); a tale fascia di popolazione, come si è detto, è inoltre presagibile sia associata una maggior prevalenza di patologie cronico-degenerative.

Tra gli obiettivi programmatici del Distretto Socio-Sanitario di Carbonia merita, quindi, di essere considerato tra i prioritari quello di rafforzare la tutela dei soggetti deboli, incrementando le garanzie di assistenza per le persone con maggiore bisogno di tutela, fra i quali assume rilevanza la "popolazione dipendente", ovvero i soggetti in età evolutiva e gli anziani.

In particolare quest'ultima fascia di popolazione rappresenterà, prevedibilmente, sempre più una fetta considerevole nella domanda di assistenza e cura: all'incremento demografico di tale fascia si aggiunge infatti l'aumento della prevalenza di malattie croniche (spesso non suscettibili di trattamenti risolutivi), che richiedono spesso un'assistenza continuativa e programmata.

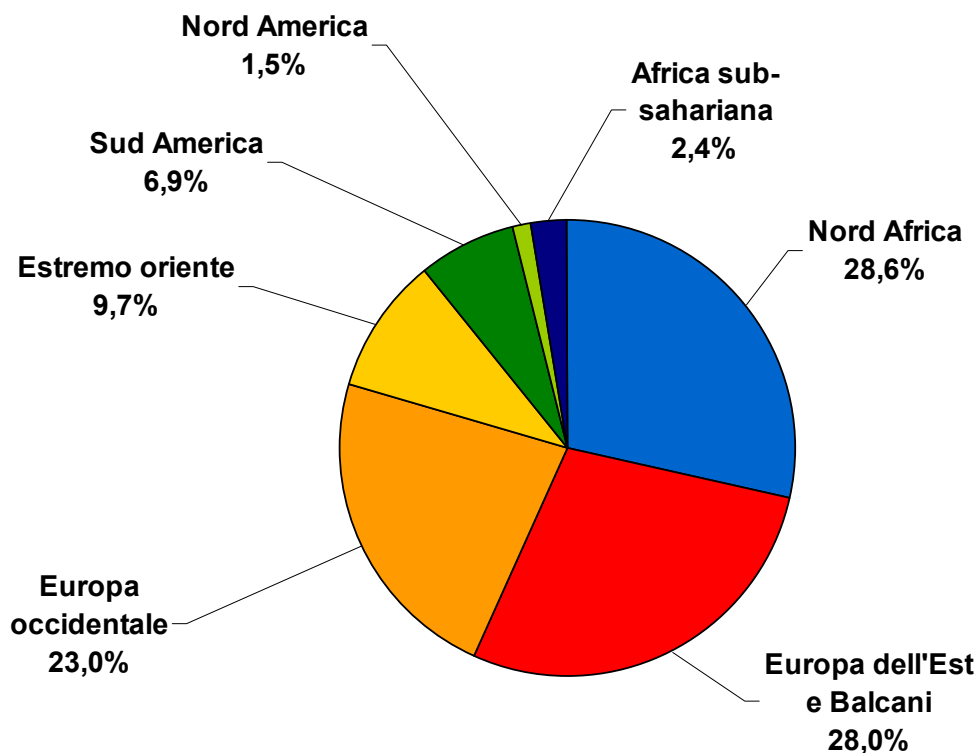
Oltre alla denatalità ed al progressivo grado di invecchiamento medio della popolazione, com'è noto, un altro fenomeno caratterizza il quadro demografico del nostro Paese e dell'Unione Europea nel suo complesso: il fenomeno immigratorio.

La Sardegna e, come suo ambito, il Distretto Socio-Sanitario di Carbonia non sono estranei a tale fenomeno, anche se attualmente ne sono interessati in misura meno consistente. Un breve cenno merita quindi l'analisi dell'immigrazione (con i Paesi di origine e la distribuzione).

Secondo i dati più recenti (sempre riferiti all'anno 2005), il numero di cittadini stranieri presenti nel Distretto è di 465 persone, con un totale di ben 51 nazionalità d'origine ed una proporzione sulla popolazione generale del 5,6‰ (inferiore al dato medio regionale - che è del 9,7‰ nello stesso periodo di riferimento - e di molto inferiore al dato medio nazionale, rappresentato da una quota di ben il 41,1‰).

Il totale dei cittadini stranieri presenti stabilmente nel Distretto di Carbonia può essere ripartito per sette grandi *cluster* relativamente ai Paesi d'origine, con le distribuzioni percentuali riportate di seguito.

Ripartizione % cittadini stranieri del Distretto Socio-Sanitario di Carbonia (anno 2005)



- ◆ Immigrati d'**origine Nord-Africana**: la presenza più consistente è quella di nazionalità marocchina, tanto da rappresentarne la quasi totalità (92,5%). Nel complesso, questo gruppo di immigrati presenta un rapporto numerico tra i sessi spostato verso la componente maschile (1,6 M/F) e, per oltre i $\frac{3}{4}$ (79%) risiede nella direttrice tra Carbonia, San Giovanni Suergiu ed un gruppo di tre Comuni dell'interno: Narcao, Nuxis e Villaperuccio. Gli immigrati d'**origine sub-sahariana**, come si desume dal grafico, sono invece poco rappresentati nel Distretto e presentano una distribuzione sparsa, con il gruppo di origine senegalese presente soprattutto (con oltre la metà) nel Comune di Carbonia.
- ◆ Immigrati originari dei Paesi dell'**Europa orientale e Balcani**: la presenza più consistente di tali immigrati è quella di origine balcanica, in particolare di zingari di nazionalità macedone (ai quali si aggiungono nuclei di profughi bosniaci, serbo-montenegrini, più qualche albanese) che, da soli, rappresentano oltre la metà (58%) di tale gruppo; il rapporto paritario tra i sessi dà evidenza che si tratti principalmente di nuclei familiari, stanziati per la quasi totalità nella periferia dell'area conurbata di Carbonia. I restanti immigrati dell'Europa nord-orientale (prevalentemente di nazionalità rumena e polacca) presentano, nel complesso, un rapporto numerico tra i sessi decisamente spostato verso la componente femminile (12 F/M) trattandosi prevalentemente di donne convenute a matrimonio con residenti.

- ◆ Immigrati originari dell'**Europa nord-occidentale**: tali immigrati sono per oltre la metà (56%) rappresentati da cittadini di origine tedesca e francese. Nel complesso del raggruppamento (composto anche da inglesi, olandesi, belgi, svizzeri e irlandesi), il rapporto numerico tra i sessi è moderatamente spostato verso la componente femminile (1,5 F/M), trattandosi in buona parte di coppie (anche di nazionalità mista), spesso in età avanzata, domiciliate un po' in tutto il territorio ma, in particolare, nei Comuni delle isole minori e negli altri Comuni che si affacciano sulla costa.
- ◆ Immigrati di **origine Asiatica**: la presenza più consistente di immigrati asiatici è quella di origine cinese (91% del gruppo). La maggior parte degli immigrati della vasta area asiatica, con quasi i $\frac{3}{4}$ sul totale (73,2%), risiede nel Comune di Carbonia.
- ◆ Immigrati originari dell'**America latina**: gli immigrati latino-americani sono, praticamente, equamente ripartiti per provenienza sia dal centro-America che dal sud-America. Nel complesso del non consistente raggruppamento, il rapporto numerico tra i sessi è debolmente spostato verso la componente femminile (1,6 F/M) e la quasi totalità (97%) risiede tra Carbonia ed i Comuni costieri della direttrice a sud-ovest del Distretto.
- ◆ Immigrati originari del **Nord-America**: si tratta di un piccolissimo gruppo (statunitensi e canadesi) rappresentato da nuclei familiari.

2.2. La ricognizione dell'esistente

2.2.1. I Servizi per gli Anziani

Sono stati analizzati i dati numerici presenti nelle descrizioni dei servizi comunali e nei successivi aggiornamenti, nelle griglie compilate dai Comuni che talvolta contengono dati differenti da quanto previsto nei Piani Socio Assistenziali, i dati forniti dalla ASL 7.

La richiesta di compilare una griglia strutturata è stata fatta a tutti i Comuni del Distretto per poter avere dati certi e verificati dagli operatori, sui servizi effettivamente erogati e sull'utenza reale. La quantità di dati indicati non consente, allo stato attuale, di fare una analisi puntuale della tipologia di servizi offerti, della distribuzione territoriale, dell'utenza che ne usufruisce, della spesa sostenuta dai Comuni, delle collaborazioni in atto e delle sinergie attivabili.

Una suddivisione per tipologia dell'utenza, che gli operatori dei singoli Comuni hanno presentato, consente di avere una visione più completa e condivisibile con gli altri operatori del Distretto e offre al GTP un valido strumento operativo.

È importante disaggregare i dati di servizi nei quali sono inseriti gli Anziani, ma dei quali non sono gli unici fruitori, quali l'Assistenza Domiciliare, i Piani Personalizzati ai

sensi della L. 162/98, gli inserimenti in struttura, la Teleassistenza e il Telesoccorso, ecc. che possono essere rivolti anche ad altre “categorie” di utenti.

Tab. 1

Dati Utenza Servizi Sociali per Anziani - Distretto di Carbonia									
Comune	N. utenti	Dom. insodd.	N. famiglie con > 64	Tot. >64	Rapporto n. ut/n. > 64		Rapporto n.> 64/tot pop		Pop. Totale
Calasetta	9	0	75	603	0,01	1,5%	0,21	21,2%	2.841
Carbonia	667	0	NI	4995	NI	NI	0,16	16,4%	30.505
Carloforte	189	0	713	1.472	0,13	12,8%	0,23	22,7%	6.488
Giba	NI	NI	NI	399	NI	NI	0,19	18,7%	2.134
Masainas	42	0	207	270	0,16	15,6%	0,19	18,8%	1.437
Narcao	31	0	312	592	0,05	5,2%	0,17	17,5%	3.384
Nuxis	15	0	292	360	0,04	4,2%	0,21	20,9%	1.719
Perdaxius	20	0	NI	274	NI	NI	0,19	18,7%	1.466
Piscinas	3	NI	140	166	0,02	1,8%	0,20	19,5%	850
Portoscuso	41	0	NI	790	NI	NI	0,15	14,7%	5.361
S.G. Suergiu	36	0	407	966	0,04	3,7%	0,16	15,9%	6.075
Santadi	43	10	NI	739	NI	NI	0,20	19,7%	3.753
S.A. Arresi	0	0	200	426	0,00	0,0%	0,16	16,2%	2.629
S. Antioco	20	0	1.211	2.306	0,01	0,9%	0,20	19,6%	11.756
Tratalias	9	0	NI	200	NI	NI	0,18	17,8%	1.122
Villaperuccio	0	0	222	190	0,00	0,0%	0,17	17,4%	1.094
	1.125	10	3.779	14.748	0,08	7,6%	0,18	17,9%	82.614

La percentuale di popolazione anziana presente nel Distretto, in rapporto alla popolazione totale che è di 14.748 unità, è del 17,9%, con punte massime nei Comuni di Carloforte (22,7%), Calasetta (21,2%) e Nuxis (20,9%), minima a Portoscuso (14,7%).

In base ai dati attualmente disponibili (vedi Tab. 1) il numero degli utenti dei servizi per gli anziani è di 1.125 pari al 7,6% dei residenti > 64 anni.

La rilevazione delle famiglie con persone > di 64 anni, è incompleta in quanto il dato non è stato fornito dai Comuni di Carbonia, Giba, Perdaxius, Portoscuso, Santadi e Tratalias. Sarebbe stato interessante poter disporre anche dei dati relativi alla composizione del nucleo familiare: conoscere, per esempio, il numero di famiglie mononucleari o composte da 2 anziani, potrebbe consentire di valutare l'utenza potenziale e di progettare una risposta adeguata.

Tab. 2

Distretto di Carbonia	
Strutture indicate dai Comuni	
Carbonia	Casa di riposo per anziani via Mazzini (privato sociale)
Carloforte	30 Comunità Alloggio 10 Casa Protetta
Cortoghiana	AIAS Cortoghiana
Santadi	Casa dell'anziano gestita da cooperativa sociale
Sant'Antioco	Comunità alloggio per anziani Gestita da Cooperativa Sociale

Nella Tab. 2 sono riportate le strutture residenziali per anziani presenti nel territorio del Distretto, rilevati dalla griglie compilate dai Comuni.

I servizi della ASL 7 Distretto di Carbonia rivolti alla popolazione anziana sono:

- ◆ l'Assistenza Domiciliare Programmata. La gestione è diretta e viene erogata dai Medici di medicina generale convenzionati con la ASL;
- ◆ l'Assistenza Domiciliare Infermieristica. La gestione è diretta;
- ◆ l'ADI – Assistenza Domiciliare Integrata. La gestione è diretta per ciò che concerne la gestione tecnico-sanitaria, indiretta per ciò che riguarda assistenza infermieristica, fisioterapica e il supporto organizzativo appalto a cooperativa sociale CTR);
- ◆ l'Assistenza infermieristica ambulatoriale. La gestione è diretta;
- ◆ l'Assistenza infermieristica nelle case di riposo. La gestione è indiretta (l'erogazione avviene tramite personale infermieristico della cooperativa sociale CTR).

L'unità operativa distrettuale dell'ADI ha sede a Carbonia.

La distribuzione territoriale delle strutture accreditate presenti sul territorio del Distretto sono visualizzati nella Tab. 3.

Tab. 3

Distretto di Carbonia							
Strutture indicate dalla ASL 7							
	FKT	RSA	Casa Famiglia	CTR	AIAS	ANFFAS	Centro diurno
Bacu Abis							
Calasetta							
Carbonia	1		1	1		1	1
Carloforte					1		
Cortoghiana					1		
Giba							
Masainas							
Narcao							
Nuxis		1					
Perdaxius							
Piscinas							
Portoscuso							
San G. Suergiu							
Santadi							
Sant'Anna Arresi							
Sant'Antioco					1		
Teulada					1		
Tratalias							
Villaperuccio							
Villarios					1		
	1	1	1	1	5	1	1

Gli accessi ai servizi della ASL sono visualizzati nella Tab. 4

Tab. 4

Distretto di Carbonia	
Costi - N. Pazienti - N. Accessi	
Attività di Medicina Generale	
Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)	€ 456.171,82
Prestaz. Particolare Impegno Profess. (PIP)	€ 42.950,35
Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	€ 75.600,00
ADI - Assistenza Domiciliare Integrata	
N. Pazienti Trattati ADI	351
N. Accessi Med. Med Generale	4000
N. Accessi Medici Specialisti	1593
N. Accessi Fisioterapisti	5312
N.ore Ass.za Infermieristica	20.095
ADP - Assistenza Domiciliare Programmata	
N. Pazienti Trattati	1.345
N. Med. Med. Gen.in ADP	60
N. Accessi M.M.G.	23.136
Assistenza agli Anziani	
N. Prestazioni dirette	430
N. Prestazioni indirette	345
Numero Pazienti Tot.	260

Nelle griglie fornite dalla ASL non sono indicati dati su utenza insoddisfatta, mentre sono presenti alcuni dati economici disaggregati.

Una maggiore collaborazione tra Comune e ASL, oltre che essere richiesta dal nuovo tipo di progettazione, è un'esigenza viva e auspicata dagli stessi operatori dei Comuni e dagli utenti. Il Punto Unico di Accesso per la "presa in carico" della persona, in via di apertura in tutto il territorio regionale consentirà un approccio ai bisogni della persona nella sua complessità e globalità, e costituirà un ulteriore momento di progettazione e collaborazione tra sanitario e sociale.

Tab. 5

Area ANZIANI - Distretto di Carbonia												
Servizi offerti e Numero Utenti per Comune												
SERVIZIO	Calasetta			Carbonia			Carloforte			Giba		
	Ut	Ns		Ut	Ns		Ut	Ns		Ut	Ns	
Famiglie con Anziani	75	0		NI			713	0		NI		
Centri di aggregazione	7	0		1	577		1	150	0	1		
Assistenza Domiciliare	16	1	9	1	53	0	1	36		1	8	
Soggiorno climatico	4	0		0			0			1	34	
Telesoccorso	3	0		0			0			0		
Altre attività	2	0		0			1		0	0		
Inserimento in RSA	5	0		1	37		0		1	0		
Assistenza Economica	2	0		0			1	3		0		
	9	0		667	0		189	0		0	0	
										42	0	
										31	0	
										15	0	
										47	0	

(segue)

SERVIZIO	Piscinas		Portoscuso		San G. Suergiu		S. Anna Arresi		Sant' Antioco		Santadi		Tratalias		Villaperuccio		Totale Utenti	% Totale Utenti
	Ut	Ns	Ut	Ns	Ut	Ns	Ut	Ns	Ut	Ns	Ut	Ns	Ut	Ns	Ut	Ns		
Famiglie con Anziani	140				407		200	c.a.	1211		NI		NI		222			
Centri di aggregazione	0		0		1	0	0		1		0		0		0		752	66,8%
Assistenza Domiciliare	1		1	39	1	22	0	1	12	0	1	41	1	20	1	9	249	22,1%
Soggiorno climatico	0		0		0		0	30	0		0		0		1		64	5,7%
Telesoccorso	0		0		0		0		0		1		0		1		0	0,0%
Altre attività	1	3	0		0		0		0	14	0		0		0		3	0,3%
Inserimento in RSA	0		1	2	1	8	0	1	1	10	0		0		0		48	4,3%
Assistenza Economica	0		0		1	6	0	0		0	0		0		0		9	0,8%
	3	0	41	0	36	0	43	10	55	0	20	0	9	0	0	0	1125	100,0%

Nella Tab. 5 sono stati riportati i dati degli utenti, 1.125, suddivisi per servizio e per Comune. Come si può notare sono stati indicati come presenti alcuni servizi di cui, dalle griglie si ha notizia, ma i cui dati numerici mancano.

Dalla lettura che si può fare allo stato attuale emerge che i Centri di aggregazione sono i servizi più utilizzati (il 66,8% con 577 utenti in un solo Comune), segue l'assistenza domiciliare con il 22,1%, i soggiorni climatici con il 5,7%, l'inserimento in struttura interessa il 4,3%, il restante 1,1% è relativo all'assistenza economica, altre attività e telesoccorso, presente in 3 Comuni.

Il dato dell'utenza insoddisfatta, quando indicato, è pari a zero tranne che nel Comune di Sant'Anna Arresi dove, a fronte di un inserimento in struttura, 10 risultano insoddisfatti. E' un dato che è apparso importante rilevare per capire quale bisogno resta senza risposta e se si possono mettere in atto strategie e progetti di sostegno alternativi.

Il dato della Spesa sostenuta per la gestione dei servizi non è sempre indicato, così come non è indicata, se presente, la quota di compartecipazione alla spesa da parte dell'utente.

a) ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI

Tab. 6

Dati Assistenza Domiciliare - Distretto di Carbonia											
Comune	N. utenti	Dom. insodd.	N. famiglie con > 64	Tot >64	Rapporto n. ut / n. > 64		Rapporto n.> 64/pop, tot.		Spesa per utente	SPESA 2005 Indicata dai comuni	Pop. Totale
Calasetta	9		75	603	0,01	1,5%	0,21	21,2%	€ 4.111,11	€ 37.000,00	2.841
Carbonia	53	0	NI	4995	NI	NI	0,16	16,4%	€ 4.245,68	€ 225.020,90	30.505
Carloforte	36		713	1.472	0,02	2,4%	0,23	22,7%	€ 2.259,96	€ 81.358,48	6.488
Giba	NI	NI	NI	399	NI	NI	0,19	18,7%	NI	NI	2.134
Masainas	8		207	270	0,03	3,0%	0,19	18,8%	€ 4.649,30	€ 37.194,40	1.437
Narcao	16	0	312	592	0,03	2,7%	0,17	17,5%	€ 1.812,50	€ 29.000,00	3.384
Nuxis	15	0	292	360	0,04	4,2%	0,21	20,9%	€ 2.500,00	€ 37.500,00	1.719
Perdaxius	10	0	NI	274	NI	NI	0,19	18,7%	€ 1.925,40	€ 19.254,00	1.466
Piscinas	NI	NI	140	166	NI	NI	0,20	19,5%	NI	€ 18.926,00	850
Portoscuso	39	0	NI	790	NI	NI	0,15	14,7%	€ 3.025,54	€ 117.996,00	5.361
S.G. Suergiu	22	0	407	966	0,02	2,3%	0,16	15,9%	€ 2.738,64	€ 60.250,00	6.075
Santadi	20		NI	739	NI	NI	0,20	19,7%	NI	NI	3.753
S.A. Arresi	12	0	200	426	0,03	2,8%	0,16	16,2%	€ 5.833,33	€ 70.000,00	2.629
S. Antioco	41	0	1.211	2.306	NI	NI	0,20	19,6%	€ 4.653,34	€ 190.787,00	11.756
Tratalias	9	0	NI	200	NI	NI	0,18	17,8%	€ 3.333,33	€ 30.000,00	1.122
Villaperuccio	NI	NI	222	190	NI	NI	0,17	17,4%	NI	NI	1.094
	290	0	3.779	14.748	0,02	2,0%	0,18	17,9%	€ 3.290,64	€ 954.286,78	82.614

Il servizio di Assistenza Domiciliare Sociale è presente in tutti i Comuni del Distretto, è diretto alla popolazione che per non autosufficienza e/o momentanea impossibilità (famiglie, adulti, anziani, disabili, sofferenti mentali) necessitano di un aiuto personale e di cura dell'ambiente domestico, di prestazioni rivolte in generale a mantenere le persone nel proprio contesto familiare e sociale, evitando così il ricorso alla Istituzionalizzazione.

Il servizio viene erogato prevalentemente a domicilio, anche se sono previste prestazioni di segretariato sociale e accompagnamento.

I dati forniti dai Comuni, indicano 290 persone inserite nel servizio, pari ad una media dell'1,8% della popolazione 64 presente nel Distretto. La percentuale massima è rinvenibile a Nuxis con il 4,2%. La minima a Calasetta con l'1,5%.

Le prestazioni che possono essere erogate con l'assistenza domiciliare sono molteplici e attualmente variano da Comune a Comune, c'è chi riesce a garantire solo l'igiene personale e chi può dare un sostegno più ampio e diversificato (vedi sotto, la lettura dei dati economici).

Otto Comuni dichiarano di non avere utenza insoddisfatta, gli altri che hanno compilato la griglia non danno indicazioni.

La spesa complessiva è di circa € 954.286 con una media per utente di € 3.290. Il dato medio comunale varia di molto, si va dagli € 5.833 di Sant'Anna Arresi a € 1.812,5 di Narcao. Varia anche la spesa dei singoli Comuni: Narcao, infatti, per 16 utenti spende molto meno di Comuni che di utenti ne hanno il doppio (vedi sopra lettura dei dati quantitativi sull'utenza). Motivare il perché di queste differenze tra i vari Comuni aiuta a capire come sono strutturati i servizi in base all'utenza.

E' prevista una compartecipazione economica da parte dell'utente che, a volte, è motivo di (auto) esclusione dal servizio. E' un aspetto di cui tenere conto nella formulazione del regolamento del servizio. Solo San Giovanni Suergiu ha esposto la cifra proveniente dal contributo degli utenti (€ 12.000).

La gestione del servizio, quando indicata, è indiretta con appalto a cooperativa.

Il coinvolgimento comunitario è stato indicato solo da Carloforte (nessuno), Portoscuso (si), San Giovanni Suergiu (coinvolgimento attivo delle famiglie, anche al fine di prevenire l'istituzionalizzazione) e Sant'Anna Arresi (collaborazione con Associazione di volontariato per disbrigo pratiche, accompagnamento a visite mediche, ecc...).

I PLUS prevedono il coinvolgimento dell'associazionismo e del privato sociale presenti nel del Distretto; una mappatura puntuale del territorio anche da questo punto di vista è fondamentale per la conoscenza delle sinergie attivabili.

Il livello di integrazione con altri servizi non è mai indicato anche se prevedibilmente esistente, almeno con il medico di base.

Tab. 7

Tipologia Assistenza Domiciliare c/o la ASL	Numero Utenti
A.D. programmata	1.345
A.D. infermieristica	NI
A.D. integrata	351

Nessun Comune ha citato l'integrazione con la ASL, anche se questa gestisce un suo servizio di assistenza domiciliare (vedi tab. 7) che è articolato in 3 differenti tipologie: l'assistenza domiciliare programmata è erogata a pazienti che per la loro età e tipo di patologia di cui sono affetti non sono in grado di recarsi allo studio del medico curante, ma necessitano di controlli periodici al proprio domicilio (1.345 pazienti assistiti), altri (non quantificati) di assistenza domiciliare infermieristica.

- ◆ L'assistenza domiciliare integrata si rivolge a persone di tutte le età che siano totalmente o parzialmente non autosufficienti in modo temporaneo o protratto e affette da patologie subacute o croniche (351 pazienti assistiti).
- ◆ Si parla di A.D. semplice in riferimento a prestazioni/ interventi a bassa intensità assistenziale e
- ◆ di A.D. complessa in riferimento a prestazioni a medio e alta intensità assistenziale per prestazioni erogate a favore di persone non autosufficienti o affette da patologie gravi (patologie oncologiche, neurologiche, ortopediche degli anziani, ecc.) secondo un piano assistenziale personalizzato elaborato da un'équipe multidisciplinare.

Il costo sostenuto dalla ASL n. 7 per l'ADI è inserito nella Tab. 4. La gestione è complessivamente diretta; nell'ambito dell'ADI sono affidati in gestione a cooperativa sociale l'assistenza infermieristica, fisioterapia e il supporto organizzativo.

Come già detto, l'analisi demografica del Distretto ha evidenziato che l'indice di invecchiamento medio della popolazione è in prevedibile aumento e fa ragionevolmente pensare, anche a medio periodo, a un aumento di persone anziane sul totale dei residenti (in particolare nei Comuni a scarso ricambio generazionale). A tale fascia di popolazione, è inoltre prevedibile sia associata una maggior prevalenza di patologie cronico-degenerative. Si rende pertanto necessario garantire servizi di cura e assistenza, in particolare rispetto ai casi complessi per i quali diventano indispensabili interventi integrati sociali e sanitari nella prospettiva di una presa in carico globale della persona.

In questo senso e alla luce delle altre criticità è stata individuata come priorità il superamento della frammentazione dell'assistenza domiciliare fra sociale e sanitario e il passaggio all'assistenza domiciliare integrata. (vedi scheda sulle priorità). L'istituzione del Punto Unico di Accesso verrà incontro anche a questa esigenza.

↳ **Punti di forza**

L'Assistenza Domiciliare Integrata oltre che soddisfare le esigenze primarie delle persone, costituisce anche un punto di riferimento sia per gli utenti, specie per quelli che vivono da soli, che per i loro familiari. In mancanza di luoghi di aggregazione, gli operatori svolgono un ruolo, se pur piccolo, di socializzazione e di sostegno morale.

Per quanto riguarda i singoli Comuni:

Carloforte - Risposta preziosa, benché insufficiente, per chi ha problemi di autosufficienza.

Carbonia - Il Servizio contribuisce al superamento dell'isolamento personale; favorisce la coesione dell'unità familiare, alleggerendone il carico assistenziale e permettendo contestualmente agli eventuali familiari di adempiere ad attività ed esigenze personali; salvaguarda l'autonomia dei cittadini e consente la loro permanenza all'interno del nucleo familiare di riferimento o nella residenza abituale, riducendo il ricorso a strutture residenziali.

Giba – Servizio che si rivela di aiuto non solo per chi viene assistito, ma anche per i congiunti.

Sant'Anna Arresi - Capacità umane e valutative delle operatrici, che conoscono molto bene le singole situazioni. Altro aspetto degno di nota: la supervisione psicologica alle operatrici nella difficile gestione dei casi. Impatto sul territorio positivo, data la sua utilità.

San Giovanni Suergiu - Riferimento importante per tutte le famiglie che si trovano a dover affrontare il problema dell'accudimento di un anziano, svolge azione di sostegno nei confronti dei familiari, oltre che un aiuto concreto e determinante verso gli anziani direttamente interessati.

Santadi - Alcuni soggetti hanno parzialmente recuperato la loro sufficienza o la loro insufficienza non si è aggravata, altri sono stati, in parte, recuperati alla vita sociale, traendoli dal loro isolamento, altri ancora hanno visto alleviarsi le loro sofferenze e/o i loro pesi quotidiani.

Sant'Antioco - Servizio indispensabile considerata l'alta percentuale di anziani soli e non autosufficienti, contestuale alleggerimento del carico familiare.

Le famiglie di appartenenza hanno tratto vantaggi e benefici, in quanto hanno potuto liberarsi, almeno nelle ore di assistenza, della pressione e dell'assillo di una diuturna vigilanza e continua presenza nel seguire l'anziano non autosufficiente. Hanno trovato nel servizio e negli operatori un valido sostegno nell'assistenza ai congiunti.

↳ **Punti di debolezza**

I Comuni hanno indicato come Criticità del servizio il fatto che sia sottodimensionato rispetto alle esigenze del territorio e alle richieste effettive; tra le cause individuate la scarsità di risorse economiche che impediscono di aumentare l'assistenza

domiciliare sia in termini di ore che di tipologia di servizi prestati. È molto sentita la mancanza di raccordo con i servizi sanitari con i quali si potrebbe collaborare a vantaggio dell'utenza.

Per i singoli Comuni sono punti di debolezza:

Carloforte - Risposta insufficiente, per chi ha problemi di autosufficienza.

Giba – Esiguità dei fondi che si hanno a disposizione per poter garantire il servizio a tutti coloro che ne hanno bisogno ed in modo più efficiente rispetto a come lo si sta erogando. Importanza dell'ADI che in questo territorio, purtroppo non è riuscita ancora a decollare.

Nuxis – Al fine di garantire un netto miglioramento della qualità del servizio, si ritiene indispensabile porre in essere una più stretta collaborazione con l'Azienda USL n. 7, competente per territorio, che assicuri l'intervento più idoneo, rispondente alle esigenze dei soggetti non autosufficienti.

Portoscuso – Ore di intervento insufficienti, scarsa integrazione dell'intervento assistenziale con quello sanitario, necessaria maggiore coinvolgimento e collaborazione con i servizi erogati dalla azienda USL , ciò comporterebbe una migliore qualità del servizio che risulterebbe essere più rispondente ai bisogni dell'utente.

San Giovanni Suergiu - Esiguità degli orari di accesso domiciliare in quanto ci si rende conto che spesso per gli anziani l'operatore del servizio domiciliare viene visto come una persona amica con la quale amano discorrere piacevolmente.

Santadi - Molti anziani vivono da soli, senza una rete familiare che li sostenga e purtroppo il servizio in argomento riesce a coprire max un'ora al giorno per cui solo una minima parte della giornata.

Sant'Antioco - Il servizio deve essere potenziato soprattutto nei mesi estivi

Villaperuccio - Mancano le risorse economiche ed una maggiore integrazione con il sanitario, in modo da poter meglio coordinare il Servizio con modalità ed orari più idonei.

b) SERVIZI DI AGGREGAZIONE ANZIANI

Il servizio di aggregazione mira a creare momenti di vita condivisa attraverso la socializzazione, possibilmente anche con altre fasce di utenza che, spesso, usufruiscono delle stesse strutture. Consentono di avere dei punti di riferimento al di fuori del domicilio, importanti soprattutto per le persone che vivono da sole, stimolandole ad instaurare delle relazioni. Otto i Comuni che curano questi aspetti della vita dell'anziano e varie sono le tipologie di servizi offerti: Carbonia, Carloforte, Giba, Narcao, Perdaxius, San Giovanni Suergiu e Sant'Antioco. Sono presenti nel territorio dei Centri di aggregazione per Anziani dove si incontrano, tra l'altro, per giocare a carte, partecipare a laboratori, fare ginnastica dolce. Il costo complessivo per i 4 Comuni che lo hanno indicato (Carbonia, Carloforte, Narcao, Perdaxius) è di € 150.035 con una spesa media per utente di € 199,52. La compartecipazione

economica, se indicata, non era prevista. La tipologia di gestione, quando indicata, è indiretta e affidata a cooperativa (Carbonia, Carloforte per una atti, Narcao, Perdaxius), diretta a San Giovanni Suergiu e Carloforte, per le attività che gli anziani si autogestiscono. Il coinvolgimento comunitario è indicato solo dal Comune di San Giovanni Suergiu e consiste nella suddivisione impegni reciproci con associazioni di volontariato, l'équipe di riferimento e gli operatori dello sportello anziani.

Tab. 8

Dati Servizi di Aggregazione - Distretto di Carbonia											
Comune	N. utenti	Dom. insodd.	N. famiglie con > 64	Tot >64	Rapporto n. ut/n. > 64		Rapporto n.> 64/pop, tot.		Spesa per utente	SPESA 2005 Indicata dai comuni	Pop. Totale
Calasetta			75	603	0,00	0,0%	0,21	21,2%			2.841
Carbonia	577		NI	4995	NI	NI	0,16	16,4%	€ 43,39	€ 25.036,32	30.505
Carloforte	150	0	713	1.472	0,10	10,2%	0,23	22,7%	€ 135,23	€ 20.285,00	6.488
Giba	NI	NI	NI	399	NI	NI	0,19	18,7%	NI	NI	2.134
Masainas			207	270	0,00	0,0%	0,19	18,8%			1.437
Narcao	15		312	592	0,03	2,5%	0,17	17,5%	€ 4.280,00	€ 64.200,00	3.384
Nuxis			292	360	0,00	0,0%	0,21	20,9%			1.719
Perdaxius	10		NI	274	NI	NI	0,19	18,7%	€ 801,40	€ 8.014,00	1.466
Piscinas			140	166	0,00	0,0%	0,20	19,5%			850
Portoscuso			NI	790	NI	NI	0,15	14,7%			5.361
S.G. Suergiu	NI	0	407	966	NI	NI	0,16	15,9%	NI	€ 32.500,00	6.075
Santadi			NI	739	NI	NI	0,20	19,7%			3.753
S.A. Arresi			200	426	0,00	0,0%	0,16	16,2%			2.629
S. Antioco	198	NI	1.211	2.306	NI	NI	0,20	19,6%	€ 78,28	€ 15.500,00	11.756
Tratalias			NI	200	NI	NI	0,18	17,8%			1.122
Villaperuccio			222	190	0,00	0,0%	0,17	17,4%			1.094

↳ Punti di forza

San Giovanni Suergiu - Sostegno agli anziani, anche in un'ottica di prevenzione all'istituzionalizzazione e ciò ha rappresentato senz'altro un punto di forza in quanto con azioni e interventi mirati sono stati presi in carico dal servizio domiciliare almeno 3 anziani soli che diversamente sarebbero stati avviati in strutture assistenziali .

↳ Punti di debolezza

San Giovanni Suergiu – La carenza di spazi aggregativi a S. Giovanni centro, e la totale mancanza di spazi nelle frazioni di Matzaccara e Palmas.

c) SOGGIORNO ANZIANI

Il servizio, che consiste in viaggi e gite nel territorio regionale e/o nazionale intende, prevede attività di gruppo e mira a favorire la socializzazione e l'arricchimento culturale prevenendo fenomeni di isolamento e di emarginazione. I requisiti di accesso variano: le persone che vivono da sole, i meno abbienti. Villaperuccio ha previsto anche utenti <64 anni. Il servizio è stato attivato in 5 Comuni, Giba, Masainas, Perdaxius, Sant'Anna Arresi e Villaperuccio e ne hanno usufruito 94 utenti. Il costo sostenuto dai Comuni che o hanno dichiarato è di € 56.027. Sant'Anna Arresi, con un numero di utenti simile a quello di Masainas, ha speso circa 1/3. Masainas, che ha previsto la compartecipazione economica mentre gli altri Comuni hanno utilizzato fondi a disposizione. A Sant'Anna Arresi una associazione ha collaborato per disbrigo pratiche, accompagnamento a visite mediche, ecc...

Tab. 9

Dati Soggiorno Anziani - Distretto di Carbonia											
Comune	N. utenti	Dom. insodd.	N. famiglie con > 64	Tot >64	Rapporto n. ut/n. > 64		Rapporto n.> 64/tot pop		Spesa per utente	SPESA 2005 Indicata dai comuni	Pop. Totale
Calasetta			75	603	0,00	0,0%	0,21	21,2%			2.841
Carbonia			NI	4995	NI	NI	0,16	16,4%			30.505
Carloforte			713	1.472	0,00	0,0%	0,23	22,7%			6.488
Giba	NI	NI	NI	399	NI	NI	0,19	18,7%	NI	NI	2.134
Masainas	34		207	270	0,13	12,6%	0,19	18,8%	€ 737,65	€ 25.080,00	1.437
Narcao			312	592	0,00	0,0%	0,17	17,5%			3.384
Nuxis			292	360	0,00	0,0%	0,21	20,9%			1.719
Perdaxius	30		NI	274	NI	NI	0,19	18,7%		€ 6.000,00	1.466
Piscinas			140	166	0,00	0,0%	0,20	19,5%			850
Portoscuso			NI	790	NI	NI	0,15	14,7%			5.361
S.G. Suergiu			407	966	0,00	0,0%	0,16	15,9%			6.075
Santadi			NI	739	NI	NI	0,20	19,7%			3.753
S.A. Arresi	30		200	426	0,07	7,0%	0,16	16,2%	€ 233,33	€ 7.000,00	2.629
S. Antioco			1.211	2.306	0,00	0,0%	0,20	19,6%			11.756
Tratalias			NI	200	NI	NI	0,18	17,8%			1.122
Villaperuccio	NI		222	190	NI	NI	0,17	17,4%	NI	€ 17.947,00	1.094
	94	0	3.779	14.748	0,00	0,4%	0,18	17,9%	€ 781,67	€ 56.027,00	82.614

↳ Punti di forza

Villaperuccio - Finalità di offrire agli anziani occasioni di svago, di nuovi contatti sulla possibilità di conservazione e di recupero dello stato di benessere fisico e psichico, occasioni di arricchimento culturale.

↳ Punti di debolezza

La carenza di fondi fa sì che vengano privilegiati servizi meno onerosi.

d) INSERIMENTO IN STRUTTURA ANZIANI

Tab. 10

Dati Inserimento in Struttura - Distretto di Carbonia											
Comune	N. utenti	Dom. insodd.	N. famiglie con > 64	Tot >64	Rapporto n. ut/n. > 64		Rapporto n.> 64/tot pop		Spesa per utente	SPESA 2005 Indicata dai comuni	Pop. Totale
Calasetta			75	603	0,00	0,0%	0,21	21,2%			2.841
Carbonia	37		NI	4995	NI	NI	0,16	16,4%			30.505
Carloforte			713	1.472	#RIF!	#RIF!	0,23	22,7%	€ 8.643,60	€ 319.813,13	6.488
Giba	NI	NI	NI	399	NI	NI	0,19	18,7%	NI	NI	2.134
Masainas			207	270	0,00	0,0%	0,19	18,8%			1.437
Narcao			312	592	0,00	0,0%	0,17	17,5%			3.384
Nuxis			292	360	0,00	0,0%	0,21	20,9%			1.719
Perdaxius	2		NI	274	NI	NI	0,19	18,7%		€ 3.117,70	1.466
Piscinas			140	166	0,00	0,0%	0,20	19,5%			850
Portoscuso	2		NI	790	NI	NI	0,15	14,7%	€ 24.506,10	€ 49.012,20	5.361
S.G. Suergiu	8	0	407	966	0,01	0,8%	0,16	15,9%	€ 13.909,38	€ 111.275,00	6.075
Santadi			NI	739	NI	NI	0,20	19,7%			3.753
S.A. Arresi	1	10	200	426	0,00	0,2%	0,16	16,2%	€ 816,53	€ 816,53	2.629
S. Antioco	16	5	1.211	2.306	0,00	0,0%	0,20	19,6%	€ 17.493,75	€ 279.900,00	11.756
Tratalias			NI	200	NI	NI	0,18	17,8%			1.122
Villaperuccio			222	190	0,00	0,0%	0,17	17,4%			1.094
	66	10	3.779	14.748	0,00	0,3%	0,18	17,9%	€ 10.019,10	€ 763.934,56	82.614

Il servizio prevede per il Comune la copertura del costo di ricovero in comunità alloggio, case di riposo, istituti, case di riposo, nelle quali vengono inserite persone anziane. Le RSA accolgono persone con patologie totalmente invalidanti e non gestibili nel proprio domicilio (Alzheimer, ecc...). Servizio attivo in 7 Comuni, utenti

inseriti in struttura sono 66, Giba non indica il numero, la maggior parte dei quali a Carbonia. Sant'Anna Arresi, a fronte dell'inserimento di un utente, ne dichiara 10 insoddisfatti; Sant'Antioco 5. La spesa complessiva è di € 763.934,56 quella per utente di € 10.019,10; questo dato non comprende Giba che non lo ha indicato. La compartecipazione economica da parte dell'utenza, pur indicata da tutti i Comuni, è stata quantificata solo da San Giovanni Suergiu in € 60.370.

↳ **Punti di forza**

L'inserimento in struttura è una tipologia di servizi molto onerosi ma indispensabili a fronte della totale assenza di servizi, familiari e rete di riferimento da poter impiegare a sostegno degli interessati.

Carbonia - Le Comunità Alloggio sono destinate ad ospitare un ristretto numero di soggetti totalmente o parzialmente autosufficienti, i quali non hanno la possibilità di vivere autonomamente presso il proprio nucleo familiare o altro affidatario.

Giba - Soluzione che come punto di forza ha indubbiamente dalla sua parte il fatto che riesce a garantire l'assistenza specializzata nell'intero arco della giornata.

San Giovanni Suergiu - Consapevolezza di assicurare all'anziano l'assistenza e le cure materiali di cui necessita e che nessun altra persona gli possa garantire.

Sant'Antioco - La Comunità Alloggio è organizzata sul modello familiare e tende a privilegiare una vita comunitaria. La struttura è in fase di trasformazione in Casa Protetta, in grado di ospitare 24 utenti.

↳ **Punti di debolezza**

Non sempre i Comuni hanno le risorse necessarie per sostenerne la spesa. Talvolta sono ricorsi a P.O. ma c'è grande preoccupazione sulle modalità del reperimento delle risorse per dare continuità agli interventi in atto e per garantire idonee risposte alle nuove esigenze.

Giba - Mancanza della presenza costante, così importanti per l'anziano, dell'affetto e delle attenzioni dei familiari.

San Giovanni Suergiu - Mancanza di affetti e attenzioni dei familiari. Anche se l'organizzazione delle strutture assistenziali è improntata a modelli di tipo familiare, a volte il clima non è precisamente tale per cui la convivenza ne potrebbe risentire.

e) TELESOCORSO

Il servizio innovativo di Telesoccorso e il Telecontrollo consente di monitorare 24 ore su 24 gli utenti attraverso dispositivi elettronici che trasmettono informazioni sanitarie personali ad una centro operativo dal quale gli operatori intervengono in caso di emergenze sanitarie. Favorisce l'autonomia personale dando sicurezza alle persone che in questo modo possono continuare a vivere nel loro ambiente, specie coloro che vivono da sole, sapendosi comunque controllate ed accudite. Il servizio è gestito in forma associata dai Comuni di Santadi, Nuxis, Villaperuccio + altri (P.O.).

La gestione è indiretta, affidata a cooperativa.

Tab. 11

Dati Telesoccorso - Distretto di Carbonia											
Comune	N. utenti	Dom. insodd.	n. famiglie con > 64	Tot >64	Rapporto n. ut/n. > 64		Rapporto n.> 64/pop, tot.		spesa per utente	SPESA 2005 Indicata dai comuni	Pop. Totale
Calasetta			75	603	0,00	0,0%	0,21	21,2%			2.841
Carbonia			NI	4995	NI	NI	0,16	16,4%			30.505
Carloforte			713	1.472	0,00	0,0%	0,23	22,7%			6.488
Giba			NI	399	NI	NI	0,19	18,7%			2.134
Masainas			207	270	0,00	0,0%	0,19	18,8%			1.437
Narcao			312	592	0,00	0,0%	0,17	17,5%			3.384
Nuxis	NI	NI	292	360	NI	NI	0,21	20,9%	NI	NI	1.719
Perdaxius			NI	274	NI	NI	0,19	18,7%			1.466
Piscinas			140	166	0,00	0,0%	0,20	19,5%			850
Portoscuso			NI	790	NI	NI	0,15	14,7%			5.361
S.G. Suergiu			407	966	0,00	0,0%	0,16	15,9%			6.075
Santadi	NI	NI	NI	739	NI	NI	0,20	19,7%	NI	NI	3.753
S.A. Arresi			200	426	0,00	0,0%	0,16	16,2%			2.629
S. Antioco	14		1.211	2.306	0,00	0,0%	0,20	19,6%		€ 5.205,89	11.756
Tratalias			NI	200	NI	NI	0,18	17,8%			1.122
Villaperuccio	NI	NI	222	190	NI	NI	0,17	17,4%	NI	NI	1.094
	14	NI	3.779	14.748	NI	NI	0,18	17,9%	NI	€ 5.205,89	82.614

↳ Punti di forza

Sant'Antioco - valido aiuto per l'utente, soprattutto nelle ore notturne, poiché garantisce un intervento immediato e qualificato.

Villaperuccio - Permette alle persone sole la permanenza nella propria abitazione, riducendo il ricorso all'Istituzionalizzazione

↳ Punti di debolezza

Villaperuccio - Molti anziani hanno avuto una certa diffidenza nonché difficoltà nell'utilizzo dell'apparecchio

f) ASSISTENZA ECONOMICA ANZIANI

Tab. 12

Dati Assistenza Economica - Distretto di Carbonia											
Comune	N. utenti	Dom. insodd.	N. famiglie con > 64	Tot >64	Rapporto n. ut/n. > 64		Rapporto n.> 64/tot pop		Spesa per utente	SPESA 2005 Indicata dai comuni	Pop. Totale
Calasetta			75	603	0,00	0,0%	0,21	21,2%			2.841
Carbonia			NI	4995	NI	NI	0,16	16,4%			30.505
Carloforte	2		713	1.472	0,00	0,1%	0,23	22,7%	€ 3.402,00	€ 6.804,00	6.488
Giba			NI	399	NI	NI	0,19	18,7%			2.134
Masainas			207	270	0,00	0,0%	0,19	18,8%			1.437
Narcao			312	592	0,00	0,0%	0,17	17,5%			3.384
Nuxis			292	360	0,00	0,0%	0,21	20,9%			1.719
Perdaxius	15		NI	274	NI	NI	0,19	18,7%		€ 3.032,48	1.466
Piscinas			140	166	0,00	0,0%	0,20	19,5%			850
Portoscuso			NI	790	NI	NI	0,15	14,7%			5.361
S.G. Suergiu	6	0	407	966	0,01	0,6%	0,16	15,9%	€ 995,67	€ 5.974,00	6.075
Santadi			NI	739	NI	NI	0,20	19,7%			3.753
S.A. Arresi			200	426	0,00	0,0%	0,16	16,2%			2.629
S. Antioco	12	4	1.211	2.306	0,00	0,0%	0,20	19,6%		€ 5.702,00	11.756
Tratalias			NI	200	NI	NI	0,18	17,8%			1.122
Villaperuccio			222	190	0,00	0,0%	0,17	17,4%			1.094
	35	4	3.779	14.748	0.00	0.1%	0.18	17,9%	€ 4.397,67	€ 21.512, 48	82.614

Il sostegno economico è stato erogato a 2 anziani a Carloforte per integrare il costo della retta per l'ospitalità presso la locale casa di riposo.

A San Giovanni Suergiu 6 persone hanno usufruito di interventi di sostegno economico in danaro o buoni per alimenti e farmaci.

La spesa totale di € 21.512,48 non è comparabile essendo gli interventi completamente diversi nei Comuni.

