



DISTRETTO DI SANLURI

COMUNI DI

Barumini, Collinas, Furtei, Genuri, Gesturi,
Las-Plassas, Lunamatrona, Pauli Arbarei, Samassi,
Segariu,
Sanluri, Serramanna, Serrenti, Setzu, Siddi, Tuili,
Turri, Ussaramanna
Villamar, Villanovaforru, Villanovafranca
Azienda Sanitaria Locale n° 6 – Sanluri
Provincia del Medio Campidano

PIANO LOCALE UNITARIO DEI SERVIZI ALLA PERSONA
TRIENNIO 2007 - 2009

Indice

A) PROFILO SOCIALE LOCALE.....	5
1. PREMESSA.....	5
2 PROFILO SOCIALE LOCALE E PRIORITA' D'INTERVENTO.....	10
2.1 QUADRO SOCIO-DEMOGRAFICO.....	10
2.2 ASPETTI SOCIO – ECONOMICO – CULTURALI.....	20
2.3 ASPETTI EPIDEMIOLOGICI.....	27
2.4 SERVIZI ESISTENTI E PRESTAZIONI OFFERTE.....	34
2.4.1 Servizi Sanitari	34
Assistenza Ospedaliera	35
Area della Prevenzione	35
1) Servizio di Igiene e Sanità Pubblica.....	36
2) Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro.....	36
3) Igiene Urbanistica ed Ambientale.....	37
4) Igiene degli Alimenti.....	37
5) Servizio Veterinario della Sanità Animale.....	37
6) Igiene degli Alimenti di origine animale.....	37
7) Igiene degli Allevamenti e delle produzioni zootecniche.....	37
8) Servizio Medicina dello Sport.....	37
Area di Assistenza Distrettuale	38
Assistenza Sanitaria di Base.....	38
Assistenza Specialistica.....	39
Assistenza Farmaceutica.....	40
Assistenza Integrativa e Protesica.....	41
Assistenza Territoriale Domiciliare.....	43
Centro Dialisi.....	44
Ricoveri Extraregione (Legge Regionale 26/'91).....	44
2.4.2. Servizi Sociali	46
Area Minori e Famiglie	48
Area Giovani	49
Area Anziani	50
Area Disabilita'	51
Area della Povertà e della Marginalità Sociale	52
2.4.3 Istituti scolastici	55
2.4.4 Servizi socio-sanitari	56
2.4.5 Servizi del terzo settore	65
Organizzazioni di Volontariato	65
B) SETTORE DI INTERVENTO" AREA MINORI E FAMIGLIA".....	69
1. Analisi critica della situazione di base e dell'offerta dei servizi esistenti	69
2. Analisi dei bisogni e priorità di intervento	69
2.1 Area sociale	69
2.2 Area sociosanitaria	70
2.3 Area sanitaria	70
3. Obiettivi di miglioramento	70
3.2 Area sociosanitaria	70
3.3 Area sanitaria	70
4. Azioni di supporto al raggiungimento degli obiettivi	70
4.2 Valorizzazione, sostegno della genitorialità (area sociale)	72
4.2.1 Predisposizione e attuazione di percorsi formativi per favorire l'acquisizione di competenze delle Baby Sitter comunali e istituzione Albo a livello di distretto di PLUS	72
4.2.2 Servizi per le famiglie	74
4.2.3 Servizi Educativi	76
4.4 Attuazione di percorsi integrati di prevenzione e promozione della salute del minore	78
4.5 Centro affidi territoriale	80
C) SETTORE D'INTERVENTO: ANZIANI.....	83
1. Analisi critica della situazione di base e dell'offerta dei servizi esistenti	83

2. Analisi dei bisogni e priorità di intervento	83
2.1 Area sociale	83
2.2 Area Socio-sanitaria	84
2.3 Area sanitaria	84
3. Obiettivi di miglioramento	84
3.1 Area sociale	84
3.2 Area sociosanitaria	84
3.3 Area sanitaria	84
4. Azioni di supporto al raggiungimento degli obiettivi	84
4.1 AZIONE 1 - PREVENZIONE	86
4.1.1 Predisposizione e attuazione di programmi di educazione alla salute	86
4.2 AZIONE 2 - SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA'	90
4.2.1 Predisposizione e attuazione di percorsi formativi per favorire l'acquisizione di competenze dei caregivers e delle Assistenti Familiari e istituzione Albo a livello provinciale;	90
4.2.2 Potenziamento dei servizi a domicilio: Assistenza Domiciliare (SAD) Fornitura di pasti caldi, Lavanderia etc	93
4.2.3 Diffusione del servizio di Telesoccorso e teleassistenza per il monitoraggio continuo, il controllo e la gestione delle emergenze, a distanza;	94
4.2.5 Organizzazione di attività di socializzazione e aggregazione in rete nel territorio del distretto;	95
4.3 AZIONE 3 - OSPITALITA' ALLA NON AUTOSUFFICIENZA	96
4.3.1 Garantire la riconversione di strutture e servizi per l'accoglienza anche temporanea dell'anziano non autosufficiente anche attraverso la riqualificazione di quelle esistenti (Serrenti, Tuili, Villamar, Villanovafranca, Villanovaforru);	96
4.4 AZIONE 5 POTENZIAMENTO SERVIZI SANITARI	97
4.4.1 Aumento dell'offerta di ore di specialistica ambulatoriale nelle branche con maggior lista d'attesa (abbattimento delle liste d'attesa)	97
4.4.2 Sensibilizzazione e formazione dei medici di medicina generale sull'appropriatezza prescrittiva)	98
D) SETTORE D'INTERVENTO: DISABILI	101
1. Analisi critica della situazione di base e dell'offerta dei servizi esistenti	101
2. Analisi dei bisogni e priorità di intervento	101
2.1 Area sociale	101
2.2 Area sociosanitaria	101
2.3 Area sanitaria	102
3. Obiettivi di miglioramento	102
3.1 Area sociale	102
3.2 Area sociosanitaria	102
3.3 Area sanitaria	102
4.2 Valorizzazione e sostegno alla disabilità:	102
4.2.1 Creazione di una equipe distrettuale sulla disabilità.	103
4.2.2 Creazione di un centro diurno polivalente distrettuale	104
Descrizione sintetica	104
4.2.3 Inserimento lavorativo.	106
4.2.4 Centri di ascolto e di consulenza per disabili e loro famiglie.	107
4.2.5 Istituire un gruppo interservizi per l'elaborazione di percorsi di integrazione dei servizi e per la gestione degli interventi sanitari	108
4.3 Corso di formazione "tecnico dell'educazione e della riabilitazione e orientamento alla mobilità per disabili visivi"	109
7. Sistema di valutazione	110
8. Rispondenza delle azioni ai livelli essenziali di assistenza	111
E) SETTORE D'INTERVENTO: POVERTA' E MARGINALITA' SOCIALE	112
1. Analisi critica della situazione di base e dell'offerta dei servizi esistenti	112
2. Analisi dei bisogni e priorità di intervento	112
2.1 Area sociale	113
2.2 Area sociosanitaria	113
2.3 Area sanitaria	113
3. Obiettivi di miglioramento	113
3.1 Area sociale	113

3.2 Area sociosanitaria	113
3.3 Area sanitaria	114
4. Azioni di supporto al raggiungimento degli obiettivi	114
4.1 Valorizzazione e promozione del benessere delle persone in condizioni di povertà e marginalità sociale	115
4.1.1 Creazione di tavoli di discussione e di condivisione di buone prassi.....	115
4.1.2 inserimenti lavorativi attraverso l'erogazione di incentivi alle imprese.....	117
4.1.4 . Implementazione attività Ser.t e Centro Alcológico.	118
F) SETTORE DI INTERVENTO: GIOVANI FORMAZIONE E LAVORO	120
1. <i>Analisi critica della situazione di base e dell'offerta dei servizi esistenti</i>	120
2. <i>Analisi dei bisogni e priorità di intervento</i>	121
Area sociale	121
Area socio sanitaria	121
Area sanitaria	121
3. Obiettivi di miglioramento	121
3.1 Area sociale	121
3.2 Area sociosanitaria	122
3.3 Area sanitaria	122
4. Azioni di supporto al raggiungimento degli obiettivi	122
4.1 AZIONI PREVENTIVE E DI PROMOZIONE DEL BENESSERE	124
4.1.1 Formazione e campagne informative.....	124
4.1.2 Momenti di formazione e aggiornamento.....	124
4.2 AZIONI FINALIZZATE A FAVORIRE IL PROTAGONISMO GIOVANILE	125
4.2.1 Servizio di educativa territoriale.....	126
4.2.2 Spazi di animazione e microprogetti di animazione territoriale.....	127
4.2.3 Leva civica.....	128
4.3 Percorsi di orientamento ed inserimento sociale e lavorativo.....	129
4.4 AZIONI DI PROMOZIONE DELLA COMUNITA'	130
4.4.1 Creazione di un tavolo permanente sui giovani.....	130
4.4.2 Osservatorio Politiche Giovanili e Consulta Giovani.....	132
G) AZIONI TRASVERSALI	135
1. REGOLAMENTO DI ACCESSO AI SERVIZI E APPLICAZIONE DELL'ISEE AL LIVELLO DISTRETTUALE	135
2. METODOLOGIA DI LAVORO INTEGRATO	135
2.1 RETE INTEGRATA DEI SERVIZI (PUA, UVT, ADI)	136
3. SEGRETERIATO SOCIALE	139
4. MOBILITA' NEL TERRITORIO SERVIZIO TRASPORTO ANZIANI, DISABILI E FASCE DEBOLI	142
5. Osservatorio Politiche Sociali	143
6. Progetto "RITORNARE A CASA".....	144
7. Studio e analisi del fenomeno suicidario e proposte di prevenzione.....	146
H) PROGETTAZIONE INTEGRATA E PLUS	149
L) SETTORE DI FUNZIONAMENTO E SUPPORTO ALLE VARIE AREE DI INTERVENTO: MONITORAGGIO E VALUTAZIONE, PROGRAMMAZIONE, COORDINAMENTO E GESTIONE	150
1. Risorse finanziarie strutturali e umane	150
2. Disciplina premialità per i soggetti privati firmatari dell'accordo di programma.	151
3. Gruppo Tecnico di PLUS	151
4. L' Ufficio di Piano	152
APPENDICE "ALLEGATI"	155

A) PROFILO SOCIALE LOCALE

1. PREMESSA

La legge quadro di riforma dell'assistenza (L. 328/2000) ha avuto il pregio di promuovere un sistema diretto di rilevazione dei bisogni orientato a fornire risposte più efficaci ed immediate perché più vicine ai cittadini, evidenziando la necessità di introdurre modalità programmatiche e gestionali innovative, in grado di implementare l'erogazione di prestazioni secondo i principi di una logica partecipata ed integrata.

Dall'entrata in vigore della Legge Regionale di riordino del settore socio assistenziale (L.R. 23/2005) è iniziato, su scala regionale, un importante processo di sperimentazione e di innovazione istituzionale incentrato sulle capacità dei soggetti locali, delle Aziende sanitarie, del terzo settore, delle organizzazioni sindacali e sociali, di programmare in maniera coordinata gli interventi ed i servizi alla persona.

Con l'approvazione delle Linee Guida per l'avvio dei piani locali unitari dei servizi il processo di cambiamento in atto nel sistema di *welfare* locale ha subito un'ulteriore e decisiva accelerazione sia sul piano delle procedure e degli strumenti di lavoro sia su quello della qualità e dell'articolazione di interventi finalizzati ad una presa in carico della persona nella sua totalità.

La Conferenza dei servizi, convocata in data 22.06.06 dal Presidente della Provincia del Medio Campidano, ha avviato un percorso di programmazione unitario e condiviso destinato a creare forti legami di scambio tra le organizzazioni del territorio ed una sensibile integrazione professionale tra coloro i quali già producono "parti separate" di servizi in funzione di una specifica *mission* istituzionale.

In questa occasione, gli attori istituzionali coinvolti nel processo di elaborazione ed adozione del Piano, hanno iniziato a farsi carico del ruolo attribuito loro dalla normativa definendo la composizione e l'assetto organizzativo del Gruppo Tecnico di Plus ed individuando sette operatori tecnici tra il personale dipendente delle amministrazioni coinvolte:

D.ssa Daniela Faggiani del Comune di Serramanna (subentrata dal 29.09.06 a seguito delle dimissioni della D.ssa Igea Iervolino, Pedagogista del Comune di Las Plassas e Setzu),

A.S. Giuseppina Cossu del Comune di Serrenti (dimissionaria)

Dott. Igino Pisu, Responsabile Sanitario del Distretto di Sanluri dell'Asl n. 6;

A.S. Luisa Garau, A.S. della Provincia del Medio Campidano;

A.S. Luisa Angela Pittau del Comune di Sanluri;

D.ssa Marcella Tuveri, Pedagogista del Comune di Lunamatrona;

Dott. Roberto Fanni, Funzionario Amministrativo Asl n. 6

Tali componenti sono stati affiancati da una sociologa, Dott.ssa Cinzia Porceddu, messa a disposizione dalla ASL n. 6 di Sanluri, e da Dott. Roberto Doneddu, Dott.ssa Camboni Teresa, Dott. Antonello Caria, Dott.ssa Elisabetta Fenu, Dott. Vittorio Pelligra, Dott. Massimo Campedelli, componenti dello I.A.R.E.S (Istituto ACLI Ricerca e sviluppo), Ente selezionato dalla Provincia a supporto tecnico-metodologico.

La Conferenza di servizi ha individuato, altresì, cinque principali settori di intervento (minori e famiglia; giovani, lavoro e formazione; anziani; disabili; povertà e marginalità sociale) che hanno guidato il Gruppo Tecnico di Plus, sulla base delle indicazioni espresse, ad elaborare un primo profilo d'ambito.

Questo documento preliminare, sottoposto all'esame della Conferenza di Programmazione convocata in data del 26.07.06, ha rappresentato una prima raccolta, analisi ed interpretazione di quei fenomeni demografici, epidemiologici, sociali ed ambientali considerati funzionali alla conoscenza del territorio e della

popolazione ivi residente, all'analisi dei bisogni ed alla determinazione dello stato dell'offerta.

Successivamente all'elaborazione del Primo Profilo d'Ambito in armonia con la definizione delle politiche dei servizi integrati alla persona, il Gruppo Tecnico di Plus ha avviato momenti di concertazione con la comunità al fine di completare lo studio del territorio e della popolazione residente.

Nello specifico sono state organizzate *conferenze di settore "tavoli tematici"* (come previsto dall'articolo 1 comma 5 della legge 328/00, dalla legge 23/05 e dalle Linee guida regionali) che hanno permesso l'acquisizione di ulteriori elementi di conoscenza relativamente ai bisogni e alle risorse locali.

Questi momenti di incontro hanno favorito l'avvio di una progettualità mirata su tematiche trasversali, il confronto e l'integrazione fra le diverse esperienze e i diversi interventi, nonché l'emergere di soluzioni innovative.

Tavoli Tematici	Composizione	n° incontri/n° partecipanti
Minori e Famiglia Villanovafranca 15.09.06 Relatori Dott. Fanni Roberto A.S Pittau Luisa Angela Dott.ssa Porceddu Cinzia	Comune Villanovafranca; Consultorio Familiare Asl n. 6; CISL; Oratorio salesiano; Cooperativa sociale LaCometa; Centro di Giustizia Minorile; C.i.o.f.s.; Comune di Ussaramanna; Cooperativa Koinos; Cooperativa Nuova Luna; Cooperativa Fantaghirò; CGIL; M. F.; Comune di Serramanna; Comune di Sanluri; Servizio Materno Infantile Asl n. 6; NPI Asl n. 6; associazione solidarietà e condivisione; Istituto Comprensivo di Sanluri; Associazione Logos; Comune di Serrenti, Comune di Lunamatrona, Comune di Las Plassas; Comune di Setzu.	1 incontro 31 partecipanti
Giovani, lavoro e formazione Turri 18 settembre 2006 Relatori Dott.ssa Iervolino Igea e Dott.ssa Tuveri Marcella	Consultorio Familiare Asl n.6; Oratorio Salesiano; Cooperativa sociale La Cometa; Centro di giustizia minorile; C.I.O.F.S.; A. V.; A. M.; Consiliere comunale di Turri; CESIL Sanluri; CESIL Segariu; Cooperativa Koinos; Cooperativa Mosaico; Istituto comprensivo Serrenti; Cooperativa Nuova Luna; Associazione Vicenziane Lunamatrona; Comune di Setzu; Comune di Turri; Comune di Sanluri; Cooperativa La Ghianda; Comune di Serramanna); Comune di Lunamatrona; CGIL MD; CISL MD	1 incontro 33 partecipanti
Anziani Villamar 20 settembre 2006 Relatori Dott.ssa Marcella Tuberi e Dott. Igino Pisu,	Istituto Cotelengo; Caritas; P.A.V. Villamar; A.V.I.S.; Emsir Casa di Riposo; A.I.A.S.; Cooperativa Nuova Luna; Cooperativa Sociale Incontro; Cooperativa Sociale Santa Maria Bambina; associazione Genitori ONLUS; Associazione Genitori si Diventa; Comune di Siddi; Comune di Sanluri; Comune di Villmar; Comune di Barumini; Comune di Villanovafranca; Comune di Lunamatrona, Comune di Setzu; Comune di Las Plassas; Comune di Serrenti; CISL; CGIL MD; Dirigenti medici Asl n. 6; Consultorio Familiare Villamar; G.V.V. Lunamatrona; Privati cittadini.	1 incontro 50 partecipanti
Disabilità Serramanna 25 settembre 2006 Relatori	Associazione Famiglia Insieme; Comitato Genitori; Associazione G.A.M.A.; Unione Italiana Ciechi; Croce Verde; A.I.S.M.; Cooperativa Koinos; Cooperativa S.A.S.; Cooperativa Sociale La Cometa; A.I.A.S. Serramanna; Servizio Medicina di Base Asl n. 6; Ser.T. Asl n. 6; Servizio Salute Mentale Asl n. 6; Servizio Materno	1 incontro 38 partecipanti

A.S. Luisa Pittau, Dott. Pisu Igino	Infantile; Servizio NPI Asl n. 6; CSM Asl n. 6; Istituto comprensivo Serrenti; Scuola Media Lunamatrona. Comune di Siddi; Comune di Ussaramanna; Comune di Serramanna; Comune di Lunamatrona; Comune di Sanluri; Comune di Las Plassas; Comune di Setzu.	
Povertà e Marginalità Segariu 26 settembre 2006 Relatori: Dott. Fanni Roberto, Dott.ssa Garau Luisa, Dott.ssa Iervolino Igea	Ser.T Asl n. 6; A.U.S.E.R.; Comune di Segariu, Comune di Serrenti; Privati Cittadini; Istituto Maria Ausiliatrice; C.I.O.F.S.; Comune di Sanluri, Comune di Lunamatrona; Comune di Las Plassas; Comune di Setzu; Comune di Siddi, Comune di Serramanna.	1 incontro

Successivamente a tali incontri il Gruppo Tecnico di Plus ha elaborato specifici rapporti tematici condivisi in occasione di ulteriori Conferenze di Settore (Tavoli di Sintesi) che hanno costituito fondamentale momento di restituzione alla comunità di quanto emerso dai precedenti incontri.

Tavoli di Sintesi	Composizione	N° Incontri e N°partecipanti
Area Minori, Famiglia, Giovani Sanluri 12 ottobre 2006 Relatori Dott. Fanni Roberto e Dott.ssa Pittau Luisa	Comune di Villamar; Comune di Samassi; Comune di Villanovaforru; Comune di Serramanna; Comune di Siddi; Comune di Ussaramanna; Comune di Setzu; Comune di Las Plassas; Comune di Lunamatrona; Comune di Sanluri; C.I.O.F.S.; Istituto Maria Ausiliatrice; Cooperativa Koinos; CGIL; I.A.R.E.S.; USSM; Scuola Serrenti; Consultorio Familiare Villamar Asl n. 6; NPI Asl n. 6; Ser.T Asl n. 6.	1 34 partecipanti
Area Anziani e Disabili 16 ottobre 2006 Relatori Dott. Pisu Igino, Dott.ssa Tuveri Marcella	Consultorio Familiare Asl n. 6; Croce Verde; Provincia Medio Campidano; Cooperativa La Ghianda; Cooperativa Sociale Incontro; Unione Italiana Ciechi; Comune di Samassi; Comune di Siddi; Comune di Ussaramanna; Comune di Sanluri; Comune di Serramanna; Cesil Sanluri; SPI-CGIL.	1 30 partecipanti
Area Povertà e Marginalità Sanluri 13 ottobre 2006 Relatori Dott.ssa Garau Luisa, A.S Faggiani Daniela	Consultorio Familiare Asl n. 6; NPI Asl n. 6; Ser.T. Asl n. 6; CIOFS; Provincia MD; Comune di Lunamatrona; Cooperativa sociale La Ghianda; Comune Ussaramanna; Comune di Tuili; Comune di Genuri; Comune Siddi; Cesil Sanluri; Cesil Segariu; Istituto M. Ausiliatrice; I.A.R.E.S.; CGIL; Comune di Pauli Arbarei.	1 24 partecipanti

Ai tavoli tematici e di sintesi hanno fatto seguito cinque Conferenze di Co-progettazione che, essendo orientate a favorire apporti e contributi progettuali di interesse comune, hanno rappresentato momenti fondamentali di partecipazione comunitaria ed istituzionale alla programmazione unitaria dei servizi alla persona.

Tavoli di Co-Progettazione	Composizione	N° incontri e N°partecipanti
Minori e Famiglia Sanluri 20 ottobre 2006 Relatori Dott. Fanni Roberto	Consultorio Familiare Asl n. 6; Comune di Serramanna; Comune di Samassi; USSM; Istituto Comprensivo Sanluri; Istituto Comprensivo di Lunamatrona; Istituto Comprensivo di Serrenti; NPI Asl n. 6; Comune di Sanluri; Comune di Villamar; Comune di Siddi, Comune di Lunamatrona; Cooperativa Nauli; Cooperativa Koinos; Cooperativa Logos; Comune di Serramanna.	1 20 partecipanti
Giovani, lavoro e formazione Serramanna 19 ottobre 2006 Relatori A.S Faggiani Daniela	Comune di Serramanna; Comune di Serrenti; Comune di Sanluri; Provincia MD; CIOFS; Scuola San Raimondo; Cesil Sanluri; Istituto Comprensivo di Serrenti; Comitato Genitori Crescere Insieme; Cooperativa Koinos; IARES; Associazione culturale Frades; Comune di Lunamatrona.	1 18 partecipanti
Inserimenti Socio Lavorativi Lunamatrona 23 ottobre 2006 Relatori Dott.ssa Tuveri Marcella	Cesil Sanluri; Comune di Sanluri; Cooperativa sociale La Ghianda; CIOFS; C.S.M. Asl n. 6; Provincia MD; I.A.R.E.S.; Cesil Samatzai; NPI Asl n. 6; Comune di Ussaramanna; Comune di Collinas; Comune di Siddi; Cesil Segariu; Comune di Lunamatrona.	1 19 partecipanti
Dipendenze Sanluri 24 ottobre 2006 Relatori Dott.ssa Garau Luisa, Dott. Igino Pisu	Comune di Sanluri; Comune di Lunamatrona; Comune di Siddi; Comune di Ussaramanna; Centro di ascolto M.d.R.; Asl n.6; IARES; Provincia MD; Ser.T. Asl n. 6; Cesil Sanluri.	1 13 partecipanti
Anziani e Disabili Sanluri 19 ottobre 2006 Relatori A.S. Luisa Pittau	Consultorio Sanluri Asl n. 6; NPI Asl n. 6; Comune di Lunamatrona; Comune di Ussaramanna; Comune di Siddi; Cooperativa Koinos; IARES; Comune di samassi; Comune di Furti; Comune di Segariu; ADI Asl n. 6; FNP CISL; Unione Italiana Ciechi; Comune di Serrenti; Provincia MD.	1 20 partecipanti

Il livello comunitario ha rappresentato, pertanto, la sede ideale in cui ricomporre le diverse letture dei fenomeni sociali complessi che ha permesso di elaborare un maggiore volume di dati, di ridurre i margini di errore nelle proiezioni sui futuri flussi di bisogno di definire, con maggiore precisione, il peso (costo/benefici) degli interventi individuati, di investire le risorse su obiettivi meglio rilevati e condivisi.