La gestione è stata diretta e, ovviamente, non c'è stata compartecipazione economica.

g) ALTRE ATTIVITÀ ANZIANI

Tab. 13

Dati Altre Attività - Distretto di Carbonia											
Comune	N. utenti	Dom. insodd.	N. famiglie con > 64	Tot >64	Rapporto n. ut/n. > 64		Rapporto n.> 64/tot pop		Spesa per utente	SPESA 2005 Indicata dai comuni	Pop. Totale
Calasetta			75	603	0,00	0,0%	0,21	21,2%			2.841
Carbonia			NI	4995	NI	NI	0,16	16,4%			30.505
Carloforte	NI		713	1.472	NI	NI	0,23	22,7%	NI	€ 4.627,50	6.488
Giba			NI	399	NI	NI	0,19	18,7%			2.134
Masainas			207	270	0,00	0,0%	0,19	18,8%			1.437
Narcao			312	592	0,00	0,0%	0,17	17,5%			3.384
Nuxis			292	360	0,00	0,0%	0,21	20,9%			1.719
Perdaxius			NI	274	NI	NI	0,19	18,7%			1.466
Piscinas	3		140	166	0,02	1,8%	0,20	19,5%	€ 1.235,67	€ 3.707,00	850
Portoscuso			NI	790	NI	NI	0,15	14,7%			5.361
S.G. Suergiu	13		407	966	0,00	0,0%	0,16	15,9%			6.075
Santadi			NI	739	NI	NI	0,20	19,7%			3.753
S.A. Arresi			200	426	0,00	0,0%	0,16	16,2%			2.629
S. Antioco	15		1.211	2.306	0,00	0,0%	0,20	19,6%		€ 8.500,00	11.756
Tratalias			NI	200	NI	NI	0,18	17,8%			1.122
Villaperuccio			222	190	0,00	0,0%	0,17	17,4%			1.094
	31	0	3.779	14.748	0,00	0,0%	0,18	17,9%	€ 1.235,67	€ 16.834,50	82.614

Le altre attività presenti nella Tab. 13, si riferiscono al costo che il Comune di Carloforte ha dovuto sostenere per i canoni di locazione della varie associazioni, in attesa del completamento dei lavori di ristrutturazione del Centro di Aggregazione Sociale.

Il Comune di San Giovanni Suergiu ha attivato dall'anno 2005, tramite progetto obiettivo finanziato, un'equipe composta da Assistente Sociale ed educatrice e addetta amministrativa, che oltre ad avere istituito lo sportello-anziani, operano in collaborazione con le famiglie e le associazioni di volontariato per la costituzione di una rete di interventi volti alla prevenzione dell'isolamento e dell'istituzionalizzazione, ed a far fronte alle situazioni di crisi e di emergenza.

I Comuni di Sant'Antioco e Piscinas hanno istituito la figura del Nonno vigile nell'ambito delle attività promozionali per gli anziani, finalizzate alla modifica dei comportamenti che scaturiscono dalla demotivazione, dall'isolamento, dallo scadere del ruolo sociale per i cittadini in età pensionabile (dai 55 anni in su).

La gestione è diretta, nel caso del Nonno vigile lavoro svolto, verrà corrisposta una somma (gettone incentivante) mensile.

↳ Punti di forza

- Coinvolgimento di cittadini ancora attivi nella gestione di servizi di interesse collettivo, favorendo il permanere di una buona integrazione sociale.
- L'anziano si sente partecipe e attivo in un processo di crescita sociale, offrendo servizi adeguati alla collettività

2.2.2. I Servizi per Minori e Giovani

❖ Area Minori

La popolazione totale del Distretto di Carbonia è di 82.614 abitanti, di cui 12.479 sono gli infra-diciottenni. Nel Distretto di Carbonia i minori costituiscono quindi circa il 15,1 per cento della popolazione, con variazioni tra i Comuni.

Il tasso di natalità si aggira attorno allo 0,6%, leggermente più basso del tasso del Distretto di Iglesias. Il Comune col tasso di natalità più elevato è Piscinas (1,18%), che peraltro è il meno popoloso del Distretto. Piuttosto basso è invece il tasso di natalità a Santadi (0,21%).

↳ I servizi presenti

Servizi	n° Comuni in cui è presente il servizio
Centro gioco	16
SET	14
Colonie estive	11
Affido	9
Ludoteca	8
Servizi Socio Educativi	8
Centri di Aggregazione	4
Consiglio comunale dei ragazzi	3
Sussidi economici	3
Inserimento in struttura	2
Accoglienza ed Orientamento	2
Altri progetti	2

I servizi in favore dell'area minori che risultano più diffusi sono: il Centro Gioco, presente in tutti i Comuni, il SET, presente in 14, le colonie estive in 11 e il Servizio Affidi in 9 Comuni del Distretto. Seguono la ludoteca e i servizi socio educativi.

Sono invece solo due i Comuni che prevedono sportelli di accoglienza e orientamento e gli Inserimenti in struttura.

↳ **Spesa**

Il servizio per il quale la spesa è più elevata è il servizio educativo territoriale che ha una spesa complessiva nel Distretto pari a circa 480mila euro. Segue poi il servizio di inserimento in struttura che ha una spesa pari a circa 477.582 euro. La spesa per i centri Gioco ammonta invece a circa 265.211euro, fondi di cui alla L. 285/97. Si tratta di un servizio presente in tutti i Comuni. È di circa 123 mila euro la spesa per la colonia estiva per la quale è prevista in genere anche la compartecipazione economica, con criteri diversi tra i vari Comuni.

Rispetto all'utenza, il SET, i Centri gioco e la colonia estiva sono i servizi rivolti al maggior numero di utenti. Sono circa 142 gli utenti del SET con una spesa media per utente nel Distretto di circa 3.374 euro mentre è molto più bassa la spesa media per i centri gioco i cui utenti sono circa 509 con una spesa media per utente pari a 447 euro circa. I minori che usufruiscono del servizio di colonia estiva sono circa 524 e la spesa media per utente è di circa 236 euro (per questo servizio è generalmente prevista la contribuzione economica).

Il servizio per il quale il costo per utente è più elevato è l'inserimento in struttura (che è presente solo in due Comuni e ha un costo medio di 22.742,00 euro circa).

↳ **Integrazione**

I servizi in cui è maggiore l'integrazione sono l'affido e i centri gioco. Per questi servizi sono in atto rispettivamente un Protocollo d'intesa e un Accordi di programma che vedono peraltro coinvolti la grande maggioranza dei Comuni del Distretto. Questo costituisce indubbiamente un punto di forza per il processo di integrazione in atto. Si segnala inoltre anche negli altri servizi la cooperazione con la ASL e in alcuni casi con la scuola le associazioni e la parrocchia.

↳ **Gestione**

La modalità ampiamente prevalente di gestione è quella indiretta mediante appalto a cooperativa.

a) CONSIGLIO COMUNALE DEI RAGAZZI

Si tratta di un servizio presente in 3 Comuni (Carbonia, Sant'Antioco e Piscinas) che apprendano, rispettivamente, i più popolosi e il meno popoloso dei Comuni del Distretto. A Carbonia i ragazzi che partecipano sono 14, a Piscinas sono 7. Il servizio, che ha funzione preventiva, è rivolto ai ragazzi della 5 elementare e della prima e seconda media e coinvolge a Piscinas il 4,5 per cento dei minori di età compresa tra 0-18 anni mentre a Carbonia solo lo 0,28 per cento. In realtà si tratta di un momento educativo che vede partecipare anche la scuola (ad esempio a Carbonia nella "fase elettorale" sono coinvolti tutti i ragazzi delle scuole).

La spesa complessiva è di 7 mila euro a Piscinas con un spesa media per utente a di 1000 euro. A Carbonia il Servizio è attualmente inserito nell'ambito delle attività del Centro Giovani con una spesa di circa € 1000, 00, budget simbolico affidato alla gestione del Consiglio.

b) CENTRO GIOCO

Si tratta di un servizio presente in tutti i Comuni del Distretto ed ha finalità preventive e di socializzazione.

Centro gioco					
COMUNI	N. utenti	Popolazione <18 anni	% utenti / popolaz <18	Spesa per utente	Spesa
Calasetta	23	400	5,8%	€ 250,08	€ 5.752,00
Carbonia	119	4.614	2,6%	€ 558,65	€ 66.480,00
Carloforte	65	872	7,5%	€ 326,07	€ 17.608,00
Giba	28	318	8,8%	€ 205,43	€ 5.752,00
Masainas	10	196	5,1%	€ 575,20	€ 5.752,00
Narcao	14	575	2,4%	€ 485,20	€ 9.704,00
Nuxis	23	281	8,2%	€ 575,20	€ 5.752,00
Perdaxius	10	235	4,3%	€ 575,20	€ 5.752,00
Piscinas	15	139	10,8%	€ 338,35	€ 5.752,00
Portoscuso	26	781	3,3%	€ 525,23	€ 13.656,00
San Giovanni Suergiu	45	962	4,7%	€ 352,16	€ 17.608,00
Santadi	24	596	4,0%	€ 404,33	€ 9.704,00
Sant'Anna Arresi	12	424	2,8%	€ 479,33	€ 5.752,00
Sant'Antioco	76	1.747	4,4%	€ 299,43	€ 31.440,00
Tratalias		172			€ 5.752,00
Villaperuccio	19	167	11,4%	€ 302,74	€ 5.752,00
Tot.	509	12.479	4,1%	€ 428,23	€ 217.968,00

Utenza - Complessivamente i minori utenti del servizio sono circa 509 nel Distretto, pari a circa il 4,1 per cento della popolazione di età inferiore a 18 anni. Si tratta di un servizio rivolto principalmente ai bambini di età 18 mesi - 3 anni ma diversi Comuni prevedono l'erogazione del servizio sino al compimento del 5/6 anno d'età. Questa percentuale è più o meno costante in tutti i Comuni ma è più elevata della media a Piscinas, dove usufruisce del servizio l'11,4% dei minori del Comune. È invece al di sotto della media il dato di Sant'Anna Arresi (2,8%). Si segnala a Carbonia domanda insoddisfatta per 30 soggetti che hanno fatto richiesta.

Spesa - La spesa complessiva nel Distretto è pari a 217.968, di cui 227.672 euro circa vengono trasferiti direttamente ai Comuni per la gestione del Servizio; le restanti risorse vengono gestite dal Comune Capofila (Carbonia) per il coordinamento tecnico e amministrativo, nonché per la formazione.

La spesa media per utente si aggira attorno ai 428 euro. Risulta più elevato della media il dato di Masainas e Perdaxius (575 euro) dove è prevista la compartecipazione economica.

Gestione - Tutti i Comuni (che hanno fornito il dato) fanno ricorso all'appalto a cooperativa per la gestione del servizio.

Integrazione e coinvolgimento comunitario:

- è in atto un Accordo di programma (Legge 285/1997) di cui il Comune di Carbonia è capofila. Si segnala inoltre il coinvolgimento della ASL, dell'UNICEF, del Centro per la Giustizia Minorile e del CSA.
- coinvolgimento delle famiglie.

c) INSERIMENTO IN STRUTTURA MINORI

Il servizio è presente in due Comuni del Distretto Carbonia e San Giovanni Suergiu.

Utenza - Nel primo è in atto un solo inserimento in struttura mentre a Carbonia ve ne sono 20. L'inserimento in comunità alloggio è attuato laddove risulta impossibile la permanenza nel nucleo d'origine, ritenuto non idoneo alla cura ed educazione del minore.

Spesa - Come si può vedere dalla tabella la spesa complessiva nel Distretto è di 477.582 mila euro circa. La spesa media per utente è di circa 22.742 euro.

COMUNI	N. utenti	Popolazione <18 anni	% utenti / popolaz <18	Spesa per utente	Spesa
Carbonia	20	4.614	0,43%	€ 22.716,14	€ 454.322,80
San Giovanni Suergiu	1	962	0,10%	€ 23.260,00	€ 23.260,00
TOT	21	5.576	0,38%	€ 22.742,00	€ 477.582,80

d) LUDOTECA

Il servizio è presente in 6 Comuni del Distretto. Il Comune di Sant'Anna Arresi prevede anche il servizio di "Spiaggia Day" durante la stagione estiva.

Utenza - Il servizio è rivolto a minori di età compresa tra 6 e 12-15 anni. Gli utenti del servizio sono circa 184 nel Distretto. Bisogna considerare però che mancano i dati di due Comuni e che il dato di Sant'Anna Arresi oscilla tra i 26 utenti e i 58 durante la stagione estiva. Peraltro chi sono questi utenti? Si considerano gli utenti dello spiaggia day? C'è un aumento dovuto ad altre motivazioni?

Comuni	N. utenti	Popolazione <18 anni	% utenti / popolaz <18	Spesa per utente	Spesa
Carbonia	66	4.614	1,4%	€ 134,76	€ 8.893,92
Perdaxius	30	235	12,8%	€ 656,99	€ 19.709,63
Piscinas	30	139	21,6%	€ 946,83	€ 28.405,00
Sant'Anna Arresi *	58	424	13,7%	€ 1.092,76	€ 63.380,11
Tot	184			€ 654,29	€ 120.388,66

* L'utenza di Sant'Anna Arresi oscilla tra i 26 utenti nel corso dell'anno e i 58 della stagione estiva.

Spesa - La spesa complessiva è di circa 120 mila euro con un spesa media per utente di circa 654 euro. Il dato del Comune di Sant'Anna Arresi rivela una spesa per utente più elevata (ma ciò probabilmente a causa dell'inclusione dei servizi di spiaggia day. Molto inferiore alla media la spesa per utente a Carbonia.

e) SERVIZIO EDUCATIVO TERRITORIALE

SET					
COMUNI	N. utenti	Popolazione <18 anni	% utenti / popolaz <18	Spesa per utente	Spesa
Calasetta	21	400	5,3%		non indicato
Carbonia	28	4.614	0,6%	€ 5.509,83	€ 154.275,19
Carloforte	30	872	3,4%	€ 2.386,41	€ 71.592,29
Giba	non indicato	318			non indicato
Masainas		196	0,0%		
Narcao	8	575	1,4%	€ 2.227,77	€ 17.822,14
Nuxis	10	281	3,6%	€ 1.289,27	€ 12.892,65
Perdaxius	non indicato	235			€ 37.769,96
Piscinas	3	139	2,2%	€ 9.468,33	€ 28.405,00
Portoscuso	15	781	1,9%	€ 3.146,67	€ 47.200,00
San Giovanni S.	13	962	1,4%	€ 3.876,92	€ 50.400,00
Sant'Anna Arresi	9	424	2,1%	€ 987,67	€ 8.889,00
Sant'Antioco	15	1.747	0,9%	€ 3.333,33	€ 50.000,00
Tratalias	non indicato	172			non indicato
Villaperuccio	non indicato	167			non indicato
Totale	152			€ 3.152,94	€ 479.246,23

Il SET è presente in quasi tutti i Comuni del Distretto (è assente nei Comuni di Masainas e Santadi). A Carbonia è previsto il servizio educativo integrato (SET+ servizio educativo scolastico)

Utenza - Gli utenti nel Distretto sono circa 152 (mancano i dati di 4 Comuni) e costituiscono quindi circa il 3,5% della popolazione di età compresa fra 0 e 18 anni. A Carbonia questa percentuale raggiunge quasi il 7 per cento, mentre è al di sotto della media nei Comuni di Portoscuso, Piscinas, San Giovanni Suergiu, Sant'Anna Arresi, Sant'Antioco, Narcao. I minori utenti sono in alcuni casi solo quelli in età prescolare. A Sant'Antioco, il servizio dopo 10 anni di attività non è stato più finanziato dalla Regione e, pertanto, il Comune ha provveduto con somme residue.

Spesa - La spesa complessiva per il servizio è di circa 480 mila euro nel Distretto. Con una spesa media per utente che si aggira attorno ai 3.153 euro. Risulta molto più elevata rispetto alla media la spesa per utente a Piscinas 9.468 euro circa. È invece piuttosto basso a Sant'Anna Arresi: 987 euro circa.

Integrazione - Non è possibile fornire un quadro perché la maggior parte dei Comuni non ha fornito il dato. Il Comune di Carbonia collabora con le scuole, le associazioni di volontariato, le parrocchie, alcune società sportive, il CESIL, il centro giovani. Si segnala la gestione associata del servizio tra il Comune di Sant'Anna Arresi e il Comune di Teulada.

Gestione - Nella quasi totalità dei Comuni il servizio è gestito mediante appalto a cooperativa.

Note

***Criticità rilevate:** in alcuni casi il servizio è rivolto solo ai minori in età prescolare; non sempre il servizio svolge una funzione di tipo educativo e viene relegata a supporto per lo svolgimento di attività scolastiche **N.B:** quest'ultimo aspetto era stato rilevato anche nel Distretto di Iglesias.

f) AFFIDO

Il servizio è presente in 9 Comuni del Distretto che aderiscono ad un Protocollo d'Intesa di cui Carbonia è Ente capofila.

Utenza - I minori utenti sono circa 30, si tratta di una percentuale molto bassa rispetto al totale dei minori di età 0-18 perché naturalmente è un servizio limitato alle situazioni di maggiore gravità. Peraltro quasi tutti i Comuni riconoscono una prevalente funzione di prevenzione al servizio che, tra le sue funzioni, prevede attività di sensibilizzazione all'affido familiare, selezione e formazione delle famiglie affidatarie, sostegno alle famiglie affidatarie nel corso dell'eventuale affidamento.

Spesa - Il finanziamento ammesso dalla RAS in attuazione di un Progetto obiettivo è di complessivi € 91.846,00 di cui € 78.070 quale contributo RAS e € 10.329 a carico

del Comune di Carbonia. Anche gli altri Comuni aderenti partecipano alla gestione delle servizio con un importo pari a € 0,26 ad abitante.

AFFIDO					
COMUNI	N. minori	Popolazione <18 anni	% utenti / popolaz <18	Spesa per utente	Partecipazione alla Spesa
Carbonia	26	4.614	0,52%	€ 6.071,00	€ 10.329,00
Carloforte	0	872	0,00%		€ 1.681,16
Giba	non indicato	318			553,54
Masainas	0	196	0,00%		€ 374,38
Perdaxius	2	235			€ 375,70
Portoscuso	0	781	0,00%		€ 1.385,80
San Giovanni S.	3	962	0,29%	€ 6.000,00	€ 1.582,88
Sant'Antioco	1	1.747	0,05%	€ 3.075,80	€ 3.065,40
Tratalias	non indicato	172			€ 260,34
Tot	30			€ 6.105,13	€ 28.204,06

Integrazione - È in atto un Protocollo d'Intesa

g) SERVIZI SOCIO EDUCATIVI

Il servizio è presente in 8 Comuni del Distretto. In alcuni Comuni dove non è presente è comunque presente il SET. Fa eccezione il Comune di Masainas nel quale sono presenti solo il servizio affido e il centro gioco.

SOCIO EDUCATIVI					
COMUNI	N. utenti	Popolazione <18 anni	% utenti / popolaz <18	Spesa per utente	Spesa
Carloforte	120	872	13,8%		0,00
Narcao *	25	575	4,3%	€ 1.451,04	36.276,00
Piscinas **	47	139	33,8%	€ 51,53	2.422,00
Portoscuso	15	781	1,9%		
San Giovanni S. ***	N.I.	962			7.400
Totale	217				€ 93.772,00

* Di cui 15 progetto adolescenti e 10 progetto sport per tutti

** Di cui 32 laboratorio musicale e 15 laboratorio teatrale

*** Sono attivate 3 ludoteche nelle frazioni principali

Complessivamente gli utenti del servizio sono 217 pari all'1,6% della popolazione totale del Distretto. È rilevante il dato del Comune di Piscinas nel quale usufruisce del servizio circa il 33 per cento dei minori del Comune. Gli altri Comuni presentano invece percentuali molto basse.

Si segnala una spesa complessiva di circa 93 mila euro nel Distretto (i dati sono incompleti). Ci sono però significative differenziazioni nella spesa per utente.

Integrazione - A parte il Comune di Portoscuso nel quale è presente integrazione con la scuola, agenzie educative e ricreative del territorio gli altri Comuni non hanno indicato l'esistenza di collaborazione con altri enti operanti sul territorio

Gestione - Prevale la gestione attraverso appalto a cooperativa

h) ACCOGLIENZA E ORIENTAMENTO

- ♦ A Carbonia è presente uno sportello di consulenza presso la scuola che ha soprattutto funzione preventiva ed è rivolto a 36 alunni delle scuole medie.

i) COLONIA MARINA

Il servizio è presente in sei Comuni del Distretto ed è rivolto a minori di età compresa tra i sei e i dodici/quindici anni.

Utenza - Gli utenti sono complessivamente 644 la maggior parte dei quali risiedono nei Comuni di San Giovanni Suergiu, Sant'Antioco e Narcao. Si tratta di un servizio piuttosto diffuso che interessa circa il 15-20 per cento della popolazione minorile dei Comuni di appartenenza. Fa eccezione Carbonia dove la percentuale di utenti rispetto ai minori residenti nel Comune è dello 0,9 per cento circa.

COLONIA MARINA					
COMUNI	N. utenti	Popolazione <18 anni	% utenti / popolaz <18	Spesa per utente	Spesa
Carbonia	43	4.614	0,9%	€ 139,53	€ 6.000,00
Masainas *	30	196	15,3%	€ 270,96	€ 8.128,90
Narcao **	120	575	19,5%	€ 298,38	€ 35.805,00
Nuxis	50	281	17,0%	€ 258,90	€ 12.945,21
Perdaxius	60	235	23,7%	€ 135,09	€ 8.105,33
Piscinas	21	139	14,0%	€ 285,71	€ 6.000,00
San Giovanni S.	230	962	22,1%	€ 86,96	€ 20.000,00
Sant'Antioco	120	1.747	6,9%	€ 246,61	€ 29.593,00
Totale	644			€ 185,08	€ 126.577,24

* la spesa complessiva comprende anche quella per l'animazione e l'aggregazione estiva all'aperto (pari a € 1.788,48) e l'acquisto di materiale (€ 880,58)

** Di cui 80 Colonia marina (spesa media per utente: circa 180 euro) e 40 animazione ludica minori (spesa media per utente: circa 535 euro)

Spesa - La spesa complessiva è di circa 126 mila euro e 7 Comuni prevedono la compartecipazione economica. La spesa per utente è mediamente di 185 euro circa, non si registrano significative variazioni, solo il Comune di San Giovanni Suergiu presenta una spesa complessivamente più bassa per utente, di 87 euro circa.

Gestione - I Comuni che hanno risposto hanno indicato la modalità di gestione mediante appalto a cooperativa. Non sono state indicate forme di cooperazione con altri soggetti operanti sul territorio. I criteri per la compartecipazione economica differiscono tra i vari Comuni.

I) AGGREGAZIONE MINORI

Servizi di aggregazione					
Comuni	N. utenti	Popolazione <18 anni	% utenti / popolaz <18	Spesa per utente	Spesa
Carbonia	30	4.614	0,7%	€ 4.072	€ 122.184,28
Carloforte	65	872	7,5%	€ 29,02	€ 26.990,23
Narcao	N.I	575			N.I
Portoscuso	200	781	25,6%	€ 69,33	€ 57.825,00

Il servizio è presente in 4 Comuni del Distretto e si rivolge a minori di età compresa fra i 3-6 e gli undici anni. Gli utenti sono 295 (manca il dato di 1 Comune), nel Comune di Portoscuso ci sono 10 minori per i quali il servizio pur richiesto non è stato attivato. La spesa per utente è più elevata nel Comune di Carbonia. A Portoscuso inoltre è prevista la contribuzione economica da parte dell'utenza. In questo comune il servizio è piuttosto diffuso in quanto gli utenti costituiscono circa il 23 per cento della popolazione di età compresa fra i 0 e i 18 anni.

m) ASILO NIDO

Nel Distretto è presente una sola struttura pubblica, con sede a Carbonia. Accoglie minori residenti nel territorio comunale di età compresa dai tre mesi ai tre anni, per un totale di circa 56 bambini, suddivisi tra lattanti e divezzi. La spesa è di circa € 344.259, di cui circa € 80.000 quale contribuzione dell'utenza al costo del Servizio, con una spesa per utente di circa € 6.147. A Sant'Antioco è presente un Centro Infanzia che ospita 20 bambini di età compresa tra 3 mesi e 3 anni. La spesa sostenuta è di 22 mila euro, di cui 17.460 euro quale contribuzione utenza.

n) ALTRI SERVIZI

◆ Progetto Chernobyl a Carloforte

- Spesa complessiva: 2640 euro (è prevista compartecipazione economica)
- Utenti: 8
- Spesa per utente: 330 euro circa.

◆ Progetto contro la dispersione scolastica a Villaperuccio (sensibilizzazione alla lettura da intendersi come piacere personale e non come obbligo scolastico).

❖ Area Giovani

Come si può vedere dalla tabella che segue, i giovani di età compresa tra 18 e 34 anni costituiscono circa il 23 per cento della popolazione del Distretto. Non ci sono significative variazioni rispetto alla media eccetto che per il Comune di Villaperuccio nel quale i giovani costituiscono circa il 6,8 per cento della popolazione. Il servizio maggiormente presente è l'**Informagiovani** (è presente in 10 Comuni). Seguono i laboratori socio-educativi presenti in 6 Comuni e i centri di aggregazione presenti in 5 Comuni.

Comuni	Pop. >18<34	Pop Totale	Giovani/ pop.totale
Calasetta	652	2.841	22,9%
Carbonia	7.338	30.505	24,1%
Carloforte	1.464	6.488	22,6%
Giba	476	2.134	22,3%
Masainas	324	1.437	22,5%
Narcao	791	3.384	23,4%
Nuxis	381	1.719	22,2%
Perdaxius	335	1.466	22,9%
Piscinas	196	850	23,1%
Portoscuso	1.404	5.361	26,2%
San Giovanni S.	1.507	6.075	24,8%
Santadi	852	3.753	22,7%
Sant'Anna Arresi	626	2.629	23,8%
Sant'Antioco	2.735	11.756	23,3%
Tratalias	279	1.122	24,9%
Villaperuccio	258	1.094	23,6%
TOT	19.618	82.614	23,7%

In tre Comuni si effettuano inserimenti lavorativi, per un totale di circa 9 utenti. Il tasso di disoccupazione giovanile del Distretto si aggira attorno al 60 per cento tranne in alcuni casi: nei Comuni di Calasetta, Piscinas e Sant'Anna Arresi la percentuale si aggira attorno al 45-50 per cento.

Nell'ambito dei servizi di prevenzione è in atto un progetto obiettivo sovracomunale che vede coinvolta la ASL. Si tratta di un progetto orientato alla prevenzione di situazioni di disagio giovanile. È in atto la cooperazione con il consultorio, oltre che con il SERT anche per quanto concerne gli inserimenti lavorativi. Il consultorio è presente nei Comuni di Carbonia, Giba e Sant'Antioco.

a) LABORATORI SOCIO-EDUCATIVI

Si tratta di un servizio presente in 4 Comuni del Distretto e rivolto agli adolescenti e i giovani, anche con finalità di aggregazione. Gli utenti del Comune di Masainas sono

20 con un costo medio per utente di 723 euro circa. La spesa complessiva è di circa 14.460 euro a Masainas (dove è prevista la compartecipazione economica) e di circa 4.000 euro a Giba.

Laboratori socioeducativi					
Comuni	N° utenti	Popolazione 18<34	N° utenti/ pop.>18<34	Spesa per utente	Spesa
Giba		476			€ 4.000,00
Masainas	20	324	6,2%	€ 723,05	€ 14.461,00
Sant'antioco	71	2.735		€ 105,63	€ 7.500,00
Villaperuccio		258			

Non si rileva integrazione con altri soggetti operanti sul territorio.

b) PREVENZIONE

È in atto un progetto sovracomunale che vede coinvolti i Comuni di Narcao, Perdaxius e Tratalias nonché il consultorio familiare della ASL. Il progetto ha un costo complessivo di 34 mila euro. Si tratta di un progetto che ha finalità preventive rispetto a fenomeni di disagio giovanile.

Potrebbe essere considerato un interessante punto di partenza per il rafforzamento di servizi di supporto rivolti a giovani e adolescenti in grado di prevenire fenomeni di devianza.

c) INSERIMENTI LAVORATIVI

Si tratta di un servizio volto all'inserimento dei giovani nel mondo del lavoro o a una loro riqualificazione/qualificazione professionale.

Il servizio è presente in 3 Comuni del Distretto e gli utenti sono complessivamente 9. La spesa complessiva è di 67mila euro circa. Con un costo medio per utente di circa 7448 euro.

Inserimenti lavorativi					
Comuni	N° Utenti	Popolazione >18<34	N°utenti/ pop.>18<34	Spesa per utente	SPESA
Piscinas	3	196	1,5%	€ 6.036,00	€ 18.108,00
Sant'Anna Arresi	0	626	0,0%		€ 0,00
Tratalias*	6	279	2,2%	€ 8.154,44	€ 48.926,62
TOT	9	258	3,5%	€ 7.448,29	€ 67.034,62

Il Comune di Sant'Anna arresi prevede la Gestione Associata con il Centro Servizi per l'inserimento lavorativo di Santadi. Il lavoro in rete coinvolge inoltre i servizi specialistici dislocati nel territorio (SerT, Consultorio Familiare, CIM, Centro

Alcológico). Il Comune di Tratalias gestisce direttamente il servizio mentre a Piscinas è in atto l'appalto a cooperativa.

d) INFORMAGIOVANI

Il servizio è presente in 10 Comuni del Distretto. Offre servizi informativi legati a lavoro, cultura e tempo libero, nonché opportunità offerte dall'Unione europea.

Gli utenti indicati risultano complessivamente 12.384. Probabilmente però in alcune rilevazioni è stato fatto riferimento agli accessi. Per tale motivo non è possibile dare un'indicazione sul numero di utenti in rapporto alla popolazione di età compresa tra 18 e 24 anni

La spesa complessiva nel Distretto è di 137.317 euro circa con un costo medio per utente di circa 11 euro. Risulta più elevato rispetto alla media il costo per utente a Narcao: 151,39 euro

Informagiovani						
Comuni	Utenti	Domanda insoddisfatta	Popolazione >18<34	N°utenti/ pop.>18<34	Spesa per utente	SPESA
Carbonia	9.957		7.338	135,7%	€ 4,92	€ 49.000,00
Carloforte	980	0	1.464	66,9%	€ 12,73	€ 12.480,00
Giba			476			€ 7.312,30
Narcao	70		791	8,8%	€ 151,39	€ 10.597,43
Nuxis	50	0	381	13,1%	€ 29,72	€ 1.485,90
Piscinas	70		196	35,7%		
Portoscuso	400	nessuna	1.404	28,5%	€ 34,29	€ 13.715,90
Santadi			852			
S.Anna Arresi	857	nessuna	626	136,9%	€ 30,38	€ 26.039,46
Sant'Antioco	3.111	nessuna	2.735		€ 5,36	€ 16.686,69
Tot	15.495				€ 8,86	€ 137.317,68

I Comuni di Santadi, Nuxis e Piscinas, hanno proposto l'attivazione di un progetto sovracomunale rivolto ai giovani. Il Comune di Sant'Antioco ha firmato un protocollo d'intesa con alcuni Comuni del Distretto.

e) AGGREGAZIONE

I centri di aggregazione sono presenti in quattro Comuni del Distretto (manca il dato di Carloforte) e costituiscono un servizio che ha una fondamentale funzione preventiva delle situazioni di devianza giovanile.

Gli utenti sono complessivamente 873, pari a circa il 4 per cento della popolazione giovanile del Distretto. Tra l'altro in base ad alcuni dei dati forniti il servizio è rivolto ad utenti di età compresa tra 6 e 18 anni.

La spesa per utente è di circa 277 euro. Più bassa rispetto alla media la spesa per utente a Sant'Antioco (circa 29 euro).

Aggregazione						
Comuni	Utenti	Domanda insoddisfatta	Popolazione >18<34	N° utenti/ pop.>18<34	Spesa per utente	SPESA
Carbonia	458	N.I.	7.338	6,20%	€ 381,95	€ 174.934,70
Perdaxius	15	N.I.	335	4,50%	€ 294,60	€ 4.419,00
Portoscuso *	200	0	1.404	14,20%	€ 285,00	€ 57.000,00
San'Antioco	200	0	2.735	7,30%	€ 29,58	€ 5.915,00
Tot	873				€ 277,51	€ 242.268,70

* A Portoscuso è prevista la contribuzione economica

Si segnala che a Sant'Antioco è in atto un progetto che vede coinvolti 5 Comuni del Distretto. Calasetta, quale Comune Capofila, Carloforte, Portoscuso, Sant'Antioco e San Giovanni Suergiu.

2.2.3 I Servizi per i Disabili e Sofferenti psichici

❖ Area Disabili

Sono stati analizzati i dati numerici presenti nelle descrizioni dei servizi comunali e nei successivi aggiornamenti, nelle griglie compilate dai Comuni, che talvolta contengono dati differenti da quanto previsto nei Piani Socio Assistenziali ed i dati forniti dalla ASL 7.

La richiesta di compilare una griglia strutturata è stata presentata a tutti i Comuni del Distretto per poter avere dati certi e verificati dagli operatori, sui servizi effettivamente erogati e sull'utenza reale.

In base a queste griglie sono state compilate le tabelle che seguono, che possono essere incomplete e/o inesatte in quanto non sempre è chiaro quanti e quali Comuni hanno attivato i vari servizi e non sempre sono indicate tutte le relative informazioni.

Il lavoro di mappatura deve essere continuato e le griglie implementate per poter avere un'immagine chiara dei servizi erogati nel Distretto.

Dall'accorpamento delle schede compilate dai Comuni, si nota che i dati relativi ai servizi che servono più categorie di utenti, non sempre sono suddivisi per utenza.

In particolare, per quanto riguarda gli utenti con disabilità, questi possono essere inseriti anche in servizi che accolgono diverse tipologie di utenti quali:

- ◆ Assistenza Domiciliare
- ◆ Assistenza Educativa

- ◆ Attività di socializzazione
- ◆ Tele-assistenza e Tele-soccorso
- ◆ Progetti di inserimento lavorativo
- ◆ CeSIL (82 utenti disabili nel Distretto).

La conoscenza nel dettaglio della tipologia di utenti inseriti nei servizi, come quella del tipo di servizio di cui usufruiscono i disabili per i quali è stato predisposto un Piano Personalizzato ai sensi della L. 162/98, aiuta a identificare e quantificare la tipologia di bisogno al quale viene data risposta.

Un altro dato importante è quello delle fasce d'età e della tipologia di disabilità, infatti con il passare degli anni vengono meno le condizioni per accedere a servizi di diverso tipo (si pensi per es. a chi, concluso il percorso scolastico, si ritrova senza importanti sostegni).

Tab. 1

Dati Utenza Servizi Sociali per Disabili Distretto di Carbonia						
Comune	N. utenti	Dom. insodd.	N. famiglie con disabili	Rapporto n. utenti / n. fam. con disabili		Pop. Totale
Calasetta	0	0	13	0,00	0,0%	2.841
Carbonia	95	0	NI	NI	NI	30.505
Carloforte	25	4	21	1,19	119,0%	6.488
Giba	0	0	NI	NI	NI	2.134
Masainas	16	1	NI	NI	NI	1.437
Narcao	4	0	40	0,10	10,0%	3.384
Nuxis	0	0	14	0,00	0,0%	1.719
Perdaxius	3	0	NI	NI	NI	1.466
Piscinas	12	6	5	2,40	240,0%	850
Portoscuso	18	2	26	0,69	69,2%	5.361
S.G. Suergiu	32	0	36	0,89	88,9%	6.075
Santadi	15	0	NI	NI	NI	3.753
S.A. Arresi	8	1	11	0,73	72,7%	2.629
S. Antioco	72	0	55	0,00	0,0%	11.756
Tratalias	0	0	NI	NI	NI	1.122
Villaperuccio	0	0	2	0,00	0,0%	1.094
	300	14	223	1,01	101,3%	82.614

Manca un dato certo sulla consistenza numerica delle persone disabili che risiedono nel Distretto. L'unico dato quantitativo di riferimento sulla potenziale utenza disabile indicato dai Comuni nelle schede di rilevazione dei dati demografici, è quello delle "Famiglie con persone disabili (che si sono rivolte ai Servizi Sociali)", 226 in totale. Non è chiaro se il dato è relativo al numero di famiglie che si sono rivolte ai Servizi Sociali nell'arco del 2005, oppure se il dato è relativo alle famiglie di cui il Servizi Sociali è a conoscenza.

Comuni come Carloforte, Piscinas, Portoscuso, San Giovanni Suergiu e Sant'Anna Arresi hanno dato una risposta adeguata al numero di famiglie, altri Comuni meno ma, come già detto, non tutti i dati che stiamo esaminando sono completi e/o attendibili.

Per avere un quadro numericamente corretto dell'utenza attuale e dei potenziali fruitori dei servizi comunali, sarebbe opportuno incrociare i dati in possesso dei Servizi Sociali con quelli in possesso della ASL.

Tab. 2

Distretto di Carbonia	
Dati Accesso ai Servizi	
ASL Assistenza Riabilitativa Disabili	
Presidio Carbonia	NON RIL.
Presidio Giba	NON RIL.
Presidio S. Antioco	NON RIL.
A.I.A.S.	
Domusnovas	4.083
Fluminimaggiore	1.714
Iglesias	3.322
Carloforte	2.139
Cortoghiana	5.040
S. Antioco	2.998
Villarios	3.150
Totale AIAS	22.446
C.T.R. Primavera Carbonia	13.444
AIAS assistenza extramurale e domiciliare	
Carloforte	541
Cortoghiana	4.041
S. Antioco	2.222
Villarios	4.215
Totale AIAS	11.019
C.T.R. Primavera Carbonia	6.246
AIAS Assistenza Seminternato	
Cortoghiana	2.432
Villarios	1.079
ANFAS - Carbonia	890
ANFAS - Gonnese	5.192
C.T.R. Primavera Carbonia	
Aias Internato	
Cortoghiana	12.640

I dati forniti indicano il numero di prestazioni erogate nelle varie strutture.

L'attività riabilitativa ai disabili territoriale è svolta dalla ASL 7 – Distretto di Carbonia, con gestione diretta, mediante il Servizio di Riabilitazione in ambulatori (a Carbonia e Giba) che fanno capo al Dipartimento Materno-Infantile, che ha sede a Iglesias, e con gestione indiretta, in 4 ambulatori e 6 Centri privati accreditati, gestiti dall'AIAS (Cortoghiana, Carloforte, Sant'Antioco, Teulada, Villarios) e dalla Cooperativa CTR Primavera (Carbonia)

Il dato della Spesa sostenuta per la gestione dei servizi non è sempre indicato, così come non è indicata, se presente, la quota di compartecipazione alla spesa da parte dell'utente.

La distribuzione territoriale delle strutture accreditate presenti sul territorio del Distretto sono visualizzati nella Tab. 3.

Tab. 3

Strutture indicate dalla ASL						
Distretto di Carbonia						
	FKT	RSA	Casa Famiglia	AIAS	CTR	ANFFAS
Bacu Abis						
Calasetta						
Carbonia	1		1		1	1
Carloforte				1		
Cortoghiana				1		
Giba						
Masainas						
Narcao						
Nuxis		1				
Perdaxius						
Piscinas						
Portoscuso						
San Giovanni Suergiu						
Santadi						
Sant'Anna Arresi						
Sant'Antioco				1		
Teulada				1		
Tratalias						
Villaperuccio						
Villarios				1		
	1	1	1	5	1	1

Gli ambulatori del Servizio Materno Infantile sono ubicati nei Comuni di Carbonia e Giba.

Nelle griglie della ASL non sono indicati dati su utenza insoddisfatta, così come non sono presenti dati economici disaggregati.

Tab. 4

Area DISABILI - Distretto di Carbonia																								
Servizi offerti e Numero Utenti per Comune																								
SERVIZIO	Calasetta			Carbonia			Carloforte			Giba			Masainas			Narcao			Nuxis			Perdaxius		
	Ut	Ns		Ut	Ns		Ut	Ns		Ut	Ns		Ut	Ns		Ut	Ns		Ut	Ns		Ut	Ns	
Famiglie con disabili	13			NI			21			NI			NI			40			14			NI		
Piani Personalizzati L.	9	0		1	35		1	10	4	0			1	4	1	1			0			0	2	
Altri Servizi Socio	4	0		0			0			0			0			1	3		0			0		
Assistenza Domiciliare	5	0		0			0			1			1	8		0			0			0	3	
Aggregazione	2	0		1	60		0			0			1	4	0	0			0			0		
Assistenza economica	1	0		0			0			0			0			0			0			0	1	
Trasporto	3	0		1			1	13		0			0			0			0			0	2	
Inserimento in strutture	5	0		1			1	2	0	0			0			1	1		0			1	1	
Eliminazione B.A.	1	0		0			0			0			0			0			0			0		
	0	0		95	0		25	4		0	0		16	1		4	0		0	0		9	0	

(segue)

(segue)

SERVIZIO	Piscinas			Portoscuso			San G. Suergiu			S. Anna Arresi			Sant' Antioco			Santadi			Tratalias			Villaperucchio			Totale Utenti	% Totale Utenti
	Ut	Ns		Ut	Ns		Ut	Ns		Ut	Ns		Ut	Ns		Ut	Ns		Ut	Ns		Ut	Ns			
Famiglie con disabili	5			26			36			11			55			NI			NI			2				
Piani Personalizzati L.	1	7	1	1	13	2	1	8	0	0	5	1	0	21		1	15	1	0			1			97	42,9%
Altri Servizi Socio	0			0			1	1		1	2		0	4		0			0			1			6	2,7%
Assistenza Domiciliare	0			1	5		1	7		0			0	4		0			0			1			20	8,8%
Aggregazione	0			0			0			0			0	25		0			0			0			64	28,3%
Assistenza economica	0			0			1	16		0			0	2		0			0			0			16	7,1%
Trasporto	0			0			0			0			0	28		0			0			1			13	5,8%
Inserimento in strutture	0			0			0			1	1	0	0	1		0			0			0			5	2,2%
Eliminazione B.A.	1	5	5	0			0			0			0	7		0			0			0			5	2,2%
	12	6		18	2		32	0		8	1		92	0		15	1		0	0		0	0		226	100,0%

Nella Tab. 4 sono stati riportati i dati degli utenti per servizio e per Comune. Come si può notare sono stati indicati come presenti alcuni servizi dei quali, dalle griglie si ha notizia, ma i cui dati numerici mancano.

Gli utenti disabili che hanno usufruito dei servizi offerti dai Comuni, indicati nelle griglie di rilevazione compilate dai singoli Comuni, sono 226 e il dato si riferisce al numero di prestazioni erogate. Da questo conteggio sono esclusi gli utenti dei CeSIL e tutti coloro che sono inseriti nei servizi offerti a più categorie di cittadini, il cui dato non è stato disaggregato.

I servizi nei quali è inserito il maggior numero di utenti sono per il 42,9% i Piani Personalizzati ai sensi della L. 162/98. Per il 28,3% si tratta di attività di Aggregazione, per l'8,8% di Assistenza Domiciliare, per il 7,1% l'Assistenza Economica. Il resto dei servizi ha percentuali al di sotto del 6%.

a) PIANI PERSONALIZZATI (L. 162/98)

Possono essere destinatarie dei Piani Personalizzati esclusivamente le persone con disabilità la cui condizione rientra nella fattispecie di cui all'articolo 3, comma 3 della L. 104/1992 (*Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità. Le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici*).

Tab. 5

Dati Piani Personalizzati L. 162/98 - Distretto di Carbonia								
Comune	N. utenti	Dom. insodd.	N. famiglie con disabili	Rapporto n. utenti / n. fam. con disabili		Spesa per utente	SPESA 2005 Indicata dai comuni	Pop. Totale
Calasetta			13	0,00	0,0%			2.841
Carbonia	35		NI	NI	NI	€ 5.515,55	€ 193.044,37	30.505
Carloforte	10	4	21	0,48	47,6%	€ 5.425,58	€ 54.255,75	6.488
Giba			NI	NI	NI			2.134
Masainas	4	1	NI	NI	NI	€ 4.155,00	€ 16.620,00	1.437
Narcao	NI		40	NI	NI	NI	NI	3.384
Nuxis			14	0,00	0,0%			1.719
Perdaxius	2	5	NI	NI	NI		€ 13.738,00	1.466
Piscinas	7	1	5	1,40	140,0%	€ 1.200,00	€ 8.400,00	850
Portoscuso	13	2	26	0,50	50,0%	€ 1.797,85	€ 23.372,00	5.361
S.G. Suergiu	8	0	36	0,22	22,2%	€ 6.250,00	€ 50.000,00	6.075
Santadi	15	1	NI	NI	NI	NI	NI	3.753
S.A. Arresi	5	1	11	0,45	45,5%			2.629
S. Antioco	21	0	55	0,00	0,0%		€ 63.804,00	11.756
Tratalias			NI	NI	NI			1.122
Villaperuccio	NI	NI	2	NI	NI	NI	NI	1.094

Nell'intero Distretto il 43,5% delle persone con disabilità utenti dei Servizi Sociali (97 su 223 famiglie) usufruisce di un finanziamento per Piani Personalizzati. Le domande insoddisfatte sono 10, pari al 4,5% delle famiglie e al 10% c.a. degli utenti inseriti nel servizio; i motivi del mancato inserimento non sono stati indicati.

I Piani Personalizzati non risultano attivati in tutti i Comuni del Distretto, ma il dato non è sempre stato indicato.

A Piscinas e Santadi sono l'unico servizio che viene indicato per i disabili.

Il dato numerico rilevato indica il numero di persone alle quali è stato finanziato un Piano Personalizzato, ma non ci dice quali servizi, tra quelli finanziabili con la L. 162/98, vengono effettivamente erogati e a quali bisogni di questo segmento della popolazione rispondono. Questo dato è importante per monitorare le esigenze cui si dovrà dare risposta nel malaugurato caso in cui i fondi della L. 162 dovessero diminuire nel tempo.

I Servizi che possono essere previsti sono:

- ◆ servizio educativo
- ◆ assistenza domiciliare
- ◆ accoglienza presso centri diurni e centri diurni integrati
- ◆ soggiorno per non più di 30 giorni nell'arco dell'anno in strutture residenziali autorizzate
- ◆ attività sportive e/o di socializzazione

Nel caso in cui i disabili abbiano oltre 65 anni, i servizi finanziabili si limitano a:

- ✓ assistenza domiciliare
- ✓ soggiorno per periodi limitati presso strutture o presso residenze sanitarie assistenziali

La tipologia di servizi previsti per i Piani Personalizzati L. 162/98 ci spiega perché spesso non troviamo disabili espressamente indicati come utenti in altri servizi. In questa tabella gli utenti sono accorpati in base alla fonte di finanziamento e non alla tipologia di servizio che con questo si eroga.

La tendenza generale, anche per carenza di fondi, è quella di erogare con il finanziamento della L. 162 servizi che prima venivano finanziati con altri fondi. Dalla lettura dei dati rilevati dai Comuni del Distretto, anche per mancanza di dati disaggregati, questo non si evince, ma è uno spunto di riflessione.

Entità del finanziamento erogato

- varia in base al punteggio attribuito al Piano, si va da un minimo di € 2.000,00 a un massimo di € 14.000,00 e, in presenza di più Piani relativi a disabili che fanno parte dello stesso nucleo familiare non si possono superare 16.000 euro annui.
- viene ridotto in base al reddito dichiarato dal nucleo familiare di appartenenza, suddiviso per fasce. La riduzione non viene applicata fino a 20.000 euro, arriva fino al 20% al di sotto di 70.000 euro, reddito oltre il quale il piano non è ammissibile al finanziamento
- per i disabili con più di 65 anni, in base al punteggio attribuito al Piano, si va da un minimo di € 1.200,00 a un massimo di € 4.000,00.

Quanto su esposto, fa capire quanto sia difficile leggere e raffrontare il dato economico in quanto le variabili in gioco sono molteplici - tipo di prestazione erogata, numero di ore, composizione del nucleo familiare, reddito dello stesso.

La spesa nel Distretto per i Piani Personalizzati è di € 380.682,12 (dato di 7 Comuni su 9) con costo medio di € 3.924,56 per utente. I Comuni con la spesa per utente più alta sono Sant'Anna Arresi e San Giovanni Suergiu, quello che spende di meno è Piscinas con € 1.200. Il costo di questo servizio può variare molto a seconda delle prestazioni e dal numero di ore di impegno, strettamente legate alla gravità della persona.

La compartecipazione economica non è stata indicata da nessun Comune in quanto "indiretta". Il finanziamento viene ridotto percentualmente in base alla fascia di reddito della famiglia.

La gestione può essere diretta (in questo caso la realizzazione del piano è gestita dal Comune di residenza del destinatario) o indiretta (la realizzazione del piano è affidata alla famiglia) e il servizio è realizzato attraverso l'assunzione diretta di un operatore in base al CCN di lavoro domestico o attraverso una convenzione con un libero professionista o cooperative/associazioni operanti nel settore. L'attuazione dei servizi finanziati non può essere affidata ai familiari. È previsto anche il coinvolgimento di

volontari. Nel territorio del Distretto vengono utilizzate ambedue le modalità, ma prevale la diretta. Per quanto riguarda l'integrazione con altri enti, nello specifico con la ASL, questa è presente solo nel Comune di Portoscuso, altri due Comuni indicano il coinvolgimento di scuola e famiglia e anche di altri servizi sociali comunali.

↳ Punti di forza

I Progetti Personalizzati hanno permesso di venire incontro alle esigenze di persone che non trovavano risposta adeguata, alle loro particolari esigenze, nei servizi erogati dai Comuni. Del servizio, che è personalizzato, beneficiano oltre che i diretti interessati, anche i familiari che vengono parzialmente sollevati dall'impegno che il lavoro di cura richiede, in presenza di una persona con handicap grave all'interno del nucleo familiare.

↳ Punti di debolezza

Il gran numero di utenti che richiedono il servizio e il lavoro burocratico che queste richieste comportano, sta limitando il tempo che viene dedicato alla progettazione dell'intervento.

b) SERVIZI SOCIO EDUCATIVI

Tab. 6

Dati Altri Servizi Socio-Educativi - Distretto di Carbonia								
Comune	N. utenti	Dom. insodd.	N. famiglie con disabili	Rapporto n. utenti / n. fam. con disabili		Spesa per utente	SPESA 2005 Indicata dai comuni	Pop. Totale
Calasetta			13	0,00	0,0%			2.841
Carbonia			NI	NI	NI			30.505
Carloforte			21	0,00	0,0%			6.488
Giba			NI	NI	NI			2.134
Masainas	1		NI	NI	NI			1.437
Narcao	3		40	0,08	7,5%	€ 333,33	€ 1.000,00	3.384
Nuxis			14	0,00	0,0%			1.719
Perdaxius			NI	NI	NI			1.466
Piscinas			5	0,00	0,0%			850
Portoscuso			26	0,00	0,0%	NI	NR	5.361
S.G. Suergiu	1		36	0,03	2,8%	€ 2.790,40	€ 2.790,40	6.075
Santadi			NI	NI	NI			3.753
S.A. Arresi	2		11	0,18	18,2%	NI	NR	2.629
S. Antioco			55	0,00	0,0%			11.756
Tratalias			NI	NI	NI			1.122
Villaperuccio	NI		2	NI	NI	NI	NI	1.094
	6	0	223	0,03	2,7%	€ 631,73	€ 3.790,40	82.614

Pochi i servizi rivolti espressamente ai disabili tra quelli socio educativi, anche in questo caso probabilmente bisognerebbe disaggregare i dati relativi ai minori e agli adolescenti e quelli L. 162/98. Il servizio di Assistenza Scolastica Specialistica è diretto ai minori residenti che, per motivi socio-sanitari ed educativi, necessita di assistenza specialistica per poter frequentare regolarmente la scuola ed integrarsi nella stessa.

Hanno attivato questo servizio 2 Comuni, Villaperuccio (NI) e Sant'Anna Arresi (2 utenti, il costo è compreso in quello dell'appalto per l'Assistenza Domiciliare), con la collaborazione attiva della scuola e della famiglia. Un portatore di handicap grave è stato inserito nelle attività di Assistenza Domiciliare Educativa a San Giovanni Suergiu. Il servizio si svolge in tutti i luoghi dove è possibile svolgere un'azione educativa, casa, scuola, centro di aggregazione, ecc.. Il Comune di Narcao ha attivato un progetto "handicap e informatica" per 3 utenti. A un non vedente di San Giovanni Suergiu il Comune ha pagato un corso di Mobilità e Orientamento con l'intermediazione dell'Unione Italiana Ciechi. Negli altri casi la gestione è stata appaltata a cooperative.

↳ **Punti di forza** nei vari Comuni:

Sant'Anna Arresi - L'esperienza e preparazione degli operatori rappresenta il punto di forza del servizio, che funziona bene anche grazie alla collaborazione degli insegnanti e delle famiglie degli utenti. Buon impatto sul territorio.

San Giovanni Suergiu - Valido ed efficace strumento di prevenzione dell'istituzionalizzazione dei minori e di sostegno e recupero.

↳ **Punti di debolezza** nei vari Comuni:

San Giovanni Suergiu - Oggettive difficoltà nella collaborazione con alcuni servizi specialistici ASL (es.: è spesso difficile garantire ai minori gli opportuni interventi di psicoterapia/laddove le problematiche dei minori sono connesse a problematiche per le quali è opportuno l'intervento della ASL sui genitori è difficile raggiungere un intervento coordinato tra servizi). L'incertezza dei finanziamenti (Progetto Obiettivo).

c) ASSISTENZA DOMICILIARE DISABILI

L'Assistenza Domiciliare per disabili ha le stesse caratteristiche di quello per anziani. Essa risponde alle esigenze di famiglie che si trovano ad affrontare, nella maggior parte dei casi impreparate, situazioni di disagio derivanti dalla presenza di un disabile, un anziano o un malato in casa.

Il Servizio è attivo in 5 Comuni e gli utenti sono 22, in 4 Comuni. Giba e Villaperuccio non hanno fornito dati.

Il costo complessivo è di € 91.594,40; il costo per utente, di € 4.579,72. Esso non si discosta molto da quello degli utenti dei singoli paesi. E' prevista la compartecipazione economica da parte degli utenti in base alla normativa vigente. La gestione del servizio è indiretta con appalto a cooperativa.

↳ **Punti di forza** nei singoli Comuni: Giba – Il servizio si rivela d'aiuto non solo per chi viene assistito, ma anche per i congiunti.

↳ **Punti di debolezza** nei singoli Comuni: Giba - Il maggior punto di debolezza del servizio è rappresentato dalla esiguità dei fondi che si hanno a disposizione per poterlo garantire a tutti coloro che ne hanno bisogno ed in modo più efficiente

rispetto a come lo si sta erogando. Importanza dell'ADI che in questo territorio, purtroppo non è riuscita ancora a decollare

Tab. 7

Dati Assistenza Domiciliare Disabili - Distretto di Carbonia								
Comune	N. utenti	Dom. insodd.	N. famiglie con disabili	Rapporto n. utenti / n. fam. con disabili		Spesa per utente	SPESA 2005 Indicata dai comuni	Pop. Totale
Calasetta			13	0,00	0,0%			2.841
Carbonia			NI	NI	NI			30.505
Carloforte			21	0,00	0,0%			6.488
Giba	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	2.134
Masainas	8		NI	NI	NI	€ 4.649,30	€ 37.194,40	1.437
Narcao			40	0,00	0,0%			3.384
Nuxis			14	0,00	0,0%			1.719
Perdaxius	2		NI	NI	NI		€ 10.000,00	1.466
Piscinas			5	0,00	0,0%			850
Portoscuso	5		26	0,19	19,2%	€ 4.680,00	€ 23.400,00	5.361
S.G. Suergiu	7		36	0,19	19,4%	€ 4.428,57	€ 31.000,00	6.075
Santadi			NI	NI	NI			3.753
S.A. Arresi			11	0,00	0,0%			2.629
S. Antioco	4		55	0,00	0,0%		€ 18.612,00	11.756
Tratalias			NI	NI	NI			1.122
Villaperuccio	NI	NI	2	NI	NI	NI	NI	1.094

d) ATTIVITÀ DI AGGREGAZIONE

Tab. 8

Dati Attività di Aggregazione - Distretto di Carbonia								
Comune	N. utenti	Dom. insodd.	N. famiglie con disabili	Rapporto n. utenti / n. fam. con disabili		Spesa per utente	SPESA 2005 Indicata dai comuni	Pop. Totale
Calasetta			13	0,00	0,0%			2.841
Carbonia	60		NI	NI	NI	NI	NI	30.505
Carloforte			21	0,00	0,0%			6.488
Giba			NI	NI	NI			2.134
Masainas	4	0	NI	NI	NI	€ 255,53	€ 1.022,10	1.437
Narcao			40	0,00	0,0%			3.384
Nuxis			14	0,00	0,0%			1.719
Perdaxius			NI	NI	NI			1.466
Piscinas			5	0,00	0,0%			850
Portoscuso			26	0,00	0,0%			5.361
S.G. Suergiu			36	0,00	0,0%			6.075
Santadi			NI	NI	NI			3.753
S.A. Arresi			11	0,00	0,0%			2.629
S. Antioco			55	0,00	0,0%			11.756
Tratalias			NI	NI	NI			1.122
Villaperuccio			2	0,00	0,0%			1.094
	64	0	223	0,29	28,7%	€ 15,97	€ 1.022,10	82.614

Il servizio a Carbonia prevede attività ludico- ricreative per minori, attività ricreative e culturali, trasporto disabili, sportello informa handicap. Gli utenti sono 60, non è stato

indicato il costo, la gestione affidata ad una associazione di volontariato. A Masainas 4 utenti partecipano alle attività previste nell'ambito di un progetto sovracomunale di promozione sportiva e integrazione sociale, in collaborazione con la scuola e le famiglie. È prevista la compartecipazione economica degli utenti.

e) TRASPORTO DISABILI

Tab. 9

Dati Trasporto Disabili - Distretto di Carbonia								
Comune	N. utenti	Dom. insodd.	N. famiglie con disabili	Rapporto n. utenti / n. fam. con disabili		Spesa per utente	SPESA 2005 Indicata dai comuni	Pop. Totale
Calasetta			13	0,00	0,0%			2.841
Carbonia	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	30.505
Carloforte	13	0	21	0,62	61,9%	€ 923,08	€ 12.000,00	6.488
Giba			NI	NI	NI			2.134
Masainas	1		NI	NI	NI			1.437
Narcao			40	0,00	0,0%			3.384
Nuxis			14	0,00	0,0%			1.719
Perdaxius	2		NI	NI	NI		€ 15.000,00	1.466
Piscinas			5	0,00	0,0%			850
Portoscuso			26	0,00	0,0%			5.361
S.G. Suergiu			36	0,00	0,0%			6.075
Santadi			NI	NI	NI			3.753
S.A. Arresi			11	0,00	0,0%			2.629
S. Antioco	28		55	0,00	0,0%		€ 13.202,00	11.756
Tratalias			NI	NI	NI			1.122
Villaperuccio	NI	NI	2	NI	NI	NI	NI	1.094

Il Comune di Carloforte eroga il contributo ricevuto dalla R.A.S. all'A.I.A.S., che provvede al trasporto dei 16 utenti disabili dal domicilio alla struttura ambulatoriale e viceversa. Carbonia e Villaperuccio non hanno fornito dati.

f) CONTRIBUTI ELIMINAZIONE BARRIERE ARCHITETTONICHE

A Piscinas 5 disabili hanno ricevuto, ai sensi della L. 13/89, un contributo alle spese sostenute per l'abbattimento delle barriere architettoniche presenti nell'abitazione, per un importo complessivo di € 19.040.

Sono state segnalate 5 domande insoddisfatte

↳ **Punti di forza**

Il contributo aiuta chi deve sostenere ingenti spese per rendere accessibile la casa in cui vive.

↳ **Punti di debolezza**

Il finanziamento della legge da parte dello stato è venuto a mancare nel corso degli anni e le domande che non vengono accolte per mancanza di fondi sono molte.

(segue Tab. 10)

Dati Eliminazione Barriere Architettoniche - Distretto di Carbonia								
Comune	N. utenti	Dom. insodd.	N. famiglie con disabili	Rapporto n. utenti / n. fam. con disabili		Spesa per utente	SPESA 2005 Indicata dai comuni	Pop. Totale
Calasetta			13	0,00	0,0%			2.841
Carbonia			NI	NI	NI			30.505
Carloforte			21	0,00	0,0%			6.488
Giba			NI	NI	NI			2.134
Masainas			NI	NI	NI			1.437
Narcao			40	0,00	0,0%			3.384
Nuxis			14	0,00	0,0%			1.719
Perdaxius			NI	NI	NI			1.466
Piscinas	5	5	5	1,00	100,0%	€ 3.808,00	19.040,00	850
Portoscuso			26	0,00	0,0%			5.361
S.G. Suergiu			36	0,00	0,0%			6.075
Santadi			NI	NI	NI			3.753
S.A. Arresi			11	0,00	0,0%			2.629
S. Antioco	7		55	0,00	0,0%		€ 14.397,99	11.756
Tratalias			NI	NI	NI			1.122
Villaperuccio			2	0,00	0,0%			1.094
	12		223	0,02	2,2%	€ 3.808,00	€ 23.437,99	82.614

g) INSERIMENTO IN STRUTTURE

Tab. 11

Dati Inserimento in Strutture - Distretto di Carbonia								
Comune	N. utenti	Dom. insodd.	N. famiglie con disabili	Rapporto n. utenti / n. fam. con disabili		Spesa per utente	SPESA 2005 Indicata dai comuni	Pop. Totale
Calasetta			13	0,00	0,0%			2.841
Carbonia	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	30.505
Carloforte	2	0	21	0,10	9,5%	€ 14.868,10	€ 29.736,20	6.488
Giba			NI	NI	NI			2.134
Masainas			NI	NI	NI			1.437
Narcao	1		40	0,03	2,5%	€ 16.972,50	€ 16.972,50	3.384
Nuxis			14	0,00	0,0%			1.719
Perdaxius	1		NI	NI	NI	€ 13.132,08	€ 13.132,08	1.466
Piscinas			5	0,00	0,0%			850
Portoscuso			26	0,00	0,0%			5.361
S.G. Suergiu			36	0,00	0,0%			6.075
Santadi			NI	NI	NI			3.753
S.A. Arresi	1	0	11	0,09	9,1%	€ 22.646,86	€ 22.646,86	2.629
S. Antioco	1		55	0,00	0,0%	€ 17.042,00	€ 17.042,00	11.756
Tratalias			NI	NI	NI			1.122
Villaperuccio			2	0,00	0,0%			1.094
	6	0	223	0,02	2,2%	€ 16.497,53	€ 99.529,64	82.614

Il servizio consiste nel pagamento delle rette per l'inserimento in strutture residenziali.

Il Comune di Carloforte integra la retta di 2 utenti inseriti in Casa Protetta. Il Comune di Sant'Anna Arresi ha inserito un anziano disabile, privo di sostegni parentali, nella Casa protetta A.I.A.S. di Cortoghiana e contribuisce al pagamento della retta mensile.

Il servizio prevede la collaborazione con la A.S.L. ed altri enti del territorio.

La gestione è stata indiretta in convenzione con strutture accreditate.

❖ Area Sofferenti psichici

Sono stati analizzati i dati numerici presenti nelle descrizioni dei servizi comunali e nei successivi aggiornamenti, nelle griglie compilate dai Comuni che talvolta contengono dati differenti da quanto previsto nei Piani Socio Assistenziali (che per questo motivo non sono stati oggetto di analisi), i dati forniti dalla ASL 7.

La richiesta di compilare una griglia strutturata è stata fatta a tutti i Comuni del Distretto per poter avere dati certi e verificati dagli operatori, sui servizi effettivamente erogati e sull'utenza reale. Il lavoro di mappatura deve essere continuato e le griglie implementate per poter avere un'immagine chiara dei servizi erogati nel Distretto. Dalla lettura delle griglie si evince che su 16 Comuni del Distretto, 11 hanno attivato almeno un servizio per i sofferenti mentali, tranne Nuxis, Santadi, Sant'Antioco, Tratalias e Villaperuccio.

Tab. 1

Dati Utenza Sofferenti mentali - Distretto di Carbonia							
Comune	N. utenti	Dom. insodd.	N. famiglie con Soff. Mentali	Rapporto fra n. utenti e n. fam. con Soff. Ment.		Rapporto fra n. utenti e Pop. Tot.	Popolazione Totale
Calasetta	6		12	0,50	50,0%	0,53%	2.841
Carbonia	26		NI	NI	NI	0,40%	30.505
Carloforte	24		24	1,00	100,0%	0,78%	6.488
Giba	1		NI	NI	NI	0,02%	2.134
Masainas	14		NI	NI	NI	0,05%	1.437
Narcao	6		20	0,30	30,0%	0,40%	3.384
Nuxis	0		8	0,00	0,0%	0,00%	1.719
Perdaxius	7		NI	NI	NI	0,03%	1.466
Piscinas	1		1	1,00	100,0%	0,02%	850
Portoscuso	14	2	17	0,82	82,4%	0,05%	5.361
S.G. Suergiu	9		33	0,27	27,3%	0,60%	6.075
Santadi	0		NI	NI	NI	0,00%	3.753
S.A. Arresi	23	2	11	2,09	209,1%	0,75%	2.629
S. Antioco	55		61	0,00	0,0%	0,00%	11.756
Tratalias	0		NI	NI	NI	0,00%	1.122
Villaperuccio	0		4	0,00	0,0%	0,00%	1.094
	186	4	191	0,65	65,4%	0,09%	82.614

Non è disponibile un dato certo sulla consistenza del problema “sofferenza mentale”, si può fare una stima in base ai casi in carico ai Comuni e alla ASL (vedi dati epidemiologici), ma esiste un sommerso di cui non si è a conoscenza, un’area di disagio che, se non opportunamente sostenuta, può sfociare in sofferenza mentale.

I Comuni hanno fornito (10 su 6, vedi Tab. 1) il numero di famiglie al cui interno vive un sofferente mentale e questo dato, unico disponibile, è stato preso in considerazione come parziale “universo”, di riferimento. Ma, come detto, non è un dato certo, ma solo un riferimento.

Il numero di utenti che hanno usufruito delle prestazioni erogate dai Servizi Sociali Comunali è complessivamente di 186 a fronte di 191 famiglie che si sono rivolte ai Servizi Sociali o da loro conosciute. Come già detto è un dato parziale che non fotografa l’universo dei possibili utenti, all’interno delle stesse famiglie potrebbero esserci più sofferenti mentali e altre potrebbero non essersi rivolte ai Servizi Sociali. Non è detto che il numero delle prestazioni coincida con il numero degli utenti potenziali: la stessa persona può aver usufruito di più servizi. Il Comune di Carloforte, se il dato relativo alle famiglie è esaustivo, ha dato 24 risposte a 24 utenti, il 100% delle famiglie.

La percentuale di famiglie con sofferenti mentali rispetto alla popolazione totale del Distretto è dello 0,09%, quella delle prestazioni rispetto alle famiglie è del 65,4%.

La problematica psichiatrica è diffusa in tutto il territorio e in alcuni Comuni si sente la necessità di creare strutture di accoglienza che agevolino i percorsi riabilitativi sanitari e l’inserimento sociale.

La risposta alle problematiche dei sofferenti mentali, che i Comuni danno attraverso i loro servizi, prevede la collaborazione con il Centro di Salute Mentale della ASL n. 7 Distretto di Carbonia. Ma questa collaborazione non è sempre indicata dai Comuni.

Tab. 2

ASL 7 Distretto di Carbonia Servizio Tutela Salute Mentale Prestazioni attività ambulatoriale				
Carbonia				10.660
Carbonia	Ambulatorio Psicol.			1.017
Carloforte				280
S. Antioco				307
			Tot.	12.264

Dai dati forniti dalla ASL, rispetto al Servizio di Salute Mentale – CSM, si rileva che il numero di utenti nel Distretto di Carbonia ha fornito 12.264 prestazioni, suddivise fra le seguenti:

- attività ambulatoriale (due ambulatori nel Comune di Carbonia, uno a Carloforte, Giba, Sant'Antioco)

- attività domiciliare
- terapie e prelievi ambulatoriali e domiciliari
- attività di rete - Progetto di inserimento lavorativo nel Comune di Carbonia
- riabilitazione e accoglienza
- TSO e ricoveri volontari
- attività ambulatoriale decentrata
- UV Alzheimer
- consulenza casa circondariale,
- assistenza psichiatrica semiresidenziale (Centro diurno a Carbonia – 48 utenti).
- assistenza psichiatrica residenziale erogata nella Comunità Protetta di Cortoghiana (gestione mista pubblico/privato) a 26 pazienti (dato complessivo per i due Distretti) e in residenze esterne con strutture convenzionate (Centro Ippocrate e CTR).

Tab. 3

Strutture Territoriali CSM			
ASL 7 - Distretto di Carbonia			
	Centro salute mentale	Att. Ambulatoriali psichiatrici	Centro diurno
Bacu Abis			
Calasetta			
Carbonia	1	1	1
Carloforte		1	
Cortoghiana			
Giba		1	
Masainas			
Narcao			
Nuxis			
Perdaxius			
Piscinas			
Portoscuso			
San Giovanni Suergiu			
Santadi			
Sant'Anna Arresi			
Sant'Antioco		1	
Teulada			
Tratalias			
Villaperuccio			
Villarios			
	1	4	1

Le strutture sanitarie dedicate ai sofferenti mentali nel territorio sono 4 (vedi Tab. 2). Il Servizio Psichiatrico - S.P.D.C., che ha sede nell'Ospedale Sirai di Carbonia, dispone di 15 posti letto.

Per avere un quadro numericamente corretto dell'utenza attuale e dei potenziali fruitori dei servizi comunali, sarà opportuno, in futuro, incrociare i dati in possesso dei Servizi Sociali con quelli in possesso della ASL, specificando il numero degli assistiti e la tipologia di prestazioni che possono essere più di una per utente; è importante non trascurare questo dato per poter analizzare con successo il servizio offerto ai sofferenti mentali.

Tab. 4

SERVIZIO	Calasetta		Carbonia		Carloforte		Giba		Masainas		Narcao		Nuxis		Perdaxius	
	Ut	Ns	Ut	Ns	Ut	Ns	Ut	Ns	Ut	Ns	Ut	Ns	Ut	Ns	Ut	Ns
Famiglie con soff. Mentali		12		NI		24		NI		NI		20		8		NI
Laboratori e altri	6	0	0		0		0		1		1	3	0		1	0
Centro diurno	1	0	1	16	0		0		0		0		0		0	
Inserimento in strutture	4	0	1		1	1	1	1	0		0		0		0	1
Inserimento lavorativo	8	1	6	10	1	7	1		1	3	1	3	0		1	2
Sussidi economici	7	0	0		1	16	0		1	11	0		0		1	
	6	0	26	0	24	0	1	0	14	0	6	0	0	0	3	0

SERVIZIO	Piscinas		Portoscuso		San G. Suergiu		S. Anna Arresi		Sant'Antioco		Santadi		Tratalias		Villaperucchio		Totale	% Totale
	Ut	Ns	Ut	Ns	Ut	Ns	Ut	Ns	Ut	Ns	Ut	Ns	Ut	Ns	Ut	Ns		
Famiglie con soff. Mentali		1		17		33		11		61		NI		NI		4		
Laboratori e altri	0		1	14	2	1	1	1	0	37	0		0		0		20	16,0
Centro diurno	0		0			0		0	3	0	0		0		0		16	12,8
Inserimento in strutture	0		0			6		0	1		0		0		0		8	6,4
Inserimento lavorativo	0		0				10	1	20		0		0		0		39	31,2
Sussidi economici	1	1	0		2		12	1	55	0	0		0		1		42	33,6
	1	0	14	2	9	0	23	2	177	0	0	0	0	0	0	0	125	100,0

La Tab. 4 illustra la distribuzione numerica degli utenti per Comune e servizio. Come si può vedere sono stati indicati come attivi dei servizi che non presentano utenza (dato mancante nelle griglie di rilevazione).

Dei 125 utenti dei servizi comunali, il 33,6%, usufruisce di sussidi economici erogati ai sensi della L.R. 20/97. Il 31,2% degli utenti è inserito in progetti di inserimento lavorativo, il 16% partecipa ad attività di socializzazione, il 12,8% frequenta il Centro Diurno, il restante 6,4% è inserito in strutture residenziali e/o semiresidenziali.

Il dato sulla "utenza insoddisfatta" è stato indicato solo dai Comuni di Portoscuso e Sant'Anna Arresi. E' un dato importante da rilevare per capire a quale domanda non è stato possibile dare risposta e, se possibile, attivarsi con nuovi servizi e/o nuove modalità di accesso.

a) INSERIMENTO LAVORATIVO

I progetti di inserimento lavorativo, spesso Progetti Obiettivo, si rivolgono a sofferenti mentali che conservano un buon grado di gestione lavorativa e mirano all'inserimento o reinserimento nella società attraverso un ruolo produttivo, con l'obiettivo di integrare gli utenti attraverso una crescita personale che possa porre le basi per una futura vita autonoma.

Il periodo di inserimento varia a seconda del progetto fatto per la singola persona, della risposta che questa dà, in base anche al percorso di accompagnamento fatto in precedenza, e dall'accoglienza da parte della struttura lavorativa. Le attività proposte possono essere di servizio di pubblica utilità, giardinaggio e cura del verde pubblico, ma non mancano progetti che prevedono l'inserimento in una filiera produttiva.

Tab. 5

Dati Inserimento lavorativo - Distretto di Carbonia									
Comune	N. utenti	Dom. insodd.	N. famiglie con Soff. Mentali	Rapporto fra n. utenti e n. fam. con Soff. Ment.		Rapporto fra n. utenti e Pop. Tot.	Spesa per utente	SPESA 2005 Indicata dai comuni	Pop. Totale
Calasetta	6		12	0,50	50,0%	0,21%	€ 9.166,67	€ 55.000,00	2.841
Carbonia	10		NI	NI	NI	0,03%	€ 2.788,87	€ 27.888,68	30.505
Carloforte	7		24	0,29	29,2%	0,11%	€ 7.142,86	€ 50.000,00	6.488
Giba	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	2.134
Masainas	3		NI	NI	NI	0,21%	€ 1.000,00	€ 3.000,00	1.437
Narcao	3	NI	20	0,15	15,0%	0,09%	NI	NI	3.384
Nuxis			8	0,00	0,0%	0,00%			1.719
Perdaxius	2	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	1.466
Piscinas			1	0,00	0,0%	0,00%			850
Portoscuso			17	0,00	0,0%	0,00%			5.361
S.G. Suergiu			33	0,00	0,0%	0,00%			6.075
Santadi			NI	NI	NI	0,00%			3.753
S.A. Arresi	10	1	11	0,91	90,9%	0,38%	€ 11.100,00	€ 111.000,00	2.629
S. Antioco	12		61	0,00	0,0%	0,00%		€ 178.972,00	11.756
Tratalias			NI	NI	NI	0,00%			1.122
Villaperuccio			4	0,00	0,0%	0,00%			1.094
	52	1	191	0,20	20,4%	0,05%	€ 6.330,48	€ 246.888,68	82.614

I dati ci dicono che nel Distretto si sta investendo molto sull'inserimento lavorativo, sono in fase di attuazione dei P.O. – Calasetta e Carloforte –, uno sovracomunale - Sant'Anna Arresi capofila, con Giba, Masainas e Narcao. Otto i Comuni che hanno attivato gli inserimenti lavorativi – Carbonia e Sant'Anna Arresi 10, Carloforte 7, Calasetta 6 Masainas e Narcao 3 (Giba e Perdaxius non hanno indicato il numero) – per un totale di 52 utenti, pari al 20,4% delle famiglie conosciute dai Servizi Sociali. A Sant'Anna Arresi gli inserimenti superano il 90%, a Calasetta sono il 50%. La spesa complessiva è di € 246.888,68, quella per utente varia nei singoli Comuni e dei progetti; il più costoso è quello intercomunale con capofila Sant'Anna Arresi.

La gestione del servizio, quando è indicata, è indiretta con appalto a cooperativa sociale.

La collaborazione con il Centro di Salute Mentale della Azienda USL n. 7, Distretto di Carbonia, è stata indicata solo dal Comune di Carloforte per segnalarne l'assenza.

Di inserimento lavorativo si occupano anche i CeSIL presenti sul territorio.

↳ **Punti di forza** nei vari Comuni

Sant'Anna Arresi - Nonostante le loro problematiche, che ostacolano il regolare svolgimento delle attività, gli utenti sono seguiti costantemente dagli operatori, vero punto di forza del progetto. Impatto sul territorio molto buono.

↳ Punti di debolezza nei vari Comuni

Carloforte - L'inserimento sociale si è rivelato di difficile realizzazione, sia per la mancanza di cultura in tal senso, sia per l'inesperienza su questo versante, da parte della cooperativa incaricata. Totalmente assente il contatto con il C.S. M. della A.S.L. 7 di Carbonia, nonostante l'iniziale adesione al progetto.

b) CENTRO DIURNO

Tab. 6

Dati Utenza Centro Diurno - Distretto di Carbonia									
Comune	N. utenti	Dom. insodd.	N. famiglie con Soff. Mentali	Rapporto fra n. utenti e n. fam. con Soff. Ment.		Rapporto fra n. utenti e Pop. Tot.	Spesa per utente	SPESA 2005 Indicata dai comuni	Pop. Totale
Calasetta			12	0,00	0,0%	0,00%			2.841
Carbonia	16		NI	NI	NI	0,05%	€ 1.223,93	€ 19.582,94	30.505
Carloforte			24	0,00	0,0%	0,00%			6.488
Giba			NI	NI	NI	0,00%			2.134
Masainas			NI	NI	NI	0,00%			1.437
Narcao			20	0,00	0,0%	0,00%			3.384
Nuxis			8	0,00	0,0%	0,00%			1.719
Perdaxius			NI	NI	NI	0,00%			1.466
Piscinas			1	0,00	0,0%	0,00%			850
Portoscuso			17	0,00	0,0%	0,00%			5.361
S.G. Suergiu			33	0,00	0,0%	0,00%			6.075
Santadi			NI	NI	NI	0,00%			3.753
S.A. Arresi			11	0,00	0,0%	0,00%			2.629
S. Antioco			61	0,00	0,0%	0,00%			11.756
Tratalias			NI	NI	NI	0,00%			1.122
Villaperuccio			4	0,00	0,0%	0,00%			1.094
	16	0	191	0,08	8,4%	0,02%	€ 1.223,93	€ 19.582,94	82.614

Il Centro di aggregazione per sofferenti psichici ha 16 utenti ai quali vengono proposte attività ricreative e attività strutturate in laboratori, supportate da incontri di gruppo con i familiari degli utenti coinvolti. Sono garantiti informazione e supporto ai familiari degli utenti attraverso un Centro d'ascolto.

Il costo è di € 19.582,94 con un costo a utente di € 1.223,93.

La gestione è indiretta in convenzione con l'Associazione Sofferenti Psichici.

c) LABORATORI E INTERVENTI SOCIO-EDUCATIVI

Queste attività si rivolgono a persone per le quali un percorso di inserimento lavorativo è prematuro o inopportuno o che necessitano comunque di momenti di socializzazione.

Tra le attività proposte c'è la pratica sportiva, gestita in forma associata con i Comuni di Giba, che è anche il capofila, Masainas, Perdaxius, Narcao, attività la cui gestione è stata affidata ad una società sportiva. Il costo di questo intervento è di € 26.466. E' previsto il coinvolgimento su tutto il territorio con aziende private e non, Comune, Cooperative sociali e non, Associazioni di volontariato, culturali ecc...

Un altro progetto sovracomunale di intervento educativo coinvolge i Comuni di Giba, capofila, con Narcao e Perdaxius.

Il Comune di San Giovanni Suergiu opera attraverso interventi individualizzati concordati con il C.S.M. di Carbonia e attuati con la sua collaborazione. Il costo è di € 4.470,00.

I laboratori di Portoscuso, che indica 2 utenti insoddisfatti, svolgono attività artistiche e giardinaggio-florovivaistica, nella prospettiva dell'acquisizione di competenze spendibili sul mercato con l'obiettivo di un reinserimento sociale.

Il costo complessivo degli interventi è di € 89.336.

Tab. 7

Dati Laboratori e Interventi Socio Educativi - Distretto di Carbonia									
Comune	N. utenti	Dom. insodd.	N. famiglie con Soff. Mentali	Rapporto fra n. utenti e n. fam. con Soff. Ment.		Rapporto fra n. utenti e Pop. Tot.	Spesa per utente	SPESA 2005 Indicata dai comuni	Pop. Totale
Calasetta			12	0,00	0,0%	0,00%			2.841
Carbonia			NI	NI	NI	0,00%			30.505
Carloforte			24	0,00	0,0%	0,00%			6.488
Giba	NI		NI	NI	NI	NI	NI	NI	2.134
Masainas	NI		NI	NI	NI	NI			1.437
Narcao	3		20	0,15	15,0%	0,09%			3.384
Nuxis			8	0,00	0,0%	0,00%			1.719
Perdaxius	1		NI	NI	NI	0,07%			1.466
Piscinas			1	0,00	0,0%	0,00%			850
Portoscuso	14	2	17	0,82	82,4%	0,26%	€ 3.458,57	€ 48.420,00	5.361
S.G. Suergiu	1	0	33	0,03	3,0%	0,02%	€ 4.470,00	€ 4.470,00	6.075
Santadi			NI	NI	NI	0,00%			3.753
S.A. Arresi	1	0	11	0,09	9,1%	0,04%	€ 26.446,00	€ 26.446,00	2.629
S. Antioco	25		61	0,00	0,0%	0,00%		€ 10.000,00	11.756
Tratalias			NI	NI	NI	0,00%			1.122
Villaperuccio			4	0,00	0,0%	0,00%			1.094
	77	2	191	0,10	10,5%	0,02%	€ 3.966,80	€ 89.336,00	82.614

↳ **Punti di forza** nei vari Comuni:

Sant'Anna Arresi - Nonostante le loro problematiche, che ostacolano la pratica regolare delle attività, gli utenti sono seguiti costantemente dagli operatori, vero punto di forza del progetto, che hanno saputo coinvolgere in modo sano e competitivo gli utenti. Impatto sul territorio: Molto buono. Elementi innovativi: Nessuno

d) INSERIMENTO IN STRUTTURA

Gli utenti inseriti in struttura sono 9, ma il dato è parziale in quanto Carbonia non indica il numero dei suoi inserimenti.

Il costo dell'intervento è di € 91.030, a San Giovanni Suergiu è indicata una compartecipazione di € 29.820,00.

La gestione è indiretta, in collaborazione con strutture presenti nel territorio.

A San Giovanni Suergiu gli interventi sono attuati in collaborazione con il Centro di Salute mentale ASL 7. I 6 inserimenti relativi a detto Comune, pur essendo stati finanziati negli anni con P.O. di cui alla L.R. 20/97, riguardano esclusivamente persone con situazioni di handicap grave e grave compromissione delle capacità cognitive (non si tratta pertanto esclusivamente di sofferenti psichici in senso stretto) e 2 inserimenti sono interventi di semi-internato. Tutti gli interventi di internato, sono caratterizzati dall'assenza di familiari degli assistiti in grado di provvedere all'assistenza, e da situazioni di gravità tale da non permettere soluzioni alternative quali affidamenti familiari.

Tab. 8

Dati Inserimento in struttura - Distretto di Carbonia									
Comune	N. utenti	Dom. insodd.	N. famiglie con Soff. Mentali	Rapporto fra n. utenti e n. fam. con Soff. Ment.		Rapporto fra n. utenti e Pop. Tot.	Spesa per utente	SPESA 2005 Indicata dai comuni	Pop. Totale
Calasetta			12	0,00	0,0%	0,00%			2.841
Carbonia	NI		NI	NI	NI	NI	NI	NI	30.505
Carloforte	1		24	0,04	4,2%	0,02%	€ 11.245,00	€ 11.245,00	6.488
Giba	1		NI	NI	NI	0,05%	NI	NI	2.134
Masainas			NI	NI	NI	0,00%			1.437
Narcao			20	0,00	0,0%	0,00%			3.384
Nuxis			8	0,00	0,0%	0,00%			1.719
Perdaxius	1		NI	NI	NI	0,00%			1.466
Piscinas			1	0,00	0,0%	0,00%			850
Portoscuso			17	0,00	0,0%	0,00%			5.361
S.G. Suergiu	6		33	0,18	18,2%	0,10%	€ 11.316,67	€ 67.900,00	6.075
Santadi			NI	NI	NI	0,00%			3.753
S.A. Arresi			11	0,00	0,0%	0,00%			2.629
S. Antioco	1		61	0,00	0,0%	0,00%		€ 11.885,00	11.756
Tratalias			NI	NI	NI	0,00%			1.122
Villaperuccio			4	0,00	0,0%	0,00%			1.094
	10	0	191	0,04	4,2%	0,01%	€ 9.893,13	€ 91.030,00	82.614

↳ **Punti di forza** nei vari Comuni:

San Giovanni Suergiu – Per i seminternati la diversificazione delle situazioni che il soggetto disabile affronta quotidianamente, pur rimanendo sostanzialmente nel proprio ambito familiare; anche per la famiglia ciò costituisce un alleggerimento del carico di cura del proprio congiunto.

↳ **Punti di debolezza** nei vari Comuni:

San Giovanni Suergiu – Per quanto riguarda gli internati il Comune ha sempre fatto fronte agli inserimenti con finanziamenti tramite progetti obiettivo, esiste pertanto grande preoccupazione sulle modalità del reperimento delle risorse per dare continuità agli interventi in atto e per garantire idonee risposte alle nuove esigenze.

Per i seminternati è rappresentato dal fatto che tutte le attività avvengono esclusivamente all'interno di una struttura (con i suoi orari e organizzazione interna),

mentre sarebbe auspicabile una diffusione territoriale di opportunità aggregative e lavorative. Anche per questi inserimenti si è fatto ricorso a P.O.

e) SUSSIDI ECONOMICI

I sussidi economici ai sofferenti mentali vengono erogati da tutti i Comuni del Distretto. Risultano, dai dati pervenuti, 43 utenti in 6 Comuni con una spesa di complessiva di € 210.645,64, € 2,185,47 per utente.

Tab. 9

Dati Sussidi Economici - Distretto di Carbonia									
Comune	N. utenti	Dom. insodd.	N. famiglie con Soff. Mentali	Rapporto fra n. utenti e n. fam. con Soff. Ment.		Rapporto fra n. utenti e Pop. Tot.	Spesa per utente	SPESA 2005 Indicata dai comuni	Pop. Totale
Calasetta			12	0,00	0,0%	0,00%			2.841
Carbonia			NI	NI	NI	0,00%			30.505
Carloforte	16		24	0,67	66,7%	0,25%	€ 2.330,20	€ 37.283,20	6.488
Giba			NI	NI	NI	0,00%			2.134
Masainas	11		NI	NI	NI	0,77%	€ 2.737,08	€ 30.107,88	1.437
Narcao			20	0,00	0,0%	0,00%			3.384
Nuxis			8	0,00	0,0%	0,00%			1.719
Perdaxius	1		NI	NI	NI	0,00%			1.466
Piscinas	1		1	1,00	100,0%	0,12%	€ 2.528,00	€ 2.528,00	850
Portoscuso			17	0,00	0,0%	0,00%			5.361
S.G. Suergiu	2		33	0,06	6,1%	0,03%	€ 2.500,00	€ 5.000,00	6.075
Santadi			NI	NI	NI	0,00%			3.753
S.A. Arresi	12	1	11	1,09	109,1%	0,46%	€ 1.405,88	€ 16.870,56	2.629
S. Antioco	55		61	0,00	0,0%	0,00%		€ 118.856,00	11.756
Tratalias			NI	NI	NI	0,00%			1.122
Villaperuccio	NI		4	NI	NI	NI	NI	NI	1.094
	98	1	191	0,22	22,0%	0,05%	€ 2.185,47	€ 210.645,64	82.614

2.2.4. I Servizi per il Disagio Adulto e le Dipendenze

❖ Area Disagio Adulto

Gli adulti del Distretto costituiscono circa il 43 per cento della popolazione totale. I servizi e gli interventi attivati nel territorio per contrastare il disagio espresso da questa fascia d'età sono principalmente: i servizi di segretariato sociale, l'assistenza economica, i progetti di inserimento lavorativo, i Cesil, gli inserimenti in struttura.

Per convenienza espositiva non vengono rilevati in quest'area gli interventi orientati alla famiglia nel suo complesso, presentati nell'ambito dell'Area Minori, Giovani e Famiglia.

a) SEGRETERIATO SOCIALE

I Servizi di segretariato sociale, con funzioni di informazioni sull'esistenza, sul tipo e sulle procedure d'accesso alle varie risorse sociali, di consulenza, orientamento e invio del cittadino all'ente o all'organismo competente per specifiche problematiche, sono presenti in tutti i Comuni del Distretto.

Generalmente sono svolti dagli operatori del Servizio Sociale Professionale in servizio presso gli stessi Comuni o affidati a cooperative con personale qualificato. Solo il Comune di Piscinas ha indicato la spesa annuale sostenuta, pari a € 2.5147,00.

A livello di volontariato, si segnala la recente attivazione dello Sportello di Ascolto da parte della Caritas nel territorio di Carbonia con funzione di raccolta e lettura del bisogno e invio/accompagnamento dei cittadini ai servizi.

b) ASSISTENZA ECONOMICA

Il servizio di assistenza economica di cui ai D.P.G.R 12/89 e 145/90, di carattere straordinario e continuativo, è presente in tutti i Comuni del Distretto. Gli operatori segnalano che il

↳ **punto di forza** dell'intervento consiste nella capacità dello stesso di attenuare condizioni di forte disagio economico, che rischiano di degenerare in gravi situazioni di povertà ed emarginazione. Tra i

↳ **punti di debolezza** si sottolinea l'impossibilità per i Comuni di garantire, attraverso l'erogazione dei contributi, il minimo vitale definito annualmente dalla Regione e la carenza di progettualità nell'attivazione dell'intervento che rischia di far "scivolare nell'assistenzialismo".

Gli utenti del Distretto risultano essere circa 1.365. Dev'essere tuttavia sottolineato che, nella rilevazione dei dati, è possibile che alcuni Comuni abbiano indicato effettivamente il numero di utenti che beneficiano dell'intervento, mentre alcuni abbiano segnalato il numero complessivo di erogazioni (che possono dunque essere molteplici per i medesimi utenti). I Comuni rivolgono l'aiuto sia ai singoli sia alle famiglie.

Sulla base dei dati in possesso è possibile fare alcune considerazioni.

In alcuni Comuni gli utenti che beneficiano dell'intervento costituiscono meno dell'1 per cento della popolazione adulta residente nel Comune. La percentuale è più alta (circa 4-5% per cento a Carbonia e Nuxis) e sale al 9,7 % a Sant'Antioco.

I Comuni che hanno il maggior numero di utenti sono Carbonia e Sant'Antioco, che sono anche i più popolosi del Distretto. Il numero minore di utenti si registra a Sant'Anna Arresi e a Piscinas (quest'ultimo è il meno popoloso del Distretto).

Nei Comuni di Carbonia e Sant'Antioco si registra una domanda insoddisfatta rispettivamente per 55 e 60 soggetti che hanno fatto richiesta del servizio. Anche il Comune di Masainas segnala 5 casi di domanda insoddisfatta. Non è rilevabile tuttavia se la domanda risulta insoddisfatta per insufficienza di risorse o per mancanza dei requisiti da parte di chi ha presentato la domanda.

La spesa complessiva nel Distretto è di circa 194.000,00 euro. La spesa media per utente è di € 139,00 euro circa. Vi sono tuttavia delle differenze tra i Comuni: una parte di Comuni ha un costo medio per utente che va dai 300 euro ai 500 euro circa.

I Comuni di Carbonia e Perdaxius hanno una spesa media per utente rispettivamente di 100 e di 150 euro circa. Più elevata rispetto alla media (circa 1000 euro) la spesa nei Comuni di Carloforte e Narcao. Risulta più bassa della media la spesa a Sant'Antioco, con circa 40 euro per utente.

Valgono tuttavia le considerazioni sull'attendibilità dei dati fatte precedentemente.

Assistenza economica						
Comuni	N.Utenti	Domanda Insoddisfatta	Pop. 34-64	N.utenti/Pop 34-64	Spesa per utente	SPESA
Carbonia	736	55	13.947	5,3%	€ 105,98	€ 78.000,00
Carloforte	21	0	2.783	0,8%	€ 1.187,78	€ 24.943,36
Giba	N.I	N.I	969			€ 8.000,00
Masainas	10	5 *	666	1,5%	€ 388,30	€ 3.883,01
Narcao	20	N.I	1.482	1,3%	€ 1.000,00	€ 20.000,00
Nuxis	30	0	719	4,2%	€ 662,92	€ 19.887,57
Perdaxius	20	N.I	643	3,1%	€ 151,62	€ 3.032,48
Piscinas	5	N.I	356	1,4%	€ 316,60	€ 1.583,00
San Giovanni S.	17	N.I	2.725	0,6%	€ 393,04	€ 6.681,76
Sant'Anna Arresi	6	0	1.195	0,5%	€ 500,00	€ 3.000,00
Sant'Antioco	500	60	5.132	9,7%	€ 40,00	€ 20.000,00
Tratalias	16	N.I	488	3,3%	€ 156,25	€ 2.500,00
Villaperuccio	17	4			€ 200,00	€ 3.400,00
Tot	1.398	124			€ 139,42	€ 194.911,18

* per mancanza dei requisiti

Il Servizio di Assistenza economica è gestito direttamente dai Comuni e non risultano in essere forme di integrazione tra essi. Non sono state segnalate forme di cooperazione formali con altri enti e/o associazioni operanti sul territorio, tuttavia, a livello informale, numerose associazioni di volontariato che a vario titolo operano nel Distretto collaborano con i Comuni, sia inviando gli utenti ai Servizi, sia attraverso l'erogazione di somme di denaro o aiuti alimentari e di altro genere su iniziativa propria o su segnalazione dei servizi sociali comunali.

c) INSERIMENTO LAVORATIVO

Il Servizio, variamente denominato - inserimenti lavorativi soggetti svantaggiati, servizio civico, assistenza economica finalizzata - è presente in 10 Comuni del Distretto. Offre la possibilità di inserimento in cooperative di tipo B o lo svolgimento di attività lavorativa presso i Comuni (pulizie, manutenzione del verde pubblico, piccole manutenzioni) ed è rivolto a categorie svantaggiate (soggetti emarginati, disabili, ex detenuti, ex tossicodipendenti). Tale intervento si configura prevalentemente come alternativa al sussidio economico: è limitato nel tempo (generalmente 3-4 mesi) e

spesso non comporta la prosecuzione del rapporto di lavoro presso la Cooperativa o il Comune una volta cessato tale periodo. E' utilizzato quale strumento di inserimento o reinserimento sociale e lavorativo e come forma di valorizzazione dell'utente che, dietro regolare compenso, presta la sua attività lavorativa a vantaggio della collettività.

Dai dati forniti gli utenti risultano essere complessivamente nel Distretto circa 260 (mancano i dati di 3 Comuni). Il maggior numero di utenti si registra a Carbonia, Narcao e Perdaxius. In quest'ultimo Comune gli utenti del servizio sono circa il 3 per cento della popolazione adulta del Comune. In alcuni degli altri Comuni la percentuale non raggiunge il due per cento e in alcuni casi si attesta al di sotto dell'1 per cento. I Comuni affidano generalmente il servizio a cooperative sociali di tipo B. Non è stata segnalata integrazione sul territorio per quel che concerne le modalità di gestione.

La spesa complessiva nel Distretto si aggira attorno ai 460 mila euro. La spesa per utente, come si può evincere, dalla tabella è piuttosto variabile, si va dai 1.225 euro del Comune di Narcao ai 7.250 euro del Comune di Sant'Antioco.