I componenti il Gruppo Tecnico di Plus, avvalendosi dei contenuti e delle priorità acquisite durante le Conferenze di Programmazione, di Settore e di Co-progettazione hanno, in questo modo, avviato un processo metodologico, tecnico e strategico che ha portato alla predisposizione del Plus.

Il PLUS contiene la descrizione della situazione di base, presente nel distretto, relativamente ai bisogni e all'offerta dei servizi, all'individuazione degli obiettivi di miglioramento, le azioni, i tempi e le risorse necessarie al raggiungimento degli obiettivi così come identificati.

Il documento è strutturato in aree: sociale, socio-sanitaria e sanitaria.

Questa impostazione rappresenta il definitivo superamento di una cultura gestionale improntata sulla specificità amministrativa e l'adesione ad una dimensione interistituzionale ed ad una "logica di programma" ispirata al superamento della frammentazione degli interventi, della sovrapposizione nell'offerta dei servizi e dell'inappropriatezza delle risposte.

2 PROFILO SOCIALE LOCALE E PRIORITA' D'INTERVENTO

2.1 QUADRO SOCIO-DEMOGRAFICO

L'ambito territoriale di riferimento è situato nella parte Centro Orientale della neonata provincia del Medio Campidano. Esso è rappresentato dall'area afferente il c.d. Distretto di Sanluri che comprende 2 sub-aree storicamente e geograficamente rappresentate da:

- la Marmilla: con i Comuni di Barumini, Collinas, Furtei, Genuri, Gesturi, Las Plassas, Lunamatrona, Pauli Arbarei, Segariu, Setzu, Siddi, Tuili, Turri, Ussaramanna, Villamar, Villanovaforru, Villanovafranca e con un'estensione territoriale complessiva pari a 331,22 kmq.
- il Campidano: con i Comuni di Samassi, Sanluri, Serramanna, Serrenti e con un'estensione territoriale complessiva pari a 253,09 kmq.

Tale suddivisione viene effettuata a titolo esemplificativo ma non sempre è perfettamente aderente alla situazione reale. Non mancano, infatti, casi di Comuni che si trovano al limite tra due o più aree geografiche; un esempio tra tutti: il Comune di Sanluri è compreso tra la Marmilla e il Campidano irriguo.

Tale ambito territoriale si estende per circa 584,31 Km² (pari a circa il 2,3 % dell'intero territorio regionale) su una superficie totale di 1.516 km² dell'intera provincia del Medio Campidano e comprende 21 Comuni.

Sanluri è il Comune con la maggior superficie territoriale 84,16 Km² mentre Genuri con i suoi 7,55 Km² è il Comune con la minore estensione.

Gesturi con i suoi 46,87 Km² rappresenta il Comune della Marmilla con la più vasta estensione territoriale seguito da Villamar con una superficie di 38,64 Km² e da Villanovafranca con 27,46 Km².

La regione geografica Marmilla comprende un numero di 17 comuni. Si evidenzia la presenza di un Comune ogni 19,48 Km² circa. Si tratta, peraltro, di comuni di modestissima entità con una popolazione complessiva numericamente inferiore a quella presente nel Campidano.

Nella regione geografica Campidano invece sono presenti 4 Comuni uno ogni 63,27 Km² circa (vedi allegati).

Tabella 1: ripartizione territoriale, densità, popolazione. Anno 1991-2001

SUB-AREA	COMUNI	Kmq (2001)	ab/kmq (2001)	Pop. 2001	Pop. 1991	var.ass.	var.%
MARMILLA	Barumini	26,57	53,18	1413	1475	62	4,29
	Collinas	20,79	48,77	1014	1076	62	5,93
	Furtei	26,12	65,96	1723	1793	70	3,98
	Genuri	7,55	51,13	386	444	58	13,98
	Gesturi	46,87	30,51	1430	1480	50	3,44
	Las Plassas	11,14	24,15	269	317	48	16,38
	Lunamatrona	20,57	90,33	1858	1896	38	2,02
	Pauli Arbarei	15,12	47,62	720	719	-1	-0,14
	Segariu	16,69	40,14	1358	1383	25	1,82
	Setzu	7,82	21,23	166	189	23	12,96
	Siddi	11,02	72,5	799	878	79	9,42
	Tuili	24,5	48,37	1185	1263	78	6,37
	Turri	9,64	55,29	533	572	39	7,06
	Ussaramanna	9,75	62,67	611	656	45	7,1

	Villamar	38,64	76,6	2.960	3147	187	6,12
	Villanovaforru	10,97	63,81	700	739	39	5,42
	Villanovafranca	27,46	54,3	1491	1624	133	8,54
CAMPIDANO	Samassi	42,21	124,95	5.274	5463	189	3,52
	Sanluri	84,16	101,22	8.519	8499	-20	-0,24
	Serramanna	83,9	113,77	9.545	9837	292	3,01
	Serrenti	42,82	60,53	5.174	5327	153	2,91
TOTALE DISTRETTO		584,31	80,65	47128	48777	-1649	

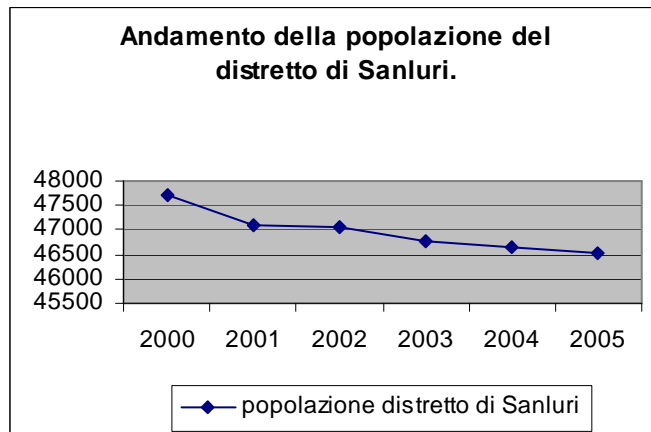
Fonte: dati Istat 2001

Come mostrano i dati riportati nella tabella 1, è evidente il declino della popolazione ed il suo continuo invecchiamento. Il censimento del 2001 indica in 47.128 il numero dei residenti nel distretto segnalando un decremento della popolazione rispetto al censimento precedente di circa 1.700 unità.

Il trend è costante infatti, considerando gli ultimi bilanci demografici risulta che la popolazione residente nel territorio è passata da 47.726 nel 2000 a 46.517 nel 2005.

La causa principale del decremento della popolazione è da attribuirsi al saldo naturale che solo in qualche caso risulta bilanciato da un saldo migratorio positivo (v.allegati). Da non sottovalutare, infatti, è anche la perdita di popolazione per via dell'emigrazione.

Figura1: andamento della popolazione del distretto nel periodo 2000-2005



Nonostante il saldo naturale sia andato sempre diminuendo, nel 2005 si accenna ad una timida ripresa di circa 7 unità rispetto all'anno precedente di cui ancora non si sa se si tratti di un fenomeno congiunturale o se si segnali una inversione di tendenza.

Considerando un arco temporale ancor più ampio che va dal 1991 al 2005 si conferma lo stesso trend che testimonia una dinamica consolidata nel tempo e nello spazio. Si è passati infatti da una popolazione di 48.777 abitanti nel 1991 a quella di 46.517 del 2005 con una riduzione pari al 5,25%. Il maggior contributo in termini negativi è stato dato dai comuni della Marmilla che da soli hanno perso 1.407 abitanti contro i 2.560 abitanti in meno dell'intero distretto.

Solo nell'anno 2005, dal 01.01.05 al 31.12.05 sono stati contati 126 abitanti in meno con una perdita percentuale pari a 0,27%.

La causa principale del calo demografico è rappresentato dalla bassa natalità che non favorisce il ricambio della popolazione: il numero dei morti supera di gran lunga il numero dei nuovi nati. Nel corso dell'ultimo anno a fronte di 330 nascite si

sono verificati 447 decessi. Il fenomeno migratorio è, invece meno rilevante ma pur sempre evidente e contribuisce anch'esso, seppur in minor misura alla riduzione del numero di abitanti.

Volendo offrire una fotografia più recente della demografia del distretto si possono osservare per l'appunto i dati Istat aggiornati al 2005 (di recentissima pubblicazione) che registrano una popolazione complessiva di 46.517 abitanti di cui 28.373 residenti nella regione geografica Campidano e i restanti 18.144 nella regione della Marmilla.

Si nota immediatamente che la Marmilla, pur comprendendo una maggior estensione territoriale ed un numero rilevante di comuni ha una popolazione nettamente inferiore rispetto a quella del Campidano.

Dall'analisi dei dati demografici al 31.12.05 emerge che Serramanna con i suoi 9.386 abitanti è il Comune più popoloso mentre Setzu che conta 160 abitanti rappresenta in assoluto il Comune meno popolato del Distretto nonché dell'intera Provincia del Medio Campidano.

Il record della più elevata densità abitativa spetta invece al Comune di Serrenti con i suoi 119,22 abitanti per kmq. La minor densità abitativa è ancora attribuibile al Comune di Setzu con 20,07 abitanti per kmq.

La densità media del territorio del distretto è pari invece a 79,61 abitanti per Km² e risulta dalla media della densità abitativa delle due sub-aree:

la Marmilla con 54,77 abitanti per kmq ha una densità pari a circa la metà di quella del Campidano con i suoi 112,10 abitanti per kmq.

Si evince immediatamente una sostanziale differenza nella distribuzione territoriale della popolazione molto più concentrata nel Campidano e con una diffusione a macchie di leopardo nella Marmilla.

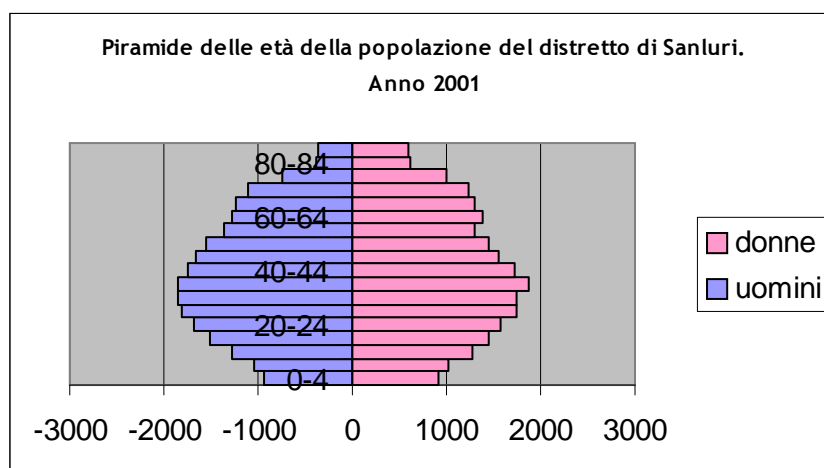
I 17 comuni della Marmilla sono tutti sotto i 3000 abitanti. Villamar, il comune più popoloso della Marmilla, al 31.12.05 contava 2928 abitanti.

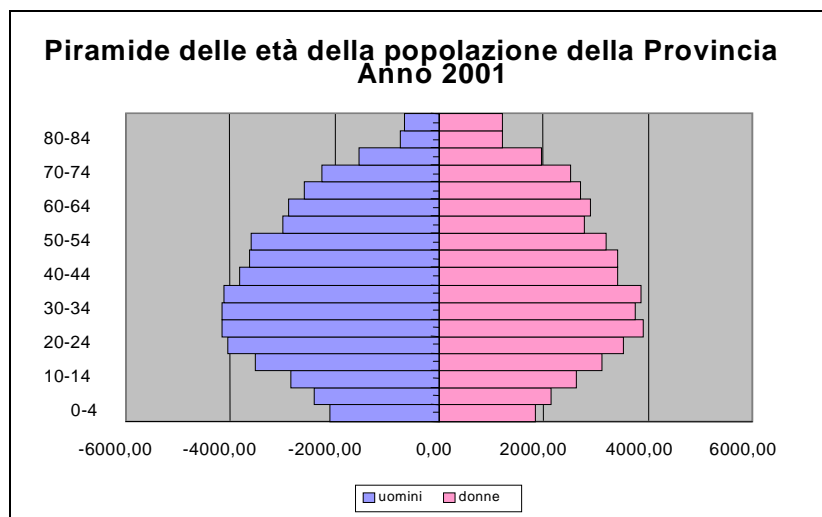
Nel Campidano la situazione è decisamente più favorevole, tutti i suoi 4 comuni superano i 5000 abitanti. Serrenti, il comune meno popoloso del Campidano al 31.12.05 contava 5105 residenti.

L'andamento demografico, frutto sia della dinamica naturale sia di quella migratoria sopra descritta, contribuisce a mutare la struttura della popolazione nel quale le stesse avvengono. Gli effetti demografici più evidenti consistono in una rilevante riduzione della popolazione infantile e un parallelo aumento di quella di età avanzata.

Come mostra graficamente la piramide delle età, il peso della popolazione anziana sul totale della popolazione continua ad aumentare rendendo evidente anche il crescente squilibrio tra i sessi in favore dell'elemento femminile risultante più longevo.

Figure 2-3: piramide delle età della popolazione del distretto di Sanluri e della Provincia del Medio Campidano. Censimento 2001





Dalla forma propria iniziale piramidale (da cui la denominazione del grafico medesimo) tipica fino agli anni '60 si arriva ai giorni nostri in cui la struttura della popolazione viene rappresentata graficamente quasi a forma ad "albero" o secondo la definizione di altri, a forma di "trottola", per via del rigonfiamento della parte centrale della figura e l'assottigliamento della base.

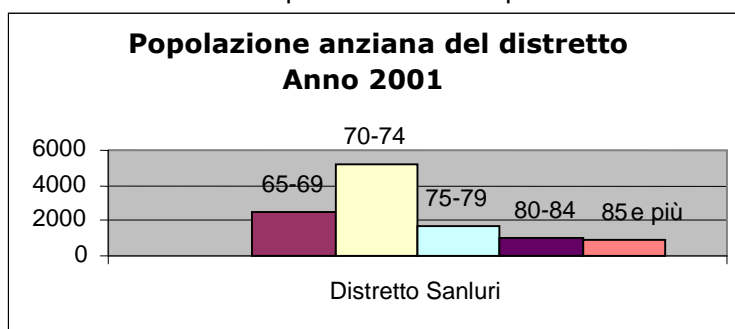
La gran parte degli studiosi attribuiscono l'ingrossamento della piramide nel tempo, soprattutto in corrispondenza delle classi centrali (età lavorative), al cosiddetto fenomeno del "baby-boom", registratosi negli anni '60, e in parte al fenomeno migratorio; poi il brusco decremento del livello di natalità, verificatosi, in modo diffuso su tutto il territorio nazionale, dalla seconda metà degli anni '70, ha determinato, invece, il progressivo restringimento della piramide in corrispondenza delle classi di età più giovani. Questa trasformazione quindi, è il frutto di un invecchiamento della popolazione, conseguenza di un calo dei tassi di natalità e di un decremento del tasso di mortalità.

La conseguenza è la riduzione dell'incidenza delle classi riferite alla popolazione minorile che stanno alla base della piramide, e una prospettiva di crescita delle classi riferite alla popolazione adulta e quindi anziana.

La tabella in allegato illustra nello specifico la struttura della popolazione anziana (≥ 65 anni). La classe di età più ampia è quella relativa alla fascia 70-74 che rappresenta circa il 45% della popolazione anziana e l'11% della popolazione totale. Nel complesso invece gli ultrasessantacinquenni del distretto in questione ricoprono circa $\frac{1}{4}$ della popolazione totale.

I comuni con la più alta quota di anziani (oltre 1000 anziani) sono Samassi, Sanluri, Serramanna e Serrenti.

Figura 4: popolazione anziana suddivisa per classi di età presente nel distretto di Sanluri. 2001



Generalmente si ritiene che l'invecchiamento della popolazione sia dovuto all'allungarsi della vita media ossia alla riduzione della mortalità in età avanzata ma da non sottovalutare è anche lo scarso rinnovamento della popolazione per via

dello "spettrale" processo di modernizzazione che esercitando potere sul numero delle nascite e sulle morti, riduce la fecondità e aumenta l'effettiva permanenza degli anziani nel sistema.

Dunque una vita media sempre più lunga che combinata con un altro fenomeno oggi sempre più diffuso, quello relativo al declino della fecondità, sta causando notevoli mutamenti nella struttura per età della popolazione.

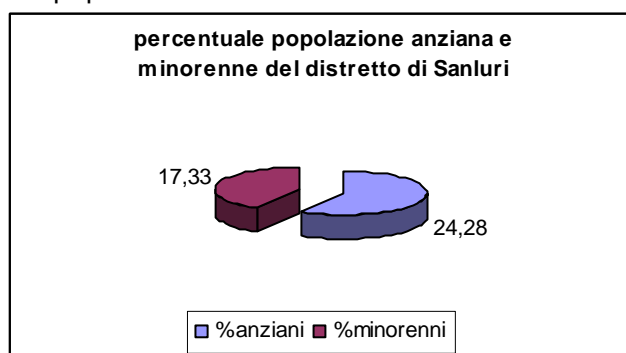
Le conseguenze sul piano politico-economico-sociale e quindi comunitario si faranno presto sentire soprattutto per la velocità con cui questo cambiamento sta avvenendo.

Tabella 2: peso della popolazione anziana e minorenne sul totale della popolazione. Distretto di Sanluri. Anno 2001

COMUNI	% anziani	% minorenni
Barumini	29,72	17,41
Collinas	32,15	13,02
Furti	24,90	18,75
Generi	33,16	13,99
Gestori	26,15	18,81
Las Plassas	31,23	17,10
Lunamatrona	28,26	17,01
Pauli Arborei	28,61	18,75
Samassi	23,06	16,78
Sanluri	21,68	17,81
Segariu	22,09	20,91
Serramanna	21,62	17,29
Serrenti	21,78	18,32
Setzu	36,14	13,25
Siddi	23,28	18,15
Tuili	35,02	13,59
Turri	36,21	11,82
Ussaramanna	31,91	12,27
Villamar	24,63	18,92
Villanovaforru	30,14	15,29
Villanovafranca	27,36	15,22
Distretto Sanluri	24,28	17,33

Fonte: rielaborazione dati Istat. censimento 2001

Figura 5: percentuale della popolazione anziana e minorenne. Distretto di Sanluri. Anno 2001



La tabella n.2 ed il relativo grafico aggiungono informazioni sulla struttura della popolazione distrettuale poiché oltre all'incidenza degli anziani evidenziano il peso della popolazione di età uguale-inferiore a diciotto anni che è pari a circa il 17%, all'interno del quale si rileva un 3,70% esprimente l'incidenza della fascia di infanti rispondenti alla classe di età 0-4 anni.

In allegato sono illustrate sinteticamente alcune cifre rappresentative la struttura della popolazione totale (dati Istat 2001).

Spostando l'attenzione sugli indici di struttura emergono alcune differenze nelle caratteristiche della popolazione.

In primo luogo si evince che l'indice di vecchiaia (pari a 179) risulta di gran lunga superiore a quello medio regionale e nazionale (rispettivamente 116,1 e 131,4), mentre l'indice di dipendenza è pari a 35,66 contro una media regionale di 43.

Sulla base di questi dati appare dunque nuovamente confermato il fatto che il distretto presenta una popolazione con un alta percentuale di anziani.

Il dato è rafforzato anche dall'indice di dipendenza degli anziani 35,66 che misura il peso della popolazione ultra65enne sul totale della popolazione attiva.

Tale ammontare se aggiunto al valore dell'indice di dipendenza giovanile produce un indice di dipendenza complessivo molto significativo perché superiore a 55.

Tabella 3: raffronto indici di struttura. Distretto di Sanluri. Anno 2001

Comuni	Indice vecchiaia	Indice dipendenza anziani	Indice dipendenza giovanile	Indice dipendenza complessivo	Indice carico sociale
Barumini	211,06	46,31	21,94	68,25	58,88
Collinas	291,07	49,77	17,10	66,87	55,57
Furtei	175,10	37,24	21,27	58,51	51,39
Genuri	284,44	54,70	19,23	73,93	63,25
Gesturi	180,68	41,79	23,13	64,92	57,32
Las Plassas	240,00	48,84	20,35	69,19	58,72
Lunamatrona	218,75	43,68	19,97	63,64	55,24
Pauli Arbarei	194,34	43,83	22,55	66,38	62,55
Samassi	170,55	33,18	19,45	52,63	47,26
Sanluri	151,89	30,75	20,25	51,00	46,09
Segariu	130,43	33,41	25,61	59,02	54,57
Serramanna	162,39	30,51	18,79	49,29	43,79
Serrenti	151,48	31,70	20,93	52,63	47,43
Setzu	428,57	59,41	13,86	73,27	61,39
Siddi	160,34	34,70	21,64	56,34	50,19
Tuili	324,22	56,31	17,37	73,68	64,99
Turri	402,08	58,13	14,46	72,59	60,54
Ussaramanna	309,52	49,12	15,87	64,99	54,91
Villamar	162,00	37,08	22,89	59,97	54,17
Villanovaforru	257,32	45,87	17,83	63,70	54,57
Villanovafranca	229,21	41,68	18,18	59,86	53,52
Distretto Sanluri	179,10	35,66	19,91	55,58	49,45

Fonte: rielaborazione dati Istat 2001

I cambiamenti della dinamica e della struttura della popolazione concorrono a modificare anche altri assetti della società tra cui quello relativo alla pianificazione delle famiglie.

Sulla base dei dati elaborati dall' Istat si evince che l'indicatore più immediato del cambiamento della famiglia è di tipo strutturale.

Nell'arco di un decennio il numero medio dei suoi componenti è passato da 3 nel 1991 a 2,7 del 2001 a 2 di oggi (dati Istat aggiornati al 2005) a cui si affianca, come detto in precedenza un aumento del numero delle famiglie che passa da 1.6141 unità del 1991 a circa 17.389 del 2001.

Quindi, sono aumentate le famiglie ristrette e specularmente si è assistito al crollo della famiglia complessa. Nel dettaglio le famiglie unipersonali presenti nel distretto costituiscono il 20,67 % del totale; a seguire si registra un 22,82 % rappresentante le famiglie con all'interno 2 membri; 21,13 % 3 membri; 24,07 % 4 persone; 8,41 % 5 persone; 2,88 % 6 o più persone

Come bene attestano tanti studi, quindi la famiglia italiana in generale e quella sarda in particolare, è andata progressivamente riducendosi negli ultimi decenni, a causa non solo della rapida evoluzione di fenomeni di natura demografica come la riduzione della fecondità e la diminuzione della mortalità che ha indotto un conseguente invecchiamento della popolazione, ma anche a causa dei mutamenti dei comportamenti sociali. Si fa riferimento a questo proposito alla crescente instabilità matrimoniale, alla propensione sempre più frequente a vivere una vita da single, al ritardo cui si affronta il matrimonio sia a causa di difficoltà economiche che non permettono al giovane in particolare di costruirsi una famiglia propria sia perché oggi si antepongono altri interessi a quello della famiglia tra cui il perseguimento della carriera.

Tanti altri numerosi studi provano che con l'incremento della popolazione anziana sono aumentate anche le famiglie composte di soli anziani. Contemporaneamente si assiste alla diminuzione dell'intensità delle relazioni parentali e delle famiglie allargate.

Tutto ciò fin qui detto, produce inevitabilmente conseguenze di rilievo sulla domanda e sull'offerta dei servizi pubblici e quindi tensioni sull'organizzazione e la prestazione dei servizi sociali e sanitari.

Però su una cosa è importante ancora riflettere, ossia che per quanto sempre più piccola e sempre più complessa, la famiglia come istituzione sociale, rimane nella nostra mentalità, ancora abbastanza resistente. Essa rappresenta una delle forme di "capitale sociale" più disponibile per gli individui e per l'insieme della comunità, quella struttura sociale che, più di tutte, può concorrere a risolvere i problemi quotidiani.

Tabella 4: indicatore relativo al numero medio delle famiglie, al numero medio dei componenti per famiglia presenti negli anni 1991-2001

Comuni	numero famiglie 2001	numero famiglie 1991	var	var%	numero medio componenti 2001	numero medio componenti 1991	var.
Barumini	505	482	23	4,66	2,78	3	-0,22
Collinas	382	369	13	3,46	2,64	2,9	-0,26
Furtei	613	591	22	3,65	2,77	3	-0,23
Genuri	151	161	-10	-6,41	2,56	2,8	-0,24
Gesturi	519	473	46	9,27	2,75	3,1	-0,35
Las Plassas	103	116	-13	-11,87	2,61	2,7	-0,09
Lunamatrona	655	593	62	9,94	2,77	3,1	-0,33
Pauli Arbarei	254	228	26	10,79	2,83	3,2	-0,37

Samassi	1.767	1.637	130	7,64	2,98	3,3	-0,32
Sanluri	2.891	2.541	350	12,89	2,92	3,3	-0,38
Segariu	470	432	38	8,43	2,89	3,2	-0,31
Serramanna	3.181	2.934	247	8,08	2,98	3,3	-0,32
Serrenti	1.781	1.685	96	5,54	2,9	3,2	-0,3
Setzu	67	73	-6	-8,57	2,48	2,6	-0,12
Siddi	294	289	5	1,72	2,72	3	-0,28
Tuili	449	432	17	3,86	2,63	2,9	-0,27
Turri	219	219	0	0	2,43	2,6	-0,17
Ussaramanna	237	218	19	8,35	2,58	3	-0,42
Villamar	1.020	987	33	3,29	2,9	3,2	-0,3
Villanovaforru	255	246	9	3,59	2,71	3	-0,29
Villanovafranca	551	529	22	4,07	2,7	3,1	-0,4
Distretto Sanluri	17.389	16.141	1.248	7,17	2,74	3,05	-0,29
Provincia	36.348	33.921	2.427	6,91	2,8	3,07	-0,27

Fonte: Istat Censimento 1991-2001

Tabella 5: Famiglie per numero di componenti

COMUNI	Numero di componenti													
	1 persona			2 per s.	%	3 per s.	%	4 per s.	%	5 per s.	%	6 o più per s.	%	Totale
	Tot .	di cui: non coabi tazio ne	%											
Barumini	138	134	27,33	106	20,9 9	84	16,6 3	116	22,9 7	40	7,92	21	4,1 6	505
Collinas	107	101	28,01	87	22,7 7	77	20,1 6	69	18,0 6	32	8,38	10	2,6 2	382
Furtei	139	139	22,68	136	22,1 9	134	21,8 6	152	24,8 0	37	6,04	15	2,4 5	613
Genuri	37	37	24,50	45	29,8 0	32	21,1 9	25	16,5 6	9	5,96	3	1,9 9	151
Gesturi	114	114	21,97	146	28,1 3	90	17,3 4	114	21,9 7	41	7,90	14	2,7 0	519
Las Plassas	30	30	29,13	28	27,1 8	17	16,5 0	17	16,5 0	7	6,80	4	3,8 8	103
Lunamatrona	163	159	24,89	143	21,8 3	128	19,5 4	150	22,9 0	51	7,79	20	3,0 5	655
Pauli Arbarei	59	59	23,23	58	22,8 3	49	19,2 9	54	21,2 6	26	10,2 4	8	3,1 5	254
Samassi	278	277	15,73	396	22,4 1	453	25,6 4	435	24,6 2	150	8,49	55	3,1 1	1767
Sanluri	499	498	17,26	681	23,5 6	659	22,7 9	739	25,5 6	239	8,27	74	2,5 6	2891
Segariu	100	100	21,28	101	21,4 9	89	18,9 4	127	27,0 2	40	8,51	13	2,7 7	470
Serramanna	572	572	17,98	674	21,1 9	696	21,8 8	848	26,6 6	295	9,27	96	3,0 2	3181
Serrenti	356	354	19,99	394	22,1 2	355	19,9 3	487	27,3 4	151	8,48	38	2,1 3	1781
Setzu	18	18	26,87	19	28,3 6	14	20,9 0	12	17,9 1	4	5,97	0	0,0 0	67
Siddi	78	78	26,53	71	24,1 5	50	17,0 1	61	20,7 5	21	7,14	13	4,4 2	294
Tuili	115	115	25,61	122	27,1 7	87	19,3 8	80	17,8 2	33	7,35	12	2,6 7	449
Turri	74	74	33,79	48	21,9 2	43	19,6 3	37	16,8 9	16	7,31	1	0,4 6	219
Ussaramanna	66	66	27,85	67	28,2 7	40	16,8 8	38	16,0 3	19	8,02	7	2,9 5	237
Villamar	224	218	21,96	218	21,3 7	209	20,4 9	231	22,6 5	102	10,0 0	36	3,5 3	1020

Villanovaforru	71	70	27,84	62	24,31	46	18,04	42	16,47	21	8,24	13	5,10	255
Villanovafranca	145	138	26,32	133	24,14	106	19,24	105	19,06	43	7,80	19	3,45	551
Totale	3383	3351	20,67	3735	22,82	3458	21,13	3939	24,07	1377	8,41	472	2,88	16364

Fonte: Istat Censimento 2001

Un'altra delle dimensioni interessanti da mettere in evidenza in rapporto alle politiche sociali riguarda la componente straniera.

Stando ai dati Istat del censimento del 2001 e del bilancio demografico del 2004, gli immigrati stranieri presenti nel distretto ammontano a 166 unità costituenti circa lo 0,23% del totale della popolazione: una cifra che mostra subito l'esiguità del fenomeno.

I comuni del distretto di Sanluri che registrano la più alta quota di stranieri sono Sanluri (59) e Serramanna (31) mentre il restante dei comuni ha un'incidenza pari o inferiore a 10 unità. Analizzando la provenienza dei cittadini residenti stranieri emerge che al primo posto per dimensione di gruppo si collocano gli individui di origine europea, seguono gli africani, gli americani, gli asiatici e per ultimi gli apolidi.

2.2 ASPETTI SOCIO – ECONOMICO – CULTURALI

Il *quadro socioeconomico* del distretto di Sanluri e in generale quello della Provincia del Medio Campidano sembra caratterizzarsi per l'assenza di forti aggregazioni produttive specializzate.

I dati relativi alla condizione professionale della popolazione residente nell'ambito territoriale del distretto di Sanluri, contenuti nel Censimento della popolazione del 2001, evidenziano che il 68,60 % degli occupati ha un'età tra i 30 e 54 anni, il 20,58 % ha un'età compresa tra i 20 e i 29 anni e solo il 9,57 % ha un'età superiore ai 55 anni.

Tabella 6: Occupati per classe di età – Censimento 2001

COMUNI	Classe di età da 15 anni in poi				Totale
	15-19	20-29	30-54	55 e più	
Barumini	6	71	285	56	418
Collinas	1	57	189	29	276
Furti	9	88	325	50	472
Generi	3	15	52	8	78
Gestori	6	62	220	39	327
Las Plassas	0	13	47	11	71
Lunamatrona	7	115	390	51	563
Pauli Arborei	3	50	140	11	204
Samassi	18	299	1014	144	1475
Sanluri	32	571	1874	290	2767
Segariu	9	56	260	26	351
Serramanna	35	579	1840	216	2670

Serrenti	16	338	1080	135	1569
Setzu	0	6	23	3	32
Siddi	4	31	165	15	215
Tuili	2	52	222	34	310
Turri	0	20	94	21	135
Ussaramanna	1	35	131	27	194
Villamar	9	198	534	71	812
Villanovaforru	2	34	151	22	209
Villanovafranca	5	99	261	38	403
TOTALE	168	2789	9297	1297	13551

Fonte: rielaborazione dati Istat 2001

Scomponendo la categoria occupati in base all'età e alla tipologia di attività economica risulta in sintesi quanto segue:

- 20-29 anni: 13,49 % occupati in agricoltura; 22,22 % occupati in industria, 21,29 % occupati in altre attività;
- 30-54 anni: 67,30 % occupati in agricoltura, 67,83% occupati in industria, 69,20 % occupati in altre attività;
- 55 anni e più: 18,11% occupati in agricoltura, 7,81% occupati in industria, 8,61% occupati in altre attività.

Figura 6: numero occupati suddivisi per classe di età. Anno 2001

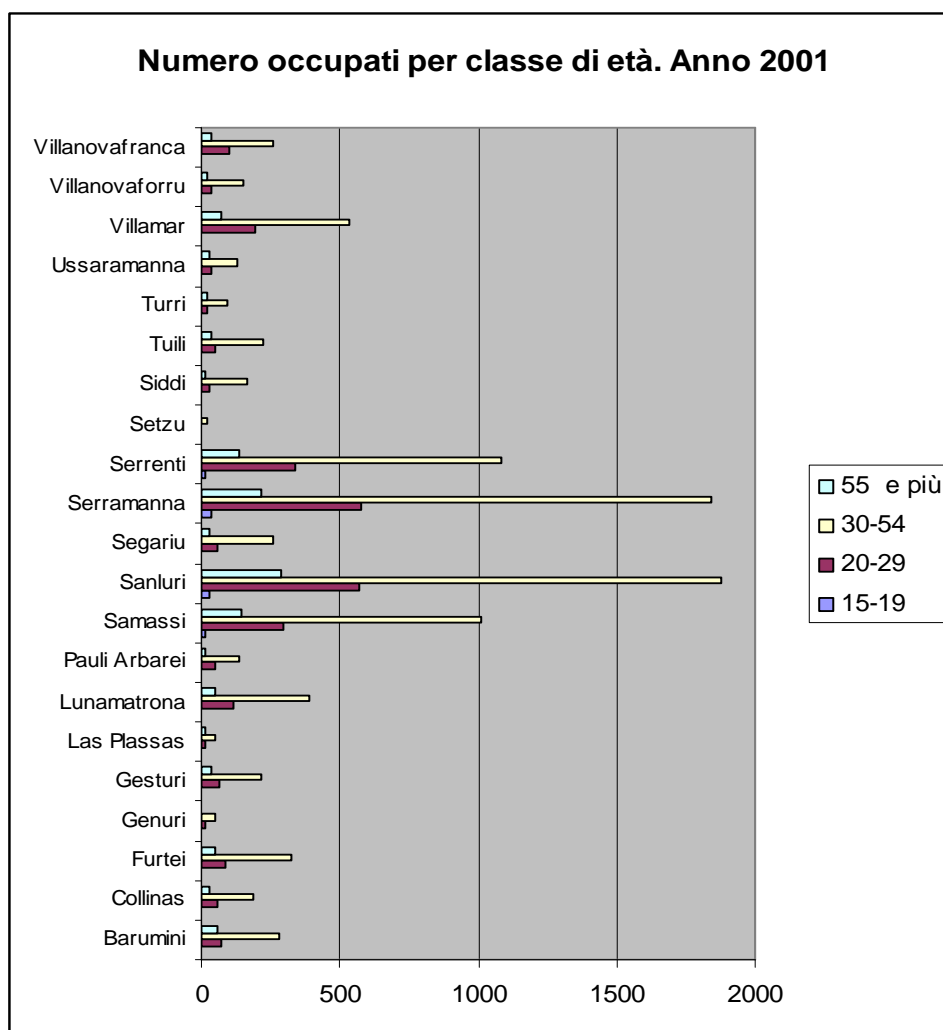


Figura 7: numero occupati suddivisi per tipologia di attività. Distretto di Sanluri. Anno 2001

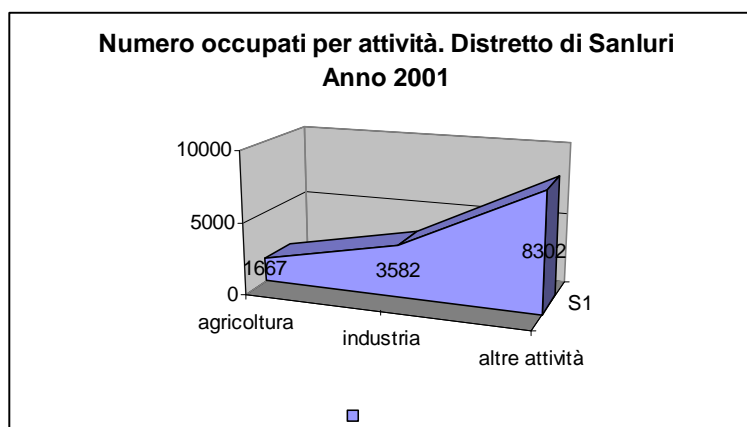


Tabella 7: Tasso di occupazione per sesso – Censimento 2001.

COMUNI	Sesso		
	Maschi	Femmine	Totale
Barumini	47,16	21,27	34,43
Collinas	43,08	18,66	30,6
Furti	47,16	17,44	31,94
Genuri	33,92	11,76	22,87
Gesturi	39,41	13,96	26,74
Las Plassas	45,05	17,07	30,34
Lunamatrona	49,18	20,9	34,8
Pauli Arbarei	50,16	15,38	33,22
Samassi	47,56	17,98	32,34
Sanluri	51,71	24,52	37,89
Segariu	45,5	17,13	31,12
Serramanna	46,4	18,6	32,27
Serrenti	51,25	19,81	35,42
Setzu	30,95	8,82	21,05
Siddi	44,57	17,72	31,48
Tuili	42,18	16,35	29,33
Turri	39	16,8	27,84
Ussaramanna	48,38	22,14	35,4
Villamar	47,68	17,14	32,35
Villanovaforru	42,77	24,76	33,82
Villanovafranca	42,99	18,15	30,69
Totale	44,57429	17,9219	31,23524

Fonte: rielaborazione dati Istat 2001

Il tasso di disoccupazione nell'intera area provinciale è molto elevato.

Mentre la media regionale è pari al 22%, nel territorio del Medio Campidano la media è del 25% con paesi che raggiungono punte del 30% (Gesturi, Serramanna).

Il tasso di disoccupazione nel distretto di Sanluri, come mostra la tabella n. 8, per quanto riguarda i giovani, è pari al 46,68%, un valore simile alla media regionale, ma molto superiore al tasso di disoccupazione complessivo. Inoltre, ben 14 comuni su 28 hanno un tasso superiore a quello regionale e con picchi oltre il 60% (Segariu 68%, Turri 64,7%). In aggiunta si rileva un tasso di disoccupazione giovanile femminile ben al di sopra della media regionale. La maggior parte dei comuni presentano dei dati addirittura al di sopra del 60%, ad esclusione dei comuni di Furtei, Genuri, Lunamatrona, Sanluri e Villanovaforru.

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

Occorre sottolineare inoltre che l'abbandono del territorio da parte dei cittadini riguarda in particolare i giovani con titoli di studio più elevati. Si tratta di un impoverimento progressivo del capitale umano che potenzialmente potrebbe incidere significativamente sullo sviluppo locale della provincia¹.

¹ Tratto dal Rapporto d'area realizzato dal Laboratorio Provincia Medio Campidano. Anno 2006

Tabella 8: Tasso di disoccupazione giovanile per sesso - Censimento 2001.

COMUNI	Sesso		
	Maschi	Femmine	Totale
Barumini	41,86	77,27	53,85
Collinas	42,11	60	50
Furti	15,56	54,17	28,99
Generi	14,29	50	18,75
Gesturi	45,95	80	57,89
Las Plassas	57,14	62,5	60
Lunamatrona	32,31	45,45	35,63
Pauli Arbarei	44,44	85,71	51,16
Samassi	47,13	66,67	56,27
Sanluri	33,6	55,68	42,72
Segariu	60,98	80	68,18
Serramanna	50	68,84	58,2
Serrenti	36,13	64,22	46,33
Setzu	0	0	0
Siddi	25	60	38,46
Tuili	34,78	73,33	50
Turri	63,64	66,67	64,71
Ussaramanna	31,25	60	42,31
Villamar	49,45	61,76	54,72
Villanovaforru	33,33	64,29	50
Villanovafranca	52,73	51,52	52,27
Totale	38,65	61,33	46,68

Fonte: rielaborazione dati Istat 2001

Secondo quanto rilevato dal rapporto d'area della Provincia del Medio Campidano la configurazione del sistema produttivo relativo al settore industria e servizi è solo in parte assimilabile a quella regionale.

Nello specifico per quanto riguarda il *settore industria e servizi* le unità produttive si concentrano per il 50% nell' Area ex mineraria, contro il 34% della Marmilla e il 16% del Campidano irriguo. In termini di numero di addetti, invece l'Area ex mineraria concentra il 53% del totale, seguito dalla Marmilla e dal Campidano irriguo rispettivamente con il 33% ed il 14%.

Per quanto riguarda il turismo gli stessi studi affermano che, nonostante l'ampia diffusione territoriale degli attrattori di tipo turistico, il sistema turistico provinciale risulta fondamentalmente di tipo marino-balneare associato a strutture di tipo alberghiero e di tipo culturale localizzate nelle aree interne della Marmilla.

Occorre rilevare come la Marmilla, nonostante l'elevata concentrazione di strutture ricettive (circa il 63% sul totale provinciale), detenga solamente il 35% dei relativi posti letto. Ciò risulta imputabile all'elevata incidenza degli esercizi complementari particolarmente evidente nei comuni di Barumini e Gesturi, rispettivamente con il 16% ed il 14% delle unità extralberghiere della Provincia.

Nella Provincia, malgrado la capacità alberghiera risulta prevalente, localizzata nell'area ex mineraria (circa il 56%) si registra nel Comune di Villanovaforru una dotazione ricettiva pari a circa 170 posti letto.

Risulta invece residuale l'apporto dato al comparto dall'area del Campidano irriguo, considerata la presenza di due sole strutture alberghiere di modeste dimensioni e la totale assenza di strutture complementari.

Con riferimento alle località turistiche, nella stagione 2004 i comuni di Barumini, Sanluri e Villanovaforru hanno registrato un aumento complessivo rispetto alla stagione 2003 superiore al 30% in termini di arrivi e di circa il 60% in termini di pernottamenti.

Il dato assume è ancor più significativo se si considera che nell'arco di soli due anni i flussi hanno subito un incremento prossimo all'80%. In termini di provenienza, è soprattutto il mercato nazionale (circa il 85% delle presenze totali) a trascinare l'evoluzione della domanda, con incrementi pari al 74% rispetto al 2003 e al 93% rispetto al 2002 in termini di presenze².

In riferimento al *quadro socio-culturale* del distretto, tra i tanti elementi di studio considerati, è stato stimato il tasso di scolarità e il grado di istruzione.

Confrontando i dati ISTAT del censimento del 2001 della popolazione residente nel territorio del distretto di Sanluri con quelli provinciali, regionali e nazionali emergono notevoli differenze (vedi tab. All.); che appaiono sempre più rilevanti se ad essere presi in considerazione sono i livelli di istruzione più elevati.

La percentuale di soggetti in possesso di Laurea è pari al 2,98% nel distretto di Sanluri contro il 3,21% della Provincia del Medio Campidano e il 6,23% della regione Sardegna. Un'ulteriore differenza può essere evidenziata se si prendono in considerazione le due sub-aree del distretto di Sanluri: la Marmilla con il 2,68% di laureati e il Campidano che si attesta al 3,18%.

Anche il possesso del diploma di scuola secondaria superiore e/o di avviamento professionale riguarda una percentuale della popolazione alquanto modesta.

Si passa dalla presenza di 22,45% diplomati sull'intera popolazione regionale al 18,75% della popolazione del Medio Campidano e al 17,18% della popolazione del distretto di Sanluri. Il confronto tra le due sub aree vede ancora una volta la Marmilla con il 16,31% di popolazione diplomata in svantaggio rispetto al Campidano con il 17,75%.

Il fenomeno della dispersione scolastica è rilevante soprattutto se si considera la popolazione delle classi di età più giovani.

Sul fronte dell'analfabetismo è ancora una volta possibile evidenziare la condizione di svantaggio del distretto di Sanluri. Gli analfabeti costituiti, prevalentemente, da ultra-sessantacinquenni rappresentano il 3,33% dell'intera popolazione contro un dato regionale che si attesta al 1,98%.

² Rapporto d'area -Laboratorio Territoriale della Provincia del Medio Campidano- Anno 2006

Tabella 13: Tasso di scolarità nei Comuni del distretto di Sanluri

SUB-AREA	COMUNE	Tasso di scolarità %
MARMILLA	Barumini	79
	Collinas	86,1
	Furti	89,7
	Generi	105,9
	Gestori	68,9
	Las Plassas	56,3
	Lunamatrona	89,3
	Pauli Arborei	51,1
	Segariu	80,6
	Setzu	54,5
	Siddi	56,4
	Tuili	69,8
	Turri	125
	Ussaramanna	80,8
	Villamar	77,5
	Villanovaforru	77,5
	Villanovafranca	69,3
	Totale Marmilla	77,51
CAMPIDANO	Samassi	78,5
	Sanluri	89,7
	Serramanna	71,8
	Serrenti	91,7
	TOTALE CAMPIDANO	82,93
	TOTALE DISTRETTO	78,54
	TOTALE PROVINCIA MEDIO CAMPIDANO	81,2

2.3 ASPETTI EPIDEMIOLOGICI

La prima fase di ogni processo di programmazione socio-sanitaria richiede la conoscenza della popolazione di riferimento (età, sesso, stato civile, professione) con le sue caratteristiche culturali, sociali ed economiche, del territorio in cui vive, delle cause di malattia e di morte più frequenti e dei fattori causali e di rischio più rilevanti cui sono esposti i cittadini.