Inserimento lavorativo						
Comuni	N.Utenti	Domanda Insoddisf.	Pop. >34<64	N.utenti/Pop >34<64	Spesa per utente	SPESA
Carbonia	44	N.I	13.947	0,3%	€ 1.304,89	€ 57.415,06
Giba	12	N.I	969		€ 2.666,67	€ 32.000,00
Masainas	11	0	666	1,7%	€ 3.636,36	€ 40.000,00
Narcao	20	0	1.482	1,3%	€ 1.225,08	€ 24.501,60
Perdaxius	10	0	643	1,6%	€ 1.207,40	€ 12.074,00
Portoscuso	10		2.472	0,4%	€ 3.688,00	€ 36.880,00
Santadi	10				€ 3.541,67	€ 35.416,70
Sant'Anna Arresi	4	si	1.195	0,3%	€ 5.042,00	€ 20.168,00
Sant'Antioco	128	N.I	5.132		€ 1.398,22	€ 178.972,00
Tratalias	3	N.I	488		€ 3.866,67	€ 11.600,00
Villaperuccio	8	N.I			€ 1.490,88	€ 11.927,00
Tot	260				€ 2.746,88	€ 461.708,36

d) CESIL

Attualmente esiste un Ufficio CESIL a Carbonia cui afferiscono circa 274 utenti, di cui 185 domiciliati a Carbonia e i restanti in altri Comuni del Distretto. Si rileva che di questi 82 sono disabili.

È di prossima attuazione un protocollo d'intesa tra i Comuni di Carbonia (capofila), Carloforte, Calasetta, Giba, Gonnese, Portoscuso, San Giovanni S., Sant'Antioco,

Tratalias per la gestione associata del Servizio mentre è già avviata la gestione associata per il medesimo servizio tra i Comuni di Santadi (capofila), Masainas, Narcao, Nuxis, Perdaxius, Piscinas, Sant'Anna Arresi, Teulada, Villaperuccio

e) INSERIMENTO IN STRUTTURA

Il ricorso all'inserimento in struttura di adulti in situazioni di disagio rimane un intervento residuale rispetto ad altre forme di sostegno possibili. L'intervento è attualmente attuato solo dal Comune di Carbonia con l'inserimento rispettivamente di 20 utenti.

La spesa complessiva nel Distretto di circa 203.600 euro. La spesa per utente va dai 13.000 euro circa di Perdaxius ai 20.3000 euro circa per utente di Carbonia.

Inserimento in struttura						
Comuni	N.Utenti	Domanda Insoddisfatta	Pop. >34<64	N.utenti/ Pop >34<64	Spesa per utente	SPESA
Carbonia	20	0	30.505	0,1%	€ 20.359,70	€ 203.597,00

Le strutture di accoglienza presenti nel Distretto sono dislocate a Carbonia, in cui è operativa una Casa di accoglienza per donne in difficoltà (che ospita anche gli eventuali figli minori) e un Centro di Pronto intervento maschile. Sono entrambe gestite dall'Associazione di volontariato Don Vito Sguotti e sono aperte all'accoglienza di utenti provenienti da tutti i Comuni, anche fuori Distretto. Gli inserimenti sono attuati attraverso apposita convenzione tra l'Associazione e il Comune interessato che prevede anche il versamento di una retta giornaliera per la retribuzione del personale non volontario e l'acquisto di beni necessari alle Comunità. I Centri di accoglienza riservano al Comune di Carbonia in cui hanno sede una parte dei posti disponibili (8 su 18 nella casa di accoglienza per le donne).

❖ Area Dipendenze

a) PROGETTI INTEGRATI

✓ P.O. Progetto Alcool

↳ Comuni partecipanti:

Perdaxius (capofila), Giba, Masainas, Narcao, Nuxis, Piscinas, Santadi, Tratalias.

✓ P.O. Centro d'ascolto Alcool dipendenti

↳ Comuni partecipanti:

Masainas, Sant'Anna Arresi.

✓ **Accordo di programma tossicodipendenze**

↳ Partecipanti:

ASL 7, Calasetta, Carloforte, Centro per la giustizia minorile, CSA Cagliari, Giba, Iglesias, Musei, Narcao, Perdaxius, Piscinas, Portoscuso, Provincia Carbonia-Iglesias, San Giovanni Suergiu, Santadi, Sant'Anna Arresi, Sant'Antioco, Teulada, Villamassargia.

Tabella accordo di programma			
Comuni	Utenti	Spesa per utente	Spesa
Carbonia	360	€ 202,39	€ 72.860,88
Carloforte	indefinito		€ 1.301,34
Narcao			€ 1.692,00
Nuxis			€ 859,50
Perdaxius			€ 730,50
Piscinas			€ 425,00
Portoscuso	20	€ 134,05	€ 2.681,00
Sant'Antioco			
Sant'Anna Arresi	20	€ 67,30	€ 1.345,90
San Giovanni Suergiu	30		€ 3.048,00
Tratalias			
Santadi			
Nuxis			
Villaperuccio			
Piscinas			
Giba			

b) PREVENZIONE IN STRADA

Il servizio è operativo a Carbonia. Gli utenti sono 360 c'è una particolare attenzione verso gli adolescenti. La spesa complessiva è di 72.860,88 euro con una spesa media per utente di circa 202,39 euro. È stata segnalata la presenza di integrazione con altri soggetti operanti sul territorio (istituzioni e cittadini).

c) INSERIMENTI SOCIO LAVORATIVI

È previsto un inserimento lavorativo nel Comune di San Giovanni Suergiu, il servizio è attuato dalla ASL, su incarico dell'Accordo di Programma. La spesa non è stata indicata e rientra nell'Accordo di Programma. Il Comune segnala che non è stato possibile attivare il servizio per due utenti che hanno fatto richiesta.

d) CENTRI D'ASCOLTO

A Carbonia, Masainas (P.O) e Sant'Antioco sono operativi i centri d'ascolto per alcool dipendenti. Non sono state fornite informazioni riguardo al numero di utenti e alla spesa.

e) ASSISTENZA ECONOMICA

È prevista assistenza economica finalizzata al sostegno de Club alcolisti in trattamento del Comune di san Giovanni Suergiu e all'ACAT. La spesa complessiva è di 500 euro.

3. I risultati della programmazione partecipata: criticità, priorità, interventi

3.1. Premessa

I tavoli tematici sono stati pensati, organizzati e condotti con l'obiettivo di favorire la competenza e il confronto fra i diversi attori territoriali, considerati tutti come importanti portatori di conoscenze, acquisite nello svolgimento dei rispettivi ruoli e interventi realizzati sul campo e, alla luce di queste, sviluppare e approfondire l'analisi e il quadro conoscitivo del sistema distrettuale dei servizi alla persona.

Il risultato atteso era ricondurre punti di vista "differenti" e in certi casi inevitabilmente "divergenti" - perché espressione di interessi diversi - a una prefigurazione comune e condivisa di priorità e azioni realizzabili nel Distretto.

Partendo da una riflessione sul primo profilo d'ambito presentato in occasione della Conferenza di Programmazione, i tavoli, ciascuno in relazione al tema specifico cui era dedicato, sono stati impegnati in un lavoro di analisi e individuazione delle criticità nell'attuale sistema socio-sanitario distrettuale in termini di performance (raggiungimento o meno degli obiettivi prefissati per i quali determinati servizi sono stati istituiti), eterogeneità di fini (persistenza o meno dei fini per cui determinati servizi sono stati istituiti) e relazionalità (persistenza e significatività delle relazioni fra i diversi attori coinvolti nella realizzazione dei servizi)

I risultati dei tavoli tematici hanno offerto al GTP importanti contributi ai fini dell'individuazione delle priorità, intese non come sinonimi di urgenza ed emergenza, ma come azioni significative da un punto di vista istituzionale e/o sociale che "vengono prima all'interno di una sequenzialità di azioni che, se concatenate, consentono di dare risposte efficaci e di qualità alle criticità individuate. Ogni azione prioritaria deve caratterizzarsi per l'introduzione nell'attuale sistema dei servizi alla persona di elementi innovativi in termini di struttura (in senso materiale, ma anche in chiave di modalità specifiche di lavoro degli operatori), interventi (prestazioni offerte ai potenziali utenti), risultati ed effetti permanenti.

Il quadro conoscitivo dell'attuale sistema locale dei servizi socio-assistenziali ha evidenziato la ricchezza e la varietà degli interventi e delle soluzioni organizzative adottate nell'ambito delle diverse realtà comunali del Distretto, in risposta ai bisogni sociali e socio-sanitari delle comunità/popolazioni di riferimento.

La programmazione sociale per il 2007 non può che partire dalla valorizzazione e qualificazione dell'esistente introducendo, come già detto, elementi di innovazione laddove sono state riscontrate aree di criticità e promuovendo, secondo una logica distrettuale e secondo criteri il più possibile omogenei, la riorganizzazione/armonizzazione dei servizi e delle attività presenti nei diversi Comuni.

Si ritiene opportuna pertanto la “ri-proposizione” di quei servizi che, in ragione della loro localizzazione e distribuzione territoriale, dell’impatto sociale che hanno avuto e della coerenza con gli orientamenti di fondo, definiti nell’ambito del processo partecipato di programmazione sociale, possono qualificarsi quali servizi essenziali. Viene fatta salva l’autonomia, in questa prima fase di attuazione della L.R. 23, di ciascun Ente di prevedere nella propria programmazione comunale, per il 2007, servizi e prestazioni ulteriori.

I servizi vengono presentati aggregati per aree di intervento e per priorità. Si è anche optato per l’inserimento di alcuni di essi che, pur non essendo finanziabili nell’ambito del PLUS (si vedano ad esempio i CeSIL) sono stati ritenuti particolarmente significativi in ragione del ruolo che esercitano e degli obiettivi di inclusione sociale che si propongono di perseguire, nonché alcune azioni/interventi relativi alla salute mentale che potranno essere finanziati nell’ambito dei Patti integrati per l’inclusione sociale.

❖ **Le criticità trasversali**

La comparazione dei risultati del lavoro di analisi e approfondimento realizzato nei diversi tavoli ha permesso l’individuazione di alcune criticità trasversali, caratterizzanti tutte le aree tematiche affrontate nelle diverse sessioni di lavoro.

Manca come elemento di base l’informazione sia relativamente all’articolazione del processo di elaborazione del PLUS e al ruolo esercitabile dai diversi attori territoriali, sia in termini più generali in riferimento ai servizi e alle risorse presenti e operanti nel sistema locale dei servizi alla persona.

L’inefficacia e la frammentarietà dei flussi informativi si riflette inevitabilmente in termini negativi sulla fruibilità dei servizi da parte dei potenziali utenti (che lamentano l’impossibilità e/o difficoltà nell’accesso); sull’integrazione fra le risorse umane, strutturali e finanziarie, pubbliche e private, presenti nel territorio e sull’allocazione delle stesse spesso utilizzate in maniera insufficiente, frammentata e/o inappropriata. Ne consegue che anche il lavoro di rete, erroneamente considerato metodologia acquisita, risente dell’inefficacia informativa e nella pratica quotidiana risulta derivare da un’operatività legata più alla volontà di operatori e altri attori sociali e alla conoscenza personale tra loro che non a definiti protocolli di lavoro.

Il tutto impatta negativamente sulla qualità e la continuità delle risposte offerte ai cittadini tra l’altro spesso previste all’interno di progetti estemporanei e non funzionali al soddisfacimento dei bisogni e al raggiungimento di risultati permanenti.

3.2. Area Anziani

Le criticità specifiche emerse nei tavoli anziani del Distretto di Carbonia si possono riassumere nel modo seguente.

- ◆ **Prevalenza di servizi per i non autosufficienti**: alla luce dei dati raccolti si evidenzia come tutti i Comuni del Distretto abbiano il servizio di Assistenza Domiciliare attivo da anni e inserito nella programmazione comunale finora attuata, tale servizio è rivolto soprattutto alle persone non autosufficienti.
- ◆ **Carenza di servizi di socializzazione**: dall'analisi dell'esistente è evidente la quasi totale assenza di servizi di socializzazione per anziani se non per poche eccezioni (Progetto Obiettivo Centro di Aggregazione Anziani tra i Comuni di Narcao e Pedaxius, altri centri di aggregazione sono presenti nei Comuni di Carloforte, Giba e Carbonia)
- ◆ **Necessità di Comunità Alloggio e Centri Diurni (anche integrati)**: nel territorio del Distretto esiste un unico centro diurno integrato mentre sono indicate cinque strutture residenziali localizzate nei Comuni di Carbonia, Carloforte, Santadi e Sant'Antioco. E' presente una Residenza Sanitaria Assistenziale nel Comune di Nuxis. Emerge l'esigenza di creare ulteriori luoghi di accoglienza, strutture idonee da un punto di vista sanitario e sociale per gli anziani.
- ◆ **Utilizzo non mirato delle risorse per l'Assistenza Domiciliare**: l'organizzazione e la qualità dell'assistenza domiciliare non risponde alle esigenze degli anziani e delle famiglie perché sono poche, non tengono conto delle differenze nella condizione degli anziani, offrono solo prestazioni di riordino della casa, non c'è raccordo con le prestazioni sanitarie e con altri interventi dei servizi sociali.
- ◆ **Gli alti costi dell'istituzionalizzazione**: dai tavoli è emerso che i costi della istituzionalizzazione sia per i Comuni e per il Servizio Sanitario Nazionale sono elevati (€ 135,00 giornaliera). Data la carenza di strutture socio assistenziali nel territorio, spesso si è fatto spesso ricorso a ricoveri impropri.
- ◆ **La mancanza di un Centro Unico di Prenotazione e Punto Unico di Accesso**: l'accesso alle prestazioni sociali e sanitarie avviene attraverso percorsi non ben definiti. Per gli anziani e le loro famiglie non è ben chiaro a che debbano rivolgersi e/o presentare la richiesta di assistenza domiciliare, di prestazioni specialistiche e non c'è nessun accompagnamento degli utenti nel circuito dei servizi
- ◆ **La carenza di interventi a supporto delle famiglie**: le famiglie non sempre sono coinvolte nella progettazione dell'assistenza domiciliare e mancano interventi rivolti a sostenere e ad aiutare le famiglie con al loro interno anziani non autosufficienti.
- ◆ **La scarsità di strutture per attività di riabilitazione**: risultano carenti le strutture sanitarie finalizzate ad erogare prestazioni riabilitative, mentre non risultano presenti strutture socio sanitarie adibite allo stesso fine, pertanto occorrerebbe potenziare le attività di riabilitazione.
- ◆ **La qualità degli interventi e la formazione del volontariato**: il volontariato rappresenta una risorsa fondamentale per il territorio, in quanto spesso ha sopperito alle esigenze delle persone così come alla assenza di risposte da parte

delle istituzioni. Dato il ruolo fondamentale del volontariato associazioni si ritiene un'azione di riqualificazione del loro operato.

- ♦ **La non adeguata qualificazione delle badanti:** spesso le famiglie per interventi di assistenza domiciliare e aiuto personale si rivolgono alle badanti, per le quali risulta necessaria una formazione adeguata.

L'analisi delle criticità, da parte del GTP ha portato ad individuare alcune azioni, ritenute prioritarie, per avviare una modifica qualitativa del quadro dei servizi offerti alla popolazione anziana e rispondere a tre esigenze sostanziale degli anziani e delle loro famiglie: un'assistenza domiciliare che integri le prestazioni sociali e sanitarie, un'offerta di strumenti che permettano una maggiore autonomia delle famiglie nella scelta e utilizzo delle prestazioni, l'organizzazione di luoghi che rispondano ad esigenze di socialità e di prestazioni a bassa soglia.

Le priorità individuate dal GTP e che sono emerse nei tavoli anziani di Carbonia possono essere riassunte nel seguente modo:

- ✓ Sperimentazione *voucher* familiari e Tutor anziani;
- ✓ Organizzazione di luoghi di socializzazione (es. Centri Diurni);
- ✓ Integrazione socio-sanitaria nell'assistenza domiciliare: passaggio da AD (Assistenza Domiciliare) a una reale ADI (Assistenza Domiciliare integrata).

Le priorità sono state presentate e condivise in occasione del secondo incontro del tavolo tematico. La prima è stata approfondita e sviluppata con i presenti al fine di approfondire il significato che queste azioni potrebbero assumere nel quadro dei servizi agli anziani e per individuare insieme con loro le modalità organizzative. Il GTP ha elaborato le altre due priorità.

➤ **PRIMA PRIORITÀ: sperimentazione voucher familiari**

In questo contesto analizzeremo la priorità relativa alla sperimentazione dei *voucher* familiari mentre per quanto riguarda la figura del tutor anziani considerato il particolare collegamento con la normativa in materia (art. 414 e 415 del codice civile, e legge n. 6 del 2004 in tema di tutore e curatore legale e amministratore di sostegno) si rimanda ai tavoli permanenti.

↳ **Il senso dell'azione**

Per il Distretto: La sperimentazione dei Voucher potrebbe essere uno strumento per intervenire in quelle situazioni di criticità prima analizzate (es. costi dell'istituzionalizzazione, disomogeneità nei Livelli Essenziali di Assistenza, ottimizzazione delle risorse di assistenza domiciliare, attività di riabilitazione e interventi di supporto alle famiglie) ed ha come obiettivo quello di promuovere e sperimentare iniziative che consentano la libertà di scelta delle famiglie di tipologie di prestazioni attraverso l'utilizzo di un bonus spendibile per l'accesso a servizi sociali o sanitari o socio-sanitari, pubblici e privati.

Per i servizi: maggiore responsabilizzazione delle famiglie, dialogo con le stesse per evitare prestazioni improprie.

Per i destinatari: Questo strumento potrebbe evitare o ritardare l'istituzionalizzazione dell'individuo non autosufficiente, consentendogli di ottenere supporto nella sua abitazione e di scegliere liberamente la modalità e gli erogatori dell'assistenza.

↳ **L'esistente**

Attualmente non risultano attivi servizi di questo genere nonostante la L. 328/2000 li preveda, sperimentazioni parzialmente simili sono state utilizzate con l'attuazione dei piani personalizzati di cui alla legge 162/98 (gestione indiretta).

Il Comune di Carbonia ha predisposto un progetto obiettivo definito "Solievo alla Famiglia" che si propone come obiettivo il "mantenimento nel proprio contesto abitativo, sociale ed affettivo delle persone non autosufficienti, in prevalenza anziani ma anche disabili, con problematiche simili dell'età senile. Il progetto si realizza attraverso l'erogazione di un contributo economico a persone o famiglie che riscuotano la fiducia delle persone da assistere, verranno assicurate loro le cure e l'assistenza di cui necessitano, evitando o posticipando in tal modo il ricovero della stessa nei servizi socio sanitari."

Sia la ASL che i Comuni, ciascuno per le proprie competenze, potrebbero essere erogatori di *Voucher*.

↳ **Le linee di intervento**

Il *Voucher* può erogarsi attraverso una compensazione e/o un sostegno economico per la famiglia e per l'anziano.

Le possibilità potrebbero essere quelle di sperimentare *Voucher* di tipo sociale e/o *Voucher* di tipo socio-sanitario intesi uno strumento con cui programmare insieme famiglia e servizi socio-sanitari una diversa impostazione degli interventi e dell'assistenza agli anziani. La sperimentazione è necessaria per creare questa nuova modalità di rapporto e per riorganizzare le prestazioni del privato sociale, che potrebbero essere diverse dalla cura della casa.

Il voucher sociale potrebbe essere pensato come uno strumento ossia "contributo economico sotto forma di assegno per comprare prestazioni a carattere sociale (pasti a domicilio, servizi di lavanderia, ecc) erogate a domicilio da operatori sociali intesi come caregivers professionali.

Il voucher socio-sanitario potrebbe essere pensato come strumento ossia "contributo economico sotto forma di assegno per comprare prestazioni a carattere socio-sanitario (igiene e cura della persona, attività di prevenzione, attività riabilitativa di mantenimento, supervisione specialistica fisiatrica, geriatria/internistica, psichiatrica e psicologica) erogate a domicilio da operatori sociali intesi come caregivers professionali.

Gli interventi da attuare a seguito di tale scelta potrebbero essere la pubblicizzazione del Servizio, la mappatura dei bisogni, gli incontri mirati alla presentazione del servizio.

Il *voucher socio-sanitario* potrebbe sostenere e sviluppare nel territorio della A.S.L. n. 7 e dei Comuni del Distretto una nuova rete di erogatori pubblici e privati, profit e no profit, per interventi vari nel caso degli anziani appunto l'assistenza domiciliare socio-sanitaria integrata.

Le risorse necessarie per la realizzazione di questo tipo di servizio sono le risorse finanziarie e le risorse umane (famiglie, volontari, Operatori qualificati degli Enti Istituzionali), ma soprattutto un **cambiamento di prospettiva e di cultura** nella erogazione delle prestazioni e dei servizi.

↳ **Condizioni e tempi**

Al fine di avviare il processo sono necessari la definizione di modalità di creazione dei voucher, la definizione puntuale dei ruoli e competenze soprattutto di ASL e Comuni, le forme di gestione di un servizio di questo tipo (chi eroga i *voucher*, Comuni e/o ASL ?) , la stipula di forme di accordo tra i vari soggetti coinvolti, l'individuazione di criteri e parametri di riferimento attraverso la redazione di un regolamento di concessione dei *voucher*.

È inoltre di fondamentale importanza la necessità di individuare forme di accreditamento dei soggetti pubblici e privati.

Inoltre i fondi per i *voucher* potrebbero essere stornati dall'assistenza domiciliare, andrebbero individuate le famiglie e definita le modalità di progettazione con loro, individuate le integrazioni tra sociale e sanitario e riorganizzate le prestazioni delle cooperative.

I tempi ipotizzabili necessari alla realizzazione di questo tipo di attività non sono inferiori ai tre mesi.

➤ **SECONDA PRIORITÀ: organizzazione di luoghi di socializzazione**

↳ **Senso dell'azione**

L'obiettivo è quello di creare dei contesti di socializzazione e aggregazione della popolazione anziana che permettano un costante confronto tra questa e le realtà istituzionali operanti nel territorio.

Attraverso tali luoghi di incontro, gli anziani possono anche progettare iniziative che valorizzino le loro competenze e che possono essere messe a disposizione di altri (progetti intergenerazionali). In questi luoghi potrebbero essere offerti anche prestazioni sanitarie a bassa soglia (informazioni, visite) che potrebbero costituire anche una forma di monitoraggio.

↳ **L'esistente**

Da quanto emerso nella rilevazione dei dati sull'esistente sono presenti alcuni centri di aggregazione per anziani presenti nei Comuni di Carbonia, Carloforte, Giba, Narcao e Perdaxius,(quest'ultimo finanziato come progetto obiettivo intercomunale dalla Regione autonoma della Sardegna), l'unico centro diurno del Distretto è presente all'interno della RSA di Nuxis.

Gli attori che possono essere coinvolti sono i Comuni, ASL, Terzo settore e Associazioni, Famiglie e Comunità locale. Sia la ASL, i Comuni, insieme alle Associazioni di Volontariato e del Privato Sociale forniscono servizi e prestazioni varie.

La ASL fornisce prestazioni specialistiche (mediche, infermieristiche e riabilitative) attraverso il servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI) agli utenti che ne facciano richiesta nel territorio.

I Comuni si occupano del servizio di socializzazione e dei servizi di assistenza domiciliare.

Il Privato Sociale si occupa del servizio trasporto degli anziani, della gestione dei servizi di assistenza domiciliare.

Le Associazioni di volontariato si occupano del trasporto e dell'accompagnamento degli anziani disabili, in altri nei centri di cura e riabilitazione.

Le famiglie degli anziani, che spesso si trovano a far fronte da soli e spesso interamente al carico assistenziale connesso alla situazione della persona anziana, e gli anziani che hanno il diritto al miglioramento della qualità della vita.

↳ **Le linee di intervento e azioni**

Le linee d'intervento potrebbero essere una progettazione partecipata con gruppi di anziani fin dalla scelta e dall'organizzazione degli spazi, la collaborazione congiunta del sociale e del sanitario in questa progettazione e la qualificazione di personale per la gestione dei centri e di alcune attività all'interno.

Le azioni all'interno dei luoghi di socializzazione potrebbero essere:

- attività di animazione strutturate e libere (derivanti da richieste degli utenti)
- incontri-conferenza rivolti a anziani, famiglie ed operatori con la partecipazione di medici di base e specialisti sulle problematiche dell'anziano
- incontri di sensibilizzazione sulle politiche dell'integrazione (in riferimento al punto successivo)
- attività integrate e specifiche con la partecipazione degli utenti del centro diurno (laddove esiste una contiguità spaziale)
- azioni di "micromobilità" dell'anziano ai fini dello scambio e dell'incontro con altre realtà del Distretto

- azione di promozione, valorizzazione, raccolta della progettualità scaturita all'interno dei luoghi di socializzazione
- programmazione partecipata delle attività future

Le risorse necessarie per la realizzazione dei suddetti luoghi sono rappresentate sia dalle strutture adeguate (nel rispetto dei parametri normativi di riferimento), sia dalle risorse finanziarie ed il personale qualificato che dovrà essere adibito al lavoro nei centri. Potrebbero essere utilizzate le strutture comunali esistenti (appositamente adeguate) i progetti esistenti nel territorio potrebbero essere l'idea base per la predisposizione degli altri progetti predisposti da equipe formate da operatori dei Comuni e operatori della ASL laddove necessari.

↳ **Condizioni e tempi**

Le condizioni per poter avviare il processo sono la riorganizzazione dei centri di aggregazione già esistenti riorganizzandoli con il concorso degli anziani, l'individuazione delle sedi dei luoghi di socializzazione (comunali e/o sub-distrettuali ?), autorizzazione al funzionamento secondo la normativa e le direttive RAS, predisposizione di regolamenti per il funzionamento e le ipotetiche modalità di gestione, stipula di forme di accordo tra i vari soggetti coinvolti relative alle modalità di gestione dei centri di aggregazione,

I tempi ipotizzabili necessari alla realizzazione di questo tipo di attività non sono inferiori ai tre mesi.

➤ **TERZA PRIORITÀ: integrazione socio-sanitaria nell'assistenza domiciliare (passaggio dalla "AD" alla "ADI")**

↳ **Senso dell'azione**

Il servizio ADI sebbene attivo da parecchi anni nella ASL n. 7 risulta carente, secondo quanto emerso dai tavoli e soprattutto con il confronto con gli operatori sociali dei Comuni. Occorrerebbe quindi integrare l'analisi sanitaria e sociale e definire le forme ed i tempi di un'attività integrata, evitare forme di ricovero improprio, qualificare il contributo del privato sociale, presa in carico unitaria della condizione dell'anziano con un intervento socio-sanitario.

↳ **L'esistente**

Sia la ASL, i Comuni, insieme alle Associazioni di Volontariato e del Privato Sociale forniscono servizi e prestazioni varie.

La ASL fornisce prestazioni specialistiche (mediche, infermieristiche e riabilitative) attraverso il servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI) agli utenti che ne facciano richiesta nel territorio.

I Comuni si occupano del servizio di assistenza domiciliare.

Il Privato Sociale si occupa del servizio trasporto degli anziani, della gestione dei servizi di assistenza domiciliare.

Le Associazioni di volontariato si occupano del trasporto e dell'accompagnamento degli anziani disabili, in altri nei centri di cura e riabilitazione.

Le famiglie degli anziani, che spesso si trovano a far fronte da soli e spesso interamente al carico assistenziale connesso alla situazione della persona anziana, e gli anziani che hanno il diritto al miglioramento della qualità della vita.

↳ **Linee di intervento**

La priorità in questi termini è quella di riorganizzare le risorse presenti nel territorio (risorse umane ASL, operatori sociali dei Comuni, soggetti del terzo settore) al fine di creare progetti e interventi congiunti e condivisi per anziani non autosufficienti da parte dell'equipe a ciò preposta.

Inoltre sarebbe auspicabile la costruzione di una scheda di analisi unica, l'analisi e lo scambio di dati e di informazioni fra gli operatori coinvolti, la costruzione dei progetti individualizzati, la qualificazione e la collaborazione con le agenzie del privato sociale, la corresponsabilizzazione delle famiglie.

↳ **Condizioni e tempi**

Le condizioni affinché questa integrazione possa essere più proficua è la condivisione di metodologie di lavoro comuni condivise definite e regolamentate in protocolli d'intesa fra gli enti interessati e protocolli operativi.

❖ **Interventi Area Anziani**

a) CENTRI E ATTIVITÀ DI AGGREGAZIONE PER ANZIANI

↳ **Significatività**

Il Distretto è caratterizzato da una popolazione anziana maggiore rispetto alla media della popolazione sarda: è un' area destinata ad invecchiare rapidamente. Le migliorate condizioni di salute e l'esigenza di nuove forme di relazione richiedono l'organizzazione di spazi in cui l'espressività, la vitalità e i saperi delle persone anziane possano trovare opportunità per essere manifestati ed orientati verso azioni che possono essere significative per tutta la comunità. Questi luoghi costituiscono un elemento essenziale per la qualità della vita delle persone anziane e l'organizzazione e le attività potrebbero essere considerato un indicatore qualitativo della vita sociale delle comunità. In quasi la metà dei Comuni del Distretto sono presenti Centri di Aggregazione che offrono momenti di incontro e di socialità e attraverso l'organizzazione di laboratori la possibilità di utilizzare competenze ed abilità dei partecipanti. Il numero degli anziani che frequentano i Centri è altamente significativo rispetto alla popolazione anziana dei diversi Comuni.

Le strategie d'intervento saranno caratterizzate da:

- una diffusione capillare dei Centri di Aggregazione con forme di gestione associata da parte dei Comuni per l'organizzazione delle attività di laboratorio, con possibilità di scambi tra i centri;
- l'utilizzo dei centri come luoghi dei saperi e delle abilità per riproporre forme di identità comunitaria e per una relazione intergenerazionale;
- la collaborazione tra servizi sociali e sanitari per un uso dei centri per attività di informazione e controllo sanitario;
- la sperimentazione di modalità di autogestione dei centri da parte degli anziani.

↳ **I soggetti interessati**

I Centri possono costituire un punto di riferimento per la popolazione anziana, ma anche per le fasce più giovani della popolazione. Le produzioni dei laboratori e le attività ludico ricreative possono diventare un fattore di coinvolgimento di diversi gruppi d'età, riproponendo una centralità della condizione anziana all'interno della comunità. Le attività possono essere sviluppate con il coinvolgimento delle diverse associazioni presenti nei Comuni.

↳ **Le azioni**

La vita dei Centri è caratterizzata da diversi filoni di attività:

- laboratori a forte manualità con la produzione di manufatti e spesso con iniziative intergenerazionali;
- momenti ludico espressivi e di vita quotidiana
- iniziative di tipo culturale con attività di tipo letterario o musicale
- interventi di tipo informativo e prestazioni socio-sanitarie che possono essere realizzate nei centri.

↳ **Localizzazione e posta finanziaria:** si rimanda alle specifiche riportate al successivo Capitolo 4. "Le Schede / Programma dei Comuni".

↳ **Risultati attesi**

- un miglioramento della qualità della vita delle persone anziane
- una maggiore identità comunitaria attraverso le attività sviluppate nei centri
- una diminuzione delle situazioni di marginalità sociale delle persone anziane
- un maggior coordinamento tra sociale e sanitario negli interventi per gli anziani.

b) INSERIMENTO DI PERSONE IN STRUTTURE RESIDENZIALI

b1) Inserimento anziani in Comunità Residenziali

↳ **Significatività**

Gli inserimenti in comunità residenziali e protette sono finanziati in tutti i Comuni del Distretto, data la rilevanza sociosanitaria dell'intervento.

La programmazione dei servizi rivolti agli anziani deve prevedere la possibilità di inserimenti residenziali. L'obiettivo delle leggi sugli interventi sociali è sempre quello del mantenimento o del reinserimento della persona in condizione di disagio, nel proprio ambiente di vita. Tuttavia quando questa permanenza non è compatibile con le reali esigenze è giusto ipotizzare un inserimento residenziale quale soluzione idonea a determinate problematiche.

↳ **I soggetti interessati**

Il servizio è rivolto ad anziani, uomini e donne, in condizione di parziale o totale autosufficienza, di età superiore ai 65 anni. I cittadini inseriti contribuiscono alla retta a norma di legge.

↳ **Le azioni**

L'inserimento in strutture residenziali avviene a seguito di richiesta scritta dell'interessato al servizio sociale del Comune.

Il servizio sociale valuta insieme al richiedente se tale soluzione risponde al suo reale bisogno o se possano esistere soluzioni diverse e praticabili che garantiscano all'anziano la permanenza nel suo ambiente di vita. L'accoglienza in strutture residenziali aperte non limita i contatti con l'esterno e la vita di relazione, ma garantisce all'anziano contatti umani, attività di animazione ed aggregazione ed altre esperienze socializzanti.

↳ **Posta Finanziaria:** si rimanda alle specifiche riportate al successivo Capitolo 4. "Le Schede / Programma dei Comuni".

b2) Inserimento persone non autosufficienti in Comunità Protetta

↳ **Significatività**

La problematica dei cittadini totalmente non autosufficienti deve essere affrontata dai servizi in modo completo ed articolato. Sono situazioni alle quali è necessario dare una risposta in termini di assistenza, soprattutto quando tali persone sono prive di sostegno familiare o comunque la situazione della famiglia non consente un'assistenza per 24 ore al giorno.

In genere gli interventi posti in essere dai servizi sociali e sanitari in modo integrato hanno la loro ragione d'essere nell'obiettivo del recupero della persona ed un suo inserimento o reinserimento sociale. Purtroppo per alcuni utenti questa strada non è percorribile, data la totale compromissione delle loro capacità fisiche e /o psichiche.

L'obiettivo è garantire condizioni di vita adeguate e l'assistenza continua a soggetti affetti da patologie totalmente invalidanti che per mancanza di risorse personali ed ambientali non possono permanere presso la propria abitazione o presso i familiari.

↳ I soggetti coinvolti

Cittadini totalmente non autosufficienti privi di sostegno familiare

b3) Inserimento non autosufficienti in Residenze Sanitarie Assistite

↳ Significatività

Il numero di persone non autosufficienti, sia in età adulta che giovanile è in costante aumento, pertanto, la domanda di cure e di prestazioni assistenziali di lunga durata cresce proporzionalmente. Nella programmazione dei servizi offerti ai non autosufficienti è opportuno prevedere la possibilità di inserimenti nelle R.S.A. che, essendo strutture extraospedaliere a gestione integrata socio-sanitaria hanno appunto quale finalità istituzionale i trattamenti di lunga assistenza e riabilitazione di mantenimento per anziani e altri soggetti non autosufficienti non curabili a domicilio.

L'obiettivo è offrire a soggetti non autosufficienti, con esiti di patologie fisiche, psichiche e sensoriali o miste, non curabili a domicilio, prestazioni di assistenza sanitaria sotto il versante medico-infermieristico e riabilitativo, contestualmente a prestazioni socio-assistenziali per il recupero psicofisico ed il mantenimento delle capacità residue.

↳ I soggetti interessati

Il servizio è rivolto a soggetti non autosufficienti anziani e non.

↳ Le azioni

L'ammissione in R.S.A. è subordinata al parere positivo espresso dall'Unità di Valutazione Territoriale, che si configura come organismo strumentale di valutazione clinico diagnostica e relazionale del paziente non autosufficiente.

La domanda di intervento assistenziale deve pertanto essere trasmessa all'U.V.T., formalmente costituita presso ogni Azienda U.S.L., alla quale spetta: - valutare la situazione della persona non autosufficiente anche presso il domicilio; - formulare un progetto personalizzato secondo le attese dell'interessato ed in accordo con il medico di base; determinare la durata del ricovero in R.S.A.

3.3. Area Minori, Giovani e Famiglie

Le criticità specifiche emerse nei tavoli relativi ai Minori, Giovani e Famiglie del Distretto di Carbonia si possono riassumere nel modo seguente.

Relativamente al potenziamento e riqualificazione delle strutture di supporto per adolescenti e giovani:

- maggiore valorizzazione del servizio socioeducativo esistente;
- mancanza servizi socializzazione fascia adolescenziale;
- carenza di strutture di supporto;

- mancanza/carenza di interazione con le scuole;
- necessità di un centro provinciale di formazione professionale;
- mancanza di strutture di accoglienza per giovani inseriti in circuiti penali.

Relativamente ai percorsi di affiancamento alle famiglie:

- necessità di azioni a supporto della genitorialità;
- continuità servizi prima infanzia (centri gioco);
- interventi sulle famiglie in difficoltà.

Relativamente alla riqualificazione/riposizionamento dei servizi materno-infantili territoriali (consultori familiari e neuropsichiatria infantile):

- mal funzionamento consultori familiari;
- aumento richieste interruzione gravidanze da parte di minorenni;
- necessità di azioni a supporto della genitorialità.

➤ **PRIMA PRIORITÀ: potenziamento e riqualificazione strutture di supporto per adolescenti e giovani (ridefinizione delle politiche adolescenziali e giovanili del Distretto)**

Il lavoro sulle criticità del tavolo tematico si è orientato prevalentemente su questioni relative alla fascia adolescenziale e post-adolescenziale, tralasciando invece gli aspetti riguardanti le difficoltà di inserimento dei giovani nel mondo del lavoro. Per la fascia adolescenziale viene riscontrata soprattutto una carenza di servizi socializzazione o di strutture di supporto nel territorio, mentre la formazione, l'orientamento e l'inserimento nel mondo del lavoro sono le cocenti problematiche dei giovani adulti.

L'analisi delle problematiche emerse dal tavolo tematico ha evidenziato

- ◆ la scarsa valorizzazione del servizio socioeducativo, che si manifesta nella difficoltà di collaborazione con i servizi consultoriali e di neuropsichiatria infantile dell'ASL, con le istituzioni scolastiche. Questi servizi potrebbero assumere in tal modo una più definita funzione preventiva e sostenere i percorsi di riabilitazione dei minori segnalati dal Tribunale;
- ◆ la mancanza di servizi di socializzazione per la fascia adolescenziali. La questione si pone in relazione all'efficacia dei centri di aggregazione giovanile, quali principali strutture di supporto nel territorio negli ultimi anni che promuovono, spesso, iniziative poco aderenti alla cultura degli adolescenti.
- ◆ Potrebbero essere previsti percorsi di progettazione partecipata degli interventi rivolti agli adolescenti. Si ritiene che solo in questo modo tali servizi possano promuovere il senso di cittadinanza attiva dei giovani.

- ◆ la carenza di strutture di supporto il tavolo tematico ha evidenziato il fatto che la distribuzione territoriale dei Centri di Aggregazione per adolescenti non è omogenea nel territorio e pertanto, è emersa la necessità di programmare un rafforzamento della presenza di tali strutture sul territorio, ovvero una pianificazione di sistema di trasporti che consenta una fruizione a livello sovra-comunale di tali servizi.
- ◆ La mancanza/carenza di interazione con le scuole. Uno strumento efficace per rispondere a questa esigenza potrebbe essere il rafforzamento della presenza di sportelli d'ascolto (psico-pedagogici) all'interno delle scuole. Tali servizi avrebbero il compito svolgere un ruolo di primo contatto ed aggancio con il disagio minorile, nonché svolgere una funzione di raccordo con i servizi sociali comunali, i servizi sanitari consultoriali e di neuropsichiatria infantile.
- ◆ la mancanza di un centro provinciale di formazione professionale. Questo organismo potrebbe consentire una personalizzazione dei percorsi di integrazione "scuola-formazione-apprendistato" per i minori in fase di drop-out scolastico, non reinseribili nel breve termine e con profitto nel circuito scolastico.
- ◆ la mancanza di strutture di accoglienza per giovani inseriti in circuiti penali; tali centri potrebbero svolgere sia un ruolo di "centri diurni" nei quali fornire servizi di accompagnamento e riabilitazione per i minori "in affidamento ai servizi e/o sottoposti a pene alternative alla carcerazione", sia un ruolo di "comunità alloggio" per coloro che sono sottoposti a pene restrittive della libertà.

In relazione a queste criticità il GTP ha focalizzato quelle che possono essere indicate come priorità per la ridefinizione delle politiche per gli adolescenti e i giovani e per le famiglie

↳ **Il senso dell'azione e i risultati attesi**

Attraverso l'individuazione di un percorso chiaro e condiviso tra gli attori sociali che operano nel territorio ed il coinvolgimento dei giovani in un ruolo attivo nella ideazione, progettazione, programmazione e realizzazione delle attività loro rivolte,

- Attivare di interventi efficaci che portino ad un reale confronto con la realtà giovanile e accorcino la distanza tra le due culture sopracitate;
- creare e condividere una cultura trasversale alle due generazioni, che consenta l'apertura di un dialogo efficace;
- prevenire e contenere alcuni comportamenti a rischio e/o devianti, che sia a livello sociale che sanitario possono interferire con l'armonico sviluppo dell'individuo e della società.
- Miglioramento del lavoro di rete Interistituzionale e migliore programmazione delle politiche giovanili a livello distrettuale;
- Diminuzione del tasso di dispersione scolastica e di devianza minorile;

- Emersione del disagio sommerso, in particolare per ciò che riguarda le “nuove forme di Tossicodipendenza”

↳ **L'esistente**

I centri di aggregazione

I centri di aggregazione sono presenti in cinque Comuni del Distretto e costituiscono un servizio che ha una fondamentale funzione preventiva delle situazioni di devianza giovanile.

I laboratori socio educativi

Si tratta di un servizio presente in 4 Comuni del Distretto e rivolto agli adolescenti e i giovani, anche con finalità di aggregazione.

Informagiovani

Il servizio è presente in 10 Comuni del Distretto. Offre servizi informativi legati a lavoro, cultura e tempo libero, nonché opportunità offerte dall'Unione europea.

↳ **Le linee di intervento**

Partendo dai presupposti di un intervento efficace (che prevede ad es.: qualificazione e riqualificazione del personale che per opera in campo adolescenziale; azioni di socializzazione all'interno della Scuola, anche al di fuori dell'orario curriculare; creazione di sportelli di ascolto nelle scuole che rilevino bisogni sommersi; presenza dei servizi e degli operatori nei luoghi di aggregazione informale; valorizzazione e riscoperta dei percorsi formativi e di orientamento), le linee di intervento devono prevedere:

- L' ideazione di percorsi in autonomia da parte dei giovani (ad esempio valorizzazione e ripensamento dei centri di aggregazione esistenti attraverso un coinvolgimento dei giovani nella loro ri-progettazione);
- la costruzione di una modalità di lavoro integrata tra servizi sociali e sanitari, ai fini dell'apertura di un dialogo e di un intervento efficace con tali strutture;
- il coinvolgimento dell'associazionismo nell'organizzazione delle attività.

↳ **Condizioni e tempi**

Per poter rivalutare le politiche giovanili ed approntare interventi mirati è necessario avviare :

- ◆ una fase di analisi dei bisogni e programmazione di rete
 - analisi delle esperienze pregresse dei Servizi per Adolescenti
 - analisi delle eventuali esperienze di collaborazione tra i diversi servizi
 - analisi dei bisogni;
 - individuazione e classificazione di luoghi di aggregazione informale.
- ◆ Una fase di progettazione partecipata

- attivazione dei summenzionati laboratori di progettazione partecipata;
- Integrazione distrettuale dei risultati dei laboratori di progettazione partecipata;
- Attivazione dei servizi

➤ **SECONDA PRIORITÀ: percorsi di affiancamento alle famiglie (centri per la famiglia art.8 bozza regolamento legge 23)**

↳ **Senso dell'azione per il Distretto e per i destinatari**

L'iniziativa trae spunto ed orientamento dall'art.8 della bozza del regolamento di attuazione della legge regionale n. 23 del 23 dicembre 2005, che individua nella costituzione e promozione dei "Centri per la famiglia" (CPF), una possibile soluzione alle problematiche ed alle necessità del complesso e frastagliato universo familiare.

La costituzione e definizione di un servizio così specifico, permetterebbe al territorio di poter disporre di interlocutori preparati ad affrontare l'ampio spettro dei bisogni della famiglia; sia in maniera diretta, attraverso gli operatori del centro stesso, sia indiretta, inviando gli utenti verso altri ed appropriati servizi collegati al CPF.

Il ruolo/senso del CPF consisterebbe nel riuscire a valorizzare le famiglie stesse come risorsa comunitaria, promuovendo forme di volontariato, associazionismo familiare, banche del tempo ed altre iniziative dove *la famiglia sia a supporto della famiglia*, sperimentando moderne forme di sostegno *parentale (comunitario)*, sempre più raramente praticate nelle comunità del Distretto.

Per fare ciò sarà necessario provvedere ad un momento di analisi e maggiore conoscenza delle varie tipologie di famiglia e degli aspetti problematici in seno ad esse. In tale prospettiva i CPF dovrebbero implementare ed integrare funzioni e personale dei consultori, avvalendosi anche dell'apporto del privato sociale. In questa ottica si spera di poter innescare, per gli utenti stessi, processi di conoscenza che li portino ad essere degli interlocutori competenti per i servizi, non solo nella fase di ideazione-progettazione delle attività, ma anche, laddove possibile, nello specifico dell'intervento sia esso di prevenzione, cura o riabilitazione.

Altri interventi che potrebbero soddisfare la priorità emersa nel tavolo tematico, riguardano le azioni di sostegno alla genitorialità. Tali azioni possono essere promosse a scuola, nei consultori, in differenti contesti e possono completare ed integrare gli interventi già presenti nel territorio.

↳ **Risultati attesi**

Strettamente legate al senso dell'azione i risultati significativi ed auspicabili per il Distretto sono:

- raggiungimento e confronto con fasce sempre più ampie di popolazione;
- rendere il CPF uno strumento specifico di ricerca-intervento nell'area familiare;

- Facilitare, attraverso la creazione di luoghi di socializzazione e servizio a livello comunale, la fruizione di interventi di prevenzione e sostegno allo sviluppo ed alla genitorialità;
- integrare il CPF con gli altri servizi territoriali sia sociali che sanitari;
- Responsabilizzare le famiglie nei processi di intervento.

Per i destinatari è rilevante:

- il raggiungimento dell'efficacia degli interventi sia sulla famiglia che sui suoi singoli componenti;
- il reale coinvolgimento nei processi di progettazione-intervento.

↳ **Descrizione dell'esistente:**

Riguardo il ruolo e le finalità del CPF, attualmente pare non esistere niente nel territorio che cerchi di perseguire tali finalità.

Solo indirettamente esistono dei servizi che possono considerarsi *“a sostegno dei compiti familiari ed alla genitorialità”* che possono essere così riassunti: Centro gioco presente in 16 Comuni, il set in 14 comuni, le colonie estive in 11 comuni, le ludoteche e i servizi socio-educativi in 8 Comuni.

Questi servizi possono essere letti in termine di affiancamento alle famiglie a partire dalla prima infanzia sino ad arrivare alla prima adolescenza.

Vi sono anche servizi, come ad esempio l'affido, in cui 32 famiglie sono disponibili per accogliere minori, esprimendo al contempo una forma di sostegno alle famiglie d'origine dei minori stessi. Si tratta di interventi delicati (18 sono gli affidi in corso) ma necessari, nel momento in cui si riscontrano situazioni di particolare gravità.