Questa conoscenza utilizza come strumento l'epidemiologia, intesa come lo studio della distribuzione delle malattie nella collettività umana e dei fattori che la determinano; è quindi lo studio delle malattie riferite all'intera comunità.

Il modo più semplice per eseguire uno studio epidemiologico è quello di raccogliere, elaborare ed interpretare le informazioni sulla distribuzione della frequenza delle malattie. L'epidemiologia, ed in modo particolare la cosiddetta epidemiologia descrittiva, fornisce misure sulla distribuzione e l'andamento dei fenomeni sanitari, definiti indicatori epidemiologici. L'uso degli indicatori è particolarmente utile in Sanità, ove ci si trova a dover misurare e dunque quantificare fenomeni quali salute e malattia. Gli studi di mortalità sono studi epidemiologici descrittivi, ampiamente diffusi in passato e tuttora largamente utilizzati in campo sociosanitario, rappresentano la base fondamentale e più immediata per conoscere anche se non in maniera esaustiva lo stato di salute di una popolazione.

Il livello di salute di una popolazione infatti dipende, oltre che dalla frequenza (incidenza e prevalenza) e dalla distribuzione delle malattie, anche dal grado con cui le malattie stesse sono capaci di condurre a morte un individuo o un gruppo di individui.

Il profilo epidemiologico del territorio di riferimento, scaturisce da dati non esaustivi sulla mortalità, morbosità e sull'attività dei servizi sanitari.

In questo paragrafo vengono illustrati brevemente la mortalità e la morbosità, mentre i dati di attività sono presentati nella sezione dedicata all'offerta dei singoli servizi sanitari.

Dall'analisi dei dati relativi alla **mortalità** (vedi tabelle) (Registro Nominativo delle Cause di Morte Asl n. 6 Sanluri) dei cittadini residenti nel Distretto di Sanluri, si conferma il dato nazionale e regionale della prevalenza tra le cause di morte delle malattie croniche ed in particolare quelle del sistema cardiocircolatorio, che rappresentano la prima causa di morte, le patologie tumorali (seconda causa di morte) e le malattie dell'apparato respiratorio (terza causa di morte) e le , che da sole complessivamente incidono nei maschi che nelle femmine, per il 75%. Il fenomeno non ha subito rilevanti variazioni nel corso dell'ultimo decennio di riferimento (1995-2004).

Tabella 9: Principali cause di morte nella popolazione della ASL di Sanluri. Anni 1995-96. Valori assoluti e percentuali

MASCHI			FEMMINE		
CAUSE DI MORTE	N.	%	CAUSE DI MORTE	N.	%
Mal. del cuore e sistema circolatorio	480	35,2	Mal. del cuore e sistema circolatorio	511	47,4
Tumori	391	28,6	Tumori	234	21,7
Mal. Appar. Respiratorio	161	11,8	Mal. Appar. Respiratorio	78	7,2
Traumatismi e avvelenamenti	98	7,2	Mal. Appar. Digerente	57	5,3
Mal. Appar. Digerente	95	7	Mal. Endocrine e della nutrizione	47	4,4
Tutte le cause	1365	100	Tutte le cause	1078	100

Tab. n.10: cause di morte. Anni 1995/96. Numero di decessi osservato (N.) e tassi grezzi (x 100.000) distinti per sesso. Cause di morte della classificazione abbreviata (B) dell' ISTAT derivata dalla ICD IX analitica

Descrizione Codice B	M		F		Rapp.M/F	M+F	
	N.	Tasso	N.	Tasso		N.	Tasso
Tutte le cause	569	949,2	460	753,3	1,2	1.029	851,3
I Malattie infettive e parassitarie	3	5	5	8,2	0,6	8	6,6
II Tumori	192	320,3	99	162,1	1,9	291	241,2
Stomaco	17	28,4	9	14,7	1,9	26	21,6
Colon	9	15	12	19,7	0,8	21	17,4
Fegato	13	21,7	7	11,5	1,9	20	16,6
trachea, bronchi e polmoni	60	100,1	10	16,4	6,0	70	58,3
Mammella	0	0	14	22,9	0,0	14	11,5
Prostata	17	28,4	0	0	0,0	17	14,2
III Mal. Endocrine e della nutrizione	14	23,4	17	27,8	0,8	31	25,6
Diabete	6	10	15	24,6	0,4	21	17,3
IV Mal. Del sangue e degli organi emopoietici	3	5	2	3,3	1,5	5	4,2
V Disturbi psichici	1	1,7	1	1,6	1,0	2	1,7
VI Malattie del sistema nervoso e organi di senso	5	8,3	9	14,7	0,6	14	11,5
VII Mal. Del sistema circolatorio	201	353,3	219	358,7	0,9	420	356,0
VIII Mal. Appar. Respiratorio	43	71,7	36	59	1,2	79	65,4
IX Mal. Appar. Digerente	44	73,4	22	36	2,0	66	54,7
X Mal. Appar. Genitourinario	7	11,7	10	16,4	0,7	17	14,1
XIII Mal. Sist. Osteomuscolare	0	0	0	0	0,0	0	0,0
XIV Malformazioni congenite	3	5	2	3,3	1,5	5	4,2
XV Condiz. Morbose di origine perinatale	6	10	1	1,6	6,0	7	5,8
XVI Stati morbosi mal definiti	11	18,4	14	22,9	0,8	25	20,7
XVII Traumatismi e avvelenamenti	36	60,1	23	37,7	1,6	59	48,9
Suicidio	15	25	4	6,6	3,8	19	15,8

Tabella n. 11: Cause di morte nella ASL N.6 Sanluri. Anni 1997-2001

Descrizione Codice B	% sul totale dei decessi	% sui decessi di sesso M	% sui decessi di sesso F
VII Mal. del sistema circolatorio	42,33	36,43	50,05
II Tumori	25,54	28,40	21,78
VIII Mal. Appar. Respiratorio	9,92	12,70	6,28
XVII Traumatismi e avvelenamenti	5,96	7,26	4,26
IX Mal. Appar. Digerente	5,68	6,76	4,26
III Mal. Endocrine e della nutrizione	2,33	1,90	2,89
XVI Stati morbosi mal definiti	2,21	1,55	3,07
X Mal. Appar. Genitourinario	1,60	1,05	2,31
VI Malattie del sistema nervoso e organi di senso	1,58	1,38	1,84
Tutte le altre cause	2,85	2,57	3,26
Tutte le cause	100	100	100

** Mortalità proporzionale distinta per sesso. Cause di morte della classificazione abbreviata (B) dell' ISTAT derivata dalla ICD IX analitica*

Tabella 12: Cause di morte nella ASL di Sanluri. Anno 2004. Numero di decessi osservati (N) nel Distretto di Sanluri e tassi grezzi (x 100.000) distinti per sesso

CAUSE DI MORTE	MASCHI			FEMMINE			TOTALE (M + F)		
	DISTRETTO		ASL	DISTRETTO		ASL	DISTRETTO		ASL
	N.	Tasso	Tasso	N.	Tasso	Tasso	N.	Tasso	Tasso
Tutte le cause	234	1008,1	1006,3	196	832,8	801,6	430	919,8	903
Malattie del sistema circolatorio	81	348,9	338,0	75	318,7	352,5	156	333,7	345,3
Tutti i tumori	76	327,4	322,6	60	254,9	225,5	136	290,9	273,6
Malattie dell'apparato respiratorio	27	116,3	123,6	17	72,2	51,2	44	94,1	87,0
Traumatismi e avvelenamenti	15	64,6	57,9	5	21,2	30,3	20	42,8	44,0

Malattie dell'apparato digerente	14	60,3	63,7	7	29,7	28,4	21	44,9	45,9
Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione	6	25,8	27,0	8	34,0	30,3	14	29,9	28,7
Malattie dell'apparato genito-urinario	4	17,2	23,2	5	21,2	15,2	9	19,3	19,1
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	3	12,9	9,7	10	42,5	30,3	13	27,8	20,1
Malattie infettive e parassitarie	2	8,6	21,2		0,0	7,6	2	4,3	14,3
Condizioni morbose di origine perinatale	2	8,6	3,9		0,0	0,0	2	4,3	1,9
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	2	8,6	5,8	4	17,0	9,5	6	12,8	7,7
Disturbi psichici	1	4,3	3,9	2	8,5	11,4	3	6,4	7,7
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	1	4,3	1,9			3,8	1	2,1	2,9
Malattie della pelle e tessuti sottocutanei		0,0	0,0	1	4,2	1,9	1	2,1	1,0
Malattie del sangue ed organi ematopoietici		0,0	3,9	2	8,5	3,8	2	4,3	3,8

I dati sulla **morbosità** fanno riferimento alle diagnosi di tutti i ricoveri ospedalieri ordinari rilevati sulla base dei dati contenuti nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) avvenuti nell'anno 2005 e alle certificazioni sulla esenzione di compartecipazione alla spesa sanitaria ("ticket") rilasciate dall'ufficio competente negli anni 1999-2003.

Vengono infine presentate delle stime sulla distribuzione delle principali patologie presenti nel distretto sulla base dei dati presenti nel piano sociosanitario regionale.

Tabella n.13: Ricoveri ordinari per grandi gruppi di causa per Distretto di residenza. Anno 2005. Dati schede di dimissione Ospedaliera (SDO). Valori Assoluti e percentuali

	Distretto				ASL Totale	
	Guspini		Sanluri			
	N.	%	N	%	N	%
MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	1141	14,7	1023	15,8	2164	15,2
TUMORI	717	9,3	547	8,5	1264	8,9
MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	695	9,0	547	8,5	1242	8,7
MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO E DEGLI ORGANI DEI SENSI	694	9,0	493	7,6	1187	8,3
TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI	586	7,6	539	8,3	1125	7,9

COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA DEL PARTO E DEL PUERPERIO	608	7,8	475	7,3	1083	7,6
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	522	6,7	516	8,0	1038	7,3
MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO	456	5,9	433	6,7	889	6,3
SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI	447	5,8	364	5,6	811	5,7
MALATTIE DEL SISTEMA GENITOURINARIO	440	5,7	370	5,7	810	5,7
DISTURBI PSICHICI	145	1,9	181	2,8	326	2,3
MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	153	2,0	145	2,2	298	2,1
MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, METABOLICHE E DISTURBI IMMUNITARI	155	2,0	128	2,0	283	2,0
MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI	115	1,5	77	1,2	192	1,4
ALCUNE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE	98	1,3	71	1,1	169	1,2
MALATTIE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	92	1,2	64	1,0	156	1,1
MALFORMAZIONI CONGENITE	62	0,8	44	0,7	106	0,7
Codici V Altri fattori	624	8,1	455	7,0	1079	7,6
Totale complessivo (Valori assoluti)	7750	100,0	6472	100,0	14222	100,0
Valore percentuale	54,5		45,5			

Anche i dati sui **ricoveri ospedalieri** del 2005, evidenziano la maggiore rilevanza delle malattie del sistema cardiocircolatorio (15,8%), delle patologie tumorali (8,5%), delle malattie dell'apparato digerente (8,5%), dai traumatismi e dagli avvelenamenti (8,3%) e dalle malattie del sistema nervoso (7,6).

Da un'analisi globale sulle esenzioni per patologia, riferite all'intero distretto, appare evidente come l'ipertensione arteriosa rappresenta la prima causa di esenzione (28,6%), seguita dal diabete mellito (16,8%), dalle affezioni del sistema circolatorio (11,6%) e dalle neoplasie maligne (8,7%).

Dato importante da rilevare è che le malattie della tiroide (ipotiroidismo, tiroide di Hashimoto ed ipertiroidismo) con 630 esenzioni assommano il 7,1% delle esenzioni totali (quinta causa di esenzione).

Viene di seguito, sulla base dei dati presenti nel Piano Socio-sanitario Regionale, fatta una stima della frequenza delle più importanti patologie presenti nel distretto, per l'aspetto di alta specificità nel territorio (diabete, sclerosi multipla), di particolare rilevanza sociale o di maggiore incidenza epidemiologica (malattie cardiocircolatorie, neoplasie, ecc).

Il **diabete mellito** è da ritenersi una emergenza sanitaria per le caratteristiche della malattia e per l'alto numero di persone colpite e perché il diabete tipo II è in costante crescita. La Sardegna è la regione che ha la più alta incidenza di diabete tipo I con 30-35 casi ogni 100.000 abitanti contro i 6 della media nazionale, con una stima nel distretto di Sanluri di 16 nuovi casi all'anno ed un totale complessivo di circa 1600 diabetici.

Per le caratteristiche cliniche di malattia cronico-progressiva e gravemente invalidante e ad esordio giovanile, la **sclerosi multipla** rappresenta un grave problema sanitario e sociale, con costi assistenziali e di sofferenza personale e familiare rilevanti. Anche il dato della distribuzione della sclerosi multipla evidenzia come la prevalenza (casi presenti) in Sardegna sia intorno a 160 casi per 100.000 abitanti a fronte dei 20-60 nazionali, per una stima nel distretto di Sanluri di circa 75-80 casi (dato confermato anche dal numero di esenzioni rilasciate nel periodo 1999-2003) e 3,2 nuovi casi per anno.

Le **patologie cardiovascolari** rappresentano un importante carico di malattie in Sardegna, per la loro prevalenza (in termini di mortalità, morbosità e disabilità), per l'assorbimento di risorse e il ricorso ai servizi sanitari.

Questo gruppo di malattie rappresenta la quota maggiore di tutte le patologie (33% negli uomini e 29% nelle donne) su una stima di oltre 14.500 persone colpite nel distretto di Sanluri (7.800 maschi e 6.800 femmine).

Altra importante problematica sanitaria è rappresentata, per dimensioni epidemiologiche e per impatto socio-economico, dai **disturbi circolatori dell'encefalo**, di cui non si hanno dati certi.

Infine, ma non ultima in termini di importanza per i suoi aspetti epidemiologici e sociosanitari, è la problematica riguardante le **malattie tumorali** che rappresentano la seconda causa di morte a livello nazionale, regionale e distrettuale.

Le proiezioni basate sull'evoluzione temporale della patologia oncologica, fanno stimare per la Sardegna un numero di nuovi casi per anno pari a circa 8.500, corrispondenti a oltre 250 casi nel distretto di Sanluri.

2.4 SERVIZI ESISTENTI E PRESTAZIONI OFFERTE

2.4.1 Servizi Sanitari

La tutela della salute, diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività, è garantita attraverso il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che assicura i livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA) definiti dal Piano Sanitario Nazionale.

Le prestazioni sanitarie comprese nei LEA sono garantite dal SSN a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa del singolo cittadino, secondo le forme previste dalla legislazione vigente.

In Italia, tutti i cittadini e i familiari a carico sono iscritti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) articolato, su base regionale, in Aziende Sanitarie Locali (ASL). I cittadini hanno diritto all'assistenza medica di base gratuita.

L' Azienda Sanitaria Locale n. 6 di Sanluri svolge un servizio pubblico senza fini di lucro, con lo scopo di garantire a tutti i cittadini il diritto alla salute, in armonia con quanto previsto dall'articolo 32 della Costituzione della Repubblica italiana: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti".

L' ASL 6 Sanluri è articolata in due distretti sanitari: il Distretto di Guspini e il Distretto di Sanluri.

Per realizzare il proprio obiettivo istituzionale l'ASL 6 si avvale di tre grandi aree di attività:

- 1 Area assistenza ospedaliera
- 2 Area della prevenzione
- 3 Area di assistenza distrettuale

Assistenza Ospedaliera

L'area dell' assistenza ospedaliera fa capo al Presidio Ospedaliero "Nostra Signora di Bonaria" di San Gavino Monreale dotato attualmente di 164 posti letto complessivi e organizzato

in reparti:

- Chirurgia generale
- Ostetricia e ginecologia
- Ortopedia e traumatologia
- Medicina generale
- e servizi:
- Pronto soccorso
- Emergenza-urgenza territoriale (118)
- Anestesia e rianimazione
- Diabetologia
- Emodialisi e nefrologia
- Immunologia e centro trasfusionale
- Laboratorio di patologia clinica
- Radiologia

L' ASL 6 garantisce il ricovero in ospedale per la diagnosi e la cura delle malattie che richiedono interventi d'urgenza o d'emergenza, e delle malattie acute che non possono essere affrontate in ambulatorio o a domicilio.

L' assistenza ospedaliera è erogata gratuitamente, secondo le seguenti modalità d'accesso:

- Ricoveri ordinari
- Ricoveri d'urgenza e d'emergenza
- Interventi di soccorso in situazioni di urgenza e d'emergenza medica, incluso l'eventuale trasporto presso altre strutture ospedaliere
- Visite mediche, assistenza infermieristica e ogni atto e procedura diagnostica, terapeutica e riabilitativa necessari per risolvere i problemi di salute del paziente-degente, compatibilmente con le dotazioni tecnologiche delle strutture
- Attività ambulatoriale specialistica, strumentale e di laboratorio; gli ambulatori funzionano nell'ambito del reparto o del servizio di riferimento.

Area della Prevenzione

Di quest' area fanno parte i servizi di:

- Igiene e Sanità Pubblica

- Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro
- Igiene urbanistica e ambientale
- Igiene degli Alimenti e Nutrizione
- Sanità Animale
- Igiene degli Alimenti di origine animale
- Igiene degli allevamenti
- Servizio Medicina dello Sport

Tali servizi si occupano di tutti i necessari controlli sulle caratteristiche e sulla qualità dell'ambiente di vita (la casa, le strade, le strutture commerciali), dei luoghi di lavoro (aziende agricole, allevamenti, capannoni, laboratori artigianali, stabilimenti industriali, strutture commerciali, strutture turistiche di ogni tipo), della alimentazione e delle bevande.

L'attività di prevenzione, nella quale rientra anche una corretta informazione e un'azione educativa, è in grado di ridurre sensibilmente l'incidenza di quasi tutte le malattie.

Gli interventi attuati dai servizi di prevenzione riguardano tutta la vita dei cittadini, e si propongono di ridurre o di eliminare le situazioni di rischio per la salute. Rientrano nell'attività di prevenzione anche l'organizzazione e la promozione di campagne d'informazione collettiva (ad esempio sulle malattie infettive, sul diabete, sulle malattie cardiovascolari, sul fumo, sulle tossicodipendenze, sui rischi di contagio da HIV, sugli incidenti stradali e domestici, ecc) le quali perseguono lo scopo di far conoscere ai cittadini i rischi legati a determinati comportamenti ed i vantaggi di un atteggiamento corretto per quanto riguarda l'igiene e la salute.

1) Servizio di Igiene e Sanità Pubblica

Assicura il rispetto delle norme in materia di igiene e di sanità pubblica e svolge attività di prevenzione, soprattutto per quanto riguarda le malattie infettive, garantendo ai cittadini le seguenti prestazioni sanitarie:

- Vaccinazioni
- medicina legale (perizie e autopsie su richiesta dell'autorità giudiziaria in caso di morti violente)
- certificazioni sanitarie (idoneità per patentisti, per porto d'armi, ecc);
- visite fiscali per i lavoratori in malattia
- igiene e polizia mortuaria (certificazioni di nulla-osta per la chiusura dei feretri o il trasporto delle salme)
- educazione sanitaria per obiettivi specifici.

Per l'erogazione di tali prestazioni il servizio si avvale di 17 ambulatori dislocati sul territorio del distretto (Barumini, Collinas, Furtei, Gesturi, Lunamatrona, Pauli Arbarei, Samassi, Sanluri, Segariu, Serramanna, Serrenti, Siddi, Tuili, Ussaramanna, Villamar, Villanovaforru, Villanovafranca); per questioni di organizzazione dell'attività del servizio gli ambulatori non sono presenti nei comuni di Genuri, Las Plassas, Setzu e Turri.

Nell'area medico-legale del servizio operano inoltre nel Distretto di Sanluri 3 commissioni di accertamento dell'invalidità civile, della cecità e del sordomutismo, e 3 di accertamento e valutazione dell'handicap (Legge 104/92).

2) Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro

Il Servizio di sicurezza e prevenzione nel lavoro si occupa di vigilanza sul rispetto delle norme riguardanti la sicurezza e l'igiene del lavoro (ad esempio, della prevenzione degli infortuni, dei danni derivanti dalla esposizione a rumore, polveri, ecc.). Ha come obiettivo primario la tutela della salute nei luoghi di lavoro e dispone di ampi poteri di accertamento, di valutazione e di controllo per quanto concerne il lavoro di tutti i cittadini impegnati in un'attività produttiva.

3) *Igiene Urbanistica ed Ambientale*

Nell'ambito del territorio della ASL 6 di Sanluri il servizio di tutela igienico-sanitaria dei rischi connessi all'inquinamento ambientale, igiene urbanistica, edilizia e ambienti confinanti si occupa di tutti i problemi che riguardano la tutela dell'ambiente in generale e il rispetto delle norme igienico-sanitarie esistenti in materia di edilizia industriale, commerciale e residenziale.

4) *Igiene degli Alimenti*

Il servizio di tutela igienico sanitaria degli alimenti, delle bevande e della nutrizione si occupa di tutte le attività collegate alla produzione, al trasporto, alla distribuzione e alla commercializzazione di ogni genere di alimenti e bevande. Esercita controlli sia sulla produzione (su agricoltori, allevatori, aziende di raccolta e conservazione) sia su tutta la cosiddetta "trafila alimentare" che porta cibi e bevande nei vari esercizi commerciali (mercati supermercati, negozi di alimentari) fino alla tavola dei consumatori.

Rilascia, inoltre, le autorizzazioni previste per i produttori, i mezzi di trasporto riservati agli alimenti, le aziende e i laboratori del settore alimentare e i commercianti; vigila sull'igiene e il corretto trattamento dei cibi nelle cucine pubbliche (ad esempio, quelle delle mense scolastiche) e private (trattorie, ristoranti).

Nel territorio dell'ASL n. 6 l'attività agro-pastorale costituisce una voce di particolare rilievo economico, seguita con attenzione in tutti i suoi aspetti igienico sanitari, in quanto ha stretti legami con l'uomo e la sua alimentazione.

La sanità pubblica veterinaria è organizzata in tre distinti servizi e ciascuno svolge controlli e verifiche su una parte delle attività relative alla filiera produttiva animale.

5) *Servizio Veterinario della Sanità Animale*

Il Servizio di Sanità Animale ha come obiettivo fondamentale la prevenzione ed il controllo delle malattie trasmissibili tra gli animali e la tutela della salute umana nei confronti delle malattie trasmissibili dagli animali all'uomo (zoonosi). Svolge inoltre funzioni di Polizia Veterinaria e di profilassi derivanti da obblighi internazionali e da norme comunitarie, nazionali e regionali, di identificazione ed anagrafe degli animali e degli allevamenti.

6) *Igiene degli Alimenti di origine animale*

Svolge controlli, sia preliminari che periodici, sui requisiti strutturali e funzionali delle imprese e degli esercizi che producono, trasformano, depositano, commercializzano e trasportano alimenti di origine animale, quali carni e prodotti a base di carne, prodotti della pesca e dell'acquacoltura, uova e prodotti a base di uova, miele.

7) *Igiene degli Allevamenti e delle produzioni zootecniche*

Questo servizio vigila e svolge controlli sull'igiene del latte e sui prodotti lattiero-caseari; svolge controlli, preliminari e periodici, sul corretto uso del farmaco veterinario, sui requisiti igienici degli allevamenti e sui ricoveri per animali, sui mangimi e sugli alimenti destinati agli animali. Svolge infine attività di sorveglianza sul benessere degli animali e interviene su problemi di igiene urbana.

D'intesa con gli enti comunali del territorio, il servizio attua l'anagrafe canina, tiene sotto controllo il randagismo (vigilanza sui canili, accalappiamento cani, abbattimento di cani pericolosi e incurabili, controllo delle nascite di cani e gatti tramite sterilizzazione) e organizza corsi per guardie zoofile.

8) *Servizio Medicina dello Sport*

Questo servizio ha come obiettivo principale la promozione della salute attraverso l'adozione di idonei stili di vita e la diffusione della cultura delle attività motorie quale valido supporto al mantenimento ed al recupero dello stato di salute psicofisica della popolazione.

Il servizio Medicina dello sport ha come compiti primari:

- educazione sanitaria della popolazione quale mezzo di promozione, mantenimento e recupero della salute fisica e psichica
- tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica e non agonistica
- rilevazione epidemiologico-statistica della popolazione sportiva e delle sue patologie prevalenti
- attività di formazione ed aggiornamento di operatori sanitari e sportivi
- diagnosi, terapia e riabilitazione delle patologie derivanti dall'esercizio fisico
- valutazione antropometriche della popolazione sportiva

Il personale è rappresentato dal Responsabile del Servizio (Dirigente Medico) e da due specialisti ambulatoriali (uno specialista in medicina della sport ed uno in cardiologia) che rispondono solo funzionalmente al Servizio mentre organizzativamente sono in carico al Servizio Medicina di Base.

Nel corso del 2005 il Servizio ha effettuato 810 visite mediche.

Area di Assistenza Distrettuale

L'assistenza sanitaria distrettuale comprende tutte le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione erogate in regime domiciliare, ambulatoriale, diurno, semiresidenziale e residenziale. Il distretto è il luogo di elezione per garantire l'integrazione sociosanitaria con particolare riferimento alle aree materno infantile, disabilità, anziani, dipendenze, salute mentale, persone con HIV, con patologie oncologiche e cronico degenerative in genere.

Le funzioni strategiche del distretto sono essenzialmente finalizzate al perseguimento degli obiettivi di salute e al governo del rapporto fra domanda e offerta dei servizi sanitarie e sociali. Il distretto garantisce informazione, orientamento e accesso ai servizi, valutazione del bisogno e personalizzazione dell'assistenza. Il distretto è anche il luogo fondamentale di partecipazione sociale, nella fase di analisi dei bisogni, di definizione di priorità, di valutazione partecipata dei risultati di salute, coinvolgendo i cittadini e le organizzazioni che li rappresentano.

In questa area rientrano le prestazioni di:

- Assistenza sanitaria di base
- Assistenza farmaceutica
- Assistenza integrativa
- Assistenza specialistica ambulatoriale
- Assistenza protesica
- Assistenza territoriale domiciliare
- Assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale
- Attività di emergenza sanitaria territoriale
- Assistenza termale

Assistenza Sanitaria di Base

La legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (L.833/78) ha stabilito che ciascuna Azienda Sanitaria Locale abbia la responsabilità della prevenzione, diagnosi e cura delle malattie sul proprio territorio fornendo quindi tutta l'assistenza sanitaria necessaria ai cittadini.

I cittadini residenti o domiciliati nei Comuni del territorio dell' ASL 6 hanno, pertanto, diritto all'assistenza medica di base gratuita prestata da un medico di medicina generale o, per i minori di anni 14, da un pediatra di libera scelta.

Il compito di garantire l'assistenza sanitaria di base è svolto dal Servizio Medicina di Base, cui fa riferimento l'attività svolta sul territorio dai medici di medicina generale (medici di base) e dai pediatri di libera scelta.

L'assistenza medico generica e pediatrica è erogata dal medico di base e dal pediatra di libera scelta. Il rapporto tra il SSN, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta è disciplinato da convenzioni di durata quadriennale per la parte normativa e durata biennale per la parte economica.

Agli assistiti è assicurato il diritto di scegliere il medico liberamente, nel rispetto di un limite massimo di assistiti per medico (1.500 per la medicina generale e 800 per la pediatria); tale scelta ha validità annuale ed è tacitamente rinnovabile.

L'assistenza di medicina generale e pediatrica è garantita dalle ore 8 alle ore 20 nei giorni feriali e dalle ore 8 alle ore 10 nei giorni prefestivi.

Per le prestazioni rese dal medico di medicina generale e dal pediatra di libera scelta non è dovuto compenso da parte dell' assistito in quanto il medico è remunerato dal SSN.

I medici di base svolgono un ruolo essenziale nella organizzazione e nella erogazione delle prestazioni sanitarie a livello distrettuale sul territorio, offrendo una visione unitaria dell'assistenza primaria e della continuità assistenziale.

Gli accordi siglati di recente, che regolano in maniera unitaria i settori della medicina generale e della guardia medica confermano il superamento di una visione per categorie dell' assistenza medica.

Operano attualmente nel Distretto di Sanluri 5 pediatri (presa in carico del nuovo nato dal primo mese di vita con la collaborazione della struttura amministrativa dell' Azienda) e 37 medici di medicina generale, (alcuni dei quali hanno scelto l' associazionismo), suddivisi nei seguenti 7 ambiti territoriali:

- Barumini, Genuri, Gesturi, Las Plassas, Setzu, Tuili, Villanovafranca
- Collinas, Lunamatrona, Pauli Arbarei, Siddi, Turri, Ussaramanna, Villanovaforru
- Furtei, Segariu, Villamar
- Serrenti
- Samassi
- Sanluri
- Serramanna

Dell' assistenza sanitaria di base fa parte anche l'organizzazione e la gestione del servizio di guardia medica che garantisce la continuità assistenziale, cioè assicura l'assistenza sanitaria ai cittadini anche nei giorni festivi e nelle ore notturne in cui non è in servizio il medico di famiglia.

Il servizio di guardia medica è in funzione dalle ore 20.00 alle ore 8.00 di tutti i giorni feriali e dalle ore 10.00 dei giorni pre-festivi alle ore 8.00 dei giorni post-festivi.

Nel Distretto di Sanluri sono presenti 9 punti guardia: Barumini, Lunamatrona, Samassi, Sanluri, Segariu, Serramanna, Serrenti, Tuili, Villamar.

Assistenza Specialistica

Accanto all'assistenza del medico di medicina generale e pediatra di libera scelta, è presente un servizio di assistenza specialistica che comprende sia visite di medici specialisti sia prestazioni di diagnostica strumentale (esami radiologici, ecografie, ecc.) e di laboratorio.

Gli specialisti ambulatoriali svolgono la loro attività principalmente nell' ambito della assistenza sanitaria distrettuale.

Il poliambulatorio di Sanluri assicura ai cittadini l'erogazione di diverse tipologie di prestazioni specialistiche, comprese quelle di diagnostica strumentale e di laboratorio.

L'erogazione delle prestazioni citate è subordinata all' apposita prescrizione (eccetto i casi in cui è prevista la possibilità dell' accesso diretto) compilata sul modulario del SSN.

Il cittadino è tenuto al pagamento dell' eventuale ticket o dichiarare la condizione di esente presso gli sportelli amministrativi.

Nel Distretto di Sanluri è presente un presidio poliambulatoriale aziendale ubicato a Sanluri Via Bologna n. 13, dove vengono erogate prestazioni di 21 branche specialistiche (tabella branche specialistiche, numero specialisti e relative liste d'attesa) oltre a prestazioni di diagnostica radiologica ed ecografia e ad esami di laboratorio.

Tabella 14: Branche specialistiche con numero specialisti e lista d'attesa nel Poliambulatorio di Sanluri.

BRANCA	SPECIALISTI	Attesa
ALLERGOLOGIA	1	34
ANGIOLOGIA	1	22
CARDIOLOGIA	3	11
CARD. SPORTIVA	1	
CHIRURGIA	2	10
DERMATOLOGIA	1	31
ENDOCRINOLOGIA	1	28
FISIATRIA	2	16
GINECOLOGIA	3	16
MEDICINA SPORTIVA	1	
NEUROLOGIA	2	23
OCULISTICA	4	17
ODONTOIATRIA	4	10
ONCOLOGIA	1	14
OTORINO	1	10
ORTOPEDIA	2	31
PEDIATRIA	1	0
PNEUMOLOGIA	1	0
RADIOLOGIA	5	0
REUMATOLOGIA	1	31
UROLOGIA	1	0

Dall'analisi della tabella emerge come le branche di allergologia, dermatologia, endocrinologia, ortopedia e reumatologia rappresentano delle criticità in quanto hanno una più lunga lista di attesa (28-31 gg.)

Nel poliambulatorio di Sanluri nel 2005 sono state erogate complessivamente 353.003 prestazioni per un totale di 81.169 assistiti.

Ad integrazione dell'attività specialistica aziendale nel Distretto di Sanluri sono presenti 8 centri autorizzati per l'erogazione di prestazioni in convenzionamento esterno per le branche di odontoiatria (2 professionisti Sanluri e Serramanna), oculistica (1 professionista Serramanna), radiologia (1 centro Sanluri), laboratorio analisi cliniche (2 centri Sanluri e Serramanna) e fisiocinesiterapia (2 centri Sanluri Villamar).

Assistenza Farmaceutica

Nel Distretto di Sanluri con sede nel presidio poliambulatoriale di Sanluri è presente la farmacia territoriale distrettuale con funzioni di vigilanza e consulenza per le farmacie aperte al pubblico e per i medici operanti nel territorio dell' Azienda.

Tale attività si concretizza nel fornire informazioni sulla prescrivibilità dei farmaci, estesa peraltro anche all'utenza, relativamente alle normative nazionali in tema di sostituibilità dei farmaci coi relativi generici o equivalenti, alle esenzioni per patologia e alla duplice via di dispensazione di farmaci del Prontuario Ospedaliero e del Territorio (PHT).

La farmacia distrettuale svolge inoltre azione di vigilanza sulle Farmacie aperte al pubblico, circa il rispetto delle norme convenzionali in materia di spedizione delle ricette e di tutte le attività regolamentate dal SSN, sui medici di medicina generale relativamente all'appropriatezza delle prescrizioni secondo la normativa vigente nonché sulla sicurezza dell'impiego dei farmaci tramite la raccolta delle schede di reazioni avverse.

Nella sede distrettuale si provvede inoltre all'acquisto e alla dispensazione, agli aventi diritto per specifica normativa, di farmaci appartenenti alle classi A, H e C, di presidi per l'assistenza integrativa extratariffario e di quelli dell'allegato C del Nomenclatore Tariffario, di presidi per pazienti diabetici e nefropatici, di alimenti per pazienti affetti da intolleranze alimentari e fibrosi cistica, di ossigeno per terapia domiciliare e di farmaci e presidi per l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Nel Distretto di Sanluri sono presenti 22 farmacie aperte al pubblico dislocate in tutti i comuni ad eccezione di Setzu; nei comuni invece di Sanluri e Serramanna sono presenti 2 farmacie.

Assistenza Integrativa e Protesica

L'Azienda Sanitaria Locale n. 6 di Sanluri, ai sensi del D.M. n. 321 del 31.05.2001, provvede alla fornitura di protesi ortopediche, presidi per non vedenti o ipovedenti e per la comunicazione, ausili per incontinenti e apparecchi attinenti la funzione respiratoria e alimentare.

La prescrizione medica delle prestazioni di assistenza protesica e integrativa deve essere fatta da uno specialista competente per branca o dal medico di famiglia.

Per ottenere gratuitamente i presidi e le protesi, elencate nel Nomenclatore Tariffario è necessario aver avuto il riconoscimento di invalidi civili, di guerra o per servizio, ciechi assoluti, ciechi civili e sordomuti. Per i minori di anni 18, al fine di garantire un intervento compensativo e riabilitativo che possa prevenire l'instaurarsi di una disabilità irreversibile, si prescinde dal riconoscimento dell'invalidità.

I cittadini maggiorenni, in attesa del riconoscimento dell'invalidità, per i quali le menomazioni invalidanti comportano l'indennità di accompagnamento, hanno diritto all'anticipazione della fornitura.

Anche sulla base di disposizioni regionali l'Azienda eroga prodotti dietetici in presenza di particolari stati morbosì:

- errori metabolici congeniti quali fenilchetonuria, leucinosi, galattosemia;
- morbo celiaco
- fibrosi cistica del pancreas
- nefropatia con insufficienza renale.

La fornitura di questi presidi si inserisce nel contesto più ampio della erogazione di prestazioni dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da menomazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da molteplici cause.

Tabella n. 15. ASL n.6. Servizio Materno Infantile - Distretto di Sanluri - Numero autorizzazioni assistenza protesica nel 2005 - Suddivisione per residenza, sesso e fasce d'età

	0-17			18-64			>64			Totale M+F	Popolazione totale	%
	Femmine	Maschi	M+F	Femmine	Maschi	M+F	Femmine	Maschi	M+F			
	<18	<18		18-64	18-64		>64	>64				

BARUMINI	1	2	3	5	3	8	30	12	42	53	1.413	3,8
COLLINAS	1	2	3	2	4	6	16	13	29	38	1.014	3,7
FURTEI	6	6	12	5	5	10	42	14	56	78	1.723	4,5
GENURI	1		1	2	2	4	18	8	26	31	386	8,0
GESTURI	2	1	3	10	3	13	19	14	33	49	1.430	3,4
LAS PLASSAS	1		1	2		2	6	3	9	12	269	4,5
LUNAMATRONA	4	2	6	3	2	5	57	12	69	80	1.858	4,3
PAULI ARBAREI	2	1	3	2	4	6	8	7	15	24	720	3,3
SAMASSI	6	6	12	21	14	35	63	48	111	158	5.274	3,0
SANLURI	27	15	42	38	17	55	150	74	224	321	8.519	3,8
SEGARIU	6	3	9	7	10	17	17	7	24	50	1.358	3,7
SERRAMANNA	12	10	22	36	25	61	108	50	158	241	9.545	2,5
SERRENTI	13	6	19	16	15	31	78	46	124	174	5.174	3,4
SETZU	1		1		2	2	5	5	10	13	166	7,8
SIDDI			0	6	2	8	21	6	27	35	799	4,4
TUILI	2	2	4	7	4	11	28	4	32	47	1.185	4,0
TURRI	1	1	2	4	2	6	16	9	25	33	533	6,2
USSARAMANNA		2	2	2	2	4	6	5	11	17	611	2,8
VILLAMAR	4	1	5	14	7	21	47	32	79	105	2.960	3,5
VILLANOVAFORRU		2	2		4	4	15	5	20	26	700	3,7
VILLANOVAF	2		2	5	3	8	17	7	24	34	1.491	2,3
TOTALE	92	62	154	187	130	317	767	381	1.148	1.619	47.128	3,4
Percentuale	60	40	9,5	59	41	19,6	67	33	70,9	100		

Dall'analisi della tabella emerge che su un totale di 1619 autorizzazioni le donne con il 64% sono preponderanti rispetto ai maschi (35%).

Tabella n.16: Asl n. 6 Sanluri. Pazienti diabetici in assistenza integrativa nel 2005. Suddivisione per residenza, fascia di età, sesso e tipo di diabete

COMUNI	FASCIA DI ETÀ'					SESSO		TIPO DI DIABETE		
	0-18	19-44	45-64	> 64	TOTALE	F	M	*NIDDM	IDDM	GD
BARUMINI	2	3	3	9	17	8	9	7	10	
COLLINAS	0	1	2	10	13	6	7	9	4	
FURTEI	0	0	6	9	15	6	9	12	3	
GENURI	0	0	0	5	5	3	2	3	2	
GESTURI	0	4	0	14	18	10	8	5	13	
LAS PLASSAS	0	1	0	0	1	0	1	0	1	
LUNAMATRONA	2	0	7	14	23	11	12	12	11	
PAULI ARBAREI	0	1	2	6	9	6	3	6	3	
SAMASSI	0	8	28	43	79	33	46	32	46	1
SANLURI	5	12	26	63	106	59	47	59	47	3

SEGARIU	0	3	6	4	13	6	7	5	7	1
SERRAMANNA	4	18	30	65	117	67	60	63	60	4
SERRENTI	1	4	24	44	73	34	39	48	25	1
SETZU	0	0	1	2	3	0	3	2	1	
SIDDI	0	1	3	7	11	4	7	7	2	
TUILI	1	1	3	4	9	5	4	4	5	
TURRI	0	2	2	17	21	6	5	6	5	
USSARAMANNA	1	0	1	5	7	6	1	4	3	
VILLAMAR	2	6	7	37	52	24	28	33	18	
VILLANOVAFORRU	0	1	1	9	11	6	5	5	6	
VILLANOVAFRANCA	0	2	4	11	17	9	8	11	6	
TOT. Valori assoluti	18	68	156	378	620	309	311	333	278	10
TOT. Valori percentuali	2,9	11,0	25,2	61,0	100,0	49,8	50,2	53,7	44,8	1,6

* NIDDM: Diabete mellito non insulino dipendente (tipo II); IDDM: Diabete mellito insulino dipendente (tipo I); GD: Diabete mellito Gestazionale in gravidanza

Assistenza Territoriale Domiciliare

In questo tipo di assistenza rientra l'Assistenza Domiciliare Programmata (ADP), programma di assistenza attuato dal medico di famiglia per pazienti non deambulanti, per lo più affetti da patologie croniche stabilizzate e assistibili a domicilio con visite programmate periodiche del medico di medicina Generale.

E' una tipologia di assistenza prevista dalla Convenzione dei MMG, con l'obiettivo di tenere sottocontrollo l'andamento della malattia mediante visite periodiche.

Tabella n.17: Pazienti assistiti dai medici di MG in Assistenza Domiciliare Programmata.

COMUNE	maschi 19-44	maschi 45-64	maschi >65	maschi TOTALE	femmine 19-44	femmine 45-64	femmine >65	femmine TOTALE	TOTALE
COLLINAS	0	0	3	3	0	0	5	5	5
FURTEI	0	0	10	10	0	0	22	22	42
GENURI	0	0	1	1	0	0	2	2	4
GESTURI	0	1	5	6	0	2	10	12	24
LUNAMATRONA	1	0	8	9	0	0	11	11	29
PAULI ARBAREI	0	0	1	1	0	0	2	2	4
SAMASSI	0	0	9	9	0	0	23	23	41
SANLURI	0	0	32	32	0	5	102	107	171
SERRAMANNA	2	5	35	42	2	1	81	84	168
SERRENTI	1	0	21	22	0	0	35	35	79
SETZU	0	1	4	5	0	0	2	2	12
SIDDI	0	0	6	6	0	1	7	8	20
TUILI	0	2	5	7	0	0	8	8	22

TURRI	0	1	0	1	0	0	4	4	6
USSARAMANNA	0	0	3	3	0	0	3	3	9
VILLAMAR	0	0	1	1	0	0	8	8	10
VILLANOVAFORRU	0	0	1	1	0	0	3	3	5
VILLANOVAFRANCA	1	0	5	6	0	1	10	11	23
Totale (Valori assoluti)	5	10	150	165	2	10	338	350	515
Totale (Valori percentuali)				32				68	100

Centro Dialisi

Nel distretto di Sanluri è presente inoltre il centro dialisi ad assistenza limitata di Villamar, inaugurato nel novembre 2000, dislocato strategicamente a Villamar in quanto zona di confine con l'ASL n.3.

Nel corso del 2005 i pazienti in emodialisi sono stati 14 con l'inserimento di due soggetti HBV positivi per un totale di 1.948 emodialisi, di cui l'80% con metodiche convettive tra le più efficaci ed all'avanguardia dal punto di vista tecnico.

Attualmente il servizio dispone di 6 posti rene più 1 posto per contumaciali.

Ricoveri Extraregione (Legge Regionale 26/'91)

In tutti i casi in cui l'ammalato necessita di trattamenti nell'ambito del territorio nazionale o estero, quando le strutture sanitarie pubbliche o convenzionate della Regione Sardegna non sono in grado di erogarle o erogarle tempestivamente, opera l'Ufficio ricoveri extraregione dove è possibile, sperando le necessarie procedure autorizzative, ottenere un rimborso parziale delle spese sostenute.

Nel corso del 2005 nel Distretto di Sanluri sono state autorizzate 163 richieste di rimborso a 78 pazienti per ricoveri nel territorio nazionale e 2 all'estero; tale ufficio ha effettuato anche la ricerca di potenziali donatori di midollo osseo (tipizzazioni ai sensi del DM 25.11.1998) presso registri all'estero per numero 11 autorizzazioni.

Tabella 18: Numero operatori per sede di servizio nel Distretto di Sanluri.

Descrizione sede di servizio	Indirizzo	Numero operatori
CENTRO ALCOLOGICO	SAMASSI	1
POLIAMBULATORIO	SANLURI	129
CENTRO DI SALUTE MENTALE	SANLURI	18
CONSULTORIO	SERRAMANNA	4
DIALISI+CONSULTORIO	VILLAMAR-	3
TOTALE OPERATORI	-	155

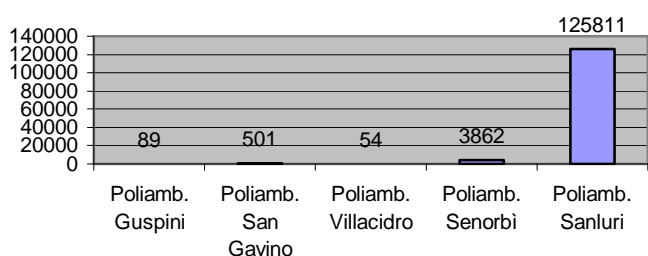
Tabella 19: Numero accessi servizi ospedalieri e presidi poli-ambulatoriali Asl n.6 di Sanluri. Anno 2005. suddivisione per comune di residenza nel distretto di Sanluri.

	OSPEDALE S. GAVINO	POLIAMBULATORI TERRIT
--	--------------------	-----------------------

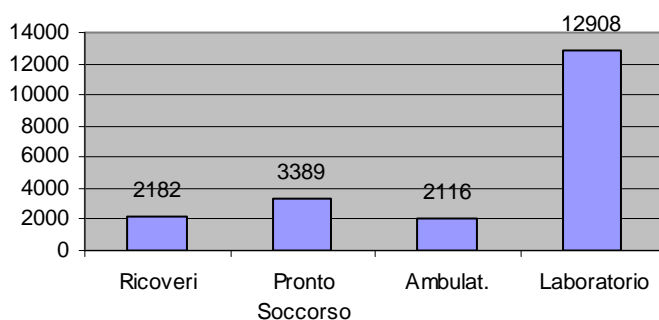
	Ricoveri	Pronto Soccorso	Ambulat.	Laboratorio	Totale Accessi x comune	Poliamb. Guspini	Poliamb. San Gavino	Poliamb. Villacidro	Poliamb. Senorbì
Barumini	31	55	48	405	539	----	5	----	98
Collinas	66	78	67	329	540	17	73	----	23
Furtei	103	187	125	581	996	2	10	----	133
Genuri	25	32	20	131	208	1	1	----	38
Gesturi	19	31	35	335	420	4	----	----	68
Las Plassas	14	17	14	86	131	1	----	----	3
Lunamatrona	121	141	107	847	1.216	2	31	7	63
Pauli Arbarei	54	57	47	273	431	2	7	----	4
Samassi	279	424	227	912	1.842	3	68	6	194
Sanluri	578	913	487	3.806	5.784	13	84	10	220
Segariu	----	138	118	----	256	1	5	----	----
Serramanna	183	359	186	280	1.008	22	53	23	63
Serrenti	187	340	180	1.577	2.284	5	60	4	309
Setzu	13	16	15	74	118	----	----	----	12
Siddi	40	58	40	262	400	1	4	----	43
Tuili	73	67	78	513	731	4	9	----	80
Turri	33	42	25	251	351	3	3	----	24
Ussaramanna	43	51	29	236	359	1	7	----	157
Villamar	185	237	148	1.303	1.873	3	21	3	588
Villanovaforru	68	61	50	288	467	2	17	----	20
Villanovafranca	67	85	70	419	641	2	43	1	1.724
Totale distretto Sanluri	2.182	3.389	2.116	12.908	20.595	89	501	54	3.862
Totale 3 distretti	6911	10104	7381	33735	58131	111931	12472	9877	109682

Per i quanto concerne l'analisi dei servizi di Salute mentale, Materno infantile, Ser.T, si rimanda alla parte inerente i servizi sociosanitari.