È probabile che alcuni gruppi formali (del privato sociale ed alcuni gruppi informali) perseguano tali obiettivi e finalità. Tuttavia tali risorse non sono emerse dal lavoro del tavolo tematico e forse, sarà necessario, proprio nell'ottica del lavoro di rete, procedere ad una attenta mappatura di tali risorse

↳ **Linee di intervento**

I sopra menzionati servizi rappresentano un punto di partenza su cui va fatta una riflessione e valutata la possibilità che alcuni confluiscono e si articolino in linee di intervento che a titolo esemplificativo si possono descrivere come:

✓ *rafforzamento del ruolo attivo delle famiglie nei compiti di socializzazione ed educazione attraverso:*

- ◆ Apertura di centri di socializzazione e servizio, denominati CPF a livello comunale, incentrati su una metodologia di lavoro di rete, che accolgano al loro interno anche tutte le risorse del privato sociale ed i gruppi informali fornendo strutture logistiche e risorse materiali e strumentali necessarie alle finalità emergenti da protocolli di progettazione partecipata;

- ◆ Servizi professionali di accompagnamento all'auto aiuto ed all'auto-gestione e condivisione delle risorse interne alla comunità ed alle famiglie;
- ✓ *sostegno delle famiglie*
 - ◆ Servizi di informazione su tutti i servizi, le risorse e le opportunità istituzionali e informali che il territorio cittadino offre a bambini e famiglie (educative, sociali, sanitarie, scolastiche, del tempo libero) con particolare attenzione alle famiglie monoparentali, immigrate e con figli disabili;
 - ◆ Attività di promozione culturale e supporto ai genitori, anche attraverso seminari e corsi con esperti (ad esempio sui problemi dell'adolescenza);
 - ◆ Servizi di mediazione familiare a favore di coppie in fase di separazione o divorzio per superare conflitti e recuperare un rapporto positivo nell'interesse dei figli;
 - ◆ Forme di aiuto economico - i prestiti sull'onore - a genitori soli con figli e in situazione di difficoltà temporanea, come quella in cui si trovano spesso le donne dopo una separazione o un divorzio;
 - ◆ Sostegno nei casi di affido familiare e adozione in collaborazione con le associazioni impegnate nel settore per promuovere una cultura dell'accoglienza;
 - ◆ Partecipazione a progetti che promuovono i rapporti tra le generazioni e le forme di solidarietà, come le banche del tempo;
 - ◆ Realizzazione di attività e interventi:
 - per la salute fisica, psichica e sociale dell'infanzia e dell'adolescenza
 - per l'affidamento familiare e per l'adozione,
 - educativi-terapeutici per i minori e per le famiglie
 - che consentano il passaggio dalle azioni che realizzano interventi sulle singole famiglie, ad individuare gruppi di famiglie omogenee per problematicità interna;
 - per l'individuazione e la gestione di attività e di spazi propri delle famiglie con l'eventuale supporto dei servizi socio sanitari
 - per attività di ricerca

↳ **Condizioni e tempi**

Tra le condizioni per arrivare alla definizione e articolazione del CPF e degli interventi specifici a sostegno della famiglia c'è in primis la costituzione di un tavolo tematico permanente tra gli attori coinvolti quali:

- Servizi sociali comunali
- ASL (Consultori familiari e Ser.T., CSM, medici di famiglia, pediatri);

- Privato Sociale e associazionismo in generale, mediazione familiare, onlus;
- Associazionismo familiare (se presente);
- Ministero di Grazia e Giustizia (da individuare gli uffici specifici);
- Tribunali (civile e per i minori);
- CSA.

Il tavolo tematico permanente così composto, consentirebbe di approfondire la conoscenza e il livello operativo delle realtà esistenti e di definire i tempi del percorso di conoscenza (studio della realtà) nonché di stimare ciò che è valorizzabile e può costituire una risorsa per l'azione.

➤ **TERZA PRIORITÀ: Riqualificazione/riposizionamento dei servizi materno-infantili territoriali - consultori familiari e neuropsichiatria infantile - (azioni rivolte ai minori ed alle famiglie, collaborazione con iniziative e proposte comunitarie)**

↳ **Senso dell'azione per il Distretto e per i destinatari**

Questa priorità è determinata dall'esigenza che i servizi sanitari esistenti per l'infanzia sviluppino una collaborazione continuativa con i servizi sociali comunali e scolastici. Infatti il senso dell'azione nasce dalla difficoltà dei servizi sociali di affrontare da soli situazioni familiari e condizioni dei minori senza il supporto del servizio sanitario.

↳ **Risultati attesi**

I risultati attesi possono essere riassunti, per quanto concerne i servizi, nel seguente modo:

- garantire un elevato livello di integrazione socio-sanitaria per i servizi materno-infantili a livello comunale su tutto il territorio del Distretto;
- migliorare l'efficacia delle iniziative di prevenzione;
- maggiore collaborazione ed integrazione a livello progettuale tra sanitario e sociale, pubblico e privato;
- individuazione di protocolli di intervento condivisi tra servizi sociali comunali e servizi sanitari, che consentano una omogeneità e una coerenza nelle risposte ai problemi emerg

↳ **L'esistente**

Per quanto riguarda i consultori familiari, esistono tre sedi: Carbonia, S.Antioco, Giba a cui sono connessi dei presidi ambulatoriali e precisamente:

- Carloforte e Portoscuso sono legate a Carbonia,
- S.Giovanni Suergiu a S.Antioco,

- Santadi a Giba, (Narcao fa riferimento in parte a S. Antioco ed in parte a Giba).

Ogni sede principale dovrebbe avere in organico: un'assistente sociale, uno psicologo, un ginecologo, un pediatra, un'ostetrica. Attualmente invece per tutte e tre le sedi vi sono: due pediatri, due ginecologi, un'assistente sociale, due psicologi, quattro ostetriche.

Per quanto riguarda la **NPI** sono presenti ambulatori a Carbonia e S. Antioco ed il servizio viene espletato anche a Carloforte (le figure presenti sono: un neuropsichiatria infantile, un fisiatra, lo psicologo, l'assistente sociale, la logopedista, il terapeuta della riabilitazione).

↳ **Linee di intervento**

Sulla base del senso dell'azione, dei risultati attesi e della situazione esistente si sono tracciate delle linee di intervento primarie ed orientative delle forme di collaborazione dei servizi materno infantili con i servizi sociali comunali:

- Implementazione del lavoro di rete integrato (ad esempio definizione in equipe socio sanitaria e scolastica dei Progetti Socio-Educativi Individualizzati per i minori in carico presso i servizi di Educativa territoriale, per i minori con Certificazione di disabilità psico-fisiche che richiedono il sostegno scolastico, ecc);
- Interventi professionali di sostegno all'auto e mutuo aiuto presso i nascenti CPF (centri per la famiglia) e relativa partecipazione alle fasi decisionali ed esecutive dei laboratori di progettazione partecipata;
- Formazione e supervisione delle équipes dei servizi sociali, delle scuole e del privato sociale nell'attuazione degli interventi di prevenzione, educativi, riabilitativi e di sostegno alla genitorialità;
- la presa in carico comune o una collaborazione consulenziale sulle situazioni familiari in difficoltà o su singoli minori;
- Progettazione comune interistituzionale per la deistituzionalizzazione o non istituzionalizzazione di minori;
- Realizzazione di mirate azioni a sostegno della genitorialità e delle famiglie all'interno dei CPF;

↳ **Condizioni e tempi**

Per poter ulteriormente definire e articolare le linee di intervento in interventi integrati veri e propri è sorta la necessità di individuare delle pre-condizioni e possibilmente i relativi tempi.

Una prima condizione è certamente il proseguimento/allargamento del confronto con gli organismi che hanno partecipato ai tavoli tematici e la costituzione di gruppi di lavoro per definire le forme di interazione e i protocolli d'intervento.

Trasversalmente sarebbero, inoltre, necessari percorsi di formazione congiunta, tra servizi territoriali (socio-assistenziali e scolastici) e servizi materno infantili, con

momenti di partecipazione del terzo settore. Questi momenti potrebbero rappresentare situazioni ideali dove sperimentare una programmazione di azioni integrate da realizzare sul territorio.

Infine è necessario individuare degli strumenti che regolamentino e qualifichino i rapporti tra i servizi e le funzioni degli operatori (protocolli di lavoro ed altro).

❖ **Interventi Area Minori e Giovani**

La programmazione della rete dei servizi relativi all'area Minori, Giovani e Famiglia si propone di attivare percorsi d'intervento in chiave preventiva ed educativa attraverso il potenziamento e/o la riqualificazione di quei servizi che già operano sul territorio:

- ◆ offrendo opportunità di aggregazione finalizzate a sviluppare il senso della relazionalità e della socializzazione fra i minori
- ◆ supportando ed affiancando le famiglie nell'esercizio delle loro funzioni genitoriali
- ◆ promuovendo la responsabilizzazione e la partecipazione dei giovani alla vita della comunità.

Si tratta delle ludoteche e dei Centri di aggregazione, del SET o Servizio Socio-educativo e del Servizio di Affidamento Familiare; del Servizio Informagiovani

I dati sull'utenza seguita, la necessità di assicurare continuità ai percorsi socio-educativi attivati e di valorizzare gli apprendimenti e gli effetti positivi da essi derivati, e per i destinatari e per i diversi attori coinvolti nella loro implementazione (associazionismo, istituti scolastici), nonché le reti di relazioni/collaborazioni e le sinergie che si sono sviluppate fra di essi fa propendere per la riproposizione di tali servizi. L'obiettivo che ci si propone è di migliorare l'efficacia e la qualità delle prestazioni offerte rafforzando le collaborazioni esistenti in alcuni casi formalizzate dalla sottoscrizione di documenti di intesa o attivandone delle nuove prevedendo ad esempio, nell'ottica di una sempre maggiore integrazione socio-sanitaria, protocolli di lavoro condivisi e azioni congiunte con i servizi territoriali della ASL (in particolare il Consultorio e il Materno Infantile).

a) INTERVENTI AREA MINORI – Affiancamento alle famiglie e Integrazione materno infantile

a1) Servizio Educativo Territoriale (SET)

↳ Significatività

Il servizio opera in chiave preventiva promuovendo interventi di sostegno socio-educativo rivolto ai minori a rischio di problematiche relazionali, di emarginazione e devianza, ai genitori e famiglie con difficoltà nell'esercizio del ruolo genitoriale, e a giovani/adulti (ex minori) in fase di dimissioni dalla presa in carico.

↳ Soggetti

Il servizio viene erogato generalmente da operatori in rapporto di collaborazione con i Comuni, ma presuppone un lavoro di rete che implica in fase di progettazione, realizzazione e verifica degli interventi il raccordo e la collaborazione dei Servizi Sociali comunali con altri attori territoriali ed altre agenzie educative quali il Servizio Materno Infantile della ASL, gli istituti scolastici, il Tribunale per i minorenni.

↳ **Azioni**

- Predisposizione di piani di intervento personalizzati individuali e sul nucleo familiare
- Attivazione di percorsi di formazione e consulenza sulla genitorialità

↳ **Localizzazione e posta finanziaria:** si rimanda alle specifiche riportate al successivo Capitolo 4. "Le Schede / Programma dei Comuni".

↳ **Risultati attesi:**

- Prevenzione delle situazioni a rischio di devianza e/o di disagio
- Responsabilizzazione delle famiglie e valorizzazione del loro ruolo educativo
- Rafforzamento delle collaborazioni e dei raccordi operativi con i diversi attori che operano nel territorio in supporto e affiancamento alle famiglie (Servizi territoriali della ASL - Consultorio e Materno Infantile; volontariato)

a2) Affido familiare

↳ **Significatività**

Il servizio si pone come intervento di carattere temporaneo a favore di minori che vivono in un ambiente familiare non in grado di fornire l'assistenza morale e materiale necessarie. Si offre al minore la possibilità di essere inserito in contesti familiari positivi che offrano il necessario supporto affettivo ed educativo mancante nella famiglia di origine evitando il ricorso a forme di istituzionalizzazione.

↳ **Soggetti**

Per l'istituzione e l'erogazione del servizio è stato sottoscritto un Protocollo d'intesa interdistrettuale con Carbonia come Comune capofila. Il servizio è coordinato dal Centro Affidi presso il quale opera un'equipe multiprofessionale costituita da un Pedagogista, un Assistente Sociale e uno Psicologo nonché dagli operatori dei Comuni e della Azienda USL n.7.

↳ **Azioni**

- predisposizione di progetti di affido individualizzati;
- percorsi formativi per le famiglie affidatarie;
- potenziamento delle attività di sensibilizzazione e di diffusione della cultura dell'Affido

- trasformazione del protOcollo d'intesa in accordo di programma ed estensione ad altri Comuni del Distretto

↳ **Localizzazione e posta finanziaria:** si rimanda alle specifiche riportate al successivo Capitolo 4. "Le Schede / Programma dei Comuni".

↳ **Risultati attesi**

- attenuazione delle forme di disagio per i minori che non possono contare sul supporto socio-educativo delle reti parentali primarie;
- maggiore responsabilizzazione delle famiglie affidatarie
- costante monitoraggio dei progetti di affido attivati
- rafforzamento del raccordo e della collaborazione fra i diversi organismi coinvolti nell'erogazione del servizio.

a3) Inserimenti in Struttura

↳ **Significatività**

Il servizio è rivolto ai minori che si trovano in situazioni di disagio tali da dover determinare l'allontanamento dal nucleo familiare. In particolare l'inserimento in struttura è previsto in caso di provvedimento del Tribunale ma anche per minori con gravi disabilità.

L'inserimento in struttura è considerato come soluzione di ultima istanza e a carattere temporaneo, a cui ricorrere qualora non sia possibile offrire servizi alternativi quali: il supporto educativo, l'affido familiare o l'adozione.

↳ **Soggetti**

L'inserimento in struttura è valutato dal Servizio Sociale Professionale dei Comuni. Spesso, oltre gli operatori che prestano la propria attività nelle Comunità e strutture di accoglienza sono coinvolti Servizi Socio-Sanitari territoriali.

↳ **Azioni**

- valutazione professionale del bisogno da parte del Servizio Sociale Professionale dei Comuni ed eventuale inserimento in struttura sulla base di adeguato progetto di intervento (nuove situazioni);
- monitoraggio e verifica dei progetti in atto per favorire eventuali dimissioni dalle strutture (utenti già inseriti)
- sperimentazione di forme associate tra i Comuni per la gestione degli inserimenti.

↳ **Localizzazione e posta finanziaria:** si rimanda alle specifiche riportate al successivo Capitolo 4. "Le Schede / Programma dei Comuni".

↳ **Risultati attesi**

- attenuazione della gravità del disagio per minori in situazione di disagio che non possono contare su un valido apporto socio-educativo da parte delle reti parentali primarie.;
- maggiore progettualità degli inserimenti in struttura;
- dimissione di utenti inseriti da lungo periodo.

a4) Centro Gioco

↳ Significatività

Il servizio è stato attivato secondo gli orientamenti della legge 285/97 e si propone di offrire spazi di aggregazione e socializzazione per i minori, supporto e accompagnamento alle famiglie che si mira a coinvolgere in maniera attiva e responsabile nella gestione stessa del servizio.

↳ Soggetti

Nel servizio, che si rivolge alla fascia di età 2-5 anni, operano operatori qualificati direttamente convenzionati con il Comune nel caso di gestione diretta del Servizio o per conto di cooperative sociali nel caso di esternalizzazione dello stesso. Nell'organizzazione delle attività sono stati coinvolti i servizi della ASL, dell'UNICEF, del Centro per la giustizia minorile e del CSA.

↳ Azioni

- Organizzazione di attività ludico-ricreative
- Organizzazione di incontri formativi e consulenziali per i genitori
- Organizzazione di incontri formativi per gli operatori

↳ **Localizzazione e posta finanziaria:** si rimanda alle specifiche riportate al successivo Capitolo 4. "Le Schede / Programma dei Comuni".

↳ Risultati attesi

- rafforzamento del coinvolgimento nell'erogazione del servizio di altre agenzie educative del territorio (scuole, associazioni sportive e di volontariato)
- sviluppo di azioni congiunte con gli altri servizi rivolti alle famiglie

b) INTERVENTI AREA MINORI: strutture di socializzazione

b1) Ludoteca

↳ Significatività

Il servizio di ludoteca si propone di offrire uno spazio strutturato per usufruire di giochi e di positivi momenti di aggregazione che favoriscano la socializzazione, l'integrazione e il processo di crescita dei minori contribuendo a prevenire fenomeni di devianza giovanile.

↳ **Soggetti**

Nel servizio, che si rivolge alla fascia di età 6-15 anni, operano operatori qualificati direttamente convenzionati con il Comune nel caso di gestione diretta del Servizio o per conto di cooperative sociali nel caso di esternalizzazione dello stesso.

↳ **Azioni**

Organizzazione di attività ludiche, ricreative e di animazione

↳ **Localizzazione e posta finanziaria:** si rimanda alle specifiche riportate al successivo Capitolo 4. “Le Schede / Programma dei Comuni”.

↳ **Risultati attesi**

- rafforzamento del coinvolgimento nell'erogazione del servizio di altre agenzie educative del territorio (scuole, associazioni sportive e di volontariato)
- sviluppo di azioni congiunte con gli altri servizi rivolti alle famiglie

b2) Centri di aggregazione sociale

↳ **I Significatività**

Il Servizio si propone di offrire momenti di aggregazione e socializzazione ai minori in età scolare oltre che sostegno educativo e scolastico.

↳ **Soggetti**

Il servizio viene erogato tramite operatori qualificati (educatori, animatori, pedagogisti) convenzionati direttamente con il Comune in caso di gestione diretta del servizio o per conto di cooperative sociali nel caso di esternalizzazione. Il Servizio mira a coinvolgere attivamente nella realizzazione delle proprie attività le famiglie, il volontariato e le associazioni sportive che operano nel territorio.

↳ **Azioni**

- realizzazione di attività ludiche e ricreative; laboratori socio-educativi per i minori e le loro famiglie.

↳ **Localizzazione e posta finanziaria:** si rimanda alle specifiche riportate al successivo Capitolo 4. “Le Schede / Programma dei Comuni”.

↳ **Risultati attesi**

- maggiore coinvolgimento e responsabilizzazione delle famiglie nella erogazione del servizio
- realizzazione di forme di collaborazione tra i servizi localizzati nei diversi Comuni del Distretto
- rafforzamento della collaborazione con le scuole e l'associazionismo

b3) Informagiovani

↳ **Significatività**

Il servizio di Informagiovani è un servizio informativo rivolto ai giovani del territorio con l'obiettivo di favorirne la partecipazione alla vita sociale e la responsabilizzazione.

↳ **Soggetti**

L'inserimento in struttura è valutato dal **Servizio Sociale Professionale dei Comuni** in accordo e con il consenso del **soggetto interessato**. Spesso, oltre gli **operatori** che prestano la propria attività nelle Comunità e strutture di accoglienza sono coinvolti **Servizi Socio-Sanitari territoriali** per la gestione delle problematiche degli utenti inseriti.

↳ **Azioni**

- sviluppare un'azione informativa ed orientativa a tutto campo, capace quindi di erogare servizi sulle differenti aree di interesse giovanile e dell'intera popolazione cittadina: dalla formazione ed orientamento scolastico e professionale ai diritti del cittadino e vita sociale; dal lavoro all'orientamento e consulenza sull'imprenditoria giovanile ed alla cooperazione; dalle pari opportunità ai problemi dell'immigrazione; dal tempo libero allo sport, alle attività culturali, alla mobilità giovanile, ai viaggi e vacanze, etc.;
- messa in rete dei servizi informagiovani presenti sul territorio messa in rete in modo da favorire il massimo della funzionalità ai fini di una diffusione omogenea e completa delle informazioni sul territorio e facilitare l'accesso e la fruibilità dei servizi.

↳ **Localizzazione e posta finanziaria:** si rimanda alle specifiche riportate al successivo Capitolo 4. "Le Schede / Programma dei Comuni".

↳ **Risultati attesi**

- allargamento del target di utenza seguito e raggiungimento delle fasce giovanili più deboli;
- rafforzamento del raccordo con le agenzie educative e le realtà produttive del territorio

3.4. Area Disabilità e Sofferenti psichici

Le criticità specifiche emerse nei tavoli relativi alle Disabilità ed ai Sofferenti psichici del Distretto di Carbonia si possono riassumere nel modo seguente.

- **La difficoltà di accesso ai servizi:** i servizi esistenti e, soprattutto, l'accesso ad essi, non sono immediatamente disponibili all'utenza. Nel corso del tavolo è emersa la difficoltà delle persone disabili ad orientarsi nel sistema dei servizi, l'esistenza di iter troppo lunghi e la conseguente non tempestività delle risposte che rendono eccessivamente complesso il ricorso alle prestazioni richieste. Si

evidenza, inoltre la necessità di proseguire i lavori di eliminazione delle barriere architettoniche, in quanto rappresentano un ostacolo all'accesso ai servizi pubblici e privati, limitano l'autonomia personale del disabile che deve costantemente ricorrere al supporto dei familiari o di chi se ne prende cura.

- **La difficoltà di integrazione scolastica:** nonostante la normativa italiana si soffermi sul problema della scolarità dei minori disabili in maniera apprezzabile, ancora allo stato attuale non si può parlare di integrazione scolastica del disabile, specialmente se grave, ma solo, nel migliore dei casi, del suo *inserimento* in classe. La figura dell'insegnante di sostegno, comunque mai concessa per l'intero orario scolastico - in troppi casi accordata con spezzoni orari ristretti - e i Gruppi di lavoro per l'handicap (GLH), si sono rivelati insufficienti per garantire il pieno rispetto del diritto formativo del minore. Appare discutibile, in particolare, l'assenza di figure in grado di affrontare con competenza quei bisogni del bambino diversamente abile che spesso non trovano a scuola un interlocutore adeguato, ovvero di quelle figure assistenziali – ed anche sanitarie – necessarie per la concertazione di un'azione che tenga conto della persona nella sua globalità.
- **La carenza di centri diurni territoriali per i disabili e sofferenti psichici:** il numero dei sofferenti psichici negli ultimi anni è significativamente aumentato, ma altrettanto non è stato per quel che riguarda le strutture territoriali per la terapia – nel senso più ampio del termine – degli stessi. In particolare, se si esclude il Centro Diurno di Carbonia, nel Distretto di Carbonia è limitata la possibilità di impegnare le persone affette da disagio psichico in quelle attività a carattere ludico e/o socio-educativo che rappresentano modalità complementari efficaci nel trattamento terapeutico di tali persone. Così come spesso non è possibile la diagnosi precoce del tipo di disabilità che può poi sfociare in disabilità psichica.
- **La carenza di prestazioni riabilitative:** a fronte dell'esistenza sul territorio di diverse strutture in grado di promuovere nel disabile l'avvio di un percorso riabilitativo, tale percorso spesso si ferma alle fasi iniziali o si fossilizza nell'esclusivo tentativo di recuperare le potenzialità fisiche del soggetto, terminando, nei casi peggiori, nell'inserimento in strutture residenziali anche laddove non sarebbe strettamente necessario. La riabilitazione efficace è quella che va oltre il recupero fisico e tiene conto di tutte le dimensioni della vita personale, da quella familiare a quella sociale, da quella dell'autonomia a quella lavorativa e coinvolge dunque una molteplicità di figure per la sua attuazione. Per realizzare questo tipo di riabilitazione è necessario dunque un lavoro multidisciplinare e integrato tra tutti coloro che possono intervenire in concreto nella sua attuazione, famiglia compresa, nonché di continuità nell'intervento e nell'utilizzo di risorse professionali adeguate.
- **La scarsa conoscenza degli handicap più diffusi nel Distretto:** l'intervento volto ad affrontare i problemi legati alla disabilità non può basarsi su stime ipotetiche del fenomeno o sulla distribuzione presunta delle varie classi di handicap nel territorio.

Conoscere le tipologie di handicap presenti realmente e la loro distribuzione nel territorio fornirebbe un dato opportuno per la programmazione di qualsiasi intervento nell'area della disabilità, soprattutto per quelli a carattere integrato. A tal fine sarebbe auspicabile: la mappatura degli handicap più diffusi, al fine di attuare interventi mirati e coerenti al tipo di disabilità specifica.

- **Carenza nell'integrazione tra servizio sociale comunale e servizio sanitario:** spesso, come evidenziato sia da alcuni operatori dei Comuni, sia della A.S.L., manca la reale possibilità di comunicare in modo efficace e stabilire forme di comunicazione adeguate tra operatori al fine di rispondere in modo appropriato alle esigenze degli utenti.

L'individuazione delle priorità, in questo "Tavolo tematico", ha tenuto conto:

- delle criticità emerse;
- delle conoscenze e dell'esperienze professionali del GtP;
- delle modalità di garanzia dei livelli essenziali di assistenza di cui all'art. 30 della L.R. 23/05;
- dei servizi e degli interventi già in essere;
- delle risorse disponibili e di quanto sia realisticamente fattibile e realizzabile nei tempi e con le risorse utilizzabili.

Sono state quindi individuate ed elaborate due priorità:

- ✓ Integrazione istituzionale per l'inserimento scolastico dei disabili
- ✓ Creazione centri diurni territoriali per disabili

➤ **PRIMA PRIORITÀ: integrazione istituzionale per l'inserimento scolastico dei disabili**

↳ **Senso dell'azione** per il Distretto e per i destinatari:

Attraverso tale priorità, si potrebbe dare maggior enfasi all'accezione di disabilità: stabilire tra le istituzioni coinvolte (Comune, scuola, ASL) una concreta definizione dei compiti di ciascuno per permettere agli operatori di ciascun organismo di costruire percorsi di inserimento scolastico con i singoli portatori di handicap progettato e gestito in maniera integrata; organizzare il progetto in modo da tener conto dei "tempi" delle famiglie e di altre forme di sostegno presenti nella comunità, attraverso contributi mirati e qualificati del privato sociale.

Per i portatori di handicap e per le famiglie una maggiore chiarezza nelle responsabilità e nelle attività delle singole istituzioni, l'esistenza di un progetto di inserimento, di modalità definite di gestione e di continuità e qualità dell'intervento.

Obiettivi importanti da raggiungere sarebbero il raggiungimento di buoni livelli di integrazione scolastica del disabile e la riduzione degli interventi sanitari impropri.

Ciò implica la formazione adeguata degli operatori di sostegno scolastico, attraverso una definizione e rivalutazione dei ruoli della ASL, dei Comuni e della Scuola, istituzioni chiamate ad interagire in questo difficile compito di integrazione.

↳ **I destinatari** potrebbero trovare una maggiore attenzione ai bisogni soggettivi, e acquisire un ruolo più attivo in questo processo di integrazione.

↳ **Risultati attesi per il Distretto**

Attraverso questa azione il Distretto promuove l'inserimento scolastico del disabile, la sua accoglienza in modo più qualificato, Modalità e tempi definiti di progettazione, gestione e verifica degli inserimenti, minori sovrapposizioni e azioni di supplenza tra gli operatori dei diversi enti e con quelli del privato sociale, una maggiore collaborazione delle famiglie nell'organizzazione e gestione degli inserimenti, contributi più qualificati del privato sociale nella realizzazione dei progetti di inserimento.

↳ **Risultati attesi per i destinatari:**

- aumento dell'autonomia personale del disabile e un ruolo più attivo anche da parte della sua famiglia;
- l'inserimento del portatore di handicap nei diversi ordini di scuola in base alle sue abilità e alle sue esigenze;
- continuità e qualità nelle prestazioni che sono rivolte al portatore di handicap;
- una maggiore attenzione alle richieste delle famiglie;
- l'attivazione di altre opportunità per i portatori di handicap, raccordate con l'inserimento scolastico.

↳ **Descrizione dell'esistente**

Sia la ASL, i Comuni, la Scuola, insieme alle Associazioni di Volontariato e del Privato Sociale operano spesso, ciascuno per le proprie competenze, senza un coordinamento delle attività.

La ASL fornisce attraverso il Servizio Materno-Infantile, consulenza specialistica in base al tipo di disabilità da un punto di vista neuropsichiatrico e riabilitativo, attraverso centri convenzionati presenti nel territorio (CTR Primavera).

I Comuni si occupano del servizio trasporto dei disabili, del servizio di assistenza educativa domiciliare e scolastica, dei piani personalizzati a favore di soggetti con handicap grave ai sensi della L. 162/98, nonché di altri progetti di promozione dell'attività sportiva.

La Scuola attua progetti educativi individualizzati, i profili dinamici funzionali e tutti gli interventi previsti dal Gruppo di lavoro Handicap, ed altri progetti POR e PON.

Le Associazioni di volontariato si occupano del trasporto e dell'accompagnamento dei disabili, in alcuni casi a scuola, in altri nei centri di cura e riabilitazione.

Le Cooperative Sociali, gestiscono gli appalti dei servizi di assistenza domiciliare ed educativa, fornendo un grande supporto ai disabili e alle famiglie.

Le famiglie e i disabili, che spesso si trovano a far fronte alle difficoltà connesse con la situazione di handicap, non sempre trovando risposte chiare e univoche.

La Provincia, attualmente è in fase di pianificazione degli interventi di sua competenza, rivolti ai minorati sensoriali: ciechi e sordomuti.

↳ **Linee di intervento:**

- la riorganizzazione dei gruppi H per ridefinire gli impegni e le forme dell'integrazione;
- la qualificazione delle attività svolte all'interno delle scuole;
- la continuità di intervento tra i diversi ordini di scuole;
- i collegamenti tra gli interventi nelle scuole e quelli in altri ambienti per i portatori di handicap.

↳ **Azioni concrete:**

- un Protocollo d'intesa tra ASL Comuni e Scuola;
- scambio di informazioni, condivisione e analisi dei dati sulla disabilità tra Scuola ASL ed Enti locali;
- progetti personalizzati ed integrati sempre in collaborazione con tutti gli attori;
- formazione specifica per tipo di disabilità;
- formazione congiunta tra famiglie, disabili ed istituzioni coinvolte nel processo di integrazione.

↳ **Condizioni e tempi**

Al fine di poter agire in un'ottica di integrazione, preliminarmente sarebbe necessario effettuare incontri mirati tra Medici di Base, operatori sanitari, scolastici e degli Enti locali; nonché pianificare gli interventi con notevole anticipo rispetto al loro avvio.

➤ **SECONDA PRIORITÀ: Creazione centri diurni territoriali per disabili**

↳ **Senso dell'azione per il Distretto**

La predisposizione di interventi coordinati tra l'area sociale e quella sanitaria (Es. Protocolli di intesa), la limitazione dell'utilizzo improprio di richieste sanitarie e sociali che ne comporta il ricorso solo nei casi necessari, una maggiore qualificazione delle attività di socializzazione con il contributo del Privato Sociale, garantirebbero la continuità degli interventi sanitari e sociali, attraverso le attività offerte da strutture qualificate come i Centri Diurni.

↳ **Senso dell'azione per i destinatari**

Attraverso prestazioni sociosanitarie adeguate i destinatari potrebbero migliorare il livello di benessere psicofisico e sociale

↳ **Risultati attesi per il Distretto**

Attraverso la creazione di tali strutture, si agirebbe verso una maggiore integrazione sociale dei disabili e delle loro famiglie.

Gli interventi mirati in esse realizzati, porterebbero alla diminuzione di prestazioni dei servizi sociali (assistenza domiciliare) e sanitari.

↳ **Per i disabili**

Usufruirebbero di controlli sanitari mirati e continuativi e di attività socializzanti qualificate, alla base di un miglioramento della qualità della vita.

↳ **Descrizione dell'esistente**

Sia la ASL, i Comuni, insieme alle Associazioni di Volontariato e del Privato Sociale forniscono servizi e prestazioni varie.

La ASL fornisce prestazioni specialistiche (mediche, infermieristiche e riabilitative) attraverso il servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI) agli utenti che ne facciano richiesta nel territorio.

I Comuni si occupano del servizio di assistenza educativa domiciliare e scolastica, dei piani personalizzati a favore di soggetti con handicap grave ai sensi della L. 162/98; di erogare sussidi economici ai sofferenti psichici gravi, ai sensi della L. R. 20/97, nonché di altri progetti di inserimento socio-lavorativo e attività laboratoriali, sempre ai sensi della L. R. 20/97 e di promozione dell'attività sportiva.

Il Privato Sociale si occupa del servizio trasporto dei disabili, dei progetti di assistenza educativa domiciliare informatica e dei servizi di assistenza domiciliare, fornendo un grande supporto ai disabili e alle famiglie.

Le Associazioni di volontariato si occupano del trasporto e dell'accompagnamento dei disabili, in alcuni casi a scuola, in altri nei centri di cura e riabilitazione.

Le famiglie dei disabili, che spesso si trovano a far fronte da soli e spesso interamente al carico connesso alla situazione di handicap, e i disabili che hanno il diritto al miglioramento della qualità della vita.

↳ **Linee di intervento**

Il primo passo è quello di codificare in un Protocollo d'intesa tra personale ASL e dei Comuni, le azioni comuni da portare avanti, al fine di rendere possibile lo scambio di informazioni, la condivisione e l'analisi dei dati sulla disabilità e l'organizzazione delle prestazioni che ciascuno dei due organismi potrebbe mettere a disposizione all'interno dei centri. Inoltre: la ricerca di strutture comunali disponibili ad essere utilizzate come (divenire) centri diurni; il progressivo coinvolgimento delle famiglie nella progettazione delle prestazioni e dei tempi di utilizzo dei centri; la qualificazione delle prestazioni del privato sociale per la collaborazione nella gestione dei centri.

↳ Azioni concrete

Progetti personalizzati ed integrati in collaborazione con tutti gli attori, quali l'inserimento lavorativo o in altre attività dei disabili.

Qualificazione e formazione del privato sociale (Es. progetto “ Volenterosi si nasce volontari si diventa”) e nuove forme di sostegno alle famiglie, che avrebbero più tempo da dedicare ad altre attività e ad una migliore gestione del tempo.

↳ Condizioni e tempi

Proseguire il dialogo avviato nei tavoli tematici con le organizzazioni che si occupano di handicap per approfondire con loro le modalità di coinvolgimento delle famiglie e la possibilità di creare dei centri intercomunali. Analizzare la possibilità di avviare sperimentalmente la riorganizzazione di qualche luogo di aggregazione esistente.

❖ Interventi Area Disabili e Sofferenti psichici

↳ Significatività

Gli interventi attività all'interno di questa area assumono un particolare significato non solo per i diretti interessati, ma per la comunità nel suo insieme. Se da un lato costituiscono uno strumento determinante per il mantenimento o lo sviluppo di una qualità di vita relazionata alle particolari condizioni, dall'altro offrono la possibilità di individuare iniziative e percorsi di attività che costituiscono un punto di riferimento per tutti i membri delle comunità locali. Attraverso le azioni rivolte ai disabili una comunità sperimenta forme concrete di inclusione sociale, di individuazione della collocazione che i portatori di “interessi particolari” possono avere, tenendo conto delle opportunità che vengono loro offerte. L'inclusione sociale dei disabili misura il grado di coesione sociale di un'area in quanto esprime la disponibilità ad utilizzare risorse, talvolta rimarchevoli, per gruppi minoritari e indica una prospettiva di qualità nell'organizzazione della vita sociale. La costruzione di percorsi sociali, ambientali per i disabili, l'utilizzo dei servizi evidenzia come sia possibile ripensare l'esistente e proporre delle prestazioni da un altro punto di vista.

Le strategie d'intervento possono essere individuate:

- nella costruzione di interazioni significative tra i soggetti istituzionali, Comuni, scuole, ASL che si occupano dei disabili in età scolare;
- nel coinvolgimento dell'associazionismo e di altri soggetti locali nell'organizzazione e nella gestione delle iniziative per i disabili;
- nell'organizzazione di interventi e strutture consortili per la socialità dei disabili adulti;
- nella definizione di percorsi per “ il dopo di noi” con le famiglie dei disabili adulti.

a) Servizio di assistenza educativa specialistica nelle Scuole

↳ **I soggetti interessati**

I destinatari sono i disabili che frequentano la scuola dell'obbligo e coloro che proseguono il corso di studi superiori. E' un intervento che coinvolge particolarmente le famiglie e che ha nella scuola il soggetto organizzatore di una pluralità di prestazioni sociali e sanitarie.

↳ **Le azioni**

Per i minori ed i nuclei segnalati dal Servizio Sociale di base si erogano le seguenti prestazioni:

- Servizio Tutelare Scolastico: affiancamento, all'interno della scuola, del minore disabile carente delle autonomie personali;
- Sostegno Educativo Domiciliare e Territoriale: rivolto a minori con difficoltà legate alle autonomie sociali, agli apprendimenti scolastici e/o alle problematiche familiari;
- percorsi psico motori nelle scuole materne ed elementari;
- consulenza e sostegno ai nuclei familiari multiproblematici, attraverso colloqui periodici, con la psicologa e la pedagoga;
- consulenza psicopedagogiche rivolte ai docenti delle scuole dell'obbligo e non relativamente ai minori seguiti dal servizio;
- verifica in itinere dell'intervento, attraverso riunioni settimanali d'équipe multi professionale.

Le modalità di intervento sono:

- Affiancamento diretto al minore disabile e ai genitori nel percorso di recupero sociale;
- Percorsi di gioco strutturato in piccolo e grande gruppo;
- Consulenze e colloqui rivolti al minore disabile e alle famiglie;
- Osservazioni sistematiche nei contesti in cui il minore vive (famiglia, scuola, centri ricreativi);
- Interventi di rete territoriale per la realizzazione di progetti individualizzati;
- Progetti di recupero specifici in relazione alle difficoltà incontrate;
- Percorsi di riabilitazione sociale integrati al sanitario in caso di presenza di handicap.

↳ **Localizzazione e posta finanziaria:** si rimanda alle specifiche riportate al successivo Capitolo 4. "Le Schede / Programma dei Comuni".

↳ **Risultati attesi**

- una presenza visibile e il coinvolgimento dei disabili nella vita delle comunità;

- una collaborazione articolata tra soggetti istituzionali che si occupano dei disabili;
- la progettazione di iniziative culturali e sociali dal punto di vista dei giovani disabili.

b) Centro di aggregazione per giovani disabili e Sportello Informahandicap

↳ **I soggetti interessati**

Giovani disabili, in particolare di coloro che sono al di fuori del percorso scolastico e delle famiglie che hanno esigenze di orientamento nell'utilizzo dei servizi.

↳ **Le azioni**

Il centro si pone come un luogo dove i giovani inseriti possano incontrare coetanei disabili e altre persone giovani ed adulte per coltivare insieme interessi che possano favorire la crescita di una rete di rapporti con il territorio e la sperimentazione delle proprie capacità al di fuori del contesto familiare.

Lo sportello informa handicap si occupa di fornire informazioni, orientamento e consulenza per un miglior utilizzo dei servizi pubblici e del privato sociale presenti nel territorio, per una maggiore consapevolezza dei diritti dei soggetti disabili al fine di realizzare occasioni di inclusione.

↳ **Localizzazione:** si rimanda alle specifiche riportate al successivo Capitolo 4. "Le Schede / Programma dei Comuni".

Il centro è presente solo nel Comune di Carbonia, ma è rivolto agli utenti residenti in tutti i Comuni del Distretto.

↳ **Risultati attesi**

- una maggiore consapevolezza delle proprie potenzialità da parte dei disabili e una maggiore informazione sui servizi offerti
- uno scambio di esperienze tra le famiglie e l'organizzazione di iniziative comuni

c) Servizi polivalenti per disabili

↳ **I soggetti interessati**

Persone disabili di qualsiasi età che possono usufruire di attività mirate ed essere seguiti in modo continuo e costante. Viene dedicata una particolare attenzione alle donne.

↳ **Le azioni**

Le attività sono svolte con la collaborazione di un numeroso gruppo di volontari che si alternano nella realizzazione delle stesse e comprendono:

- attività ricreative e culturali (laboratorio di disegno e pittura; laboratorio di ceramica, laboratorio di teatro) per bambini e adulti, disabili e non
 - programma di inserimento e di integrazione di soggetti a rischio
 - attività ludico ricreative per minori
 - sportello informa handicap
 - servizio di centralino per richieste di intervento
 - contatti via Internet e a mezzo stampa
 - accompagnamento, per le persone con difficoltà nella deambulazione, per esigenze di vario genere.
 - servizio trasporto disabili
 - servizio di assistenza domiciliare e servizio di assistenza ospedaliera
- ↳ **Localizzazione e posta finanziaria:** si rimanda alle specifiche riportate al successivo Capitolo 4. “Le Schede / Programma dei Comuni”.
- ↳ **Risultati attesi**
- un punto di riferimento distrettuale gestito, in parte, autonomamente dai disabili;
 - sviluppo di iniziative rivolte a tutta la popolazione.

d) Interventi e iniziative per i sofferenti psichici

In molti Comuni del Distretto sono attivi diversi progetti finanziati con la legge regionale n. 20/97. Il proseguimento di tali iniziative potrà essere finanziato esternamente al Plus parzialmente con i fondi della stessa legge e attraverso i bandi connessi con la progettazione integrata.

3.5. Area Disagio Adulto, Immigrazione e Dipendenze

Nell'ambito di quest'area tematica (peraltro ampia, dal momento che include il disagio adulto in generale, l'immigrazione e le dipendenze, settori che meriterebbero approfondimenti specifici, non consentiti in questa prima fase di elaborazione del PLUS), le **criticità specifiche** evidenziate in occasione degli incontri del Tavolo Tematico e rielaborate dal GTP riguardano:

- **l'emergenza abitativa e occupazionale** quali principali cause del disagio adulto e familiare. La carenza di alloggi di edilizia residenziale pubblica e a canone agevolato, unitamente ad alti livelli di disoccupazione, costringe molti nuclei familiari e persone sole a vivere in contesti inadeguati dal punto di vista igienico e strutturale, spesso abusivi, esposti alla povertà e alla emarginazione sociale;
- **la mancanza di integrazione delle politiche sociali, occupazionali e abitative;**

- la **crisi della famiglia** quale fonte di disagio e disgregazione dei suoi componenti e la conseguente necessità di valorizzare gli interventi di **mediazione familiare**;
- l'**incremento progressivo di persone che vivono in condizioni di povertà**, registrato sia dai servizi pubblici che dal volontariato, i quali spesso attuano interventi per contrastare il fenomeno in assenza però di coordinamento;
- la **scarsa conoscenza del fenomeno migratorio nel nostro Distretto**. I dati Istat e quelli delle anagrafi comunali (secondo l'ANOLF) non sono in grado di rappresentare l'effettiva realtà del fenomeno migratorio in quanto in essi non compaiono i cosiddetti immigrati "irregolari". Manca inoltre un'adeguata informazione e formazione alla multiculturalità, una incapacità a leggere i bisogni degli immigrati: gli stessi servizi pubblici e le agenzie educative si rivelano spesso impreparati a fornire risposte adeguate e ad attuare procedure corrette;
- l'**assenza di uno sportello qualificato per l'immigrazione**, in grado di fornire informazioni su servizi, risorse, procedure, normative, per orientare gli immigrati ma anche a supporto degli stessi servizi;
- la **carenza di interventi di prevenzione primaria per le dipendenze**. L'esperienza degli operatori impegnati nel Servizio per le tossicodipendenze della ASL e nelle strutture di accoglienza per tossicodipendenti e alcooldipendenti evidenziano come le storie delle persone che in età adulta cercano di contrastare le proprie dipendenze hanno origine in giovane età e pongono l'accento sul ruolo fondamentale della prevenzione, su cui continua a investirsi troppo poco. Se anche esistono interventi orientati alla prevenzione, essi sono poco coordinati e spesso sporadici.

Il GTP ha analizzato i contributi dei diversi soggetti partecipanti ai lavori del Tavolo, elaborando una prima sintesi delle criticità individuate e ha avviato un ragionamento per l'individuazione delle priorità relative alla programmazione socio-sanitaria distrettuale del prossimo triennio.

L'individuazione delle **priorità**, intese non come sinonimi di urgenza ed emergenza, ma come azioni che "vengono prima all'interno di una concatenazione di azioni e che si ritiene possano caratterizzarsi per l'introduzione di elementi innovativi in termini di struttura, interventi, risultati ed effetti permanenti", ha tenuto conto:

- delle criticità emerse nel Tavolo tematico;
- delle conoscenze e dell'esperienza professionale del GTP;
- delle modalità di garanzia dei livelli essenziali di assistenza di cui all'art. 30 della L.R. 23/05;
- dei servizi e degli interventi già in essere;
- delle risorse disponibili e di quanto sia realisticamente fattibile e realizzabile nei tempi e con le risorse utilizzabili.

In riferimento a questo Tavolo sono state individuate tre priorità:

- ✓ Costituzione osservatorio distrettuale sulle povertà;
- ✓ Interventi di prevenzione primaria e secondaria delle dipendenze;
- ✓ Integrazione delle politiche sociali, abitative, occupazionali.

Tutte le priorità sono state presentate e condivise in occasione del secondo incontro del Tavolo tematico. La prima e la seconda sono state approfondite e sviluppate con i presenti.

La terza priorità è intesa quale linea di indirizzo per i soggetti deputati a delineare le politiche generali e specifiche nel Distretto. Una strada percorribile per attuare l'integrazione appare quella della pianificazione strategica comunale e sovra-comunale già avviate nel nostro territorio.

Il GTP, nonostante condividesse le criticità emerse relative al fenomeno dell'immigrazione, non ha ritenuto prioritario ricondurre a tale fenomeno interventi da attuare per il prossimo triennio, essendo lo stesso ancora poco incidente nel nostro territorio rispetto ad altre problematiche. Il numero di cittadini stranieri presenti nel Distretto è infatti di 465 persone, con un totale di 51 nazionalità d'origine ed una proporzione sulla popolazione generale del 5,6‰ (inferiore al dato medio regionale - che è del 9,7‰ nello stesso periodo di riferimento - e di molto inferiore al dato medio nazionale, rappresentato da una quota di ben il 41,1‰).

Interventi quali la mediazione familiare, non sviluppati in questo ambito, vengono approfonditi nell'area dei minori e della famiglia.

➤ **PRIMA PRIORITÀ: costituzione Osservatorio Distrettuale sulle povertà**

↳ **Il senso dell'azione e i risultati attesi**

Molte forme del disagio adulto passano attraverso fenomeni di povertà ed esclusione sociale, le cui cause a loro volta sono legate frequentemente alla disoccupazione, all'emergenza abitativa, alla vecchiaia, alla malattia mentale e alla disabilità. A fronte di un fenomeno, quello della povertà, molto diffuso nel nostro Distretto, vi è anche un'offerta notevole di risorse e strumenti che tentano di contrastarla ma che spesso agiscono in maniera isolata e non coordinata. Da queste considerazioni nasce l'idea di un Osservatorio Distrettuale sulle Povertà quale priorità da perseguire nella programmazione socio-assistenziale del prossimo triennio.

L'Osservatorio risponde all'esigenza della Comunità distrettuale di acquisire un'adequata conoscenza nella lettura dei bisogni, delle povertà e dell'emarginazione del nostro territorio attraverso una sistematica rilevazione dei bisogni e delle risorse, per poter conseguentemente adottare strumenti efficaci e innovativi di contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale.

L'individuazione di percorsi definiti di presa in carico, di affiancamento alla famiglia e percorsi di inclusione sociale, l'integrazione tra gli interventi occupazionali, sociali, educativi e del tempo libero esprimono i principali risultati attesi da questa Azione.

↳ **L'esistente**

Dall'analisi dei servizi e degli interventi esistenti nel territorio, si evince che le azioni di contrasto al fenomeno della povertà adottate dai Comuni sono riconducibili essenzialmente a sussidi di natura economica (assistenza economica, assegni da maternità e al nucleo familiare, assegni in favore di determinate categorie d'utenza quali nefropatici, talassemici ecc) e a progetti di inserimenti lavorativi variamente denominati (inserimenti lavorativi in favore di soggetti svantaggiati, servizio civico, assistenza economica finalizzata...)

Per ciò che attiene l'assistenza economica, a carattere straordinario o continuativo, (presente in quasi tutti i Comuni del Distretto) essa rappresenta uno degli interventi in cui i Comuni investono più risorse. Se da una parte si configurano come interventi utili ad attenuare situazioni di forte disagio economico, spesso mancano di progettualità e frequentemente finiscono con l'agevolare l'assistenzialismo. Più raramente i Comuni adottano la forma alternativa dei buoni alimentari o farmaceutici, per la consapevolezza del fatto che il sussidio di natura economica spesso può rappresentare per i beneficiari l'unica forma di risorse monetarie.

Le varie forme di inserimento lavorativo (presenti in 10 Comuni per un totale di 109 utenti) hanno perso in realtà il loro senso originario: agevolare cioè l'inserimento nel mondo del lavoro e l'integrazione sociale dei soggetti per varie cause definiti svantaggiati. Essi più frequentemente si configurano come alternativa al sussidio economico e "palliativo" alla disoccupazione. Sono limitati nel tempo e generalmente non comportano una prosecuzione del rapporto di lavoro in una ditta o cooperativa al termine dell'inserimento.

I CESIL del territorio cercano di attuare forme più strutturate di inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati: gli inserimenti effettivi tuttavia non sono numerosi a causa della difficoltà di collaborazione e disponibilità all'assunzione delle aziende del territorio e della mancanza di qualifiche professionali degli utenti. La maggiore attività dei Centri consiste nel sostegno e nell'orientamento al reperimento di un'occupazione. Più rari risultano gli inserimenti in struttura (centri di pronta accoglienza) motivati dall'assenza di dimora, di risorse economiche e di reti familiari, e sono concentrati prevalentemente a Carbonia

Accanto agli interventi posti in essere dai Comuni, nel territorio sono presenti numerose forme di solidarietà sociale espresse attraverso la fornitura di beni alimentari, di farmaci, di abbigliamento, di denaro per il pagamento delle bollette. Nel Distretto operano molte realtà di volontariato, dalle Caritas parrocchiali, alla Croce Rossa, a numerose altre associazioni variamente dislocate che, con modalità più o meno strutturate, tentano di garantire a chi ne esprime il bisogno soprattutto beni di prima necessità.