**Numero di accessi degli assistiti residenti nel distretto di Sanluri ai presidi poliambulatoriali dell'azienda.
Anno 2005**



**Numero accessi degli assistiti residenti nel distretto di Sanluri all'Ospedale San Gavino.
Anno 2005**



2.4.2. Servizi Sociali

Dall'emanazione della L.R 4/88 i Comuni hanno organizzato un sistema di offerta di servizi e interventi rivolti alla persona orientati prevalentemente a soddisfare i bisogni emergenti sulla base delle risorse finanziarie disponibili.

Per quanto riguarda la presenza di operatori sociali che svolgono la propria funzione nel territorio si rileva che sono presenti in ruolo: n. 20 Assistenti Sociali; n. 3 pedagogisti (che garantiscono il servizio in n. 4 comuni); 1 educatore professionale.

Inoltre sono presenti le seguenti figure professionali in regime di convenzione: n. 2 Assistenti Sociali; n. 1 Pedagogista; n. 2 psicologi; n. 5 educatori Professionali; n. 3 animatori – ludotecari (vedi tabella allegata).

Per quanto concerne la presenza dei servizi sociali nel territorio, dall'analisi dei dati forniti dai comuni e dalla sintesi riportata nelle tabelle allegate si evince che tutti i comuni del distretto erogano il servizio di Assistenza Domiciliare ed il servizio di

Assistenza Economica, ed organizzano in forma singola e/o associata attività di animazione laboratoriale per varie fasce della popolazione. In tutti i comuni sono presenti i Cesil tranne il comune di Villanovafranca che comunque a breve entrerà comunque a far parte del Cesil di Segariu; mentre il servizio informagiovani, è stato attivato solo da otto comuni.

Cinque comuni su ventuno hanno attivato il servizio di telesoccorso e telecontrollo. Quasi ovunque manca il servizio di lavanderia, stireria e pasti caldi a domicilio. Il servizio educativo territoriale è presente in 14 comuni mentre, nelle scuole, l'assistenza specialistica ai portatori di handicap (garantita attualmente da n. 8 comuni) presente viene attivata al bisogno sulla base delle situazioni emergenti.

Analogo discorso per gli affidamenti familiari che sono disposti prevalentemente su indicazione del Tribunale per i Minori in relazione alle situazioni contingenti. In un comune vengono disposti anche gli affidamenti familiari per anziani attraverso progetti condivisi con i soggetti interessati e le loro famiglie. In riferimento alle difficoltà occupazionali, in particolare per i soggetti in condizioni di svantaggio, nella maggior parte dei comuni si attivano gli inserimenti lavorativi.

Di seguito vengono illustrati nel dettaglio i servizi presenti nel territorio suddivisi per area di intervento.

Tabella 22: Strutture destinate all' accoglienza di minori. Distretto Anno 2005

COMUNI	MICRO NIDO	NIDO	BABY PARKING	CAS	ludoteca	centri diurni	CENTRO AFFIDO	CASE FAM. MINORI
BARUMINI								
COLLINAS				X				
FURTEI					X			
GENURI				X				
GESTURI								
LAS PLASSAS					X			
LUNAMATRONA				X	X			
PAULI ARBAREI				X				
SAMASSI			X	X	X			
SANLURI			X	X				
SEGARIU				X				
SERRAMANNA				X	X			
SERRENTI				X				
SETZU								
SIDDI				X				
TUILI								
TURRI				X				
USSARAMANNA				X				
VILLAMAR								
VILLANOVAFORRU								
VILLANOVAFRANCA				X				
TOTALE	0	0	2	13	5	0	0	0

fonte: rielaborazione dati comunali

Tabella 23: Servizi destinati ai minori e alle loro famiglie. Anno 2005

COMUNI	Assistenza. Domiciliare	Affidamento fam.	Tutele	Ser. Educ	Ass. Spec.	Att. Anim e lab
BARUMINI	X		X	X		X
COLLINAS	X			X	X	X
FURTEI	X		X	X		X
GENURI	X					X
GESTURI	X				X	X
LAS PLASSAS	X					X
LUNAMATRONA	X				X	X
PAULI ARBAREI	X			X	X	X
SAMASSI	X	X	X			X
SANLURI	X	X	X	X	X	X
SEGARIU	X			X	X	X
SERRAMANNA	X	X	X	X	X	X
SERRENTI	X	X	X	X		X
SETZU	X					X
SIDDI	X			X		X
TUILI	X		X	X		X
TURRI	X			X		X
USSARAMANNA	X			X		X
VILLAMAR	X					X
VILLANOVAFORRU	X					X
VILLANOVAFRANCA	X			X	X	X
TOTALE	21	5	7	13	8	21

Area Minori e Famiglie

L'Area Minori e Famiglie comprende tutta la popolazione minorile, avente un'età compresa tra il primo giorno di nascita ed il compimento della maggiore età, e quella dei genitori incaricati del precipuo compito di prestare assistenza morale e materiale al fine di promuovere il benessere sociale, psicologico, educativo e fisico della prole.

Tutte le famiglie, intese quali agenzie primarie di socializzazione e luoghi privilegiati in cui le persone strutturano la loro personalità, vanno sostenute in questo arduo compito da parte delle altre agenzie sociali, scolastiche ed educative, attraverso interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

Le agenzie in argomento hanno l'irrinunciabile compito di promuovere l'agio sociale attraverso azioni concordate, condivise ed intergrate, in considerazione del fatto che la famiglia costituisce un'importante risorsa da promuovere e da utilizzare per l'incentivazione della positività del contesto sociale e delle sue relazioni.

Relativamente ai servizi erogati ai minori ed alle loro famiglie la condizione del distretto è quella successivamente descritta.

Assistenza domiciliare.

Il servizio viene erogato soltanto da due Comuni sui 21 afferenti al Territorio. I casi in cui il SSP offre tale servizio sono quelli in cui la famiglia deve acquisire e concepire un'adeguata divisione degli spazi fisici familiari in termini di privacy e rispetto degli ambiti umani di vita di tutti i membri.

Viene offerto inoltre, nei casi in cui i coniugi devono imparare ad accudire in modo adeguato, sotto il profilo igienico – sanitario, se stessi, la prole e l'ambiente domestico.

Educativa Territoriale. Tale servizio è presente in 12 Comuni. Si prevede la costituzione di équipes multiprofessionali che possano affiancarsi ai SSP dei Comuni con il compito di lavorare su aspetti concernenti i rispettivi saperi scientifici. Con questo "strumento di intervento" si supportano i minori e le relative famiglie nel difficile compito sociale, psicologico ed educativo.

Mediazione familiare. Questo servizio, assente nel Distretto nell'anno 2005, è stato attivato da una parte dei Comuni nel corso dell'anno 2006.

Consulenza psicologica. Tale servizio viene erogato da 17 Comuni su 21 al fine di sostenere psicologicamente i minori e le loro famiglie.

Consulenza legale. Durante l'anno 2006 tale servizio verrà offerto da 7 Comuni.

Educativa di strada. Soltanto 3 Comuni erogano tale servizio. Si tratta di una forma di intervento rivolta alla fascia minorile, soprattutto adolescenziale, attraverso la quale instaurare un rapporto di fiducia per mezzo di un approccio informale che consenta poi di effettuare gli opportuni raccordi con i servizi territoriali in caso di particolari disagi.

Laboratori socio-ricreativi. Tali "strumenti" sono attivi in tutti i Comuni. Vengono attivati al fine di promuovere le capacità di socializzazione dei minori e di far loro acquisire e sperimentare specifiche competenze relazionali e sociali.

Per quanto riguarda le Strutture per i minori presenti nell'intero distretto in esame, si evidenzia che sono assenti asili nido e micronidi, mentre sono presenti 2 baby parking nel Comune di Sanluri. Tali strutture accolgono rispettivamente minori in età compresa tra i tre mesi ed i due anni e mezzo e tra i 3 anni ed i 5 anni e mezzo.

Vi sono 2 centri gioco per i minori dai 3 ai 17 anni quali luoghi in cui essi si sperimentano in giochi strutturati e semi-strutturati.

Le ludoteche, presenti in n. 4 comuni, offrono servizi di socializzazione, di aggregazione a favore dei minori di età compresa fra i 5 ed i 12 anni.

I Centri di Aggregazione Sociale quali spazi di aggregazione e socializzazione per le varie fasce d'età, sono presenti in 13 Comuni.

Le strutture residenziali per minori sono presenti solo presso il Comune di Serramanna.

Nel Distretto di Sanluri, con riferimento al Carico Minorile, risulta che i minori in affidamento familiare sono attualmente n.5. Trattasi di affidamenti familiari, parentale o etero-familiare (previsti ai sensi della L. 184/83 e dalla successiva Legge 149/2001) di tipo consensuale, ossia basato sulla condivisione della famiglia d'origine che sottoscrive un progetto specifico di sostegno a se medesima ed al minore, e di tipo giudiziale, in mancanza del consenso della famiglia e con un decreto d'autorità da parte del Tribunale per i Minorenni.

N. 12 minori sono inseriti in Case Famiglia del territorio.

I minori in trattamento assistenziale, a seguito di emanazione di un decreto del Tribunale per i Minorenni, sono n. 9.

Le misure penali di messa alla prova di minori sono n. 4. Queste ultime vengono disposte dal Tribunale per i Minorenni, sezione penale, in seguito a piccoli reati per i quali si presume che il minore, adeguatamente accompagnato dal SSP del Comune e dall'USSM di Cagliari, possa "redimersi" attraverso la messa in opera di specifiche iniziative di carattere sociale e volontaristico al fine di raggiungere la riconciliazione con la "vittima". Se la misura ha esito positivo, il reato non sussiste in considerazione dell'irrilevanza dei fatti commessi.

Area Giovani

La fascia di età dei giovani è quella che va dai 15 ai 25 anni. La situazione giovanile risente di una maggiore vulnerabilità, ed è presente l'esigenza di garantire e sviluppare una preparazione mediante l'istruzione e la formazione nonché di fortificare la solidarietà tra le generazioni.

Tutte le istituzioni interessate hanno come obiettivo comune quello di assicurare un impegno operativo nei confronti dei temi della gioventù.

Il contesto territoriale e socio-economico in cui i giovani del distretto vivono presenta certamente delle condizioni che non si rilevano paritetiche a quelle vissute da altri giovani in altri ambiti.

Una condizione di svantaggio che si accresce soprattutto per coloro che vivono lontano dai capoluoghi di provincia che, solitamente costituiscono gli unici centri urbani di una certa rilevanza, in grado di soddisfare la domanda giovanile di servizi ricreativi e culturali. Una ulteriore condizione che sembra caratterizzare le nuove generazioni nel distretto è il fenomeno del pendolarismo. Le scarse opportunità occupazionali offerte dal territorio, producono un senso di frustrazione tra i giovani, consapevoli che all'indomani del completamento del percorso scolastico avranno difficoltà a inserirsi nel mondo del lavoro locale, dovendo nel migliore dei casi adattarsi a svolgere attività lontane dai loro percorsi di studi o inferiori rispetto ai livelli di scolarità conseguiti, con effetti scoraggianti sul piano motivazionale.

Relativamente all'offerta territoriale si evidenzia la presenza del servizio Informagiovani in 8 Comuni (Las Plassas, Pauli Arbarei, Samassi, Sanluri, Serrenti, Siddi e Tuili) le cui finalità sono, tra le altre, quelle di informare la popolazione minorile, giovane e adulta in merito a corsi di orientamento professionale e formativo.

Inoltre nella totalità dei comuni del distretto ad eccezione del comune di Villanofranca sono presenti i Cesil dediti, soprattutto, all'informazione ed all'orientamento al lavoro dei giovani e adulti.

Infine 20 Comuni vantano la presenza di servizi di biblioteca in cui è stato attivato il servizio di mediateca che funge anche da luogo o da centro alternativo al Centro di aggregazione sociale.

Area Anziani

L'invecchiamento della popolazione rappresenta, come già evidenziato, uno dei fenomeni più rilevanti con cui la realtà distrettuale dovrà confrontarsi nei prossimi anni. Ciò rende necessario avviare una riflessione per l'elaborazione di un piano di azione a favore degli anziani con un forte ripensamento dell'attuale modello di welfare, fondato prioritariamente sulla rete dei servizi socio-sanitari. Si dovrà progressivamente costruire una rete al cui interno siano contenute tutte le politiche afferenti tale area quali: casa, mobilità urbanistica, cultura, sport e turismo.

E' fondamentale che ogni individuo, e in questo caso la persona anziana in particolare, mantenga e conservi nel tempo un corretto equilibrio psicofisico finalizzato al miglioramento della qualità di vita, significando con questo la capacità di riempire di contenuti significativi la quotidianità del vivere tramite l'assunzione di ruoli attivi e l'attivazione di processi di prevenzione in relazione alla possibile perdita di autonomia, di interessi e di motivazioni.

Nel corso degli anni il territorio ha posto in essere tutta una serie di azioni sociali e sanitarie finalizzate ad attivare servizi quali: il servizio di assistenza domiciliare, il servizio di assistenza domiciliare integrata, l'aiuto economico, il sostegno sociale, psicologico sia individuale che familiare partendo dalla profonda consapevolezza che "rimanere nel contesto di vita" è un diritto fondamentale dell'anziano.

Spesso però tali servizi non sono sufficienti a sostenere una situazione di equilibrio dell'anziano in termini sociali soprattutto quando la rete parentale e familiare non è presente o quando i servizi non vengono erogati in maniera integrata o pur essendo presenti non sono in grado di soddisfare i bisogni più rilevanti.

Appare necessario, quindi, sostenere le famiglie in questo percorso di accompagnamento affinché le stesse possano diventare una risorsa adeguata ed attiva, evitando che il carico assistenziale comprometta l'equilibrio del proprio sistema familiare.

Assistenza Domiciliare. Il servizio, erogato da tutti i Comuni afferenti al territorio, a favore degli anziani soli o dei nuclei familiari consiste nell'erogazione di una serie di prestazioni di natura socio-sanitaria presso il domicilio del (cura della persona, aiuto per l'accesso ai servizi, aiuto nel governo della casa, igiene dell'alloggio, lavaggio, stiratura, preparazione pasti ecc).

Servizio di lavanderia e stireria, pasti caldi a domicilio. Tali servizi sono presenti in n° 2 Comuni come servizio esterno al servizio di Assistenza Domiciliare (solo i Comuni di Sanluri e Las Plassas erogano detti servizi separatamente).

Servizio di Telessoccorso e di telecontrollo. Viene erogato da n. 3 Comuni. Il servizio consiste nell'installare presso l'abitazione dell'anziano un apparecchio collegato a un centralino specializzato attivo 24 ore su 24 il quale fornisce assistenza telefonica e l'eventuale pronto intervento in casi di emergenza è erogato in n. 3 comuni.

Affidamento Familiare. Il servizio attivato da 1 Comune. Si occupa dell'inserimento presso una famiglia disponibile, individuata dal servizio sociale e dall'anziano, la quale avrà il compito di supportare lo stesso sotto tutti i versanti della vita quotidiana.

Centri sociali e attività di socializzazione. In tutti i Comuni presenti nel territorio sono state attivate forme di socializzazione e attività ludico ricreative all'interno dei C.A.S. o in laboratori tematici afferenti l'area anziani per favorire la loro integrazione e socializzazione nel tessuto sociale. Infatti non sono presenti in tutti i comuni del territorio centri specifici e sono del tutto assenti i centri diurni.

Assistenza Economica. È stata erogata in 6 comuni e consiste nella concessione di una somma in denaro ad integrazione del reddito o per la soluzione di eventi eccezionali e imprevedibili.

Strutture a ciclo residenziale. Dall'analisi dei dati pervenuti risultano essere presenti nel territorio n. 7 strutture per anziani autosufficienti di cui n. 3 private. Mentre risultano essere presenti solo n. 3 strutture rivolte ad anziani non autosufficienti di cui n. 2 private.

Area Disabilita'

La concezione sociale di disabilità è cambiata nel tempo.

Essa non è considerata solo un attributo della persona ma un insieme di condizioni potenzialmente restrittive derivanti da un fallimento della società nel soddisfare i bisogni delle persone e nel consentire loro di mettere a frutto le loro capacità (commissione europea 26.09.2002).

L' "Handicap" come condizione di svantaggio conseguente a una menomazione o a una disabilità che impedisce o limita il soggetto nell'adempimento del ruolo normale in relazione al sesso, all'età e ai fattori socio-culturali.

E' difficile stimare la reale presenza dei disabili sul nostro territorio anche per la sovrapposizione di categorie diagnostiche o per l'ambiguità dei termini disabilità, handicap, ritardo mentale.

Inoltre è da considerare che il processo di invecchiamento della popolazione porterà inevitabilmente a un incremento della popolazione disabile.

Con L. 104/1992, la L.R. 4/88, la L.R. 20/97 e la L.R. 162/98 e la L.R. 68/1999 si è cercato di favorire la nascita di servizi e di opportunità di lavoro sempre più qualificati che permettessero alla persona disabile una piena integrazione nel contesto familiare, sociale, scolastico e lavorativo, la promozione della propria autonomia e la valorizzare le abilità e le potenzialità residue.

Tutti i comuni, seppure con scarse risorse economiche, ogni anno, attraverso i servizi sociali comunali, cercano di avviare e di promuovere servizi e interventi in favore della disabilità supportati, soprattutto in questi ultimi anni, da nuove linee di indirizzo che promuovono la predisposizione di piani individualizzati di sostegno in favore di persone con disabilità che fra l'altro offrono una rosa di possibilità finalizzata a sostenere e supportare le famiglie nella gestione del forte carico assistenziale presente.

A sostegno della categoria sociale in esame sono presenti i seguenti servizi:

Assistenza Domiciliare. Tutti i comuni garantendo questo servizio offrono prestazioni specifiche anche a favore dei disabili e delle loro famiglie quale alleggerimento del carico assistenziale.

Servizio di lavanderia, stireria e Servizio di pasti caldi a domicilio. Tale servizio viene garantito da tutti i comuni. Soltanto in n. 2 Comuni tale servizio viene garantito separatamente rispetto al servizio di assistenza domiciliare.

Piani personalizzati ai sensi della L. 162/98. Sempre più numerosi sono i nuclei familiari che si rivolgono ai Servizi Sociali dei comuni per poter predisporre dei piani personalizzati a favore di persone con Handicap Grave. La maggior parte di essi chiede di poter beneficiare del Servizio di Assistenza Domiciliare per poter alleggerire il carico assistenziale di coloro che si occupano di queste persone sostenendole in particolare nel difficile compito di cura della persona. Numerosi sono anche gli altri interventi richiesti per favorire l'integrazione e la socializzazione della persona disabile.

Assistenza Economica. Viene garantita da tutti i comuni. Alcuni nuclei familiari infatti chiedono di poter beneficiare di provvidenze economiche in quanto, seppur la maggior parte dei disabili, fruiscono dei servizi suddetti e dell'indennità di accompagnamento le famiglie non possono sopportare l'elevato costo del carico assistenziale e socio-sanitario.

Inserimento Lavorativo. Questo servizio, garantito da 14 Comuni, si propone di: intervenire offrendo occasioni di lavoro, anche a tempo parziale per agevolare il reinserimento sociale delle fasce dei disabili che sono di fatto escluse dai processi lavorativi; prevenire e rimuovere non solo le cause di natura sociale ma anche psicologica che determinano, se non rimosse, situazioni di bisogno e di disagio sociale; inoltre rappresenta una valida alternativa alla concessione del contributo economico.

Assistenza Specialistica. Con riferimento alla L. 104/1992 è garantito il diritto all'educazione e all'istruzione della persona disabile nelle classi delle Istituzioni Scolastiche di ogni ordine e grado, comprese le Università. L'integrazione scolastica ha come obiettivo lo sviluppo delle potenzialità del disabile nell'apprendimento, nella comunicazione, nelle relazioni e nella socializzazione. L'esercizio del diritto all'educazione e all'istruzione non può essere impedito da difficoltà di apprendimento o da altre difficoltà connesse all'handicap. Le Istituzioni preposte a garantire tale diritto attivano piani personalizzati e individualizzati di sostegno per facilitare l'integrazione scolastica e garantire il diritto all'educazione e all'istruzione.

Assistenza didattica-educativa extrascolastica. Il servizio viene garantito dall'Amministrazione Provinciale a favore dei minorati sensoriali. Fino al 31.12.2005 i beneficiari dell'intervento erano n. 8, appartenenti a n. 4 comuni.

Educativa Territoriale. Tale servizio è presente in 12 Comuni. Il servizio è finalizzato a promuovere l'organizzazione e l'integrazione delle risorse familiari attraverso azioni e interventi che coinvolgono tutti gli attori sociali pubblici e privati, le istituzioni e le associazioni del privato sociale.

Attività di aggregazione e di socializzazione. Le Amministrazioni comunali attraverso la richiesta di specifici finanziamenti hanno attivato e attivano laboratori e servizi per favorire l'integrazione delle persone disabili

Area della Povertà e della Marginalità Sociale

La marginalità sociale è una condizione che attiene all'individuo nella sua dimensione personale e sociale e nella interrelazione tra esse. Si parla di disagio sociale ogniqualvolta emerga una situazione di rottura tra la società e l'individuo nella sua realtà.

Il soggetto percepisce se stesso come estraneo alla comunità di appartenenza e, al contempo, la società pone in essere comportamenti e strategie che hanno l'effetto di allontanare quell'individuo dal contesto di riferimento.

Tali situazioni, anche all'interno del distretto in esame, trovano le cause più disparate: dalla miseria alla dipendenza, dall'invecchiamento alla patologia mentale.

Fare un'elencazione di tutte le tipologie di soggetti che vivono una condizione di marginalità può essere, infatti, limitativo e scarsamente rappresentativo della realtà.

Dal punto di vista operativo possiamo però fare riferimento al concetto di Livelli essenziali di assistenza per definire dei criteri e dati oggettivi che ci permettano di ipotizzare un profilo della marginalità. Tutti coloro che non beneficiano di servizi e interventi nella misura minima stabilita dai LEA possono essere considerati in una

situazione di marginalità sociale. Poiché tali livelli sono stati definiti solo per il settore sanitario e non per quello sociale, oggi ci troviamo nella incapacità di definire un esatto profilo dell'“uomo marginale”.