Di nuova sperimentazione risulta essere lo Sportello di Ascolto gestito dalla Caritas Diocesana rivolto ai cittadini e finalizzato al sostegno nella lettura dei bisogni e all'orientamento verso i servizi.

↳ **Finalità e linee di intervento**

L'Osservatorio ha la finalità di approfondire i fenomeni della povertà e dell'emarginazione nel nostro territorio, studiarne le cause e le caratteristiche; orientare e coordinare gli interventi già esistenti, pubblici e privati; valorizzare l'utilizzo delle risorse comunitarie; favorire la partecipazione delle famiglie alla progettazione; definire percorsi comuni di presa in carico; agevolare l'integrazione delle politiche sociali con le iniziative per l'occupazione; formulare progetti di inclusione sociale rivolti ai diversi membri del nucleo familiare.

L'attività dell'Osservatorio dovrà esplicarsi:

- nella raccolta sistematica dei dati relativi ai bisogni specifici delle persone e generali del territorio;
- nella raccolta e aggiornamento delle informazioni relative ai servizi e agli interventi, pubblici e privati esistenti nel territorio (mappatura dei servizi);
- nel curare il collegamento e il coordinamento degli interventi e dei servizi, favorendone la reciproca conoscenza e integrazione;
- nello studio e nella ricerca sul fenomeno della povertà;
- nel supporto alla programmazione distrettuale per l'individuazione di azioni di contrasto volte ad arginare la povertà e l'esclusione sociale.

L'osservatorio è pensato non solo come strumento di rilevazione di dati e studio del fenomeno ma come specifico momento di confronto, sede operativa in cui gli interventi concreti di inclusione sociale delle famiglie e dei suoi membri vengono progettati in maniera integrata (pubblico-privato, sociale-sanitario)

↳ **Condizioni e tempi**

La costituzione di un Osservatorio sulle povertà presuppone la prosecuzione del confronto (Tavolo tematico permanente) tra attori pubblici (Comuni, ASL, Provincia) e privati (Volontariato, associazionismo) al fine di definire:

- la composizione dell'Osservatorio;
- il regolamento di attuazione (competenze, metodologie, modalità di funzionamento, collaborazione con i soggetti titolari delle politiche attive per il lavoro e abitative);
- un progetto condiviso.

➤ **SECONDA PRIORITÀ: interventi di prevenzione primaria e secondaria delle dipendenze**

↳ **Il senso dell'azione e i risultati attesi**

La costante registrazione di fenomeni di dipendenza da parte dei servizi territoriali, sociali e sanitari, delle Associazioni che si occupano del fenomeno e delle strutture di accoglienza per soggetti con dipendenze conclamate, ha spinto i partecipanti al Tavolo tematico alla riflessione sulla necessità di investire maggiormente nel nostro territorio sulle azioni di prevenzione primaria e secondaria delle dipendenze, fino ad oggi ricomprese in progetti circoscritti i cui soggetti attuatori raramente hanno operato in rete.

Valorizzare la prevenzione attraverso azioni socio-sanitarie integrate, più efficaci e capillari, significa promuovere il benessere complessivo della Comunità locale.

I risultati attesi dal perseguimento di questa priorità sono:

- un approccio innovativo del concetto di prevenzione inteso non come semplice divulgazione di informazioni e conoscenze sui rischi e sui danni ma come strategia per stimolare la costruzione di relazioni sociali positive e per favorire l'acquisizione e il potenziamento delle competenze sociali;
- il coordinamento di tutte le azioni riconducibili alla prevenzione primaria e secondaria esistenti nel nostro Distretto;
- la continuità degli interventi;
- una maggiore qualificazione e preparazione degli operatori;
- una maggiore facilità di accesso dei cittadini ai servizi e agli interventi.

È doverosa una considerazione: è evidente che trattando di prevenzione delle dipendenze, soprattutto quella primaria, il target si sposta dagli adulti ai minori e giovani. Pertanto le azioni previste per questa priorità necessariamente si intersecano e si integrano con quelle riconducibili all'area dei minori e dei giovani.

↳ **L'esistente**

Oltre i servizi socio-sanitari istituzionalmente competenti alla prevenzione (nonché cura e riabilitazione) delle dipendenze, quali i Sert della ASL (tossicodipendenze, alcooldipendenze e tabagismo), nel nostro Distretto sono presenti vari attori sociali che, in maniera diversificata, si occupano di tale fenomeno e che hanno partecipato ai lavori dei tavoli portando il loro contributo in termini di analisi e di proposte.

Per ciò che attiene le alcooldipendenze è il volontariato ad intervenire in maniera più incisiva attraverso i C.A.T. (Club alcolisti in trattamento, presenti in diversi Comuni del Distretto), l'A.C.A.T del Sulcis-Iglesiente (Associazione delle famiglie dei CAT) e il Centro Alcologico dell'Associazione Don Vito Sguotti di Carbonia, dove è presente un Club degli alcolisti anonimi. Essi operano prevalentemente attraverso gruppi di auto-mutuo che si rifanno a approcci e metodologie diverse e operano in collegamento non sempre strutturato con i servizi socio-sanitari della ASL.

Per quel ciò che riguarda i servizi e attivati dai Comuni in tema di prevenzione delle dipendenze, tra 12 di essi (e la ASL, il Ministero di Grazia e Giustizia, il provvedito-

rato agli studi, l'UNICEF) è in essere un Accordo di Programma ai sensi del D.P.R. 309/90 attraverso il quale sono stati attuati vari interventi: progetti di inserimento lavorativo per ex-tossicodipendenti, progetti di sostegno alla genitorialità, interventi nelle scuole primarie e secondarie, educativa di strada. Il raggiungimento degli obiettivi è stato spesso compromesso dall'esiguità delle risorse, insufficienti a garantire interventi a copertura del territorio di tutti i Comuni aderenti, e della loro limitatezza del tempo, che impedisce la prosecuzione degli interventi nonostante i positivi risultati in termini di interesse a partecipazione (dei ragazzi, dei genitori, degli insegnanti).

Il Comune di Carbonia, attualmente non aderente all'Accordo, ha un servizio storicizzato di operatori di prevenzione in strada.

Nel Distretto esistono anche due strutture residenziali: la Comunità di Papa Giovanni XXIII a S. Antioco (gestita dalla Coop. Il Ponte), per tossicodipendenti, e la Piccola Comunità di Is Lampis a Carbonia (gestita dall'Associazione Don Vito Sguotti) per alcolodipendenti. Entrambe sono strutture convenzionate ASL e soddisfano esigenze di un disagio già apertamente conclamato.

Tali interventi, come già sottolineato e come emerso nello stesso Tavolo, risentono della mancanza di un effettivo lavoro di rete, della precarietà di integrazione tra i soggetti pubblici e quelli privati, tra soggetti sanitari e sociali. Inoltre la scarsità di risorse impone un ripensamento delle modalità con cui queste Azioni sono state finora proposte, individuando forme necessarie di integrazione e coordinamento.

↳ **Finalità e linee di intervento**

Gli interventi di *prevenzione primaria* delle dipendenze hanno la finalità di evitare o almeno ritardare il più possibile il primo contatto con le sostanze tossiche, nella convinzione che quanto più il soggetto dispone di abilità e competenze strutturate, tanto maggiore è la probabilità che si astenga o adotti stili moderati di consumo.

Gli interventi di *prevenzione secondaria* sono orientati a limitare quanto più possibile le conseguenze di un comportamento pericoloso e quindi hanno lo scopo di evitare che un uso sporadico e saltuario di sostanze tossiche si trasformi in vera e propria dipendenza (riduzione del danno).

L'attività che si intende portare avanti è riconducibile alla progettazione congiunta tra operatori sanitari e sociali del privato sociale di:

- interventi sul territorio con i gruppi informali (educativa di strada per favorire le relazioni positive tra coetanei, migliorare le relazioni tra gruppi informali e contesto sociale, costruire microprogetti con iniziative pensate dai gruppi informali);
- interventi nei Centri di Aggregazione Giovanile (valorizzazione delle risorse e delle strutture esistenti in cui attuare interventi di informazione e sensibilizzazione, laboratori e interventi di promozione delle capacità e competenze personali, progettazione e realizzazione di idee dei ragazzi);

- interventi in situazioni a rischio di devianza o caratterizzate da forte disagio (educativa di strada per interventi socio-educativi di sostegno e accompagnamento, orientamento ai servizi, prevenzione secondaria);
- interventi nelle scuole primarie e secondarie (attivazione concorsi, somministrazione questionari, azioni integrate con gli sportelli d'ascolto);
- interventi con gli adulti significativi (incontri informativi-formativi con insegnanti, educatori sociali – parrocchie, società sportive ecc, - genitori; promozione occasioni di confronto tra genitori)

↳ **Condizioni e tempi**

L'attuazione di interventi di prevenzione primaria e secondaria presuppone la prosecuzione del confronto (Tavolo tematico permanente) tra attori pubblici (Comuni, Sert, Provincia) e privati (CAT e ACAT, Centro Alcológico, Comunità Papa Giovanni XXIII, Comunità Is Lampis) al fine di:

- confrontare i dati disponibili sul fenomeno delle dipendenze e sui soggetti;
- individuare le aree territoriali di intervento;
- formulare proposte di modalità organizzative e gestionali
- definire progetto complessivo condiviso.



a) INTERVENTI DI INCLUSIONE SOCIALE

↳ **Significatività**

Il territorio del Distretto è caratterizzato da un tasso di disoccupazione elevato con valori al di sopra della media regionale, conseguenza della crisi che attraversano le attività industriali e quelle collegate. Gli effetti sono una perdita di posti di lavoro, la difficoltà di reinserimento lavorativo per fasce relativamente giovani di popolazione e la quasi impossibilità per le fasce più deboli, giovani e donne, di individuare percorsi di inserimento. La condizione di disoccupazione ha come conseguenza la perdita o la difficoltà di costruzione di uno spazio sociale personale e familiare con, talvolta, conseguenti forme di emarginazione e di forte esposizione ai fattori di rischio.

Gli strumenti prevalentemente utilizzati dai Comuni per fronteggiare le situazioni di emergenza e per definire percorsi di inclusione sociale sono l'assistenza economica e l'inserimento lavorativo. ed ha interessato all'incirca 1400 soggetti. Esiste una notevole differenza tra gli importi erogati per singolo soggetto dai diversi Comuni, così come è differente il numero di soggetti assistiti. L'inserimento lavorativo si configura prevalentemente come alternativa al sussidio economico, offre l'opportunità di svolgere un'attività con rapporto di lavoro limitato nel tempo.. Le persone interessate sono state circa 110, anche in questo caso con una notevole

differenza di spesa per utente da Comune a Comune. In condizioni di particolare gravità è previsto l'inserimento delle persone in strutture.

L'incontro tra domanda ed offerta di lavoro potrebbe essere facilitato attraverso servizi di orientamento, formazione, ricerca di opportunità lavorative e di auto-imprenditorialità, attività svolta dai Cesil.

Gli interventi dei Comuni sono spesso accompagnati, in maniera non coordinata, da attività svolte da organismi di volontariato o di enti ecclesiali. Le attività svolte tendono a tamponare situazioni di emergenza o a rispondere a bisogni immediati. La mancanza di un'azione congiunta rischia talvolta di affrontare aspetti contingenti e parziale della condizione esclusione sociale dei singoli e dei diversi membri dei nuclei familiari.

Le strategie d'intervento nel Distretto saranno caratterizzate da:

- una riorganizzazione degli strumenti d'intervento basata su un utilizzo progettuale degli stessi all'interno di percorsi di inclusione sociale con azioni di accompagnamento del singolo o del nucleo familiare riguardanti gli aspetti relazionali e di vita quotidiana delle persone, in particolare quando sono presenti minori, per contribuire al loro inserimento sociale;
- la costruzione di un sistema permanente di lavoro comune tra i servizi sociali, il privato sociale e il volontariato, con la costituzione di un "tavolo dell'inclusione" per affrontare congiuntamente gli interventi sulle singole situazioni;
- la definizione di "percorsi preferenziali" nel circuito dei servizi sanitari quando si presentano particolari esigenze di affiancamento delle persone e delle famiglie in situazioni di difficoltà o a rischio di emarginazione.
- Il proseguimento dell'esperienza dei CESIL, come strutture di supporto per la qualificazione del capitale culturale individuale e per l'individuazione di forme personalizzate di inserimento lavorativo e sociale.

a1) Assistenza economica

↳ I Soggetti interessati

I sussidi economici vengono erogati dai Comuni sulla base dei requisiti e delle modalità di cui ai D.P.G.R. 12/89 e 145/90 – in attesa di eventuali regolamentazioni di cui alla L.R. 23/05 – e successivamente alla valutazione professionale del bisogno effettuata dagli operatori del Servizio Sociale Professionale. I beneficiari sono i cittadini, persone singole o famiglie, residenti nei territori comunali, con risorse economiche inferiori all'importo del minimo vitale, definito annualmente dalla regione.

Accanto all'intervento pubblico, vi sono forme di erogazione di denaro, beni alimentari, vestiario e/o farmaci attuate da Associazioni di Volontariato, variamente distribuite nel Distretto.

↳ Le azioni

- erogazione di contributi economici a carattere straordinario o continuativo in seguito all'acquisizione delle richieste inoltrate dai cittadini ai Comuni, all'accertamento dei requisiti e alla valutazione professionale del bisogno da parte del Servizio Sociale Professionale;
- erogazione di buoni alimentari e farmaceutici in seguito alle procedure di cui sopra;
- erogazione di denaro, beni alimentari, vestiario e/o farmaci da parte delle Associazioni di volontariato operanti nel territorio, a seguito di richiesta diretta del cittadino o su invio dei Servizi Sociali Comunali;
- raccolta di dati inerenti la rilevazione dei bisogni e rielaborazione degli stessi;
- coordinamento tra i Comuni al fine di definire procedure e criteri di erogazione omogenei;
- lavoro di rete tra Comuni e Privato sociale per l'integrazione dei rispettivi interventi di contrasto al disagio e alla povertà.

↳ **Localizzazione e posta finanziaria:** si rimanda alle specifiche riportate al successivo Capitolo 4. "Le Schede / Programma dei Comuni".

↳ **Risultati attesi**

- attenuazione delle forme più gravi di disagio personale e/o familiare derivante da privazione materiale;
- uniformità delle procedure e dei criteri di erogazione tra i diversi Comuni del Distretto;
- maggiore coordinamento tra intervento pubblico e del privato sociale

a2) Inserimenti lavorativi

↳ **I soggetti interessati**

I beneficiari dell'intervento sono i soggetti svantaggiati di cui all'art. 4 L.381/91 e art. 24 L.R. 16/97 (soggetti a rischio di esclusione sociale, ex-tossicodipendenti e alcolodipendenti, ex-detenuti). I beneficiari sono individuati sulla base della valutazione del Servizio Sociale Professionale e/o mediante apposite graduatorie; l'intervento è gestito dai Comuni, solitamente attraverso forme di affidamento del progetto a Coop Sociali di Tipo B. I Comuni e/o le Cooperative collaborano con i Servizi Socio-Sanitari territoriali per la gestione delle problematiche degli utenti inseriti e con l'INPS e i C.A.F. per le prestazioni e le indennità spettanti ai lavoratori.

↳ **Azioni**

- avvio al lavoro (per periodi determinati) dei beneficiari individuati dagli operatori Comunali, in attività di manutenzione del verde pubblico, pulizie delle strade e di locali comunali, altre piccole manutenzioni;

- percorsi formativi gestiti dalle stesse cooperative per l'acquisizione di nozioni elementari di diritto del lavoro, di igiene, tutela e sicurezza dei luoghi di lavoro;
- percorsi di orientamento gestiti dalle cooperative, in collaborazione con gli operatori sociali dei Comuni e con i CESIL al fine di approfondire inclinazioni, capacità, risorse personali;
- coordinamento tra i Comuni al fine di definire procedure e criteri di erogazione del servizio omogenei;

↳ **Localizzazione e posta finanziaria:** si rimanda alle specifiche riportate al successivo Capitolo 4. "Le Schede / Programma dei Comuni".

↳ **Risultati attesi**

- attenuazione delle forme di esclusione ed emarginazione sociale attraverso il lavoro;
- uniformità delle procedure e dei criteri di erogazione tra i diversi Comuni del Distretto;
- sperimentazione di forme di gestione associata tra Comuni

a3) Inserimenti in struttura

↳ **I soggetti interessati**

L'inserimento in struttura è valutato dal Servizio Sociale Professionale dei Comuni in accordo e con il consenso del soggetto interessato. Spesso, oltre gli operatori che prestano la propria attività nelle Comunità e strutture di accoglienza sono coinvolti Servizi Socio-Sanitari territoriali per la gestione delle problematiche degli utenti inseriti.

↳ **Azioni**

- valutazione professionale del bisogno da parte del Servizio Sociale Professionale dei Comuni ed eventuale inserimento in struttura sulla base di adeguato progetto di intervento (nuove situazioni);
- monitoraggio e verifica dei progetti in atto per favorire eventuali dimissioni dalle strutture (utenti già inseriti)
- sperimentazione di forme associate tra i Comuni per la gestione degli inserimenti

↳ **Localizzazione e posta finanziaria:** si rimanda alle specifiche riportate al successivo Capitolo 4. "Le Schede / Programma dei Comuni".

↳ **Risultati attesi**

- attenuazione della gravità del disagio per persone prive di reddito e di abitazione;
- maggiore progettualità degli inserimenti in struttura;

- dimissione di utenti inseriti da lungo periodo.

a4) CeSIL

↳ Soggetti interessati

Il Servizio basa la sua attività sulla collaborazione attiva dei soggetti svantaggiati che ad esso si rivolgono e di cui promuove l'autonomia e l'autodeterminazione, oltre che sulla collaborazione delle famiglie, delle scuole, delle associazioni, del terzo settore, delle imprese e delle istituzioni locali. Si avvale inoltre di professionisti esterni, al fine di dare consulenze sull'autoimprenditorialità nel settore cooperativo e in quello artigianale.

↳ Azioni

- interventi di accoglienza e orientamento, iscrizione nella banca dati, facilitazione incontro tra domanda e offerta di lavoro;
- consulenza sull'autoimprenditorialità nel settore cooperativo e in quello artigianale;
- promozione, avviamento e tutoring di tirocini formativi;
- informazione alle imprese degli obblighi di legge sull'assunzione di soggetti disabili e sensibilizzazione all'assunzione di soggetti svantaggiati

↳ **Localizzazione e posta finanziaria:** si rimanda alle specifiche riportate al successivo Capitolo 4. "Le Schede / Programma dei Comuni".

↳ Risultati attesi

- maggiore professionalizzazione e specializzazione degli utenti per una migliore competitività sul mercato del lavoro,
- incremento degli inserimenti lavorativi degli utenti iscritti nelle banche dati dei CESIL
- incremento di forme di autoimprenditorialità nel settore cooperativo e in quello artigianale

b) ACCORDO DI PROGRAMMA SULLE TOSSICODIPENDENZE

↳ Significatività

L'incidenza del fenomeno delle dipendenze nel territorio della Provincia di Carbonia-Iglesias e la consapevolezza della complessità del tema della prevenzione in questo campo hanno spinto da anni i numerosi attori che a vario titolo si occupano di tale problematica, sia nel campo sanitario che sociale, sia nel pubblico che nel privato, a lavorare insieme per progettare e realizzare interventi di prevenzione maggiormente integrati, più efficaci e diffusi nel territorio. I risultati raggiunti in termini di adesione e di risposte nella sperimentazione di alcune azioni (in particolare con l'educativa di strada che ha preso contatto con circa 200 giovani e gli interventi di prevenzione

delle alcooldipendenze che ha visto coinvolti i ragazzi del biennio di cinque Istituti superiori) hanno confermato la necessità di continuare ad operare congiuntamente, proseguendo e potenziando gli interventi (realizzati finora con risorse attinte principalmente da finanziamenti di cui al D.P.R. 309/90) e rinnovando l'Accordo di Programma già in essere.

↳ **Soggetti**

Si intende confermare l'Accordo di Programma tra: la Provincia di Carbonia-Iglesias (capofila), la ASL n. 7, il Provveditorato agli Studi, il Ministero della Giustizia, i Comuni di Portoscuso, Giba, Narcao, Perdaxius, San Giovanni Suergiu, Santadi, Sant'Anna Arresi, Sant'Antioco, Tratalias, Nuxis, Piscinas - oltre che i Comuni fuori Distretto: di Iglesias, Teulada, Musei, Villamassargia.

↳ **Azioni**

- educativa di strada: operatori professionalmente competenti e costantemente formati continueranno ad operare nei territori comunali aderenti all'Accordo, con funzioni di informazione/indirizzo verso le strutture specialistiche, di agevolazione dell'aggregazione giovanile, di prevenzione secondaria delle dipendenze;
- prevenzione delle alcool-dipendenze attraverso il Progetto Paideia, in favore di ragazzi del biennio delle scuole secondarie superiori del Distretto, anche in collaborazione con il privato sociale operante nel Distretto (Centro Alcológico Don Vito Sguotti di Carbonia, C.A.T);
- prevenzione del tabagismo nelle classi seconda e terza media inferiore e prime classi della scuola media superiore, attraverso l'adesione al Smoke Free Class Competition (progetto in parte finanziato dalla Commissione Europea nell'ambito del Programma "L'Europa contro il cancro", in collaborazione con la Rete Europea dei Giovani contro il Tabacco);
- percorsi formativi comuni in favore degli operatori di prevenzione in strada e degli operatori sociali dei Comuni e del SerT;

↳ **Localizzazione e posta finanziaria:** si rimanda alle specifiche riportate al successivo Capitolo 4. "Le Schede / Programma dei Comuni".

↳ **Risultati attesi**

- continuità e potenziamento degli interventi già sperimentati negli anni passati con esiti favorevoli;
- facilitazione di accesso ai servizi per i giovani dei territori in cui opera l'educativa di strada;
- prevenzione e/o ritardo dell'abitudine al fumo e/o all'alcool nelle classi delle scuole in cui si attuano i progetti Paideia e Smoke Free Class Competition;
- coordinamento delle Azioni intraprese dai Comuni con quelle del Sert e del Privato Sociale, condivisione dei dati e delle metodologie.



4. Le Schede / Programma dei Comuni per le attività da gestire autonomamente nel 2007

Schede 1/ab	Comune di Calasetta
Schede 2/abcdef	Comune di Carbonia
Schede 3/ab	Comune di Carloforte
Schede 4/ab	Comune di Giba
Scheda 5	Comune di Masainas
Schede 6/ab	Comune di Narcao
Scheda 7	Comune di Nuxis
Schede 8/ab	Comune di Perdaxius
Schede 9/ab	Comune di Piscinas
Schede 10/ab	Comune di Portoscuso
Schede 11/abc	Comune di San Giovanni Suergiu
Scheda 12	Comune di Santadi
Schede 13/abc	Comune di Sant'Anna Arresi
Schede 14/ab	Comune di Sant'Antioco
Scheda 15	Comune di Tratalias
Scheda 16	Comune di Villaperuccio
Scheda 17	Tab. riassuntiva finanziamenti Distretto di Carbonia

Scheda 1/a - Comune di Calasetta

Comune di Calasetta									
Servizio	già attivo nel 2006	durata prevista (in mesi)	Forma di gestione	Risorse umane		Finanziamento			
				dipendenti e/o in convenzione diretta col Comune	Operatori delle coop. o altri soggetti	Fondi regionali	Fondi comunali	Contribuz. utenza	Altre forme di finanziamento
Assist. domiciliare anziani / port. hand.	si	12	Affidamento Coop. Soc.		3	38.000,00		8.000,00	46.000,00
Soggiorno anziani	si	12	Affidamento ad Agenzia			15.000,00		30.000,00	45.000,00
Serv. Aggregaz. sociale anziani	si	1 g.	Affidamento Ass. volont.			2.500,00			2.500,00
Serv. Socio-educ. Minori età prescol.	si	12	Affidamento Coop. Soc.		3	48.000,00		10.000,00	58.000,00
Servizio pedagogico	no	12	Convenzione dir. Comune			9.000,00			9.000,00
Assistenza economica	si	12				20.000,00			20.000,00
Contribuzione retta scuola materna	si	9				1.000,00			1.000,00
Servizio informagiovani	si	12	Affidamento esterno		1	14.000,00			14.000,00
Inserimenti lavorat. pers. Svantag.	si	8	Affidamento esterno		8	40.000,00			40.000,00
Serv. socio-educat. e animaz. estiva	si	12	Affidamento esterno		6	19.950,00			19.950,00
Accordo Progr. Tossicodipendenze	no	12	Ente capofila			1.400,00			1.400,00

(segue)

Scheda 1/b - Comune di Calasetta

Comune di Calasetta									
Servizio	già attivo nel 2006	durata prevista (in mesi)	Forma di gestione	Risorse umane		Finanziamento			
				dipendenti e/o in convenzione diretta col Comune	Operatori delle coop. o altri soggetti	Fondi regionali	Fondi comunali	Contribuz. utenza	Altre forme di finanziamento
Inserimenti in strutture protette	si	12				5.000,00		25.000,00	
Concorso spese illegittimi	si	12	Provincia			500,00			
Centro polival. cultura del mare	si	12	Affidamento associazioni			7.500,00			
Centro Gioco	si	3				5.752,00			
Quota assistente sociale						25.972,00			
Totale						253.574,00		73.000,00	
									326.574,00
Totale finanziamento									
									30.000,00
									500,00
									7.500,00
									5.752,00
									25.972,00

Scheda 2/a - Comune di Carbonia

Comune di Carbonia									
Servizio	già attivo nel 2006	durata prevista (in mesi)	Forma di gestione	Risorse umane		Finanziamento			
				dipendenti e/o in convenzione diretta col Comune	Operatori delle coop. o altri soggetti	Fondi regionali	Fondi comunali	Contribuz. utenza	Altre forme di finanziamento
Servizio Sociale Professionale	si	12	diretta	4			17.000,00		17.000,00
Servizio Pedagogico	si	12	diretta	1			256.985,53		256.985,53
Servizio Psicologico	si	12	diretta	1					9.000,00
Segretariato Sociale	si	11	diretta		1				0,00
Interventi di natura economica	si	12	diretta			128.000,00	13.000,00		141.000,00
Contributi al volontariato	si		diretta			55.000,00			55.000,00
Asilo Nido	si		esterna			173.940,20	6.290,37	80.000,00	260.230,57
Centro Gioco	si		dir./assoc						95.000,00
Servizio educativo integrato	si	12	esterna			185.000,00			200.000,00
Servizio Affidi Sovracomunale	si	12	dir./assoc	3					10.329,00
Attività ricreative Minori/ludot./colonia	si		esterna				15.000,00	2.381,98	37.381,98
Totale finanziamento									

(segue)

Scheda 2/b - Comune di Carbonia

Comune di Carbonia										
Servizio	già attivo nel 2006	durata prevista (in mesi)	Forma di gestione	Risorse umane		Finanziamento				Totale finanziamento
				dipendenti e/o in convenzione diretta col Comune	Operatori delle coop. o altri soggetti	Fondi regionali	Fondi comunali	Contribuz. utenza	Altre forme di finanziamento	
Consiglio Comunale dei Ragazzi	si	12	diretta				1.000,00		4.000,00	5.000,00
Centri di Aggregazione EISS	si	12	esterna		8	122.184,28				122.184,28
Inserimento di minori in struttura	si	12	esterna			247.008,00	159.174,62		50.000,00	456.182,62
Contributo Provin. madri nubili	si	12					4.000,00			4.000,00
Contributi famiglie affidatarie	si	12					82.827,43		15.000,00	97.827,43
Sportello antiviolenza		12	esterna						6.000,00	6.000,00
Progetto di vita autonoma		12	diretta						90.000,00	90.000,00
Mediazione familiare		12	esterna						25.000,00	25.000,00
Prendere il volo		12	diretta						fondi vincolati RAS	0,00
Centro Giovani	si	12	diretta	3			20.000,00		60.000,00	80.000,00
Servizio di prevenz. in strada	si	12	diretta	3		75.860,88	3.000,00			78.860,88

(segue)

Scheda 2/c - Comune di Carbonia

Comune di Carbonia									
Servizio	già attivo nel 2006	durata prevista (in mesi)	Forma di gestione	Risorse umane		Finanziamento			
				dipendenti e/o in convenzione diretta col Comune	Operatori delle coop. o altri soggetti	Fondi regionali	Fondi comunali	Contribuz. utenza	Altre forme di finanziamento
Servizio Informagiovani	si	10	diretta	2		50.000,00			50.000,00
Assistenza domiciliare integr.	/	12	ass./est			390.320,46		60.000,00	450.320,46
Centro politiche degli anziani	si	11	esterna		6	6.000,00		8.000,00	28.000,00
Inserimento Casa Serena	si	12	esterna			27.414,60		30.905,40	58.320,00
Inserimento AIAS	si	12	esterna			146.210,29		60.841,53	207.051,82
Inserimenti AIAS ex USL/RSA	si	12	esterna					85.047,50	524.143,10
Centro diurno		12	esterna			15.000,00			100.000,00
Sollievo alla famiglia		12	diretta						46.546,00
Telesoccorso - telecontrollo		12	esterna						25.000,00
Ritornare a casa		12	diretta						0,00
Servizi polivalenti disabili - trasporto	si	12	esterna				15.493,71		15.493,71

(segue)

Scheda 2/d - Comune di Carbonia

Comune di Carbonia									
Servizio	già attivo nel 2006	durata prevista (in mesi)	Forma di gestione	Risorse umane		Finanziamento			
				dipendenti e/o in convenzione diretta col Comune	Operatori delle coop. o altri soggetti	Fondi regionali	Fondi comunali	Contribuz. utenza	Altre forme di finanziamento
L. 162/98	si								117.363,83
Centro di aggreg. soff. Psichici	si	9	esterna			20.658,28	14.757,00		35.415,28
Inserimenti lavorat. sofferenti psichici	si	12	esterna						34.860,75
Inserim. in struttura soff. Psichici	si	12	esterna				31.200,00	23.784,21	66.364,83
Attività sportiva per integrazione disabili		12	esterna			25.000,00			25.000,00
Servizio informatico domiciliare		12	diretta						36.864,00
Servizio Informahandicap		12	esterna						20.000,00
Centro aggregaz. disabili		10	esterna						130.000,00
Centro Polivalente disabili						137.377,32			137.377,32
Centri di accoglienza M e F	si	12	esterna			203.516,93			203.516,93
Inserimenti lavorat. soggetti svantagg.	si	12	esterna			67.415,06			31.727,31
Totale finanziamento									117.363,83

(segue)

Scheda 2/e - Comune di Carbonia

Comune di Carbonia									
Servizio	già attivo nel 2006	durata prevista (in mesi)	Forma di gestione	Risorse umane		Finanziamento			
				dipendenti e/o in convenzione diretta col Comune	Operatori delle coop. o altri soggetti	Fondi regionali	Fondi comunali	Contribuz. utenza	Altre forme di finanziamento
CeSIL	si	12	diretta						92.962,24
Interventi per l'indulto	si		diretta						fondi vincolati RAS
Progetto Medi-Azioni	si		esterna						2.000,00
Mediazione culturale		12	esterna			10.000,00			10.000,00
Nefropatici	si								205.676,52
Talassemici	si								133.912,17
Sussidi sofferenti psichici	si								363.959,57
Emigrati di rientro	si								23.075,99
Malati oncologici	si								0,00
Inserimento strut. protetta (AIAS/RSA)	si					146.210,29		60.841,53	207.051,82
Trasporto disabili	si								58.982,69
Totale finanziamento									92.962,24
									0,00
									2.000,00
									20.000,00
									205.676,52
									133.912,17
									363.959,57
									23.075,99
									0,00
									207.051,82
									58.982,69

(segue)

Scheda 2/f - Comune di Carbonia

Comune di Carbonia										
Servizio	già attivo nel 2006	durata prevista (in mesi)	Forma di gestione	Risorse umane		Finanziamento				Totale finanziamento
				dipendenti e/o in convenzione diretta col Comune	Operatori delle coop. o altri soggetti	Fondi regionali	Fondi comunali	Contribuz. utenza	Altre forme di finanziamento	
Eliminaz. barriere architettoniche	si									0,00
Canoni di locazione	si						35.515,56		117.158,17	152.673,73
GTP (2%)						7.965,72				7.965,72
Totale						2.240.082,31	675.244,22	411.802,15	2.453.878,67	5.781.007,35

Scheda 3/a - Comune di Carloforte

Comune di Carloforte									
Servizio	già attivo nel 2006	durata prevista (in mesi)	Forma di gestione	Risorse umane		Finanziamento			
				dipendenti e/o in convenzione diretta col Comune	Operatori delle coop. o altri soggetti	Fondi regionali	Fondi comunali	Contribuz. utenza	Altre forme di finanziamento
Assistenza economica	si	12	diretta	1		25.909,05			25.909,05
Centro Gioco	si	9	diretta	2		7.497,20		12.150,00	19.647,20
Centro Aggregaz. Minori	si	11	diretta	4		19.864,00			19.864,00
Servizio Educativo Territoriale	si	8	diretta	8		64.400,00			64.400,00
Progetto Chernobyl	si	2	diretta			1.320,00			1.320,00
Rette minori e affidamenti familiari	si	12	indiretta	3		50.982,26			50.982,26
Informagiovani	si	11	diretta	1		12.480,00			12.480,00
Gestione centro aggregaz. Soc.	si	12	diretta			4.500,00	4.500,00		9.000,00
Accordo Program. Tossicodipendenze	si	4	accordo di programma		3	economie 2006			0,00
Centro Aggregaz. Giovanile (EXIT)	si	9	diretta	2		10.000,00	20.000,00		30.000,00
Contributi e associazioni adulti	si	3	diretta			1.230,00			1.230,00

(segue)

Scheda 3/b - Comune di Carloforte

Comune di Carloforte										
Servizio	già attivo nel 2006	durata prevista (in mesi)	Forma di gestione	Risorse umane		Finanziamento				Totale finanziamento
				dipendenti e/o in convenzione diretta col Comune	Operatori delle coop. o altri soggetti	Fondi regionali	Fondi comunali	Contribuz. utenza	Altre forme di finanziamento	
Ginnastica Dolce anziani	si	4	diretta	2		2.000,00				2.000,00
Assistenza econ. rette anziani	si	12	diretta	1		4.886,76				4.886,76
Contributi e associaz. anziani	si	3	diretta			1.230,00				1.230,00
Rette disabili	si	12	indiretta			19.180,14		5.325,96	23.000,00	47.506,10
Trasporto disabili	si	12	indiretta						12.000,00	12.000,00
Piani personalizzati L. 162/98	si	12	diretta - indiretta	2	10				44.853,25	44.853,25
Rette soff. Mentali	si	1	diretta			796,15		155,15		951,30
Sussidi soff. Mentali	si	12	diretta						42.000,00	42.000,00
Sussidi nefropatici	si	12	diretta						50.000,00	50.000,00
Sussidi talassemici	si	12	diretta						20.000,00	20.000,00
Area Emigrati di ritorno	si	12	diretta						2.000,00	2.000,00
Assistenti sociali pedagog. Psicol.	si	12	diretta	3		73.146,48	5.014,50			78.160,98
Inail e gestione contabilità	si	12	diretta			6.028,20				6.028,20
Totale						385.450,24	29.514,50	31.187,43	193.853,25	640.005,42

Scheda 4/a - Comune di Giba

Comune di Giba									
Servizio	già attivo nel 2006	durata prevista (in mesi)	Forma di gestione	Risorse umane		Finanziamento			
				dipendenti e/o in convenzione diretta col Comune	Operatori delle coop. o altri soggetti	Fondi regionali	Fondi comunali	Contribuz. utenza	Altre forme di finanziamento
Servizio Sociale Professionale	si			1		13.762,81			13.762,81
Servizio Sociale Professionale	si	4		1		8.000,00			8.000,00
Assistenza Economica	si	12				10.000,00			10.000,00
Inserimenti socio-lavorativi	si	12	Affidamento Coop. Soc.			30.000,00			30.000,00
Colonia Marina Diurna	si	1	Affidamento Coop. Soc.		2	4.000,00		2.000,00	6.000,00
Informagiovani / Segretariato Soc.	si	12			1	8.952,95			8.952,95
Laboratorio Giornalistico	no	9	indiretta	1		3.000,00			3.000,00
Spazio Adolescenti	si	9	Affidamento Coop. Soc.		2	7.000,00			7.000,00
Promozione Sportiva Disabili	si		Affidamento Coop. Soc.			3.000,00			3.000,00
Attività per Anziani	si		diretta			8.000,00		12.000,00	20.000,00
Ginnastica Dolce	si	10	indiretta		1	1.400,00		3.600,00	5.000,00
(segue)									

Scheda 4/b - Comune di Giba

Comune di Giba									
Servizio	già attivo nel 2006	durata prevista (in mesi)	Forma di gestione	Risorse umane		Finanziamento			
				operatori delle coop. o altri soggetti	operatori delle coop. o altri soggetti	Fondi regionali	Fondi comunali	Contribuz. utenza	Altre forme di finanziamento
Volontariato	si					6.000,00			6.000,00
Assistenza Domiciliare	si					15.000,00		7.000,00	22.000,00
Assistenza Educativa	si					9.092,71			9.092,71
Affido Familiare	si					570,70			570,70
Centro Gioco	si					725,80			725,80
Accordo per Tossicodipen.	si					1.097,50			1.097,50
Quota 2% GTP						540,55			540,55
Totale						130.143,02		24.600,00	154.743,02

Scheda 5 - Comune di Masainas

Comune di Masainas									
Servizio	già attivo nel 2006	durata prevista (in mesi)	Forma di gestione	Risorse umane		Finanziamento			
				di dipendenti e/o in convenzione diretta col Comune	Operatori delle coop. o altri soggetti	Fondi regionali	Fondi comunali	Contribuz. utenza	Altre forme di finanziamento
Inserim. Lavorat. Soggetti svant.	SI	12	singola	04-giu		25.000,00			25.000,00
Contributi econom.	SI	12	singola			3.000,00			3.000,00
Aggregazione Sociale	SI	12	singola			18.500,00		5.500,00	24.000,00
Assistenza Domiciliare	SI	12	associata	Convenzione	2	28.500,00		1.500,00	30.000,00
Integrazione Sociale disabili	SI	/	singola			600,00			600,00
Accordo tossicodipendenze		12	associata			707,00			707,00
Accordo sovrac. Affid	SI	12	associata	Accordo di programma		400,00			400,00
Centro Gioco	SI	3	associata	Convenzione	2	4.500,00			4.500,00
P.O. Inser. Lavor. Soff. Mentali	SI	12	associata	Convenzione	2	3.000,00			3.000,00
Servizio Educativo						14.519,17			14.519,17
Gruppo Tecnico						376,74			376,74
Totale						99.102,91		7.000,00	106.102,91

Scheda 6/a - Comune di Narcao

Comune di Narcao									
Servizio	già attivo nel 2006	durata prevista (in mesi)	Forma di gestione	Risorse umane		Finanziamento			
				dipendenti e/o in convenzione diretta col Comune	Operatori delle coop. o altri soggetti	Fondi regionali	Fondi comunali	Contribuz. utenza	Altre forme di finanziamento
Animazione minori (+ colonia estiva)	si	12	Affidamento Coop. Soc.	no	si	36.000,00		1.000,00	37.000,00
Servizio Educativo Territoriale	si	12	Affidamento Coop. Soc.	no	si	20.000,00			20.000,00
Laboratorio giornalistico	no	12	Gestione diretta	si	no	4.000,00			prevedibili 4.000,00
Inserimento strut. (AIAS e RSA)	si	12	Gestione diretta	no	si	25.000,00		19.992,12	44.992,12
progetto sport per tutti	si	12	contrib. Ass. sportiva	no	no	800,00			800,00
Assistenza economica	si	12	Gestione diretta	no	no	19.364,88		si	19.364,88
P.O. Affido sovracomunale	si	12	Gestione associata	no	si	880,00			880,00
progetto handicap e informatica	si	12	Affidamento Coop. Soc.	no	si	5.000,00			5.000,00
Contributo alle Associazioni	si	12	Gestione diretta	no	no	4.000,00			4.000,00
Centro di Aggregaz. Sociale	si	12	Gestione diretta	si	no	6.726,65	si		6.726,65
Spese varie Ufficio servizi sociali	no	12	Gestione diretta	si	no	1.500,00			1.500,00

(segue)

Scheda 6/b - Comune di Narcao

Comune di Narcao									
Servizio	già attivo nel 2006	durata prevista (in mesi)	Forma di gestione	Risorse umane		Finanziamento			
				dipendenti e/o in convenzione diretta col Comune	Operatori delle coop. o altri soggetti	Fondi regionali	Fondi comunali	Contribuz. utenza	Altre forme di finanziamento
Adesione al Cesil	si	12	Gest. assoc. Cesil Santadi	no	si	0,00			Fondi P.O.R. 0,00
Accordo Program. Tossicodipendenze	si	12	Gestione associata	no	si	5.000,00			5.000,00
Informagiovani- Informacittadino	si	12	Affidamento Coop. Soc.	no	si	13.000,00			13.000,00
Servizio Sociale Professionale	si	12	Gestione diretta	si	no	19.273,35			19.273,35
P.O. Adolescenti	si	res.	Coop. Soc.	no	si		si		(P.O. 2004) 0,00
Centro di aggregaz. anziani	si	12	Affidamento Coop. Soc.	no	si	10.000,00			10.000,00
Centro Gioco	si	11	Affidamento Coop. Soc.	no	si	10.751,00			10.751,00
Inserimento lavor. persone svant.	si	12	Affidamento Coop. Tipo B	no	si	18.582,50			18.582,50
Finanziamento GTPlus 2006	si	12	Protocollo Intesa	no	no	802,72			802,72
Assistenza domiciliare integr.	si	12	Affidamento Coop. Soc.	no	si	39.333,50	si	4.000,00	43.333,50
Finanziamento GTPlus 2007	si	12		si	no	802,72			802,72
Totale						240.817,32		24.992,12	265.809,44

Scheda 7 - Comune di Nuxis

Comune di Nuxis									
Servizio	già attivo nel 2006	durata prevista (in mesi)	Forma di gestione	Risorse umane		Finanziamento			
				dipendenti e/o in convenzione diretta col Comune	Operatori delle coop. o altri soggetti	Fondi regionali	Fondi comunali	Contribuz. utenza	Altre forme di finanziamento
Assist. Domiciliare (gen. / mar.)	si	3	diretta		2	19.818,17		1.000,00	20.818,17
Assistenza economica	si	12	diretta			28.000,00			28.000,00
Colonia marina diurna	si	1	diretta			16.000,00		400,00	16.400,00
Servizio Soc. Prof.	si	12		1		26.000,00			26.000,00
Assistenza Domiciliare Integr.	no	9	associata		2	22.454,54			22.454,54
Totale						112.272,71		1.400,00	113.672,71

Scheda 8/a - Comune di Perdaxius

Comune di Perdaxius										
Servizio	già attivo nel 2006	durata prevista (in mesi)	Forma di gestione	Risorse umane		Finanziamento				Totale finanziamento
				dipendenti e/o in convenzione diretta col Comune	Operatori delle coop. o altri soggetti	Fondi regionali	Fondi comunali	Contribuz. utenza	Altre forme di finanziamento	
Trasfer Provincia Minori illegittimi	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	250,00				250,00
Colonia marina diurna Minori	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	10.000,00				10.000,00
Assistenza Educat. e Laboratori	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	6.600,00				6.600,00
Progetto centro gioco	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	5.752,10				5.752,10
Assist. Domic. Integrata	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	20.639,64				20.639,64
Progetto Anziani	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.		15.996,41			15.996,41
Inserimento in struttura	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	22.619,05				22.619,05
Assistenza alunni portatori handicap	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	8.450,00				8.450,00
Ass. Domic.inform. Port. handicap	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	1.000,00				1.000,00
Inser. In struttura soff. Psicologico	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	38.667,98				38.667,98
Assist. Economica Buoni Viveri	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	2.000,00				2.000,00

(segue)

Scheda 8/b - Comune di Perdaxius

Comune di Perdaxius									
Servizio	già attivo nel 2006	durata prevista (in mesi)	Forma di gestione	Risorse umane		Finanziamento			
				dipendenti e/o in convenzione diretta col Comune	Operatori delle coop. o altri soggetti	Fondi regionali	Fondi comunali	Contribuz. utenza	Altre forme di finanziamento
Assist. Economica	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	2.600,00			2.600,00
Contrib. economico	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	6.000,00	7.819,82		13.819,82
Inserim. lavorativo pers. svantaggiate	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	421,22			421,22
Gruppo Tecnico del PLUS	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	18.906,36			18.906,36
Servizi per persone svantaggiate	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.				
Totale						143.906,35	23.816,23		167.722,58

Scheda 9/a - Comune di Piscinas

Comune di Piscinas										
Servizio	già attivo nel 2006	durata prevista (in mesi)	Forma di gestione	Risorse umane		Finanziamento				Totale finanziamento
				dipendenti e/o in convenzione diretta col Comune	Operatori delle coop. o altri soggetti	Fondi regionali	Fondi comunali	Contribuz. utenza	Altre forme di finanziamento	
Assunz. Operat. Sociali	si	12	Diretta							25.147,56
Assistenza economica	si	12	Diretta							2.000,00
Iniziative anziani	si	12	Affidamento							2.000,00
Assistenza Domiciliare	si	12	Affidamento		X	X				7.500,00
Progetto "Nonno Vigile"	si	12	Diretta							3.000,00
Colonia	si	20 gg	Affidamento							4.500,00
Iniziative Minori	si		Affidamento							4.000,00
Laboratorio Musicale	si	12	Affidamento		X	X				5.000,00
Accordo di Progr. Tossicodipendenze	si	12	Associata							500,00
Volontariato	no		Diretta							1.000,00
S.E.T. e Ludoteca	no	12	Associata							10.502,38

(segue)

Scheda 9/b - Comune di Piscinas

Comune di Piscinas									
Servizio	già attivo nel 2006	durata prevista (in mesi)	Forma di gestione	Risorse umane		Finanziamento			
				operatori delle coop. o altri soggetti	col Comune dipendenti e/o in convenzione diretta	Fondi regionali	Fondi comunali	Contribuz. utenza	Altre forme di finanziamento
Centro Gioco	si	12	Associata			X			4.800,00
Quota ADP "Centri gioco del Sulcis"	si	12	Associata			X			289,00
Informagiovani	si	12	Associata						3.180,00
Quota gestione associata						X			16.712,56
Totale									90.131,50

Scheda 10/a - Comune di Portofino

Comune di Portofino									
Servizio	già attivo nel 2006	durata prevista (in mesi)	Forma di gestione	Risorse umane		Finanziamento			
				dipendenti e/o in convenzione diretta col Comune	Operatori delle coop. o altri soggetti	Fondi regionali	Fondi comunali	Contribuz. utenza	Altre forme di finanziamento
Servizio socio-educ. domiciliare			affidamento coop. Soc.	no	5	62.789,12			62.789,12
Centro aggregaz. sociale			affidamento coop. Soc.	no	4	57.500,00		5.500,00	63.000,00
Laboratori gioco / aggregaz. Minori			affidamento coop. Soc.	no	4	42.825,00		5.000,00	47.825,00
Centro gioco			affidamento coop. Soc.	no	2	17.200,00		1.200,00	18.400,00
Laboratori sofferenti psichici			affidamento coop. Soc.	no	3	48.420,00			48.420,00
Assistenza domiciliare			affidamento coop. Soc.	no	5	117.996,00		17.000,00	134.996,00
Progetto fasce deboli			affidamento coop. Soc.	no	4	36.680,00			36.680,00
Inserimenti anziani in Istituto				no		49.012,00		17.593,00	66.605,00
Legge 162/98			gest. diret. + cop. Soc.	no	4				0,00
Servizio civile volontario									0,00
Servizio Informagiovani			affidamento coop. Soc.	no	2	21.715,19			21.715,19
									(segue)

Scheda 10/b - Comune di Portoscuso

Comune di Portoscuso									
Servizio	già attivo nel 2006	durata prevista (in mesi)	Forma di gestione	Risorse umane		Finanziamento			
				di dipendenti e/o in convenzione diretta col Comune	operatori delle coop. o altri soggetti	Fondi regionali	Fondi comunali	Contribuz. utenza	Altre forme di finanziamento
Assistenza economica			gestione comunale	si	1	42.000,00			42.000,00
Servizio A.T.P. / aff. famil. / CESIL						11.280,00			11.280,00
Totale						507.417,31		46.293,00	553.710,31

Scheda 11/a - Comune di San Giovanni Suergiu

Comune di San Giovanni Suergiu									
Servizio	già attivo nel 2006	durata prevista (in mesi)	Forma di gestione	Risorse umane		Finanziamento			
				dipendenti e/o in convenzione diretta col Comune	Operatori delle coop. o altri soggetti	Fondi regionali	Fondi comunali	Contribuz. utenza	Altre forme di finanziamento
Ass. soc. ruolo			sing	1		29.000,00			29.000,00
Int. su disagio economico			sing			20.589,12			27.589,12
Serv. Soc. profess. Disagio econom.				1		12.410,88			12.410,88
Interventi in buoni spesa e servizi						2.000,00			3.755,20
Serv. Educat. Territ.			assoc	4		67.432,80			67.432,80
Contr. Ass. Volont.			sing			3.000,00			3.000,00
P.O. Anziani			sing	3		32.782,08			32.782,08
CeSIL			assoc			1.830,00			1.830,00
Centro Gioco			assoc			3.000,00			3.000,00
Progetto Affidò			assoc			1.584,00			1.584,00
Accordo T.D.			assoc			3.046,00			3.046,00

(segue)

Scheda 11/b - Comune di San Giovanni Suergiu

Comune di San Giovanni Suergiu									
Servizio	già attivo nel 2006	durata prevista (in mesi)	Forma di gestione	Risorse umane		Finanziamento			
				operatori delle coop. o altri soggetti	dipendenti e/o in convenzione diretta col Comune	Fondi regionali	Fondi comunali	Contribuz. utenza	Altre forme di finanziamento
Operatori di strada			assoc			5.482,80			5.482,80
Inserim. Anz. Strutt.			sing			36.894,79		26.327,33	63.222,12
Ins. Disab. Ment.			sing			10.173,00		20.966,17	61.139,17
Affidamento Minori			assoc			24.000,00			24.000,00
Com. Alloggio Minori			assoc			13.505,00			13.505,00
Attività educative / agreg. Minori			sing			20.555,70			20.555,70
Assistenza Domiciliare			plus			84.510,94		15.000,00	99.510,94
Ins. Lav. Soff. Psych.									14.684,25
Ed. Soff. Psic.			assoc	1		3.878,40			3.878,40
supporto amministr. progetti						16.118,40			16.118,40
Attività cultura mare						3.500,00			3.500,00

(segue)

Scheda 11/c - Comune di San Giovanni Suergiu

Comune di San Giovanni Suergiu									
Servizio	già attivo nel 2006	durata prevista (in mesi)	Forma di gestione	Risorse umane		Finanziamento			
				dipendenti e/o in convenzione diretta col Comune	Operatori delle coop. o altri soggetti	Fondi regionali	Fondi comunali	Contribuz. utenza	Altre forme di finanziamento
Interventi alunni famiglie disagiate						12.000,00			12.000,00
Laboratorio Teatrale						2.000,00			2.000,00
Totale						409.293,91		62.293,50	53.439,45
									525.026,86

Scheda 12 - Comune di Santadi

Comune di Santadi									
Servizio	già attivo nel 2006	durata prevista (in mesi)	Forma di gestione	Risorse umane		Finanziamento			
				dipendenti e/o in convenzione diretta col Comune	Operatori delle coop. o altri soggetti	Fondi regionali	Fondi comunali	Contribuz. utenza	Altre forme di finanziamento
Figure Profession.	si	12	Diretta	4		25.048,00	42.169,01		67.217,01
Assistenza Economica	si	12	Diretta	4		21.000,00			21.000,00
Accordo Program. Tossicodipendenze	si	12	Indiretta			1.900,00			1.900,00
Assist. Domiciliare e Servizi Tutelari	si	12	Indiretta	4	4	57.089,67		8.263,00	65.352,67
Struttura "Casa per l'Anziano"	si	12	Indiretta	2	15	15.000,00	50.000,00	180.000,00	245.000,00
Soggiorno Minori	si	1	Indiretta	6	4	6.870,00		2.580,00	9.450,00
Inserimento Minore in strut. educativa	si	12		4		14.000,00			14.000,00
Servizio Centro Gioco	si	11	Indiretta	4	2	8.000,00			8.000,00
Servizio Ass. Educat.	si	12	Indiretta	4	5	18.000,00			18.000,00
Centro Socio-cult.	si	12		2		6.000,00			6.000,00
Servizio Informag.	si	12	Indiretta	4	3	6.187,88			6.187,88
G.T. PLUS	si					901,79			901,79
Totale						179.997,34	92.169,01	190.843,00	463.009,35

Scheda 13/a - Comune di Sant'Anna Arresi

Comune di Sant'Anna Arresi										
Servizio	già attivo nel 2006	durata prevista (in mesi)	Forma di gestione	Risorse umane		Finanziamento				Totale finanziamento
				dipendenti e/o in convenzione diretta col Comune	Operatori delle coop. o altri soggetti	Fondi regionali	Fondi comunali	Contribuz. utenza	Altre forme di finanziamento	
Assistenza economica	si	12	diretta	1		3.000,00				3.000,00
Attività aggregaz. popolaz. gen.	si	12	diretta	1		6.000,00				6.000,00
Centro Gioco	si	9	accordo di programma	1	2	3.550,00		450,00		4.000,00
Ludoteca (più spiaggia day)	si	12	indiretta	1	2	15.000,00				15.000,00
Servizio Educativo Territoriale	si	11	indiretta	3	3	23.532,00				23.532,00
Informagiovani- Informacittadino	si	12	indiretta		2	16.000,00				16.000,00
pulizie locali comunali	si	12	indiretta		1		20.168,80			20.168,80
inserimenti lavorat. soggetti svantag.	no	3	diretta	1		6.000,00				6.000,00
CeSIL	si	12	assoc. con altri Comuni		1				(P.O.R.)	0,00
Assistenza domiciliare	si	12	Accordo Program.	1	2	30.500,00		4.500,00		35.000,00
Rette strutture residenziali	si	12	indiretta			816,53		20.950,34		21.766,87

(segue)

Scheda 13/b - Comune di Sant'Anna Arresi

Comune di Sant'Anna Arresi									
Servizio	già attivo nel 2006	durata prevista (in mesi)	Forma di gestione	Risorse umane		Finanziamento			
				dipendenti e/o in convenzione diretta col Comune	Operatori delle coop. o altri soggetti	Fondi regionali	Fondi comunali	Contribuz. utenza	Altre forme di finanziamento
Soggiorno climatico	si	7 g.	convenz. Ass. volont.			6.000,00			6.000,00
assistenza scolastica	si	9	indiretta	1	2	35.000,00			35.000,00
Contrib. Associaz. Volontari socc.	si	12	indiretta			2.000,00			2.000,00
Rette	si	12	indiretta						24.506,10
Trasporto	si	12	indiretta						7.829,46
Piani personalizzati L. 162/98				1	3				54.320,00
Accordo Program. Tossicodipendenze	si	2	accordo di programma	1	3	1.345,90			1.345,90
Sussidi Soff. Mentali	si	12	diretta	1					18.316,72
Sussidi Nefropatici									38.569,15
Sussidi Talassemici									32.716,53
Sussidi emigrati. di ritorno									6.500,00
Totale finanziamento									6.500,00

(segue)

Scheda 13/c - Comune di Sant'Anna Arresi

Comune di Sant'Anna Arresi									
Servizio	già attivo nel 2006	durata prevista (in mesi)	Forma di gestione	Risorse umane		Finanziamento			
				dipendenti e/o in convenzione diretta col Comune	Operatori delle coop. o altri soggetti	Fondi regionali	Fondi comunali	Contribuz. utenza	Altre forme di finanziamento
Pedagogiste	si	12	diretta	2		18.960,00			18.960,00
Finanziamento GTP di PLUS	si		indiretta			635,63			635,63
Totale						168.340,06	20.168,80	25.900,34	182.757,96
									397.167,16

Scheda 14/a - Comune di Sant'Antioco

Comune di Sant'Antioco									
Servizio	già attivo nel 2006	durata prevista (in mesi)	Forma di gestione	Risorse umane		Finanziamento			
				operatori delle coop. o altri soggetti	operatori delle coop. o altri soggetti	Fondi regionali	Fondi comunali	Contribuz. utenza	Altre forme di finanziamento
Assistenza Domiciliare	si	36	indiretta	1	6		434.356,77	150.000,00	584.356,77
Casa Protetta	no	36	indiretta	1	14	72.000,00	575.238,00	525.253,77	1.172.491,77
Gest. Cucina Casa Protetta	no	36	indiretta	1	2		230.738,40		230.738,40
Telesoccorso	si	12	indiretta	1	2		5.000,00		5.000,00
Ass. Vol. AUSER "Nonni Vigili"	si	12	indiretta	1	20				0,00
Assoc. Volontar. Terza Età	si	12	indiretta	1	20		500,00		500,00
Iniziative Socio-cult. Tempo libero	si	12	indiretta	1	100		6.000,00		6.000,00
Affidamento familiare anziani	si	12	indiretta	2	1		5.400,00		5.400,00
Piani pers. hand. grave (L. 162/98)	si	12	indiretta	3					63.000,00
Elimin. Barriere architett. (L. 13/89)	si	12	indiretta	2		14.700,00			14.700,00
Convegni inform. e di prevenz.	si	12	diretta	3	10		5.000,00		5.000,00
Totale finanziamento									

(segue)

Scheda 14/b - Comune di Sant'Antioco

Comune di Sant'Antioco									
Servizio	già attivo nel 2006	durata prevista (in mesi)	Forma di gestione	Risorse umane		Finanziamento			
				dipendenti e/o in convenzione diretta col Comune	Operatori delle coop. o altri soggetti	Fondi regionali	Fondi comunali	Contribuz. utenza	Altre forme di finanziamento
Assistenza economica	si	12	diretta	3			15.000,00		15.000,00
Forn. gen. prima neces. Indigenti	si	12	indiretta	2	2		15.000,00		15.000,00
Fondo sostegno abitativo (L. 431/98)	si	12	diretta	3					61.986,58
Progetto Micro Nido	no	12	indiretta	1	7	100.624,00	25.156,00	15.000,00	140.780,00
Serv. Educ. Ricreat. Infanzia	si	12	indiretta	2	4	37.540,00	17.460,00		55.000,00
Progetto sovrac. Centro Gioco	si	12	diretta	1	4		3.997,00		3.997,00
Serv. Educ. Territoriale	si	12	indiretta	2	5		100.000,00		100.000,00
Serv. Sovrac. Affid. Familiare	si	12	diretta	2	3		3.075,80		3.075,80
Totale						224.864,00	1.441.921,97	690.253,77	124.986,58
									2.482.026,32

Scheda 15 - Comune di Tratalias

Comune di Tratalias									
Servizio	già attivo nel 2006	durata prevista (in mesi)	Forma di gestione	Risorse umane		Finanziamento			
				di dipendenti e/o in convenzione diretta col Comune	Operatori delle coop. o altri soggetti	Fondi regionali	Fondi comunali	Contribuz. utenza	Altre forme di finanziamento
Trasf. Provincia Minori illegittimi	si		diretta			200,00			200,00
Serv. Assist. Educ. Minori / Ludoteca	si	12	indiretta		5	35.386,90	19.613,10		55.000,00
Centro Gioco	si	12	indiretta		2	5.361,00			5.361,00
Contributi alle Famiglie Affidatarie	si		diretta			11.000,00			11.000,00
Assist. Domiciliare	si	12	indiretta		3	29.970,00		10.000,00	39.970,00
Soggiorno Climatico Anziani	si	7 g.	diretta			3.500,00		6.957,00	10.457,00
Assist. Economica	si	12	diretta			2.500,00			2.500,00
Consulenza Socio-Assistenziale	si	12	diretta	1		25.386,80			25.386,80
Inserim. Lavor. persone svantag.	no	12	indiretta		si	16.847,66			16.847,66
G.T. di PLUS	si		diretta			453,24			453,24
Quota Accordo di Programma TD	si		diretta			561,00			561,00
P.O. Sovrac. Affid. Familiare	si		diretta			291,88			291,88
Totale						131.458,48	19.613,10	16.957,00	168.028,58

Scheda 16 - Comune di Villaperuccio

Comune di Villaperuccio										
Servizio	già attivo nel 2006	durata prevista (in mesi)	Forma di gestione	Risorse umane		Fondi regionali	Fondi comunali	Contribuz. utenza	Altre forme di finanziamento	Totale finanziamento
				dipendenti e/o in convenzione diretta col Comune	Operatori delle coop. o altri soggetti					
Colonia Marina Diurna Minori	si	1	Affidamento Coop. Soc.	no	3	6.000,00		850,00		6.850,00
Servizio sociale Professionale	si	12	Diretta	1	no	20.286,84	si			20.286,84
Assistenza Economica	si	12	Diretta	no	no	3.105,78				3.105,78
Inserimento soc. / lav. sogg. vantag.	si	6	Affidamento Coop tipo B	no	si	8.000,00				8.000,00
Soggiorno Climatico Anziani	si	7 g.	Diretta	no	no	6.000,00		20.000,00		26.000,00
Assistenza Domiciliare Anziani	si	3	Affidamento Coop. Soc.	no	si	6.952,00		3.000,00		9.952,00
Servizio Educativo Minori e Adolesc.	si	10	Affidamento Coop. Soc.	no	si	5.000,00				5.000,00
Informagiovani Informacittadino	no	12	Affidamento Coop. Soc.	no	si	2.453,00				2.453,00
Adesione al CeSIL	si	12	Gest. Assoc. CeSIL Santadi	no	si				Fondi P.O.R.	0,00
Centro Gioco Accordo di Progr.	si	12	Affidamento Coop. Soc.	no	si	547,00				547,00
Totale						58.344,62		23.850,00		82.194,62

Scheda 17 - Tabella riassuntiva finanziamenti Distretto di Carbonia

Distretto Socio-Sanitario di Carbonia					
Comuni	Finanziamento				Totale finanziamento
	Fondi regionali	Fondi comunali	Contribuz. utenza	Altre forme di finanziamento	
Calasetta	253.574,00		73.000,00		326.574,00
Carbonia	2.240.082,31	675.244,22	411.802,15	2.453.878,67	5.781.007,35
Carloforte	385.450,24	29.514,50	31.187,43	193.853,25	640.005,42
Giba	130.143,02		24.600,00		154.743,02
Masainas	99.102,91		7.000,00		106.102,91
Narcao	240.817,32		24.992,12		265.809,44
Nuxis	112.272,71		1.400,00		113.672,71
Perdaxius	143.906,35	23.816,23			167.722,58
Piscinas					90.131,50
Portoscuso	507.417,31		46.293,00		553.710,31
San Giovanni Suergiu	409.293,91		62.293,50	53.439,45	525.026,86
Santadi	179.997,34	92.169,01	190.843,00		463.009,35
Sant'Anna Arresi	168.340,06	20.168,80	25.900,34	182.757,96	397.167,16
Sant'Antioco	224.864,00	1.441.921,97	690.253,77	124.986,58	2.482.026,32
Tratalias	131.458,48	19.613,10	16.957,00		168.028,58
Villaperuccio	58.344,62		23.850,00		82.194,62
Totale	5.285.064,58	2.302.447,83	1.630.372,31	3.008.915,91	12.316.932,13



5. La gestione associata dei Servizi: il Servizio scelto, le ipotesi organizzative

5.1. L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Proposta di un Progetto congiunto per erogazione di interventi integrati, su persone con bisogni socio-sanitari che siano assistibili a domicilio, con limitazioni permanenti o temporanee, da parte della ASL, dei Servizi Sociali Comunale, del privato sociale.

In quest'ottica si è reso necessario effettuare in tutti i Comuni una ulteriore rilevazione di dati per individuare vincoli e opportunità per la sua realizzazione, indagine che ha consentito di acquisire informazioni necessarie per la progettazione del Servizio.

➤ Le condizioni di partenza

La popolazione residente nel Distretto di Carbonia è (anno 2005) di 82.614 persone, di cui la percentuale della popolazione anziana rappresenta il 17,9%, le punte massime si trovano nei Comuni di Carloforte con il 22,7%, minima nel Comune di Portoscuso con il 14,7%.

Il servizio di Assistenza Domiciliare è presente in tutti i Comuni del Distretto, è diretto alla popolazione che per non autosufficienza e/o momentanea impossibilità (famiglie, adulti, anziani, disabili, sofferenti mentali) necessitano di un aiuto personale e di cura dell'ambiente domestico, di prestazioni rivolte in generale a mantenere le persone nel proprio contesto familiare e sociale, evitando così il ricorso all'Istituzionalizzazione.

Il servizio viene erogato prevalentemente a domicilio, anche se sono previste prestazioni di segretariato sociale e accompagnamento.

I dati forniti dai Comuni, indicano 329 persone inserite nel servizio, pari ad una media dell'2,2% della popolazione >64 presente nel Distretto. L'utenza maggiore è rappresentata dalla popolazione anziana, 270 utenti, seguita da 29 disabili, 16 sofferenti mentali, 13 adulti e un minore. Sono 39, in 11 Comuni, i disabili inseriti nei Piani Personalizzati L. 162/98 che usufruiscono del servizio di assistenza domiciliare.

In 2 Comuni, Giba e Perdaxius, non è stato possibile soddisfare 3 domande di inserimento per mancanza di fondi. Quattro, in 3 Comuni, le domande insoddisfatte di disabili che hanno chiesto l'inserimento presentando dei Piani Personalizzati che non sono stati finanziati.

I tempi di inserimento nel servizio sono di 24 ore in 6 Comuni, di 48 negli altri 10. In un Comune c'è una lista d'attesa di 21 gg.

Utenti	n°
Anziani	270
Adulti	13
Disabili	29
Disabili con L.162	39
Sofferenti mentali	16
Altro	1

Sono state verificate le prestazioni effettivamente erogate nei vari Comuni che, in ordine di utilizzo riguardano i seguenti servizi:

- ◆ l'igiene alla persona, prestazione minima garantita presente in tutti i Comuni
- ◆ l'igiene ambientale
- ◆ la preparazione pasti e la somministrazione e
- ◆ l'accompagnamento dal Medico di Base o presso presidi sanitari per visite specialistiche e l'accompagnamento in uffici pubblici per disbrigo di pratiche (ritiro pensione)
- ◆ la socializzazione e il sostegno
- ◆ il segretariato sociale
- ◆ l'igiene degli indumenti a domicilio.

Gli operatori di un Comune curano la somministrazione di farmaci

Prestazioni erogate	
Igiene personale	16
Igiene ambientale	14
Lavanderia	5
Preparazione pasti	13
Somministrazione pasti	8
Segretariato sociale	6
Socializz. e sostegno	7
Accomp. Medico o uff.	11
Altro	3

I Comuni che offrono il maggior numero di prestazioni, almeno 6, sono: Calasetta, Carloforte, Giba, Perdaxius, Piscinas, Portoscuso, San Giovanni Suergiu, Sant'Antioco e Villaperuccio. I Comuni che limitano l'assistenza alla sola igiene personale e dell'ambiente sono Sant'Anna Arresi e Tratalias.

Prestazioni in appalto	
Igiene personale	16
Igiene ambientale	15
Lavanderia	6
Preparazione pasti	14
Somministrazione pasti	9
Accomp. Medico o uff.	13
Socializz. e sostegno	11
Altro	4

Le prestazioni erogare corrispondono con quelle presenti nel capitolato d'appalto del servizio.

Una lettura accurata di questi dati da parte degli operatori sociali, che conoscono bene il territorio, consentirà loro di capire a cosa sono dovute queste variazioni e di progettare con maggior cognizione di causa per il futuro, in base ai bisogni del territorio e non più solo in base a quelli del singolo Comune. Le prestazioni che possono essere erogate con l'assistenza domiciliare sono molteplici e attualmente variano da Comune a Comune, c'è chi riesce a garantire solo l'igiene personale e chi può dare un sostegno più ampio e diversificato.

Le qualifiche, indicate nella convenzione, degli operatori utilizzati per il servizio sono quelle di Ausiliari e Assistenti Domiciliari Servizi Tutelari in 10 Comuni (in 8 sono presenti entrambe le figure), di Assistente geriatrico in 4. Altre figure presenti in singoli Comuni sono: un'assistente sociale con ruolo di coordimatrice, un assistente per disabili e uno psicologo.

Non esiste un rapporto di collaborazione codificato con il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata. Gli operatori di 5 Comuni (Carbonia, Carloforte, Portoscuso, S.G. Suergiu, Santadi) cercano di coordinare gli orari di intervento in modo informale con gli operatori ASL quando vengono a sapere della loro presenza; si tratta di accordi estemporanei e informali.

Tutti i Comuni del Distretto hanno appaltato il servizio ad una cooperativa sociale.

I dati economici contengono la spesa complessiva che è di € 1.166.996,75 per le sole prestazioni sociali, con una media per utente di € 3.412, supera i 4.000 euro nei Comuni di Calasetta, San Giovanni Suergiu e Sant'Anna Arresi. Il costo procapite maggiore è quello di Masainas, oltre 6.000 euro, quello più basso, al di sotto dei 2.000 euro, Piscinas e Villaperuccio. Il costo maggiore in alcuni Comuni non è sempre legato alla molteplicità di prestazioni erogate. È prevista una compartecipazione economica da parte dell'utente che, a volte, è motivo di (auto) esclusione dal servizio. L'assistenza domiciliare ai disabili inseriti nei Piani Personalizzati ha un costo di euro 150.509,88 e viene finanziata con i fondi della L. 162/98 che variano di anno in anno.

Il costo orario della prestazione dei singoli operatori varia in maniera significativa da un

Comune	Dati appalto
Calasetta	€ 44.000,00
Carbonia	€ 295.200,00
Carloforte	€ 93.556,32
Giba	€ 24.398,97
Masainas	€ 37.194,00
Narcao	€ 29.000,00
Nuxis	€ 37.500,00
Perdaxius	€ 28.830,00
Piscinas	€ 13.942,11
Portoscuso	€ 101.937,60
S.G. Suergiu	€ 94.000,00
Santadi	€ 58.263,00
S.A. Arresi	€ 70.000,00
S. Antioco	€ 194.786,59
Tratalias	€ 25.000,00
Villaperuccio	€ 19.388,16
	€ 1.166.996,75

Comune all'altro in presenza della stessa qualifica, in un caso con la differenza supera i 2 euro.

Per poter stabilire quando bandire una gara d'appalto unica per tutti i Comuni del Distretto, è stata verificata la data di scadenza dei singoli appalti attualmente in essere. La scadenza prevista è entro la fine del 2006 in 7 Comuni (Calasetta, Giba, Masainas, Perdaxius, Portoscuso, S.Antioco, Villaperuccio), entro metà 2007 in 5 Comuni (Nuxis, Santadi, Carloforte, Carbonia e Sant'Anna Arresi), entro fine 2007 in 3 Comuni (San Giovanni Suergiu, Piscinas, Tratalias), entro metà 2008 a Narcao.

Il Regolamento di Servizio è presente in 3 soli Comuni su 16.

La ASL, gestisce un suo servizio di assistenza domiciliare che è articolato in 3 differenti tipologie:

- ◆ assistenza domiciliare programmata erogata a pazienti che per la loro età, il tipo di patologia, non sono in grado di recarsi allo studio medico del proprio curante, ma necessitano di controlli periodici al proprio domicilio
- ◆ assistenza domiciliare infermieristica e assistenza domiciliare integrata che si rivolge a persone di tutte le età che siano totalmente o parzialmente non autosufficienti in modo temporaneo o protratto e affette da patologie subacute o croniche (272 nel corso del 2005).
- ◆ assistenza domiciliare semplice, in riferimento a prestazioni/ interventi a bassa intensità assistenziale e di A. D. complessa in riferimento a prestazioni a medio e alta intensità assistenziale per prestazioni erogate a favore di persone non autosufficienti o affette da patologie gravi (patologie oncologiche, neurologiche, ortopediche degli anziani, ecc.) secondo un piano assistenziale personalizzato elaborato da un' équipe multidisciplinare.

➤ Obiettivi Programmati:

↳ Rispetto della Programmazione sociale

Nel rispetto della LR 23/2005 e delle scelte effettuate in sede di conferenza di servizio del Distretto socio-Sanitario di Carbonia.

↳ Integrazione socio-sanitaria

Questo Progetto è indirizzato ad Integrare i modelli gestionali e operativi dell'assistenza domiciliare, al fine di ottenere un vero intervento integrato, tra Comuni e ASL, a partire dalle situazioni di maggiore complessità assistenziale, in un sistema in linea con i nuovi modelli organizzativi del Distretto socio-sanitario, coerentemente alle linee guida dei PUA, al sistema di valutazione delle UVT, al nuovo modello locale dei servizi territoriali del PLUS Distrettuale.

↳ Favorire e promuovere la gestione associata dei servizi

Garantire interventi integrati ed erogati in forma associata tra gli attori presenti nel Distretto Socio-Sanitario, nell'area di intervento delle Cure Domiciliari, con il coinvolgimento dei servizi sociali dei singoli Comuni e dell'Azienda Usl 7.

↳ **Promuovere attività di co-progettazione e co-gestione degli interventi**

Attraverso la produzione di strumenti di intervento come protocolli d'intesa, regolamenti, convenzioni, che siano condivisi tra le parti.

➤ **Significato dell'intervento specifico:**

- ◆ integrazione dell'intervento socio-sanitario, attraverso la condivisione di strumenti di programmazione condivisi (Convenzione, Protocollo);
- ◆ rispondere ai bisogni di assistenza socio – sanitaria che possono essere soddisfatti a domicilio;
- ◆ favorire il mantenimento delle persone al proprio domicilio ed evitare tutte le forme di ricovero e internalizzazione impropria;
- ◆ essere piena alternativa alle condizioni della residenzialità e del ricovero, diventando uno dei nodi della rete assistenziale disponibili nel territorio;
- ◆ fornire un servizio flessibile , rispetto alle esigenze dei destinatari;
- ◆ qualificare il contributo del privato sociale;
- ◆ definire modelli di presa in carico e di risposta unitaria ai bisogni;
- ◆ sviluppare interventi attivi da parte delle famiglie e delle persone nella rete di intervento.

➤ **Gli Interventi: Proposta Progettuale**

✓ **Area**

Popolazione in situazione di non autosufficienza (momentanea o permanente), o di "fragilità" socio-assistenziale.

✓ **Destinatari**

- Anziani
- Adulti non autosufficienti o in difficoltà (fragilità socio- assistenziale)
- Disabili (con o senza Progetti Personalizzati L. 162/98)
- Sofferenti Mentali
- Altri (famiglie)

✓ **Numero destinatari**

Ipotesi differenziata per anni, calcolata sulla base dello storico e delle indicazioni date dai Comuni e dall'attività dell'Azienda ASL.

✓ **Tempi di realizzazione**

↳ **Anno 2007:** attivazione Gruppo di lavoro (costituito dagli operatori sociali dei Comuni, da uno o più operatori della Provincia di Carbonia-Iglesias, da uno o più operatori dell'assistenza domiciliare integrata della ASL e da un amministrativo con competenze in materia di appalti e contratti), per la verifica dell'esistente, la progettazione e definizione di procedure e criteri omogenei (regolamento del servizio) e per l'individuazione delle modalità di affidamento della gestione associata. Nel corso di quest'anno la sperimentazione dell'intervento è prioritariamente indirizzata ad integrare i modelli gestionali e operativi dell'Assistenza domiciliare dei Comuni con gli interventi della ASL. I Comuni che hanno i contratti di appalti in scadenza alla fine del 2006 o nel corso del 2007 possono indire autonomamente nuova gara d'appalto (o prorogare i contratti in essere) per un periodo che non vada oltre il 31 dicembre 2007, termine entro il quale si prevede di poter procedere all'avvio della gestione in forma associata.

↳ **Anno 2008:** Avvio della gestione associata in tutti i Comuni del Distretto.

↳ **Anno 2009:** funzionamento a regime con tutti i Comuni del Distretto.

✓ **Obiettivi:**

- creare un modello socio-assistenziale condiviso tra gli operatori del Distretto;
- integrare il servizio con le prestazioni ASL (ADI);
- creare rete tra gli operatori socio assistenziali e gli operatori sanitari;
- creare rete nella cittadinanza (singola persone: familiari, vicini di casa, altri);
- coinvolgere le associazioni dei volontari.

✓ **Finalità**

Migliorare il servizio offerto mantenendo o riportando (da ospedale o ricovero) la persona nel suo ambiente e nell'ambito familiare.

✓ **Accesso al servizio**

Organizzazione del percorso:

l'accesso deve essere garantito in qualsiasi nodo della rete "allargata". La domanda di valutazione può essere presentata al Medico di Medicina Generale, al Servizio Sociale del Comune, al Distretto Socio-Sanitario o, progressivamente, all'ufficio dimissioni protette dei presidi ospedalieri al Dipartimento per le Dipendenze, al Dipartimento di Salute Mentale, ma preferibilmente al Punto Unico di accoglienza

del Distretto o ai Servizi Sociali comunali. I servizi sociali e i Medici di Medicina Generale, ricevuta la segnalazione dal Distretto, provvederanno a contattare l'utente per raccogliere gli elementi necessari per la valutazione. Il sistema dovrà integrarsi con le modalità previste per la presa in carico, attraverso il PUA (Punto Unico di Accesso) e la valutazione Distrettuale delle UVT (Unità di Valutazione Territoriale).

✓ **Risorse (personale):**

Assistente sociale responsabile di Distretto, Amministrativo, Operatori Socio Sanitari, Equipe socio sanitaria delle cure domiciliari (Medico Distretto, Ass. Sociale Distretto, Coord. infermieristico, Medico curante del paziente), Team di progettazione(gruppo di lavoro con le assistenti sociali dei Comuni e gli operatori dell'assistenza domiciliare dell'ASL) che con la responsabilità del Distretto collaborino alla creazione del modello, e del regolamento condiviso.

✓ **Strutture**

L'equipe multidisciplinare integrata dovrebbe agire ed operare in un luogo unico in cui i diversi operatori svolgono la loro attività (ASL + Comuni)

✓ **Modello organizzativo**

Elaborare procedure che consentano la gestione del servizio in forma associata:

- Modello di accesso condiviso
- Sistema di valutazione del caso
- Procedure di presa in carico
- Procedure di condivisione dell'informazione
- Condivisione della presa in carico tra Comuni e ASL
- Strumenti di monitoraggio e valutazione

Predisposizione appalto per la gestione congiunta del servizio.

✓ **Costo Progetto**

	Anno 2007	Anno 2008	
Quote dei Comuni	€ 1.048.603,17	€	€
Quote ASL 7	€	€	€
Quote Provincia	€ 9.410,27	€	€
TOTALE	€	€	€

✓ **Modalità gestionale (gestione associata)**

Vengono gestite attraverso l'unità di valutazione gli interventi che richiedono una azione integrata di prestazioni sociali e sanitarie. Gli interventi di carattere prettamente sociale per soggetti che non necessitano di cure sanitarie mirate sono organizzati dal servizio sociale comunale.

La costituzione di una unità di valutazione distrettuale richiede che le attività svolte dai servizi sociali comunali siano organizzate e gestite con criteri e strumenti omogenei. Questi possono essere assicurati solo da una gestione distrettuale degli stessi costruita attraverso appositi strumenti gestionali e amministrativi. Una impostazione territoriale dell'intervento comporta la presenza di un interlocutore unico di privato sociale con cui organizzare un'erogazione omogenea delle prestazioni.

✓ **Tempi**

Processo a tappe che nella prima fase l'intervento riguarda i cittadini residenti nel Distretto in situazione di maggiore Fragilità e complessità assistenziale.

✓ **Risultati attesi:**

- tutela delle condizioni di "fragilità", nel proprio ambiente di vita e conseguente riduzione del ricorso al ricovero ospedaliero e in ambienti internati;
- maggiore efficacia nelle iniziative di prevenzione al fine di evitare ogni forma di emarginazione sociale;
- attivazione di una rete di intervento socio – assistenziale che favorisca, anche in condizioni di ridotta autosufficienza, il mantenimento e il proseguimento del permanere al proprio domicilio o nel proprio ambiente di vita (qualità di vita);
- collaborazione progettuale tra sanitario e sociale ed, in particolare, con il privato sociale;
- collaborazione articolata con le famiglie;
- riduzione dei ricoveri impropri e della spesa socio-sanitaria.

✓ **Gli strumenti dell'integrazione:**

- Protocollo d'intesa;
- Regolamento dell'assistenza domiciliare;
- Accordo di Programma o Convenzione.

5.2. Accordo di Programma

ACCORDO DI PROGRAMMA RELATIVO AL PIANO LOCALE UNITARIO DEI SERVIZI ALLA PERSONA PER L'AMBITO

DISTRETTO SANITARIO DI CARBONIA

TRIENNIO 2007-2009

Premesso che:

- la legge 8 novembre 2000, n. 328 (*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*) all'articolo 19 individua il Piano di Zona quale strumento fondamentale per la realizzazione del sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali;
- la legge regionale 23 dicembre 2005, n. 23 (*Sistema integrato dei servizi alla persona. Abrogazione della legge regionale n. 4 del 1998. Riordino delle funzioni socio-assistenziali*.) all'articolo 20 individua nel Piano Locale Unitario di Servizi (PLUS) lo strumento di programmazione locale del sistema integrato dei servizi alla persona;
- l'articolo 15, comma 2, della già citata legge regionale 23 dicembre 2005, n. 23 prevede che la Regione emani apposite linee guida per la predisposizione dei PLUS;
- la Giunta Regionale, con determinazione n. 23/30 del 30 maggio 2006 ha emanato le Linee guida per la predisposizione dei PLUS;
- ai sensi dell'articolo 2 delle citate Linee guida, la Provincia di Carbonia Iglesias, d'intesa con l'Azienda sanitaria locale n° 7 e con i Comuni del Distretto SANitario, ha indetto in data 16/6/2006 e aggiornata in data 26/6/2006, la conferenza di servizi, che ha provveduto a definire l'assetto organizzativo, la composizione, gli ambiti di attività e le modalità di finanziamento del Gruppo tecnico di Plus (GtP);
- la Provincia di Carbonia Iglesias, ai sensi dell'articolo 21 della già citata legge regionale 23 dicembre 2005, n. 23, ha indetto in data 24 luglio '06 la conferenza di programmazione, d'intesa con l'Azienda sanitaria locale n° 7 e con i Comuni del Distretto SANitario, e che, contestualmente, è stato dato avviso pubblico per invitare alla partecipazione i soggetti pubblici e privati attivi nel territorio di ambito;
- nella citata conferenza di programmazione, partendo dall'analisi e dalla discussione del *profilo d'ambito* predisposto dal gruppo tecnico di piano, sono state individuate le aree tematiche rilevanti per la corretta programmazione dei servizi alla persona per il triennio 2007-2009:

1. MINORI/GIOVANI E FAMIGLIA;

2. DISAGIO ADULTO E IMMIGRAZIONE;

3. SOFFERENTI PSICHICI E DISABILI;

4. ANZIANI;

aree tematiche per le quali la conferenza di programmazione ha ritenuto di dovere attivare specifici momenti di approfondimento e di analisi;

- in linea con le indicazioni della conferenza di programmazione, il processo di elaborazione del PLUS 2007-2009 per il Distretto Sanitario di CARBONIA si è sviluppato attraverso l'attivazione di 4 tavoli tematici, i quali hanno dato un contributo fondamentale sia in termini di individuazione dei bisogni, che nella definizione delle priorità e messa a punto dei programmi di intervento.

Considerato che

- questa metodologia di lavoro, costantemente monitorata dalla conferenza di programmazione, ha consentito di procedere in piena coerenza con la filosofia di fondo della legge 23/2005, avviando un processo di pianificazione dei servizi alla persona basato sulla progressiva integrazione degli interventi e sulla razionalizzazione ed ottimizzazione delle risorse complessivamente disponibili sul territorio;
- il processo di messa a punto del PLUS 2007-2009 per l'ambito di programmazione Distretto Sanitario di CARBONIA si è concluso in data 29 novembre '06 con l'approvazione del piano da parte della conferenza di servizi;

**Tutto ciò premesso e richiamato, le parti di
seguito rappresentate convengono quanto segue:**

Art. 1 - Oggetto

La premessa e gli allegati (testo integrale del PLUS 2007-2009 per il Distretto Sanitario di CARBONIA) costituiscono parte integrante e sostanziale del presente accordo di programma.

Art. 2 - Finalità

Il PLUS ha come finalità di fondo la promozione del libero sviluppo della persona e del suo diritto di cittadinanza, che devono realizzarsi attraverso la sua piena partecipazione sociale, culturale, politica ed economica alla vita della comunità locale.

Art. 3 - Impegni delle parti

L'attuazione del presente accordo avviene ad opera dei singoli soggetti contraenti che si impegnano ad operare in modo condiviso e corresponsabile - secondo le rispettive competenze e con le modalità concordate - , per il raggiungimento degli obiettivi e l'attuazione dei progetti previsti nel PLUS.

Art. 4 - Intervento di altri soggetti

Possono concorrere alla realizzazione delle iniziative definite dal PLUS anche altri soggetti - diversi dai firmatari del presente accordo di programma - ai quali i contraenti riconoscono la facoltà di sottoscrivere appositi contratti di programma nei quali siano definiti i compiti e le condizioni della partecipazione.

Art. 5 - Risorse economiche del PLUS

Le risorse economiche attivate dal PLUS sono dettagliatamente indicate nell'apposita sezione del medesimo piano, alla quale si rinvia. In linea con quanto disposto dall'articolo 21, comma 3, della legge regionale 23/2005, il PLUS ha durata triennale e sarà sottoposto ad aggiornamento economico-finanziario annuale. I soggetti contraenti si impegnano a far sì che gli impegni assunti siano coordinati con i propri strumenti di programmazione economica e finanziaria per le annualità 2007, 2008 e 2009.

Art. 6 - Durata

La durata del presente accordo è fissata in tre anni dalla sottoscrizione.

Art. 7 - Comuni Capofila delle azioni

In riferimento al PLUS approvato, le azioni condivise saranno assegnate per la gestione ai Comuni Capofila così ripartite:

- azione: Assistenza Domiciliare Integrata Comune di Carbonia

Art. 7 bis - Istituzione Sub Distretti

Nell'ambito del distretto Sociosanitario è possibile istituire dei Sub-Distretti.

Art. 8 - Modifiche ed aggiornamenti

In linea con quanto disposto dall'articolo 21, comma 3, della legge regionale 23/2005 il PLUS potrà essere sottoposto a revisione o aggiornamento che in caso di modifiche di aspetti operativi e/o di dettaglio potranno essere effettuati tramite lo scambio di note. In caso di modifiche e/o integrazioni di natura sostanziale, viceversa, verrà seguita la medesima procedura seguita per la stipula del presente accordo.

Art. 9 - Efficacia

L'accordo ha efficacia tra le parti dal giorno della sottoscrizione ed è opponibile ai terzi dal momento della pubblicazione per estratto nel Bollettino Ufficiale della R.A.S.

Art. 10 - Monitoraggio e valutazione

I soggetti firmatari si impegnano a realizzare una costante azione di monitoraggio in ordine allo svolgimento delle attività ricadenti nel PLUS, secondo le modalità indicate nel capitolo sul Sistema di rilevazione di tipo integrato per il monitoraggio in itinere e la valutazione finale dei risultati.

Nella valutazione finale si analizzeranno l'effettivo conseguimento degli obiettivi previsti e gli effetti prodotti dall'attuazione del programma.

Art. 11 - Collegio di verifica

Le parti convengono di istituire un Collegio per la verifica sull'attuazione del presente accordo di programma, composto dall'Assessore Provinciale alle Politiche Sociali, che lo presiede, e da altri sette membri scelti d'intesa dai soggetti sottoscrittori in una apposita conferenza dei servizi.

Il Collegio di verifica esercita poteri propulsivi e di verifica in ordine all'adempimento del presente accordo. Si riunisce di norma due volte all'anno per l'esame dei report di monitoraggio e valutazione di cui all'art. 10 e per l'espressione delle osservazioni e delle valutazioni sui medesimi, nonché per la valutazione di proposte in merito ad eventuali riorientamenti di attività. Il Collegio può essere convocato su richiesta di ciascuna delle parti, qualora, nell'attuazione del PLUS, insorgano difficoltà non risolubili in sede tecnica.

Il Collegio si riunisce validamente con la presenza della maggioranza dei suoi componenti e adotta le proprie decisioni a maggioranza. In caso di parità prevale il voto del Presidente.

Art. 12 - Risoluzione delle controversie

Tutte le controversie che dovessero insorgere tra le parti nel corso dell'attuazione del presente accordo di programma, e che non dovessero definirsi in via bonaria, verranno demandate alla decisione del Collegio di verifica di cui all'articolo 11, fatta salva la tutela dei diritti e degli interessi soggettivi, da garantirsi nel caso mediante idonea azione davanti alle competenti autorità giudiziarie.

Art. 13 - Esercizio sostitutivo di responsabilità

Nel caso in cui si verificassero gravi inadempienze, valutate all'interno del Collegio di verifica, da parte dei soggetti firmatari, la Provincia indice un'apposita Conferenza di Servizi dei soggetti firmatari, al fine di definire le forme di esercizio sostitutivo di responsabilità.

Sottoscrivono il presente accordo di programma gli Enti, le Istituzioni e gli altri Soggetti attori/promotori/gestori dei servizi, interventi e progetti contenuti nel PLUS 2007-2009 del Distretto Sanitario di CARBONIA.

li _____

Per la Provincia di Carbonia Iglesias

Per la ASL 7

Per il Comune di Calasetta

Per il Comune di Carbonia

Per il Comune di Carloforte

Per il Comune di Giba

Per il Comune di Masainas

Per il Comune di Narcao

Per il Comune di Nuxis

Per il Comune di Perdaxius

Per il Comune di Piscinas

Per il Comune di Portoscuso

Per il Comune di San Giovanni Suergiu

Per il Comune di Santadi

Per il Comune di Sant'Anna Arresi

Per il Comune di Sant'Antioco

Per il Comune di Tratalias

Per il Comune di Villaperuccio



6. Le prospettive di potenziamento provenienti dai Progetti Integrati di Sviluppo

6.1. I Progetti per l’Inclusione Sociale

Al termine della prima fase della Progettazione Integrata, la situazione delle proposte in ambito sociale nella Provincia di Carbonia Iglesias è stata la seguente:

- 24 Patti per il sociale
- 7 proposte di singoli

Sulla base dell’analisi delle proposte, del loro contenuto, dei destinatari e della localizzazione territoriale, il Gruppo Tecnico Regionale, in accordo con il Laboratorio territoriale della Provincia di Carbonia Iglesias, è arrivato alla individuazione di quattro possibili Progetti Integrati, da sottoporre all’approvazione da parte della Provincia e del Tavolo Regionale:

- a) Progetto Integrato Patto per il Sociale Distretto Sanitario di Carbonia;**
- b) Progetto Integrato Patto per il Sociale Distretto Sanitario di Iglesias;**
- c) Progetto Integrato Patto per il Sociale Smarties;**
- d) Progetto Integrato Patto per il Sociale Tematico “Sofferenti mentali”.**

La composizione dei Progetti Integrati è stata fatta sulla base dei seguenti criteri:

- mantenere come prioritaria la logica che governa la programmazione sociale in atto attraverso la redazione dei PLUS e il riferimento territoriale ai Distretti Sanitari;
- ridurre il più possibile il numero di Progetti Integrati da realizzare sul territorio provinciale, così da dare maggiore coerenza e incisività a ciascun PI;
- rispettare le proposte di Patti per il sociale pervenute in forma strutturata, favorendo l’accorpamento delle proposte che insistono sullo stesso territorio o sugli stessi destinatari;
- integrare il contenuto dei Patti con le proposte di soggetti singoli che propongono azioni coerenti con quelle contenute nei patti per il Sociale presentati nella prima fase;
- proporre, nei casi in cui è sembrato coerente, lo spostamento di alcune operazioni dai Patti originari a nuovi Progetti Integrati proposti dal GTR Inclusione sociale in accordo con il Laboratorio territoriale.

➤ **Pre-partenariato:**

Patto Per Il Sociale Territoriale “Distretto Sanitario di Carbonia”

Il Progetto Integrato che si propone per il Distretto Sanitario di Carbonia rappresenta l'accorpamento delle seguenti proposte:

◆ **“Patto sociale delle Nereidi”**

Obiettivo: recupero della coesione sociale del territorio attraverso una pluralità di azioni che si rivolgono ad un target eterogeneo.

Capofila: Provincia di Carbonia Iglesias

N. operazioni: 47 ²

Soggetti aderenti: 47 (ASL 7; 10 Comuni; 9 istituti scolastici; 23 organismi del Terzo Settore; 2 organismi sindacali; 2 organismi religiosi)

◆ **Patto per il Sociale “Insieme per il Basso Sulcis”**

Capofila: Comune di Tratalias

N. Operazioni: 3

◆ **Patto per il sociale “Lavor...attiva...mente”**

Obiettivo: favorire l'occupazione lavorativa di soggetti a rischio di esclusione sociale, in particolare disabili fisici, sofferenti psichici, ex tossicodipendenti, ex detenuti.

Capofila: Comune di Carbonia

N. operazioni: 10 ³

² È opportuno segnalare, pur nella coerenza complessiva del Patto, che le seguenti operazioni, sulla base della descrizione fornita, non appaiono coerenti con le priorità definite dalla Progettazione Integrata nell'ambito dell'Inclusione Sociale (allegato 6.1 all'Avviso):

- Creazione sportello d'ascolto e prevenzione e contrasto del bullismo (H413)
- Costituzione consiglio comunale dei ragazzi (H413)
- Spazio ascolto e sportello informazioni a scuola e presso il centro (H413)
- Aderire all'accordo di programma sulle tossicodipendenze (H278/G56)
- Accoglienza anticipata dei minori presso le sedi delle scuole materne ed elementari per colmare il lasso di tempo tra l'orario di inizio lavoro e delle attività scolastiche (H222)
- Consulenza e orientamento per supportare i genitori (H222)
- Affidamento familiare e assegni di cura (B469/G56)
- Realizzazione di un centro di ascolto e di aggregazione (E548)
- Sistemazione del piano interrato del Centro per le politiche attive a favore degli anziani per farne una ludoteca (E544)
- Formazione di tipo giuridico per dipendenti enti locali sui contratti di lavoro (E544)
- Formazione per gli operatori sociali e per i dipendenti degli enti locali sulle possibili forme giuridiche di collaborazione tra istituzioni (E544)
- Prevenzione bullismo e consiglio comunale ragazzi (H364)
- Creazione di uno sportello socio-psico-pedagogico negli istituti di istruzione superiori (G56)

³ È opportuno segnalare, pur nella coerenza complessiva del Patto, che le seguenti operazioni, sulla base della descrizione fornita, non appaiono coerenti con le priorità definite dalla Progettazione Integrata nell'ambito dell'Inclusione Sociale (allegato 6.1 all'Avviso):

- Protocollo d'intesa tra provincia, comuni, cooperative sociali, ASL
- Progettazione

◆ **Patto per il Sociale “Afrest”** ⁴

Capofila: CGL Sulcis

N. operazioni: 5

Obiettivo: favorire l'inclusione sociale degli immigrati

◆ **Patto per il Sociale “Sulinser”**

Capofila: ASL 7 come capofila

N. operazioni: 1

Obiettivo: creazione di opportunità lavorative che possano favorire processi di autodeterminazione per un inserimento socio-lavorativo di persone con problematiche di tossicodipendenza e alcoldipendenza.

◆ **Patto per il Sociale “Parco tematico per l'infanzia”**

Capofila: Comune di Santa Anna Arresi

Obiettivo: realizzazione di attività ludiche con finalità educazionali in un'area attrezzata e protetta già di proprietà del comune.