Nell'attività quotidiana i Servizi Sociali professionali dei comuni afferenti al Distretto in esame, entrano in contatto con un numero svariato di individui: ciascuno con il suo bagaglio di bisogni e risorse e soprattutto con una richiesta di AIUTO. Attraverso questi contatti è possibile evidenziare una serie di situazioni favorevoli alla determinazione di condizioni di marginalità.

I soggetti e le famiglie marginali sono tali, non solo per bisogno economico contingente, ma anche e soprattutto per limiti personali derivanti da: scarsa scolarizzazione, mancanza di qualificazione professionale, assenza nel territorio di trasmissione dei valori lavorativi tradizionali ed educativi, l'assenza di interventi adeguati all'emergere di nuovi bisogni e nuove povertà.

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

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

Nel Distretto sociosanitario di Sanluri, con riferimento all'assistenza per la generalità della popolazione e per le situazioni di emarginazione e disagio sociale sono emerse le seguenti tipologie di intervento.

Servizio sociale professionale. Servizio svolto dalle assistenti sociali che effettuano la presa in carico della persona o della famiglia con bisogno, attraverso la valutazione del bisogno e definizione del progetto personalizzato con l'attivazione e l'integrazione dei servizi e delle risorse in rete.

Assistenza economica. Tale intervento prevede la possibilità di erogare benefici di natura economica diretti ai singoli e ai nuclei familiari che non dispongano di risorse sufficienti a garantire il soddisfacimento dei bisogni fondamentali o si trovino in occasionali situazioni di emergenza. Il ricorso alle prestazioni di carattere economico è limitato, quindi, alle sole situazioni in cui non sia possibile o risulti inopportuna l'utilizzazione delle altre tipologie di intervento socio-assistenziale previste dalla legge.

In tale prospettiva si inseriscono.

A) Assistenza Economica Continuativa. Si tratta di prestazioni economiche erogate per contribuire al soddisfacimento dei bisogni fondamentali, quali quelli relativi all'alimentazione, all'abbigliamento, all'igiene della persona, all'abitazione (canone di locazione) etc.;

B) Assistenza Economica Straordinaria. Per soddisfare i bisogni determinati da una situazione di emergenza individuale o familiare in particolari circostanze della vita (viaggi fuori distretto per la tutela della salute, interventi di ristrutturazione dell'abitazione danneggiata o pericolante per cause non imputabili alla volontà del soggetto etc.). Tale intervento viene erogato in tutti i 21 Comuni del Distretto.

Interventi di sostegno e di collaborazione con associazioni di volontariato presenti nel territorio.

La legge 328/00 prevede la valorizzazione delle libere forme associative e di volontariato presenti sul territorio ed il sostegno, della solidarietà e dell'assistenza, della cultura e dell'arte, della scuola e della ricerca, dello sport e dello spettacolo, del folklore e delle tradizioni locali.

In diversi comuni sono ormai da tempo consolidati rapporti di collaborazione con le varie associazioni di volontariato presenti sul territorio o nell'attuazione e nella gestione dei servizi sociali.

Percorsi di recupero per soggetti sottoposti per soggetti sottoposti a misure alternative alla detenzione.

Nel processo di aiuto alla Persona non mancano gli interventi di collaborazione con il Ministero di Grazia e Giustizia a favore di cittadini sottoposti all'applicazione di: Misure alternative alla detenzione.

Misure di sicurezza.

Tale intervento viene definito e programmato al momento sulla base del verificarsi del bisogno. Non esistono, infatti, interventi standardizzati ma personalizzati e adeguati al caso specifico.

Promozione del Self-Help

Il metodo dell'Auto Mutuo Aiuto, sperimentato e verificato in moltissimi paesi non solo europei e in numerose strutture di recupero e riabilitazione basa il suo successo nello scambio di idee, emozioni, esperienze, fra persone di diversa età, sesso, cultura, posizione economica, accomunate da un unico desiderio: ritrovare il proprio benessere psicofisico.

Un gruppo di auto-mutuo-aiuto non è un gruppo terapeutico. E' un'alternativa ai servizi sanitari di tipo professionale, ma proprio per questo più economico, accessibile e democratico. Offre sostegno emotivo attraverso la rottura dell'isolamento e la condivisione reciproca. Permette una crescita personale e offre la possibilità di imparare a rafforzare le proprie risorse interiori, ad affrontare le situazioni stressanti che la vita pone davanti. Rende chi vi partecipa protagonista attivo della ricerca del proprio benessere e di quello degli altri membri del gruppo, mettendo a disposizione le proprie risorse. Aumenta il potere e il controllo su noi stessi e sugli altri perché negli incontri di gruppo si ha la possibilità di scoprire risorse che non credevamo di possedere e quindi di attivarle. Inoltre il gruppo di auto-mutuo-aiuto è un'esperienza altamente coinvolgente che aumenta la propria autostima, attiva la nostra emotività e ci fornisce gli strumenti per utilizzarla al meglio nei rapporti con gli altri.

Attraverso un'opportuna collaborazione con le associazioni di volontariato locale, le famiglie, la ASL n° 6 sono stati promossi adeguati percorsi formativi finalizzati alla costituzione di gruppi A.M.A nell'ambito territoriale locale o eventualmente extracomunale in relazione alla possibilità di coinvolgimento di altri comuni interessati.

Laboratorio di recupero individualizzato attraverso attività socialmente utili (A.S.U.)

Esso si configura come servizio finalizzato a favorire l'inserimento o il reinserimento nella comunità di appartenenza, evitando forme di marginalità e di dipendenza.

Sono previsti interventi di inserimento lavorativo attraverso l'affidamento al soggetto della gestione di un'attività di utilità sociale:

A titolo di incentivo, ciascun soggetto riceverà un compenso simbolico rapportato, esclusivamente alla durata dell'intervento e alle risorse disponibili.

L'opportunità dell'inserimento lavorativo del soggetto in questione sarà determinata dal Servizio Sociale Comunale, previa attenta valutazione delle condizioni, oggettive o soggettive, che potenzialmente possono ridurre l'individuo ad uno stato di marginalità.

Per ciascun beneficiario si predispone un progetto individualizzato elaborato sulla base delle peculiarità del soggetto. Ciascun individuo possiede infatti limiti e potenzialità proprie nonché aree problematiche che necessitano di un intervento mirato e strutturato nel tempo.

Inserimenti lavorativi protetti

L'intervento prevede l'inserimento di soggetti a rischio di emarginazione sociale e con difficoltà di inserimento lavorativo, all'interno di ditte, imprese, cooperative o società operanti in vari settori dell'attività produttiva.

A titolo di incentivo ciascuna ditta riceverà un contributo proporzionato alla tipologia dell'inserimento lavorativo full-time o part-time.

L'intervento rientra nell'ambito di un percorso individualizzato di recupero della Persona con obiettivi educativi definiti sulla base delle peculiarità dell'individuo.

I CESIL Centri Servizi per l'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati sono Centro servizi per l'inserimento lavorativo dei soggetti svantaggiati (CESIL)

I CESIL Centri Servizi per l'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati sono nati grazie ai finanziamenti del Fondo Sociale Europeo e al POR Sardegna 2000-2006 Misura 3.4, per rafforzare i canali di incontro tra domanda e offerta di lavoro in favore di persone che per ragioni legate alla presenza di handicap fisici e mentali o

a fenomeni di estrema povertà economica e di emarginazione sociale, vivono in situazione di difficoltà difficilmente superabili senza adeguati supporti istituzionali.

Il Centro Servizi offre un servizio di informazione, raccolta di domande e offerte di lavoro, consulenza e supporto alle aziende per l'inserimento lavorativo di soggetti appartenenti alle categorie svantaggiate, percorsi di orientamento al lavoro, consulenza per i tirocini formativi, supporto ai lavoratori svantaggiati nelle fasi di inserimento per tirocini e alla creazione di attività lavorative autonome. Inoltre il Centro Servizi, per incarico attribuitogli dalla R.A.S. svolge azione di tutoraggio per la creazione di impresa a valere sui fondi della L.R. 20/02 in favore degli iscritti alla L.68/99. Il servizio opera in tutti i Comuni del Distretto tranne che a Villanovafranca.

Informagiovani

L'Informagiovani quale sportello di servizio e di distribuzione di informazioni, rappresenta un punto di riferimento per la promozione di iniziative nella comunità di riferimento da svolgersi, in collaborazione con gli altri servizi comunali, in particolare il Settore cultura e Pubblica Istruzione e con le diverse realtà associative e culturali presenti sul territorio

Gli obiettivi specifici L'INFORMAGIOVANI fornisce informazioni a tutti coloro che ne abbiano interesse ed esigenza in riferimento alle risorse esistenti sul territorio in termini di servizi pubblici, di prestazioni erogabili e di procedure per accedervi.

2.4.3 Istituti scolastici

In molti comuni di piccole dimensioni sono ormai scomparse le scuole di base. I bambini sono costretti a spostarsi nei comuni limitrofi per la frequenza delle attività didattiche. Questo comporta, a carico dei Comuni, l'onere di provvedere al trasporto attraverso scuolabus comunali o servizi affidati a terzi.

Il disagio più rilevante riguarda i bambini della scuola dell'infanzia che non possono essere accompagnati dagli adulti di riferimento nel percorso di inserimento scolastico che necessita di gradualità e partecipazione familiare.

Per quanto concerne l'istruzione superiore risulta che nel territorio del distretto sono presenti le seguenti scuole superiori:

Sanluri: Istituto tecnico commerciale e per geometri Colli Vignarelli; Liceo linguistico Calasanzio; Corsi per l'obbligo formativo organizzati da vari enti: CIOFS, CRFPA, ANAP etc; Istituto per il recupero anni perduti. Villamar: Istituto alberghiero.

Emerge, pertanto, una carenza dell'offerta formativa nel territorio. Ciò comporta il fenomeno del pendolarismo verso i centri maggiormente serviti dalle scuole e accessibili in riferimento alla presenza di servizi per il trasporto.

Tabella n. 20: Istituti scolastici presenti nel Distretto di Sanluri

Comuni	Scuola infanzia	Scuola Primaria	Scuola Media	Scuola superiore
BARUMINI	si	si	si	
COLLINAS	privata	si	c/o Villanovaforru	
FURTEI	si	si	si	
GENURI	no	c/o Tuili	c/o Tuili	
GESTURI	si	si	si	
LAS PLASSAS	c/o Barumini	c/o Barumini	c/o Barumini	
LUNAMATRONA	si	si	si	
PAULI ARBAREI	privata	si	c/o Lunamatrona	
SAMASSI	si	si	si	

SANLURI	si	si	si	si (v. descr.)
SEGARIU	si	si	si	
SERRAMANNA	si	si	si	
SERRENTI	si	si	si	
SETZU	c/o Tuili	c/o Tuili	c/o Tuili	
SIDDI	privata	si	c/o Ussaramanna o Lunamatrona	
TUILI	si	si	si	
TURRI	si	c/o Siddi	c/o Ussaramanna	
USSARAMANNA	c/o Turri	c/o Siddi	si	
VILLAMAR	si	si	si	si (v. descr.)
VILLANOVAFORRU	privata	Collinas	si	
VILLANOVAFRANCA	si	si	si	

2.4.4 Servizi socio-sanitari

In riferimento al punto 3.4 delle Linee Guida per la predisposizione del Plus si descrivono di seguito i servizi dell'area sociosanitaria, con riguardo ai bisogni propri di tale settore: materno-infantile, salute mentale, disabilità e non autosufficienza, dipendenze, anziani, patologie croniche e invalidanti che richiedono interventi sociosanitari.

Area minori e famiglia

Quest'area comprende le prestazioni offerte dai Consultori Familiari e dalle Unità di Neuropsichiatria Infantile, queste ultime afferiscono al Servizio Materno infantile della Asl n°6 di Sanluri.

I *Consultori*, istituiti con la legge 475 del 1975, svolgono attività di informazione, prevenzione e tutela della salute fisica-psichica e sociale del neonato, del bambino, dell'adolescente, della donna e della coppia. Le attività vengono svolte da equipe formate da ginecologo, ostetrica, psicologo, pediatra e assistente sociale. Le prestazioni sono gratuite e vengono erogate su appuntamento.

Le attività di informazione, prevenzione, cura e tutela riguardano le seguenti aree:

- 4 minori, giovani, coppie, genitori e famiglie
- 5 gravidanza - nascita - puerperio
- 6 sessualità e contraccezione;
- 7 sterilità, tutela della maternità e del prodotto del concepimento;
- 8 corsi di preparazione al parto e assistenza post partum;
- 9 affido familiare;
- 10 menopausa;
- 11 I.V.G. (interruzione volontaria di gravidanza)
- 12 prevenzione dei tumori femminili;
- 13 prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale;
- 14 consulenza per il disagio di singoli, coppie e famiglie;
- 15 consulenza per situazioni familiari e genitoriali di difficoltà.

Nell'ambito del Distretto di Sanluri sono presenti 2 équipes consultoriali operanti nei Comuni di Sanluri-Villamar e Serramanna.

L'attività del *Neuropsichiatria infantile* si occupa dell'accoglienza e della presa in carico degli utenti nella fascia di età compresa fra 0 e 18 anni affetti da patologie o da situazioni di disagio nella sfera neuropsichica.

Nello specifico, l'unità operativa di neuropsichiatria infantile presente nel distretto di Sanluri svolge attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione di disturbi neurologici, psichiatrici e neuropsicologici e psicomotori dei minori, compresa la cura dei disturbi della parola e del linguaggio (logopedia).

L'accesso al servizio può essere diretto o su segnalazione e invio del medico di base, del pediatra di libera scelta o da enti istituzionali quali Servizi sociali dei Comuni, Tribunale dei Minori, Enti di Giustizia e Scuole. Con queste ultime sono in funzione modalità di collaborazioni per alunni che necessitano dell'insegnamento di sostegno.

Le attività riabilitative possono essere erogate mediante convenzioni con Enti Esterni (Prestazioni riabilitative ex art. 26 Legge 833/78): attività atte a favorire l'inserimento sociale e gli interventi educativi vengono svolte in collaborazione con gli operatori del Servizio Sociale degli Enti Locali e con le strutture Giudiziarie con eventuale presa in carico degli utenti segnalati.

Tabella n.29: Asl n.6 di Sanluri. Servizio Materno Infantile - Numero assistiti settore neuropsichiatria infantile nel 2005. Suddivisione per residenza, sesso e fasce d'età

COMUNI	Numero Casi	SESSO		FASCE D'ETA'		
		F	M	0-5	6-11	12-18
BARUMINI	4	2	2	-	1	3
COLLINAS	2	1	1	-	2	-
FURTEI	17	3	14	1	9	7
GENURI	-	-	-	-	-	-
GESTURI	5	1	4	1	3	1
LAS PLASSAS	2	0	2	-	1	1
LUNAMATRONA	6	3	3	-	4	2
PAULI ARBAREI	10	2	8	-	9	1
SAMASSI	51	16	35	8	29	14
SANLURI	56	22	34	4	28	24
SEGARIU	13	4	9	1	4	8
SERRAMANNA	49	15	34	6	23	19
SERRENTI	65	16	49	5	33	27
SETZU	3	2	1	2	-	1
SIDDI	4	0	4	-	2	2
TUILI	-	-	-	-	-	-
TURRI	2	1	1	-	1	1
USSARAMANNA	3	2	1	-	1	2
VILLAMAR	30	8	22	2	8	20
VILLANOVAFORRU	2	0	2	-	1	1
VILLANOVAFRANCA	16	11	5	2	7	7
TOTALE	340	109	231	33	165	141

Area salute mentale

Il Servizio di Tutela della Salute Mentale che si occupa della prevenzione e della cura dei disturbi psichici, a partire dalle situazioni di disagio che possono esserne causa. Sul territorio, il primo punto di riferimento è il medico di base, per i suoi

continui contatti con gli assistiti e la sua capacità di percepire tempestivamente sia eventuali situazioni a rischio, sia sintomi precoci di un disturbo psichico.

Direttamente o tramite invio del medico di base, gli assistiti entrano in contatto con gli operatori del Servizio, che forniscono prestazioni diverse (in ambulatorio, a domicilio, nelle strutture residenziali) alle persone con problemi psichici e ai loro familiari.

Oltre all'intervento terapeutico vero e proprio, con la scelta delle cure più adatte ad ogni singolo caso, gli operatori collaborano con quanti si occupano di problemi legati alla sofferenza mentale (Enti pubblici e privati, assistenti sociali, associazioni di volontariato) per costruire dei progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati e migliorare la qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie.

Nel Servizio sono presenti diverse figure professionali che operano in equipe: psichiatri, psicologi, assistenti sociali, assistente sanitaria. Amministrativo, infermieri professionali.

Sul piano delle attività pratiche, l'attività quotidiana degli operatori si svolge attraverso i seguenti interventi che garantiscono in ogni caso, una risposta immediata alle urgenze:

- 1 visite psichiatriche e psicologiche, ambulatoriali e domiciliari
- 2 psicoterapie
- 3 trattamenti psicofarmacologici
- 4 prestazioni psicodiagnostiche
- 5 attività di servizio sociale
- 6 progetti riabilitativi espletati anche nelle strutture residenziali
- 7 pronta disponibilità notturna e festiva per i TSO
- 8 consulenze ai reparti ospedalieri e agli altri servizi sanitari
- 9 certificazioni per enti, servizi interni e per le commissioni invalidità civile
- 10 espletamento delle valutazioni previste dalla L.R. 20/97
- 11 attività riabilitative coordinate con i servizi sociali comunali ed inserimenti lavorativi
- 12 monitoraggio dei pazienti dimessi dall' ex ospedale psichiatrico di Cagliari e degli ospiti inseriti nelle comunità terapeutiche

Nel Distretto di Sanluri le prestazioni vengono erogate presso il Centro Salute Mentale di Sanluri e a presso il poliambulatorio di Villamar.

Le tabelle seguenti riepilogano l'attività del cenro di Sanluri nel 2005: la prima indica la suddivisione degli utenti per età e sesso, mentre la seconda indica la tipologia delle prestazioni erogate.

Tabella n.30: Utenti CSM anno 2005 Distretto di Sanluri. Suddivisione per sesso e classi di età.

FASCIA D'ETA'	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
18-44	170	201	371
45-64	163	236	399
> 64	100	173	273
TOTALE	433	610	1043

Tabella n.31: Prestazioni CSM anno 2005 Distretto Sanluri

Prestazioni	N.
Nuovi casi	477
Pazienti in carico	1.022
Visite psichiatriche	4.748
Visite psicologiche	1.235
Visite domiciliari	620

TSO	26
Pazienti in terapia depot	728
Prestazioni infermieristiche	3.439
Prestazioni segretariato sociale	214
Consulenze ospedaliere	34
Gruppo AMA - n. incontri	249

Area disabilità

L'area disabilità riguarda tutte le attività di riabilitazione ossia un'area di offerta molto ampia e complessa che comprende attività di tipo sanitario (interventi diagnostici, valutativi, terapeutici ed altre procedure per contenere o alleviare menomazioni e disabilità), attività sociosanitarie di riabilitazione (attraverso percorsi assistenziali tesi a garantire nel lungo periodo il contenimento della disabilità, la prevenzione dell'handicap e la continuità tra cure e riabilitazione) e attività di riabilitazione sociale (attività finalizzate a garantire la partecipazione).

Nel campo della riabilitazione globale, nel territorio sono presenti 3 centri convenzionati: n. 1 CTR (Sanluri) e 2 centri AIAS (Serramanna e Villamar).

Tabella n.32: Asl n. 6 di Sanluri. U.O. Riabilitazione. Numero utenti autorizzati per riabilitazione globale. Anno2005

	0 - 18		19 - 64		> 64		F	M	M+F
COMUNI	F	M	F	M	F	M			
BARUMINI	1	1	2	4	2		5	5	10
COLLINAS		1		2	1	3	1	6	7
FURTEI		6	1	1	4	3	5	10	15
GENURI	1				1		2	0	2
GESTURI		1	1	1	1		2	2	4
LAS PLASSAS					1	1	1	1	2
LUNAMATRONA	1	1			7	5	8	6	14
PAULI ARBAREI	1	5			1		2	5	7
SAMASSI	7	10	3	5	8	10	18	25	43
SANLURI	7	15	6	6	10	16	23	37	60
SEGARIU			3	2	4	1	7	3	10
SERRAMANNA	9	25	9	16	11	12	29	53	82
SERRENTI	4	13	4	6	7	8	15	27	42
SETZU	1					1	1	1	2
SIDDI		1	1				1	1	2
TUILI			1	3		2	1	5	6
TURRI		1				1	0	2	2
USSARAMANNA				2	1		1	2	3
VILLAMAR	1	6	2	3	2	4	5	13	18
VILLANOVAFORRU					1		1	0	1

VILLANOVAFRANCA	2		1	1	1	3	4	4	8
TOTALE	35	86	34	52	63	70	132	208	340

Area dipendenze

L'area dipendenze è gestita prevalentemente dal Ser.T. dell'ASL n. 6 (Legge 685/75, successivamente modificata dalla Legge 162/90, si occupa della prevenzione, della diagnosi, della terapia e della riabilitazione di tutti gli assistiti, che, per qualsiasi motivazione, si trovano in stato di dipendenza da eroina, cocaina, allucinogeni, nuove droghe, e alcol.

Tutti coloro che hanno necessità d'assistenza possono accedere direttamente ai servizi offerti dal Ser.T. anche senza l'impegnativa del medico di base; le prestazioni sanitarie sono gratuite.

Il Ser.T. opera attraverso l'intervento integrato di équipe medico-infermieristiche e di gruppi di assistenza psico-sociale, promuove incontri d'informazione sulle tossicodipendenze e sulle malattie correlate, in collaborazione con i comitati di quartiere, le parrocchie, i gruppi d'aggregazione giovanile, le associazioni di volontariato, il mondo della scuola.

Il Ser.T. rappresenta un nodo socio-sanitario di una rete Interistituzionale con rapporti di collaborazione coinvolgenti il Ministero, la Regione, le Province, le Prefetture, i tribunali, le Carceri, le scuole e gli altri servizi socio sanitari pubblici e privati incluse le comunità terapeutiche e le associazioni specificamente riconosciute/autorizzate.

Il servizio della Asl n. 6 di Sanluri è costituito da due unità operative:

- Ser.T. Guspini con organico attuale di 16 operatori (1 ausiliario, 1 Amministrativo, 1 Assistente Sociale, 5 Infermieri, 4 Psicologi, 4 Medici);
- Centro Alcolologico di Samassi (in fase di avvio dopo il trasferimento da Senorbì, con previsione di un organico standard costituito da 4 Operatori (equipe Alcolologica – Medico, Psicologo, Assistente Sociale, Infermiere).