◆ **Intervento singolo “Mare senza barriere”**

Proponente: SNC Mas. Val. Mar

Obiettivo: realizzazione di una struttura organizzata per l'accoglienza di soggetti diversamente abili e delle loro famiglie durante le vacanze estive e il tempo libero.

◆ **Intervento singolo “Creazione di un nido per l'infanzia”**

Proponente: Associazione Carpe Diem

Obiettivo: ristrutturazione di un locale nel Comune di Portoscuso per la realizzazione di un nido rivolto a bambini di età compresa tra i 3 e i 36 mesi.

➤ **Pre-partenariato:**

Patto Per Il Sociale Territoriale “Distretto Sanitario di Iglesias”

Il Progetto Integrato che si propone per il Distretto Sanitario di Iglesias rappresenta l'accorpamento delle seguenti proposte:

⁴ Il patto non è abbastanza consistente numericamente dal punto di vista delle operazioni proposte e del Partenariato, per cui si ritiene opportuno farlo convergere sul Patto Distrettuale più ampio.

◆ “Patto Sociale delle Pleiadi”⁵

Capofila: Provincia di Carbonia Iglesias

N. operazioni: 95

Obiettivo: recupero della coesione sociale del territorio attraverso azioni che si rivolgono ad un target eterogeneo.

Soggetti aderenti: 25 (ASL 7; un Istituto scolastico; 4 Comuni; 17 organismi del Terzo Settore; un organismo religioso)

◆ Patto per il Sociale “Eureka”

Capofila: Cooperativa Sociale C.A.M. Cooperativa sociale Beata Antonia Mesina

N. operazioni: 2

Obiettivo: attivazione di sportelli sociali e di percorsi di graduale inserimento della comunità immigrata nella vita sociale di Iglesias.

⁵ È opportuno segnalare, pur nella coerenza complessiva del Patto, che le seguenti operazioni, sulla base della descrizione fornita, non appaiono coerenti con le priorità definite dalla Progettazione Integrata nell'ambito dell'Inclusione Sociale (allegato 6.1 all'Avviso):

- Attivazione di un laboratorio ludico
- Campagna informativa
- Attivazione di un Laboratorio per la realizzazione di manufatti artigianali tipici, di un laboratorio danza, di un laboratorio Teatro
- Servizio educativo territoriale
- Segretariato Sociale
- Potenziamento centro educativo S. Barbara (attivazione laboratori ludico-ricreativi)
- Indagine conoscitiva del fenomeno dispersione scolastica; azioni di prevenzione, formazione e orientamento
- Servizi socio-educativi ai minori e attività di sostegno alla genitorialità
- Assistenza domiciliare anziani
- Azioni di sostegno alle figure genitoriali
- Servizio di assistenza domiciliare per anziani e disabili
- Percorso di riabilitazione psicosociale e social skill training con coinvolgimento degli utenti e dei loro familiari
- Realizzazione di attività dirette ai bambini, didattiche, ludiche, di laboratorio (teatrali, musicali, sportive, di manipolazione ecc)
- Acquisto di arredi e forniture materiale di consumo per le attività suddette e per il centro di aggregazione sociale già esistente
- Sportello di osservazione precoce di eventuali disagi, difficoltà e altro
- Attività di promozione della cultura del gioco e del rispetto dell'infanzia attraverso brochure, sito internet, incontri tematici, articoli giornalistici...
- Sportello di consulenza psico educativa, counselling e sostegno
- Formazione genitoriale
- Aderire al programma territoriale sulle tossicodipendenze
- Attività di animazione e stimolazione psico-fisico-cognitiva
- Assistenza domiciliare
- Erogazione di contributi economici a sostegno delle famiglie con anziani a carico
- Interventi di promozione del servizio di assistenza domiciliare integrata
- Attività di sensibilizzazione degli anziani e delle famiglie
- Potenziamento del segretariato sociale
- Erogazione di assegni di cura a titolo di contributo per famiglie con anziani a carico
- Attivazione di laboratori di tipo multimediale, artistico, teatrale e musicale, cineforum, etc.
- Incentivi per la promozione di servizi ricreativi per minori
- Aderire al programma territoriale sulle tossicodipendenze
- Servizio educativo e di cura per la prima infanzia presso il domicilio di un educatore
- Attivazione di un servizio di centro gioco e consulenza psico-pedagogica

◆ **Patto Sociale “Lavare lavorando”**

Capofila: Comune di Iglesias

N. operazioni: 2

Obiettivo: inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati in imprese sociali e con percorsi integrati di orientamento.

◆ **Patto Sociale “RockService”⁶**

Capofila: Cooperativa sociale S. Lorenzo capofila

N. operazioni: 5

Obiettivo: inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati, in particolare ex-detenuti, ex-tossicodipendenti e persone che vivono situazioni di marginalità sociale.

◆ **Patto per il Sociale “Smile”**

Capofila: Comune di Iglesias

N. operazioni: 9

Obiettivo: promozione dell'inclusione sociale e lavorativa attraverso la costruzione di reti tra servizi, attraverso le quali unificare approcci e strumenti relativi all'inserimento lavorativo, favorendo la connessione e la consequenzialità tra i diversi interventi.

◆ **Patto per il Sociale “Terra Manna”**

Capofila: Comune di Villamassargia

N. operazioni: 3

Obiettivo: creazione di una struttura di accoglienza sociale e di assistenza per il recupero lavorativo e l'integrazione sociale di soggetti disagiati e la sperimentazione di modelli di cooperazione a rete multifunzionale per le produzioni agroalimentari e artigianali.

◆ **Patto per il Sociale “SportAbilmente”**

Capofila: Comune di Iglesias come capofila

N. operazioni: 3

Obiettivo: costituzione di uno staff tecnico gestionale che in collaborazione con i servizi sociali del Comune di Iglesias sovrintenda all'utilizzo della pratica sportiva quale mezzo per rompere la condizione di isolamento delle persone disabili.

⁶ È opportuno segnalare, pur nella coerenza complessiva del Patto, che le seguenti operazioni, sulla base della descrizione fornita, non appaiono coerenti con le priorità definite dalla Progettazione Integrata nell'ambito dell'Inclusione Sociale (allegato 6.1 all'Avviso):

- Sviluppo servizio trasporto camionistico attraverso formazione e acquisto mezzi di trazione
- Realizzazione servizio di informatizzazione dell'impresa attraverso la formazione e l'acquisto di dotazione informatica

◆ **Patto per il Sociale “Aggregazione integrazione e creazione di opportunità di inclusione sociale”**

Capofila: Comune di Villamassargia

N. operazioni: 4

Obiettivo. creazione di un sistema integrato di riduzione del disagio sociale attraverso opportunità di inclusione sociale quali, ad esempio, la realizzazione di centri polivalenti di orientamento, l'attivazione di percorsi di reinserimento lavorativo per giovani donne e altri soggetti svantaggiati, la creazione di centri diurni e di servizi di assistenza domiciliare per anziani e disabili.

◆ **Patto per il Sociale “Florovivaistica e inclusione sociale”**

Capofila: ASL 7

N. operazioni: 4

Obiettivo: creazione di un'impresa produttiva e commercializzazione dei prodotti che coinvolga nelle attività persone tossicodipendenti che seguono un programma terapeutico.

◆ **Patto per il Sociale “InterAzioni”**

Capofila: Associazione Carovana S.M.I.

Obiettivo: progetto pilota innovativo per servizi ricreativi per minori e fasce deboli.

◆ **Intervento singolo “Comunità alloggio per anziani e persone totalmente o parzialmente autosufficienti”**

Proponente: Società Iniziativa Benessere s.r.l.

Obiettivo: realizzazione di una struttura per anziani e persone totalmente o parzialmente autosufficienti.

➤ **Pre-partenariato:**

Patto Per Il Sociale Tematico “Smarties”

Si mantiene inalterata la proposta originaria pervenuta.

Capofila: Cooperativa sociale S. Lorenzo

N. operazioni: 5

Obiettivo: creazione di una microimpresa all'interno della Casa circondariale di Iglesias, organizzazione di attività ludiche, ricreative e culturali all'interno della Casa circondariale di Iglesias e attività di orientamento al lavoro rivolte ai detenuti.

Soggetti aderenti: Casa circondariale di Iglesias, Comuni di Iglesias e Gonnese, Uff. Esecuzione penale esterna PRAP, ACLI Iglesias, Ass. Verba et Gesta,

Progetto Policoro, Ass. Volontariato Albeschida, Coordinamento volontariato giustizia onlus.

➤ **Pre-partenariato:**

Patto Per Il Sociale Tematico “Sofferenti Mentali”⁷

Stante la ricchezza delle proposte relative ai sofferenti mentali presentate sul territorio, si propone un Patto integrato tematico sui sofferenti mentali

Il Progetto Integrato Patto per il sociale tematico “Sofferenti mentali” rappresenta l'accorpamento tra il Patto “Nuovi orizzonti”, il Patto “L’abitare assistito” e le operazioni rivolte ai sofferenti mentali presentate nell’ambito del Patto per il Sociale delle Nereidi⁸, di seguito meglio specificate.

Se la proposta di PI tematico sui sofferenti mentali dovesse essere accettata, dovrà essere individuato un nuovo capofila del Patto tra i tre proponenti i Patti originari dei quali si propone l'accorpamento (Coop. Soc. S. Lorenzo, Coop. CTR ONLUS, Provincia di Carbonia Iglesias).

◆ **Progetto Integrato Patto per il Sociale “Nuovi Orizzonti”⁹**

Capofila: Cooperativa sociale S. Lorenzo

Soggetti aderenti: 8 (ASL 7; 2 Comuni; 4 organismi del Terzo Settore; un organismo religioso; alcuni soggetti singoli¹⁰)

Obiettivo: recupero e valorizzazione di capacità lavorative residue, crescita culturale, mantenimento occupazionale, integrazione sociale di sofferenti mentali allontanati dal MDL.

Il Patto appare già strutturato e costruito intorno ad un’idea coerente che tiene insieme le diverse operazioni: inserimenti lavorativi in centro diurno di Carbonia; realizzazione di un parco e area attrezzata adiacente all’orto del Centro diurno CSM di Carbonia; inserimenti lavorativi in serre nel distretto di Iglesias attraverso il consolidamento dell’attività serra già in essere e messa in regime di una nuova serra; inserimento lavorativo di sofferenti mentali in acquicoltura; attività

⁷ La denominazione è provvisoria e solo indicativa del contenuto

⁸ Non si ritiene opportuna una operazione simile per quanto riguarda le operazioni rivolte ai sofferenti mentali all’interno del Patto delle Pleiadi, in cui gli interventi rivolti ai sofferenti mentali sono meno precisati e si configurano più come interventi all’interno di proposte più ampie e multitarget quali, ad esempio, la creazione di centri di aggregazione per diverse tipologie di soggetti svantaggiati.

⁹ È opportuno segnalare, pur nella coerenza complessiva delle operazioni proposte, che all’interno del Patto “Nuovi Orizzonti”, sono presenti delle operazioni che, sulla base della descrizione fornita, non appaiono coerenti con le priorità definite dalla Progettazione Integrata nell’ambito dell’Inclusione Sociale (allegato 6.1 all’Avviso):

- formazione di figure professionali nei due settori
- formazione di figure professionali di salvaguardia dell’ambiente
- costituzione staff di lavoro
- Pianificazione di interventi di formazione alla diversità e all’impresa
- partecipazione alla stesura dei PON Scuola
- intervento sulla catechesi giovanile
- ideazione e realizzazione di incontri pubblici con testimoni positivi del nostro tempo realizzazione di un campo studio estivo tematico.

¹⁰ Rispetto ai quali non è stato possibile verificare l’ammissibilità.

teatrali e musicali per sofferenti mentali; attività educative e socializzanti; accompagnamento utenti per la partecipazione alle attività lavorative e ludico-ricreative; sostegno alle famiglie e gruppi di mutuo aiuto per familiari di sofferenti mentali; inserimenti lavorativi in attività di salvaguardia dell'ambiente e in percorsi di turismo sociale; inserimenti lavorativi nel settore della tessitura artigianale e nella produzione e riparazione di nasse e reti; inserimenti lavorativi in attività artigianali, nei servizi turistici e nella grande distribuzione.

◆ **Patto per il Sociale “L’abitare assistito”**

Capofila: Cooperativa Sociale CTR ONLUS

N. operazioni: 4

Obiettivo: sperimentazione e realizzazione del modello progettuale di deistituzionalizzazione di sofferenti mentali inseriti presso comunità protette mediante la creazione di gruppi famiglia ¹¹.

◆ Dal Patto Sociale delle Nereidi. Si suggerisce, infine, l’estrpolazione delle seguenti operazioni dal suddetto Patto, per una loro migliore valorizzazione all’interno del Progetto Integrato Tematico “Sofferenti mentali”:

- Realizzazione di un centro di ascolto e di aggregazione per sofferenti mentali (E548, proposto dal Comune di S. Giovanni Suergiu);
- Interventi di trasporto per permettere la fruizione di servizi sociali, sanitari, culturali (E548, proposto dal Comune di S. Giovanni Suergiu);
- Inserimento lavorativo presso il centro diurno del C.S.M. di Carbonia (E548, proposto dal Comune di S. Giovanni Suergiu);
- Inserimento lavorativo sofferenti psichici (E 544, proposto dal Comune di Carbonia);
- Inserimento lavorativo dei sofferenti mentali, previa acquisizione di alcune competenze in cooperative sociali del territorio (G56, proposto dal Distretto sanitario di Carbonia);
- Creazione Centro diurno per sofferenti mentali (G56 e H409, con lo stesso contenuto, promossi dal Comune di Portoscuso).

➤ **Operazioni da inserire nei progetti integrati proposti**

◆ Intervento singolo “**Progetto Sollievo alla famiglia**” (G546).

Proponente: AIAS

Obiettivo: realizzazione di attività ludiche, trasporto, potenziamento strutture esistenti, telesoccorso.

¹¹ È opportuno segnalare, pur nella coerenza complessiva del Patto, che la seguente operazione, sulla base della descrizione fornita, non appare coerente con gli Elementi per la predisposizione dei PI in ambito sociale (allegato 6.1 all’Avviso):

Presentazione del servizio alla rete territoriale (E561).

Ipotesi di inserimento all'interno di un PI: potrebbe rientrare in uno dei Patti a carattere distrettuale.

◆ **Patto per il sociale “Progetto Insieme” (G54)**

Proponente: Provincia di Carbonia Iglesias

N. operazioni: 5

Obiettivo: ridurre i livelli di disoccupazione del territorio provinciale e favorire l'inclusione sociale.

Il Patto presenta una triplice criticità che ne rende difficile la collocazione in uno dei Progetti Integrati:

Ipotesi di inserimento all'interno di un PI: le operazioni potrebbero confluire su uno dei due Patti Distrettuali.

Si ritiene opportuno segnalare che, sulla base della descrizione delle operazioni fornita dai proponenti, pur essendo queste coerenti con gli obiettivi dell'Inclusione sociale, non sarebbero immediatamente gestibili dai partner del progetto: la formazione andrà a bando indipendentemente dalla PI, gli incentivi per la nascita di microimprese saranno erogate direttamente ai destinatari finali, l'erogazione verrà fatta dagli organismi intermedi che saranno individuati mediante bando pubblico, il consolidamento dei CESIL è già in atto.

- ◆ Intervento singolo **“Centro di Orientamento orientando”** (Presentato da una costituenda ditta individuale). L'intervento è carattere interprovinciale (CA e CI); occorre ragionare su quanto sia strategico per il territorio e definire in quale Progetto Integrato inserirlo.

- ◆ Intervento singolo **“Realizzazione di un nuovo complesso socio-assistenziale specializzato nell'assistenza all'anziano”** (L140), presentato da una costituenda Impresa sociale.

La proposta è priva di un quadro economico e di una collocazione territoriale precisa che lasci intendere che nasca da una analisi di un fabbisogno sociale riscontrato.

➤ **Operazioni coerenti con gli obiettivi dell'inclusione sociale e lavorativa per le quali esistono specifici canali di finanziamento, diversi dalla Progettazione Integrata**

- ◆ **Patto sociale “Osservatorio provinciale delle politiche sociali”.**

Sono stati presentati due interventi con il medesimo titolo e contenuto, ma con due capofila diversi: l'intervento H161, presentato dalla Provincia di Carbonia Iglesias, e l'intervento H218, presentato dalla Lariso Coop. Soc. ONLUS, tra i cui partners non figura la Provincia.

L'intervento, pur coerente con gli obiettivi dell'inclusione sociale contenuti nel documento "Elementi per la formulazione dei PI in ambito sociale" (Allegato 6.1 alla Progettazione inclusione), non sarà finanziato con i fondi della progettazione integrata, ma con i fondi regionali trasferiti alle Province per l'attuazione della legge 23/2005.

- **Operazioni che, per la descrizione fornita, non sono apparentemente coerenti con gli obiettivi del documento "Elementi per la formulazione dei PI in ambito sociale" (Allegato 6.1 alla Progettazione inclusione)**
- ◆ Intervento singolo "Sa domu" (G331) presentato dall'Associazione Circolo Don Bosco, finalizzato all'apertura di uno sportello di ascolto e di servizio di mediazione familiare per intervenire nel conflitto del nucleo familiare ripristinando l'armonia nelle relazioni di convivenza.
- ◆ Patto Sociale "La scuola e la famiglia" (H474), presentato dal Comune di Portoscuso come capofila dei comuni che aderiscono al Programma delle tossicodipendenze, e costituito da una singola operazione, finalizzato a contrastare il fenomeno della tossicodipendenza agendo sul mondo della scuola (alunni e genitori).
- ◆ Patto per il sociale "Centri gioco del Sulcis" (H367), presentato dal Comune di Carbonia come capofila e costituito da una singola operazione, finalizzato alla realizzazione di un servizio educativo-ricreativo per l'infanzia attraverso l'apertura di 20 centri gioco nei comuni del Sulcis.
- ◆ Patto per il sociale "Animazione gastronomica in piazza" (H206), presentato da Federculture Servizi S.r.l. come Capofila e costituito da sei operazioni.
- ◆ Le singole operazioni che compongono il Patto non appaiono coerenti con gli obiettivi dell'inclusione sociale contenuti nel documento "Elementi per la formulazione dei PI in ambito sociale" (Allegato 6.1 alla Progettazione inclusione).

6.2. I Progetti per la Sicurezza e Legalità

Dal quadro relativo alla sicurezza e alla legalità nel Sulcis-Iglesiente non è ancora possibile individuare delle priorità strategiche specifiche. La Provincia di nuova costituzione ha piuttosto la necessità di consolidare la propria presenza nel territorio, attraverso l'erogazione di un complesso di servizi sociali rivolti ai giovani, alle famiglie, e agli anziani. Le altre entità del territorio manifestano dei bisogni simili, non emergendo problematiche specifiche in merito all'insicurezza ed alla Legalità, fatta eccezione per un'attività generica di animazione e sensibilizzazione ai valori della legalità della partecipazione civile e pacifica alla vita pubblica.

➤ **Il Partenariato di progetto**

Progetti presentati: 1

Per la Provincia di Carbonia Iglesias, nonostante non vi siano dei progetti coerenti con l'Avviso, che soddisfino la necessaria specificità di intervento richiesta dalla tematica in oggetto, l'istituzione di un partenariato di progetto provinciale intorno alla tematica della Sicurezza e della Legalità potrebbe avere una sua valenza strategica. Il consolidamento sul territorio dell'Ente Provinciale deve infatti avvenire nella forma di un'erogazione diretta di specifici servizi alla popolazione (vedi il caso dei servizi sociali), ma anche nella presenza e attenzione delle istituzioni verso problematiche particolarmente delicate, quali l'insicurezza pubblica e l'illegalità. Una tale attività di controllo potrebbe rafforzare la credibilità della Provincia nel territorio, migliorando la percezione dei problemi relativi a questa tematica.

Questo anche in considerazione del valido lavoro di concertazione ed aggregazione svolto dall'Ente provinciale e finalizzato a far emergere le priorità nell'ambito della tematica in oggetto. Il nucleo pre-partenariale emerge dalla proposta presentata, e, una volta rimodulate le sue metodologie di intervento secondo un approccio più coerente con la tematica della Sicurezza e Legalità, esso sarà in breve tempo in grado di definire un complesso di interventi volti alla risoluzioni di problemi concreti connessi alla devianza giovanile.

◆ **L' ipotesi di Progetto Integrato**

Operazioni portanti : la Provincia, che assumerebbe la presidenza e la direzione dei lavori, istituirà una consulta del territorio, snella, in grado di sollecitare il contributo dei comuni sul tema.

Operazioni collaterali: riunione una volta all'anno della consulta per la predisposizione di un documento comune sullo stato della Sicurezza e della Legalità nella Provincia del Sulcis-Iglesiente, con indicazione delle linee prioritarie di intervento. Prima sperimentazione dei laboratori previsti dal Progetto Fenice a seguito di una rimodulazione dell'idea progettuale.

6.3. Conclusioni operative

La ripartizione per area di interesse dei progetti inoltrati presenta, accanto ad una forte prevalenza di quelli a *target* multiplo (59%) un forte interesse per l'area della sofferenza mentale (8%), dipendenze (8%), minori (8%).

Per quanto riguarda la tipologia degli interventi, le indicazioni finora emerse sono più chiare per l'aspetto dell'impossibilità di finanziamento di molte delle proposte presentate che, in positivo, sul livello delle effettive possibilità di inserimento tra i progetti finanziabili, essendo troppo lontano l'esaurimento del procedimento perché si possano azzardare previsioni.

Nondimeno, le proposte dei due Distretti sono assai coerenti con i risultati poi emersi dai tavoli tematici, risultati che, in quanto alle categorie più deboli e problematiche, presentano forti convergenze.

E ciò vale soprattutto per i sofferenti mentali, quanto alle possibili risposte ai problemi maggiori: solitudine ed abbandono delle persone sofferenti e delle famiglie che ne hanno il peso.

Si tratta di possibili risposte incentrate sul lavoro, sull'aggregazione, sulla formazione professionale, sulla continuità di funzionamento ed integrazione del lavoro dei presidi preposti, sulla sicurizzazione delle reti parentali.

Dovendo prendere atto di questa coincidenza tra i due livelli di progettualità, Patto per il Sociale e PLUS, si deve concretamente operare, in fase di rimodulazione dei progetti, nei prossimi mesi, per renderli accorpabili in vista della valutazione finale, tenendo conto delle seguenti necessità che si prospettano come indicazioni programmatiche per tutti gli attori, pubblici e privati, che saranno impegnati nel lavoro di adeguamento dei patti:

- ◆ che la coerenza sia mantenuta e accentuata sul piano dei contenuti, in quanto sarà inevitabile che il valutatore finale guardi alla congruenza tra le due progettualità, PIT e PLUS, per trarne, in caso positivo, favorevoli conclusioni di efficacia delle proposte e quindi di finanziabilità;
- ◆ che la necessaria carica innovativa, indispensabile perché il progetto sia accolto, non vada disgiunta dalle concrete prospettive di continuità nel funzionamento dei servizi ai quali si intende dar luogo. E ciò perché, nel rapporto tra soggetti deboli e servizi, la frequente instabilità ed aleatorietà di questi ultimi equivale alla loro sostanziale inutilità;
- ◆ che le risorse conseguibili servano soprattutto a sostenere la trasformazione dei servizi verso i valori della stabile innovazione, la quale, particolarmente in fase di avvio, è molto costosa, quando il nuovo deve convivere con il vecchio, prima che questo sia abbandonato e superato;
- ◆ che la progettazione attuativa persegua la coincidenza tra gli ambiti di allocazione del progetto e gli ambiti indicati come opportuni per la gestione degli altri servizi, in coerenza con le scelte compiute in sede di PLUS, e che si mettano in campo pragmatismo e flessibilità fino ad accettare anche alcuni mutamenti nella compagine progettuale, in modo che prevalgano sempre i valori della coesione territoriale;
- ◆ che, in considerazione della non finanziabilità di alcune funzioni, si individuino le risorse di supporto per le parti progettuali non sostenibili dai PIT, attraverso una riconsiderazione dell'intero sistema di offerta, in coerenza con i livelli essenziali dei servizi sociosanitari, per giungere, se necessario, anche all'accantonamento di quelli meno urgenti e non indispensabili.

7. Il monitoraggio del Piano

Il sistema di monitoraggio costituisce uno strumento di supporto all'attività degli operatori e degli amministratori al fine di perseguire la massima efficacia nell'erogazione dei servizi sulla base di una conoscenza sempre attuale dei fabbisogni, dei servizi offerti, delle strutture presenti, dell'andamento della spesa e del personale operante sul territorio. Tale sistema è inoltre funzionale all'assolvimento dei debiti informativi dei diversi Enti nei confronti della Regione. Gli strumenti di rilevazione individuati sono coerenti con le esigenze della gestione e programmazione, sia locale che regionale.

Così come previsto dalle Linee Guida, verranno attivati alcuni strumenti di monitoraggio finalizzati alla verifica del suo stato di attuazione ed in particolare per rilevare le attività realizzate, ed essere in grado di implementare il sistema informativo sociale regionale, e disporre delle informazioni utili per apportare eventuali correttivi necessari per il raggiungimento degli obiettivi prefissati, rilevare le buone pratiche e proporre la diffusione per migliorare l'organizzazione e/o erogazione dei servizi.

In assenza di un sistema informativo consolidato e comune il monitoraggio nella prima annualità di attuazione del PLUS riguarderà solo alcuni degli indicatori proposti, facilmente rilevabili attraverso una strumentazione minima da parte della Provincia che non è ancora attrezzata per lo svolgimento di analisi complesse.

Durante il primo semestre del 2007 è prevista la realizzazione di un'attività che coerentemente con la condivisione dei criteri di programmazione e gestione dei servizi da parte dei Comuni dovrebbe portare alla costruzione di un sistema di monitoraggio e di valutazione comune. Si rende, infatti, necessario rafforzare il processo di integrazione dei servizi e consentire a tutti i soggetti e a tutti gli operatori coinvolti di operare sulla base di dati e informazioni confrontabili tra loro, basate su criteri di classificazione condivisi e standardizzati. Solo in questo modo sarà possibile effettuare confronti territoriali, per aree di intervento o per area d'utenza.

Nella prima fase di attuazione del PLUS si prevede di :

↳ **Monitoraggio ex post**

Riproporre ai Comuni e alla ASL dei due Distretti le schede utilizzate in fase di predisposizione del primo "Profilo d'ambito" per aggiornare e perfezionare la raccolta dei dati consuntivi del 2006

↳ **Monitoraggio in itinere**

Far compilare ai Comuni una scheda quali-quantitativa che consenta di monitorare rispetto ai servizi in fase di erogazione i seguenti dati:

- Utenza;

- stato di avanzamento delle azioni;
- spesa;
- livelli di integrazione istituzionale;
- livelli di integrazione con l'associazionismo e il terzo settore;
- livelli di integrazione socio-sanitaria.

In questa fase verranno proposti ai Comuni criteri comuni di archiviazione e gestione delle informazioni e di armonizzazione della nomenclatura dei servizi.

- ♦ organizzazione e gestione, a cura della Provincia, di attività di monitoraggio valutazione partecipata dei servizi attraverso indagini ad hoc, focus groups, e altre modalità che favoriscano la partecipazione di tutti gli attori sociali
- ♦ tenuta, a cura della Provincia dell'archivio dei verbali dei tavoli permanenti di concertazione

L'analisi dei dati che perverranno dai Comuni consentirà alla Provincia di verificare la corrispondenza tra interventi in corso di realizzazione e interventi proposti dai GTP sulla base delle priorità scaturite dall'analisi delle criticità evidenziate nei Tavoli Tematici, nonché la effettività nel territorio di livelli essenziali di assistenza omogenei.

La realizzazione di una valutazione delle politiche pubbliche che consenta di poter individuare i risultati previsti dalla Regione nei suoi documenti di programmazione non è raggiungibile con gli strumenti che potranno essere attivati con le attuali risorse strumentali, organizzative e finanziarie dalla Provincia, sebbene il lavoro che verrà organizzato, in funzione dei compiti di coordinamento, già dal primo semestre di realizzazione del PLUS sarà finalizzato a facilitare per la Regione la disponibilità di informazioni che possano consentirle di valutare i miglioramenti prodotti dalla nuova programmazione sociale rispetto a:

- qualità di vita;
- soddisfazione dei cittadini;
- miglioramento della epidemiologia sanitaria e sociale;
- processi assistenziali;
- qualità delle organizzazioni;
- qualità dei processi professionali;
- personalizzazione dell'assistenza;

Ai Comuni verrà proposto di realizzare un'attività di monitoraggio con strumenti semplici che dovrebbero accompagnare la realizzazione dei progetti per tutta la loro durata e consentire di ottenere in modo immediato le informazioni necessarie per effettuare analisi, valutazioni e reportistica, attraverso la normale attività di gestione del servizio, evitando per il futuro attività di rilevazione aggiuntive.

Gli strumenti che verranno proposti consentiranno quindi di monitorare i singoli progetti/interventi e forniranno le informazioni per il monitoraggio complessivo del PLUS e consentiranno alla Provincia di incominciare ad implementare il costituendo Osservatorio sulla rete integrata dei servizi, anche ai fini della presentazione della relazione annuale alla Regione.



ALLEGATI

ALLEGATO I: Composizione GTP Distretto di Carbonia

<i>Ente</i>	<i>Componenti titolari</i>	
Comune di Carbonia	Milena Piazza ¹² Assistente sociale	Calasetta - Pedagogista
Comune di Carloforte	Francesco V. Angius Sociologo	Santadi - Assistente sociale
Comune di Narcao	Emmi Frau Assistente sociale	Sant'Antioco - Assistente sociale
Comune di Sant'Anna A.	Loredana Frongia Psicologa	Villaperuccio - Assistente sociale
ASL 7	Pierluigi Piras Epidemiologo	
ASL 7	Salvatore Arca Amministrativo	
ASL 7	Antonella Serra Coordinatore Gruppo ASL	
Provincia	Francesca Cuccu collaboratrice	
Provincia	Lamieri Vittorio consulente	

¹² Entrata a far parte del GTP a seguito della Conferenza di servizi del 27 luglio 2007

ALLEGATO II: Profilo d'ambito

1. Scheda rilevazione servizi comunali

[illegible]

2. Schede rilevazione dati demografici

a) Scheda rilevazione dati sulla popolazione

Comune _____
Popolazione residente al _____

Popolazione residente		
Totale	Maschi	Femmine

Classi d'età	Maschi	Femmine	Totale
Totale	0	0	0

Eventuali indici	
di vecchiaia	
di dipendenza	

b) Scheda rilevazione dati Emigrati e Immigrati

immigrati	Paese di provenienza	Maschi	Femmine	Nuclei familiari	Totale
	Italia				
	Nord Africa				
	Senegal				
	Nigeria				
	Filippine				
	Cina				
	Paesi dell'Est				
	Altro				
emigrati	Paese di destinazione	Maschi	Femmine	Nuclei familiari	Totale
	Saldo migratorio				

c) Scheda rilevazione dati famiglie

Nuclei familiari	Totale
Famiglie con genitori e figli minori	
Famiglie monogenitoriali con minori	
Famiglie con persone anziane (65 e più anni)	
Famiglie con persone disabili (che si sono rivolte ai Servizi Sociali)	
Famiglie con sofferenti mentali (che si sono rivolte ai Servizi Sociali)	
Totale	

3. Scheda descrizione servizi

Comune di _____

SERVIZIO _____

(breve descrizione sintetica che metta in evidenza l'impatto del servizio sul territorio; punti di forza e di debolezza nell'attuale modello organizzativo; elementi di innovazione apportati o da apportare nelle modalità di gestione ed erogazione)

4. Schede rilevazione dati organizzazioni profit e no profit

Organizzazioni private no profit	Servizi	Utenza di riferimento	In convenzione		In modo autonomo
			Descrizione attività	Ente convenzionato	Descrizione attività

Organizzazioni private profit	Servizi	In convenzione		In modo autonomo
		Descrizione attività	Ente convenzionato	Descrizione attività

5. Schede rilevazione dati strutture socio assistenziali

Struttura	Gestito da	
Posti autorizzati	Utenti anno 2005	Utenti in carico al 30/06/2006

Numero di operatori equivalenti che operano nella struttura			Attività svolte			
	Dipendente	Convenzionato	Attività	Svolta in modo autonomo	Svolta con altri servizi/strutture	Indicare con quali servizi/strutture
Assistente sociale						
Educatore						
Infermiere						
Medico						
Operatori amministrativi						
Operatore sociosanitario						
Psicologo						
Terapista riabilitazione						
Altro						
Altro						
Altro						
Altro						
Altro						
Altro						

6. Scheda Rilevazione dati ASL

Spesa ASL				
Azienda USL	Spesa Totale	di cui per ass. domiciliare	di cui per ass. intermedia	di cui per ass. residenziale

[illegible]

ALLEGATO III: Conferenza di Programmazione

1. Tabelle soggetti partecipanti

a) Tabella sintesi partecipazione Comuni Distretto di Carbonia

Comune	n° partecipanti	di cui Tecnici	e Amministratori
Carbonia	5	3	2
Carloforte	2	2	
Narcao	1	1	
Perdaxius	1	1	
Portoscuso	4	3	1
San Giovanni Suergiu	4	3	1
Santadi	1	1	
Sant'Anna Arresi	3	1	2
Tratalias	1		1
Villaperuccio	1		1
Totale	23	15	8

b) Tabella sintesi partecipazione Comuni Distretto di Iglesias

Comune	n° partecipanti	di cui Tecnici	e Amministratori
Buggerru	1		1
Domusnovas	3	1	2
Fluminimaggiore	3	2	1
Gonnesa	2	2	
Iglesias	4	3	1
Musei	2	1	1
Villamassargia	2	1	1
Totale	17	10	7

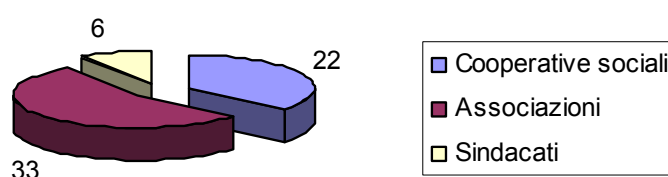
c) Tabelle analisi partecipazione Organismi 3° Settore e Assoc. Volontariato

Distretto di Carbonia		
	n° organismi	n° partecipanti
Cooperative sociali	10	20
Associazioni	23	44
Sindacati *	6	24

Distretto di Iglesias		
	n° organismi	n° partecipanti
Cooperative sociali	12	5
Associazioni	10	13

* (non è possibile articolare la presenza per Distretto)

Organismi del Terzo settore e del Volontariato intervenuti alla Conferenza



d) Tabella partecipanti appartenenti ai GTP

<i>Ente</i>	<i>Nominativo</i>
GTP Distretto di Carbonia	
ASL 7	Serra Antonella *
ASL 7	Piras Pierluigi
ASL 7	Arca Salvatore
Comune di Carbonia	Piazza Milena
Comune di Carloforte	Angius Francesco
Comune di Narcao	Frau Emmi
Comune di Sant'anna Arresi	Frongia Loredana
Provincia	Lamieri Vittorio - Cuccu Francesca
GTP Distretto di Iglesias	
ASL 7	Atzori Aldo
ASL 7	Orgiana Ugo
ASL 7	Mattiello laura
Comune di Iglesias	Lebiu Carla
Comune di Domusnovas	Carta Maria Giovanna
Comune di Gonnese	Sechi Stefania
Comune di Villamasargia	Cugusi Denise
Provincia	Lamieri Vittorio - Loi Rita

* partecipa alle attività dei due Distretti

e) Tabella candidature ai tavoli tematici

	Anziani	Disabili e Sofferenti psichici	Minori e Giovani	Disagio adulto e Immigrazione
Distretto di Carbonia				
Associazione	16	12	10	8
Cooperativa sociale	7	7	9	5
RSA	1	1		
Sindacato	3	2	1	1
Totale	27	22	20	14
Distretto di Iglesias				
Associazione		3	6	4
Cooperativa sociale	8	9	8	5
RSA	1			
Sindacato	2	2		
Scuola			1	
Totale	11	14	15	9

f) Tabella indicazioni settori problematici

	Anziani	Minori e giovani	Sofferenti psichici	Disabili	Disagio adulto Immigrazione	Lavoro	Famiglia (Mediazione familiare)	Lavoro di rete- integrazione	Altro
Distretto di Carbonia									
Associazioni	3	8	1	1	2		2	2	2
Cooperative	2	7	3	2	3			1	1
Sindacati	1				1				
Totale	6	15	4	3	6	0	2	3	3
Distretto di Iglesias									
Associazioni	4	2	1	1	2	1			
Cooperative	1	4		1	1				
RSA									
Sindacati	1								
Scuole		1							
Totale	6	7	1	2	3	1	0	0	0

2. Scheda rilevazione dati servizi alla persona

Verifica dei dati sui Servizi alla persona forniti in fase di rilevazione presso il Comune di _____

Riportare nella seguente tabella i Servizi che non risultano nelle schede di sintesi presenti in cartella e indicare quelli rilevati erroneamente:

Servizio	Non è presente nel Comune	È presente, ma non è stato rilevato
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

Riportare nella seguente tabella le strutture residenziali e semiresidenziali che non risultano nelle schede di sintesi presenti in cartella e indicare quelle rilevate erroneamente:

Struttura	Non è presente nel Comune	È presente, ma non è stata rilevata
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

3. Scheda rilevazione terzo settore e volontariato

1. Denominazione _____

2. Settore di Competenza _____

3. Descriva brevemente l'attività che l'organismo che lei rappresenta ha in corso di svolgimento:

Tali attività sono svolte in collaborazione con:

☐ Comuni; quali _____

☐ ASL _____

☐ Associazioni; quali _____

☐ Altro _____

4. Quale settore, a parte il proprio, ritiene particolarmente problematico e meritevole d'interesse?

5. Nel mese di settembre per la costruzione del PLUS verranno attivati dei tavoli tematici. A quali di questi l'Organismo che lei rappresenta si candida a partecipare?

☐ Anziani

☐ Disabili e sofferenti psichici

☐ Disagio Adulti

☐ Minori e Giovani

☐ Immigrazione

6. Se ritiene di voler formulare delle proposte utili per la costruzione del PLUS le chiediamo di indicarle sinteticamente.

ALLEGATO IV: Tavoli Tematici

1. Dati relativi alla partecipazione ai Tavoli Tematici del Distretto di Carbonia

<i>Tavolo Tematico Anziani</i>	n° partecipanti	n° organismi
Associazioni	13	9
Cooperative sociali	8	5
Strutture socio-sanitarie	1	1
Sindacato	1	1
ASL	4	1
Comuni	13	10 operatori 3 amministratori
Provincia	1	1
Totale	39	26

<i>Minori, Giovani e Famiglie</i>	n° partecipanti	n° organismi
Associazioni	11	7
Cooperative sociali	7	5
Scuole	4	4
Strutture socio-sanitarie	5	2
ASL	9	1
Comuni	13	12 operatori 1 amministratore
Liberi cittadini	1	
Informagiovani	1	1
Tribunale dei minori	1	1
Accordo di Programma Centro gioco	1	1
Totale	52	30

<i>Disabilità e Sofferenti psichici</i>	n° partecipanti	n° organismi
Associazioni	17	8
Cooperative sociali	9	9
Strutture socio-sanitarie	2	2
Scuole	6	5
Tribunale dei minori	1	1
ASL	6	1
Comuni	18	15 operatori 3 amministratori
Provincia	1	1
Strutture penali	2	1
Totale	60	37

<i>Disagio adulto, Immigraz. Dipendenze</i>	n° partecipanti	n° organismi
Associazioni	10	5
Cooperative sociali	7	5
ASL	5	1
Comuni	10	8 operatori 2 amministratori
Provincia	1	1
Informagiovani	1	1
Totale	33	20

- Note:
- 1) I dati relativi agli operatori dei Comuni e della ASL sono comprensivi dei membri del GTP;
 - 2) I dati relativi al numero dei partecipanti non tiene conto dell'eventuale partecipazione della stessa persona ad entrambe le sessioni di lavoro in cui si è articolato ciascun tavolo.

2. Scheda conduttore-verbalizzatore

Tavolo tematico _____

Data ____/____/____

Elementi significativi di analisi

Contributi alla caratterizzazione degli ambiti di intervento dei tavoli tematici

Elementi di criticità

Prefigurazioni

Risorse

Priorità

Conduttore _____

Verbalizzatore _____

3. Scheda Partecipante

Tavolo tematico _____

Data ____/____/____

Elementi significativi di analisi

Contributi

Situazioni di criticità individuate

Nuove ipotesi di erogazione/organizzazione dei servizi

Nuove risorse individuate

Priorità evidenziate

Ente rappresentato _____

Rappresentante _____

Telefono _____

E-mail _____

ALLEGATO V: Presentazione e ipotesi di lavoro sulle priorità

AZIONE PRIORITARA	TEMA
SENSO DELL'AZIONE	IMPORTANZA PER IL DISTRETTO, IMPORTANZA PER I DESTINATARI
RISULTATI ATTESI	PER I SERVIZI, PER I DESTINATARI
LE CONCATENAZIONI	PRIORITARIA RISPETTO A ...
L'ESISTENTE E GLI INDICATORI	INIZIATIVE IN ATTO E INDICATORI DI SITUAZIONE E DI PROCESSO
ATTORI	CHI INTERVIENE NELLA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI
RISORSE	NECESSARIE, DISPONIBILI
GLI INTERVENTI	LE INIZIATIVE DA ATTIVARE
TEMPI	LE CONDIZIONI PER AVVIARE L'AZIONE
VALUTAZIONE	ELEMENTI PER ESAMINARE LA PERFORMANCE

ALLEGATO VI: Tab. riepilogativa dei Servizi gestiti in forma associata

Aree	Enti Servizi	Carbonia	Calasetta	Carloforte	Giba	Masainas	Narcao	Nuxis	Perdaxius	Piscinas	Porto scuso	San Giovanni Suergiu	Santadi	Sant'Anna Arresi	Sant'Antioco	Tratalias	Villaperuccio	ASL 7
D A D U L T O I S U A L T O G I O	CeSIL Carbonia	x Capofila	x	x							x	x			x	x		
	CeSIL Santadi					x	x	x	x	x			x Capofila	x			x	
	Interventi di prevenzione delle tossicodipendenze - Accordo di Programma			x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x
M I N O R I	Accordo di programma L. 285/97 Centro Gioco	x Capofila	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Accordo di programma Affidamento Familiare	x Capofila		x	x	x			x		x	x			x	x		x

Comuni fuori Distretto: Gonnese, Iglesias

Altri Comuni fuori Distretto: Teulada
Altri Enti: UNICEF, CSA di Cagliari, Centro Giustizia Minorile

Ente capofila: Provincia
Altri Comuni fuori Distretto: Iglesias, Musei, Villamassargia, Teulada
Altri Enti: CSA di Cagliari, Centro Giustizia Minorile

è in fase di avvio; dovrebbe far parte del partenariato anche il Comune di Gonnese

ALLEGATO VII: Dati economici ASL 7

Azienda Sanitaria Locale n. 7 CARBONIA

BILANCIO D'ESERCIZIO 2005

Descrizione Voci di spesa

A. Assistenza sanitaria di base e specialistica Euro

1. Protesica e riabilitativa	1.201.227,50
2. Riabilitativa tossicodipendenti	298.206,75
3. Riabilitativa malati mentali	1.507.521,75
4. Riabilitativa disabili anziani non autosufficienti	1.706.313,88
5. Riabilitativa da Residenze Sanitarie Assistite (R.S.A.)	3.454.470,20
6. Riabilitativa da A.I.A.S.	7.065.378,01

TOTALE A. 15.233.118,09

B. Assistenza sanitaria di base protesica e riabilitativa

1. Integrativa disabili e anziani non autosufficienti	944.505,30
2. Prodotti dietetici e per diabetici	120.737,23
3. Prestazioni riabilitative malati mentali	240,00
TOTALE B	1.065.482,53

C. Oneri in carico a enti convenzionati

1. SERT progetto lavoro compensi	65.201,90
2. Prestazioni servizio 118	536.574,35
3. Progetto centro diurno DPR 309/90	67.206,29
4. Prog. Riab. Paz. Psich. Ospedale Sirai	20.076,12
5. Prog. Riab. Paz. Psich. CSM Iglesias	115.657,43
6. Prog. Riab. Paz. Psich. CSM Carbonia	56.379,33
7. Servizio trasporto disabili	102.802,70
8. Progetto alcool – salute e comunità	22.740,02
9. Progetto Assistenza Domiciliare integrata (ADI)	1.550.229,30
TOTALE C	2.458.387,44

TOTALE A. 15.233.118,09
TOTALE B 1.065.482,53
TOTALE C 2.458.387,44

TOTALE GENERALE 18.756.988,06

AZIENDA SANITARIA N. 7				DATI ECONOMICI E ATTIVITA' 2005		
				€	€	€
Attività di Medicina Generale				distretto	distretto	Tot.
				Carbonia	Iglesias	
Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)				456,171,82	260,706,88	716,878,70
Prestaz. Particolare Impegno Profess. (PIP)				42,950,35	82,420,07	125,370,14
Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)				75,600,00	66,225,60	141,825,60
					tot. gen.	984,825,60
A.D.I.				N°	N°	N°
N. Pazienti Trattati	ADI			351	322	673
Accessi Med. Med Generale				4000	3500	7500
Accessi Medici Specialisti				1593	478	2071
Accessi Fisioterapisti				5312	5999	11,311
N. ore Ass. z. Infermieristica				20,095	27,762	47,857
A.D.P.				N°	N°	N°
N. Pazienti Trattati				1,345	611	1956
N. Med. Med. Gen. in ADP				60	38	98
N. Accessi M.M.G.				23,136	12,794	
Assistenza sanitaria Extra Regione				302	198	500
Ass.za Terr. Semiresidenziale Aziendale						
N. Tossicodipendenti						517
N. Alcolodipendenti						220
N. Nicodipendenti						89
ASL Assistenza Psichiatrica Unità Operative						
S.P.D.C. Servizio Psichiatrico Ospedale Sirai Carbonia 15 p. letto						
C.S.M. Centro Salute Mentale Distretto Carbonia						
C.S.M. Centro Salute Mentale Distretto Iglesias						
Centro Diurno Carbonia						48 paz
Centro Diurno Fluminimaggiore						6 Paz.
Casa Famiglia Carbonia						
Casa Protetta Domusnovas				Gestione Mista Pubbl. Privato		
Casa Protetta Cortoghiana				Gestione Mista Pubbl. Privato		
Casa Protetta Giba				Struttura non attivata		
Casa Protetta Fluminimaggiore				Struttura non attivata		
Centro Diurno Tallaroga (Villamassargia)				Struttura non attivata		
ASL Attività Ambulatoriale Servizio Tutela Salute Mentale				PRESTAZIONI		
Carbonia				10.660		
Carbonia Ambulatorio Psicol.				1,017		
Carloforte				280		
S. Antioco				307		
Fluminimaggiore				331		
Iglesias				12.830		
ASL Assistenza Riabilitativa Disabili						
Presidio Carbonia				ACCESSI	NON RIL.	
Presidio Giba				ACCESSI	NON RIL.	
Presidio Iglesias				ACCESSI	NON RIL.	
Presidio S. Antioco				ACCESSI	NON RIL.	
A.I.A.S.						
Domusnovas					4,083	
Fluminimaggiore					1,714	
Iglesias					3,322	
Carloforte					2,139	
Cortoghiana					5,040	
S. Antioco-					2,998	
Villarios					3,150	
				tot. aias	22,446	

(segue)

C.T.R. Primavera Carbonia				tot.ctr	13,444
AIAS assistenza extramurale e domiciliare					
domusnovas					2,616
Fluminimaggiore					715
Iglesias					3,937
Carloforte					541
Cortoghiana					4,041
S. Antioco-					2,222
Villarios					4,215
				tot. aias	18,287
C.T.R. Primavera Carbonia				tot.ctr	6,246
AIAS Assistenza Seminternato					
Domusnovas					2,322
Cortoghiana					2,432
Villarios					2,079
ANFAS	Carbonia				890
ANFAS	Gonnesa				5,192