Nel territorio di competenza aziendale sono inoltre presenti tre strutture accreditate dell'Associazione centro di ascolto madonna del rosario di villacidro:

- Comunità terapeutica San Michele 1, sita in seramanna (20 POSTI) che si occupa de programmi terapeutico residenziali per la cura e la riabilitazione delle persone con problemi di tossicodipendenza e di alcol dipendenza. Sta attualmente progettando in collaborazione con la Asl n.6 di Sanluri (ser.T e STSM) un modulo di 8-12 posti per l'assistenza dei pazienti con doppia diagnosi (dipendenza e problemi psichiatrici gravi);
- Comunità terapeutica Sn Michele 2, ubicata a Sanluiri Stato (12 posti) per la fase di reinserimento socio-occupazione dei tossicodipendenti che hanno terminato il programma terapeutico;
- Comunità di pronta accoglienza "Il Salvatore" a Villacidro, per la pronta accoglienza, la disintossicazione e l'approfondimento diagnostico;
- Centro di ascolto di Villacidro preposto all'accoglienza di richiesta di intervento e di sostegno alle famiglie, alla definizione dei programmi residenziali personalizzati in collaborazione con il Ser.T.

I Centri Alcolologici sono strutture sociosanitarie che si occupano della prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione degli stati di dipendenza dall'alcol e delle patologie alcolcorrelate (PAC).

Il problema della dipendenza dall'alcool è molto più accentuato di quanto si pensi comunemente: oltre 24 italiani su cento consumano abitualmente alcolici fuori pasto.

In Sardegna, i consumi sono superiori di 1-2 punti percentuali alla media nazionale. Il fenomeno dell'alcolismo ha pesanti conseguenze sul piano socio-sanitario, sia per le numerose patologie legate al consumo elevato di bevande alcoliche (neoplasie, cirrosi epatica, malattie degenerative del sistema nervoso), sia per il numero di decessi (circa il 7,9% del totale annuo) attribuibili alle conseguenze dell'alcolismo, senza contare i morti e feriti dovuti a incidenti stradali o altri eventi traumatici

causati da condizioni di ubriachezza. Tutti coloro che si trovano in situazione di dipendenza dall'alcol possono accedere direttamente al Centro Alcolologico di Samassi, che ha il compito di assistere i residenti nel territorio dell'ASL 6 di Sanluri.

Il centro è organizzato, grazie al contributo di associazioni e volontari, per intervenire anche in seguito a segnalazioni dei medici di base, dei servizi comunali con i quali collabora, delle autorità di polizia.

Le prestazioni sanitarie sono gratuite.

Le attività del Centro alcolologico seguono la logica dei servizi sociali, e sono dirette non solo a chi è intossicato dall'alcol o ha una patologia alcoolcorrelata, ma anche ai suoi familiari.

Nella fase iniziale del contatto, dopo interventi d'informazione si passa alla valutazione, con criteri multidisciplinari, delle condizioni di salute, psicologiche, sociali, legali.

Il passo successivo è la definizione di un programma terapeutico-riabilitativo ambulatoriale che viene poi attuato e tenuto costantemente sotto controllo con interventi medici e infermieristici, terapie farmacologiche, esami di laboratorio, interventi psicologici, di sostegno e di psicoterapia individuale, familiare, di coppia e di gruppo.

Il programma può prevedere anche interventi sociali individuali, familiari e integrati con enti territoriali, tribunali, autorità di polizia, associazioni di volontariato quali, ad esempio, il Club degli Alcolisti in Trattamento (CAT, organizzazione autonoma rispetto al servizio pubblico), comunità terapeutiche di accoglienza, residenziali e di reinserimento.

Il centro organizza inoltre attività d'informazione, sia nelle scuole sia nel territorio, e corsi di formazione e di aggiornamento per operatori alcolologici.

Tabella n.33: Asl n. 6 di Sanluri – Ser.T – Utenti in carico suddivisi per sesso e fascia di età. Anno 2005

UTENTI	0-18	19-44	45-64	>=65	TOTALE
Maschi	0	356	52	2	410
Femmine	0	26	2	0	28
TOTALE	0	381	54	2	438

Tabella n. 34: Asl n. 6 di Sanluri – Ser.T – Utenti in carico suddivisi per residenza e sostanza primaria di abuso. Anno 2005

RESIDENZA	ALTRE ASL	DISTRET TOGUSPI NI	DISTRET TOSANL URI	DISTRET TOSENO RBI	EROIN A	ALCOL	ALTRE	TOTAL E
Arbus		32			26	6		
Barumini			2		2			
Collinas			4		2	2		
Furtei			6		3	1	2	
Gesturi			3		3			
Gonnosfanadiga		12			8	2	2	
Guamaggiore				1	1			
Guasila				12	11		1	
Guspini		77			65	8	4	

Lunamatrona			1				1	
Nuragus	1				1			
Nuraminis			13		12	1		
Nurri	1					1		
Ortacesus				3		1		
Pabillonis		14			9	3	2	
Pimentel			1		1			
Roma	1				1			
Sadali	1				1			
Samassi			11		8	3		
Samatzai				1	1			
San Gavino		37			25	8	4	
Sanluri			36		24	3	9	
Sardara		12			9	1	2	
Sarule	1					1		
Segariu			3		3			
Senorbi				9	2	3	4	
Serramanna			44		35	6	3	
Serrenti			17		16	1		
Siddi			1			1		
Siurgus Donigala				1	1			
Vallermosa		2					1	
Villacidro		55			43	7	5	
Villamar			6		6			
Villanovaforru			3		2	1		
Villasor			14		13	1		
TOTALE	5	241	165	27	337	61	40	438

Area anziani

Per questa categoria di popolazione, l'offerta riguarda l'Assistenza Primaria in senso stretto ma in modo particolare per quanto concerne il sociosanitario è determinante l'Assistenza Domiciliare Integrata, l'Assistenza Riabilitativa e l'Assistenza Residenziale Territoriale (RSA).

Nello specifico, di particolare rilievo nell'area sociosanitaria è l'assistenza domiciliare integrata in quanto è caratterizzata da un approccio multidisciplinare degli interventi realizzati in un lavoro di equipe che coinvolge diverse professionalità. L'attività del Servizio ADI, valida alternativa al ricovero ospedaliero, fornisce un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socioassistenziali (queste ultime a carico dei comuni attraverso i Servizi Sociali), rese al domicilio del paziente.

In questo contesto di assistenza assume un ruolo fondamentale la famiglia o un suo sostituto.

L'ADI si rivolge a pazienti non autosufficienti affetti da patologie a decorso cronico, trattabili a domicilio, inseriti in un contesto familiare e "portatori" di un bisogno

complesso in cui coesistono necessità assistenziali di tipo sanitario propriamente detto e/o sociale tali da determinare l'aiuto di professionalità specifiche.

La segnalazione del bisogno può pervenire alla segreteria ADI ad opera del paziente, o dei familiari, del medico di medicina generale, di un medico ospedaliero o dei servi sociali del Comune di residenza.

Ad essa fa seguito eventuale proposta del medico di famiglia e successiva valutazione multidimensionale per la determinazione di un Piano Assistenziale Personalizzato.

Sono garantiti a domicilio interventi di tipo infermieristico, riabilitativo, medico e medico specialistico e di aiuto sociale alla persona (aiuto tutelare, igiene della persona e del suo ambiente, ecc.), come previsto dal piano assistenziale.

Vengono inoltre forniti farmaci, ausili e presidi necessari, nonché le consulenze specialistiche richieste e che si rendono necessarie nel tempo, attraverso l'attivazione della rete territoriale e ospedaliera dei Servizi.

Il Piano Assistenziale ha una durata predefinita al termine della quale viene effettuata la valutazione per stabilire la eventuale dimissione del paziente, la variazione del Piano Assistenziale o la eventuale proroga dello stesso in funzione della rilettura del bisogno e dei risultati raggiunti.

Nel Distretto di Sanluri con sede nel Poliambulatorio è presente una equipe multiprofessionale composta da:

- 1 medico referente ADI del distretto
- 2 coordinatore delle funzioni infermieristiche
- 3 coordinatore delle funzioni riabilitative
- 4 medico di medicina generale del paziente
- 5 altre figure specialistiche attinenti la patologia del paziente

Tabella n.35: Pazienti in Assistenza Domiciliare Integrata. Anno 2005. Suddivisione per Comune di residenza, età e sesso.

COMUNE	femmine <65	maschi <65	M + F <65	femmine >65	maschi >65	M + F >65	TOTALE
BARUMINI			0			0	0
COLLINAS		1	1			0	1
FURTEI			0	1	1	2	2
GENURI			0		1	1	1
GESTURI			0	3	1	4	4

LAS PLASSAS			0			0	0
LUNAMATRONA		1	1	1	1	2	3
PAULI ARBAREI			0		1	1	1
SAMASSI		2	2	5	3	8	10
SAMATZAI				2	5	7	7
SANLURI	2	3	5	14	7	21	26
SEGARIU	1		1	1	1	2	3
SERRAMANNA	3	3	6	4	2	6	12
SERRENTI		1	1	5	3	8	9
SETZU			0			0	0
SIDDI			0			0	0
TUILI			0	1		1	1
TURRI			0			0	0
USSARAMANNA			0			0	0
VILLAMAR		1	1	3		3	4
VILLANOVAFORRU			0	1	4	5	5
VILLANOVAFRANCA			0		1	1	1
TOTALE	6	13	19	43	34	77	106

Tabella n.35: Assistenza Domiciliare Integrata Distretto di Sanluri. Anno 2002-2005

Età	N° Paz.	N°gg carico	N° gg eff.	N°Acc. IF	Acc.OSS	N°Acc. FT	gg Ric.	N°Acc. Spec.	N°acc MMG
<65	91	14.593	8.962	7.244	572	6.209	158	301	2383
>65	203	20.720	9.995	6.366	449	6.664	354	376	2857
Totale	294	35.313	18.957	13.610	1.021	12.873	512	677	5240

Tabella 36: Pazienti in ADI anno 2005. Distretto di Sanluri.

Età	N° Pz.	%	Acc. IF	Acc.OSS	Acc. FT	Acc. Spec.	Acc. MMG	TOTALE ACCESSI
<65	27	26	1.875	346	1.758	59	502	4.540
>65	79	74	2.292	365	2.303	93	939	5.992
Totale	106	100	4.167	711	4.061	152	1.441	10.532

Nel 2005 sono stati seguiti in A.D.I. 106 pazienti di cui 67 nuovi inserimenti per una media mensile di 40.3 pazienti; il numero delle dimissioni è pari a 64 ed i

medici di medicina generale hanno effettuato 1.441 accessi a domicilio dei pazienti inseriti in Assistenza Domiciliare Integrata.

Nelle tabelle vengono illustrati i dati di attività con il carico globale degli assistiti nel quadriennio 2002-2005 suddivisi per età e la distribuzione percentuale delle patologie più frequenti, dove si rileva che le patologie oncologiche sono al primo posto (34%) come causa di inserimento in ADI seguite da quelle neurologiche (19,8%) e dalle lesioni da decubito (16%).

Tabella 37: ADI Distretto di Sanluri. Anni 2002-2005. Suddivisione per anno ed età.

ANNO	Totale Pazienti	Età		Nuovi inserimenti
		<65	>65	
2002	43	15	28	24
2003	69	21	48	51
2004	76	28	48	55
2005	106	27	79	64
Totale	294	91	203	194

Tabella 38: Pazienti in ADI anno 2005 suddivisi per gruppi di patologie. Distretto di Sanluri

PATOLOGIA	N. pazienti	%
Patologie oncologiche	36	34,0
Patologie neuropsichiatriche	11	10,4
Patologie neurologiche	21	19,8
Lesioni da decubito	17	16,0
Altre	21	19,8
Totale	106	100

2.4.5 Servizi del terzo settore Organizzazioni di Volontariato

Sulla base dei dati resi disponibili dalla Regione Sardegna è stato rilevato il numero delle Associazioni di volontariato presenti nel distretto di Sanluri. L'elenco è aggiornato al Gennaio 2006. L'iscrizione al Registro del Volontariato è disposta con Determinazione del Direttore del Servizio.

Il Registro è articolato nei seguenti settori e sezioni:

- a) SETTORE SOCIALE: sanità - assistenza sociale- igiene - sport
- b) SETTORE CULTURALE: istruzione- beni culturali- educazione permanente- attività culturali
- c) SETTORE AMBIENTE: tutela, risanamento e valorizzazione ambientale- tutela della fauna e della flora- tutela degli animali da affezione- protezione civile
- d) SETTORE DEI DIRITTI CIVILI: tutela dei diritti del consumatore- tutela dei diritti dell'utente di pubblici servizi.

Tabella 39: elenco associazioni di volontariato presenti nel distretto di Sanluri e autorizzate al funzionamento dalla RAS al gennaio del 2006.

DENOMINAZIONE	COMUNI	AREA SOCIALE TUTELATA	Descrizione	descrizione
---------------	--------	-----------------------	-------------	-------------

ASSOCIAZ. "ANNI D'ARGENTO" VIA ROSSELLI N. 1 C/O CENTRO SOC.- 09038	SERRAMANNA	ANZIANI	Sociale	Assistenza Sociale
CROCE VERDE - VOLONTARI DEL SOCCORSO VIA ROMA, 86 - 09038	SERRAMANNA	TUTTE	Sociale	Assistenza Sociale
SOLIDARIETA' E CONDIVISIONE VIA S. ROCCO 6 - 09025	SANLURI		Sociale	Assistenza Sociale
A.V.I.S. COMUNALE VIALE RINASCITA, 17 09020	VILLAMAR	TUTTE	Sociale	Assistenza Sociale
A.V.I.S. COMUNALE VIA S. ANTIOCO 71 C/P 47 - 09025	SANLURI	TUTTE	Sociale	Assistenza Sociale
A.V.I.S. COMUNALE VIA NAZIONALE - 09027	SERRENTI	TUTTE	Sociale	Assistenza Sociale
A.V.I.S. COMUNALE PIAZZA GRAMSCI - 09038	SERRAMANNA	TUTTE	Sociale	Assistenza Sociale
A.V.I.S. COMUNALE VIA XX SETTEMBRE, 2 - 09020	VILLANOVAFRANCA	TUTTE	Sociale	Assistenza Sociale
A.V.I.S. COMUNALE VIA GOBETTI 5 - 09030	SAMASSI	TUTTE	Sociale	Assistenza Sociale
PRONTO INTERVENTO VOLONTARI VIA GIOVANNI XXIII, 4/b - 09025	SANLURI	TUTTE	Sociale	Assistenza Sociale
PRONTO INTERVENTO VOLONTARI VIA GIOVANNI XXIII, 4/b - 09025	SANLURI	TUTTE	Sociale	Sanità
AUSER - SEZIONE DI SEGARIU VIA ROMA - 09040	SEGARIU	ANZIANI	Sociale	Assistenza Sociale

GRUPPO VOLONTARIATO VINCENZIANO "S. GIOVANNI BATTISTA" P.ZZA CONCILIAZIONE 1 - 09022	LUNAMATRONA	POVERTA'/ ESCLUSIONE SOCIALE	Sociale	Assistenza Sociale
S.V.S. SERVIZIO VOLONTARIO SOCCORSO VIA SEBASTIANO SATTA, 15 - 09030	SAMASSI	TUTTE	Sociale	Sanità
S.V.S. SERVIZIO VOLONTARIO SOCCORSO VIA SEBASTIANO SATTA, 15 - 09030	SAMASSI	TUTTE	Sociale	Assistenza Sociale
GRUPPO VOLONTARIATO VINCENZIANO "SANTA LUISA" VIA ROMA 172 - 09038	SERRAMANNA	POVERTA'/ ESCLUSIONE SOCIALE	Sociale	Assistenza Sociale
AUSER - AUTOGESTIONE E SOLIDARIETA' VIA C. BATTISTI - 09025	SANLURI	ANZIANI	Sociale	Assistenza Sociale
IL SAMARITANO VICO I NAZARIO SAURO, 1 09021	BARUMINI	TUTTE	Sociale	Assistenza Sociale
ASSOCIAZIONE "FAMIGLIA INSIEME" VIALE TRIESTE N. 8 - 09025	SANLURI		Sociale	Assistenza Sociale
ASSOCIAZIONE "VOLONTARI SOCCORSO SANLURI" VIA S. ANTIOCO S.N. - 09025	SANLURI	TUTTE	Sociale	Assistenza Sociale
ASSOCIAZIONE DONATORI MIDOLLO OSSEO - ADMO VIALE RINASCITA, 19 - 09020	VILLAMAR	DISABILITA'	Sociale	Assistenza Sociale
ASSOCIAZIONE "SENZA BARRIERE - ONLUS" VIA REPUBBLICA, 7 - 09020	TURRI	DISABILITA'	Sociale	Assistenza Sociale

P.A.V. PUBBLICA ASSISTENZA VOLONTARI VIALE RINASCITA, 17 - 09020	VILLAMAR		Sociale	Assistenza Sociale
AUSER - SEZIONE COMUNALE DI TUILI VICO II MANNU 7 - 09029	TUILI	ANZIANI	Sociale	Assistenza Sociale
A.V.I.S. COMUNALE CORSO VITTORIO EMANUELE III, N. 26 - 09040	FURTEI	TUTTE	Sociale	Assistenza Sociale
ASSOCIAZIONE SARDA TIREOPATICI CASELLA POSTALE N. 16 - 09025	SANLURI	DISABILITA'	Sociale	Assistenza Sociale
ASSOCIAZIONE "CLUB MODELLISMO E HOBBY" VIA DELLA RINASCITA, 81 - 09038	SERRAMANNA	GIOVANI, SPORT, TEMPO LIBERO	Culturale	Attività Culturale
IL SAMARITANO VICO I NAZARIO SAURO, 1 09021	BARUMINI	TUTTE	Culturale	Attività Culturale
ASSOCIAZIONE CULTURALE UNIVERSITA' DELLA TERZA ETA' VIA C. FELICE, 103 - 09025	SANLURI	ANZIANI	Culturale	Attività Culturale
IL SAMARITANO VICO I NAZARIO SAURO, 1 09021	BARUMINI	TUTTE	Culturale	Istruzione
ASSOCIAZIONE "RANDAGINO" VIA POLONIA, 12 - 09038	SERRAMANNA	TUTTE	Ambiente	Tutela degli animali da affezione
TOTALE ASS. DI VOLONTARIATO PRESENTI NEL DISTRETTO	31			

Fonte: rielaborazione propria su dati RAS. Anno 2006.

B) SETTORE DI INTERVENTO" AREA MINORI E FAMIGLIA"

1. Analisi critica della situazione di base e dell'offerta dei servizi esistenti

Come emerge dal profilo sociale locale il distretto di Sanluri è caratterizzato da un costante declino della popolazione causata principalmente dalla riduzione della natalità. Questo ha determinato un cambiamento sia nella forma che nella struttura della famiglia. Al contempo anche i modi di costituire e di vivere la famiglia sono profondamente mutati.

Finora la tipologia dei servizi erogati è stata orientata ad intervenire su situazioni di fragilità piuttosto che alla promozione delle risorse individuali e familiari. Da tempo, una serie di servizi destinati alla popolazione minorile si sono consolidati ed hanno assunto un carattere di continuità sia nell'area sociale che in quella sanitaria. Nell'operatività quotidiana si è potuto constatare, che tali servizi non sono sufficienti a garantire il soddisfacimento dei bisogni dei minori e delle loro famiglie. In particolare emerge la necessità di razionalizzare gli interventi evitando frammentazioni tra enti diversi che intervengono nella medesima situazione in maniera disgiunta e in assenza di un confronto continuo.

Rilevante è anche la presenza di specifiche criticità nel territorio soprattutto in termini di servizi, quali ad esempio *luoghi aperti e sicuri destinati al gioco e alle attività di socializzazione dei bambini nonché forme alternative di educazione e cura per la prima infanzia.*

Infatti, sempre di più emerge la necessità, sia di accompagnare la crescita dei bambini con servizi educativi che offrano risposte flessibili alle varie esigenze, sia di sostenere le famiglie nei loro compiti di cura e educazione dei propri figli, offrendo anche occasioni di sostegno reciproco tra adulti in cui condividere l'esperienza della genitorialità.

Si sente l'urgenza di strutturare una serie di azioni coordinate che possano efficacemente sostenere i compiti di cura della famiglia e che rendano le stesse protagoniste delle scelte di cambiamento e miglioramento della propria condizione.

2. Analisi dei bisogni e priorità di intervento

Sulla base delle risultanze ottenute dal confronto tra Gtp (Gruppo Tecnico di PLUS) e i tecnici che operano nel settore e comunità intera, in occasione delle diverse Conferenze di Settore, è emerso che: *la condizione economica precaria, l'esistenza di nuclei familiari sempre più deboli, il doppio carico familiare, le crisi o/e l'inadeguatezza della coppia di fronte certe responsabilità e le varie situazioni di disagio, ecc., sono, in sintesi, gli elementi che determinano alcune fragilità del minore, del genitore, della famiglia e della persona in generale. Fragilità che molte volte sono anche preesistenti alla nascita del figlio o che emergono proprio in questa circostanza. In certi casi si aggiunge una scarsa competenza di accudimento del bambino che accompagnata da una scarsa rete di sostegno parentale o amicale rischia di minare profondamente il futuro del minore e della famiglia stessa.*

In sintesi sono state evidenziate le seguenti **criticità e bisogni**:

2.1 Area sociale

- Declino della popolazione
- Invecchiamento della popolazione
- Bassa natalità
- Dispersione scolastica
- Diffuso il fenomeno del pendolarismo legato alla scolarità
- Scarsa possibilità di mobilità nel territorio (eccessivamente frazionato e bassa densità abitativa) e ridotta accessibilità alle strutture e ai servizi
- Disagio giovanile e comportamenti devianti
- Assenza di asili nido, micronidi, baby parking, ludoteche
- Assenza di servizi per l'affido e l'adozione
- Mancanza di spazi di accoglienza per ragazzi prima e dopo la scuola
- Assenza di un monitoraggio costante dei bisogni e delle risorse del territorio
- Scarso coinvolgimento degli adolescenti nella creazione e apertura di sedi e servizi confacenti ai loro bisogni

- Scarso supporto e formazione del volontariato
- Esistenza di molti casi di famiglie multiproblematiche
- Scarso sostegno alla genitorialità (educativo, relazionale, psicologico, economico)
- Insufficienza del reddito familiare per sopperire al carico e mancato benessere economico psico sociale della famiglia ...
- Inconciliabilità della vita familiare e professionale (scarsità di interventi, strutture e servizi)
- Scarsa possibilità di soluzioni alternative adatte ai minori allontanati dai rispettivi nuclei familiari
- Scarsa valorizzazione della risorsa famiglia nei ruoli attivi nella società
- Scarsa sensibilizzazione alla cultura dell'infanzia

2.2 Area sociosanitaria

- Insufficienza di una rete integrata di servizi (sociali, sanitari, scuole e terzo settore)
- Frammentarietà e discontinuità degli interventi
- Insufficiente attività di prevenzione primaria
- Assenza di uno standard qualitativo dei servizi
- Scarsa conoscenza dei servizi esistenti nel territorio
- Eccessivo carico assistenziale (minori, anziani, disabili, ecc)

2.3 Area sanitaria

- Non ottimale integrazione dei servizi sanitari

3. Obiettivi di miglioramento

Sulla base delle risultanze della diagnosi sociale, intesa come rilevazione dei bisogni individuati attraverso specifici studi, bisogni recepiti dai servizi e bisogni espressi dalla comunità in occasione dei diversi momenti di concertazione, è stato possibile identificare i seguenti obiettivi di miglioramento

3.1 Area sociale

- potenziamento della mobilità nel territorio
- incentivazione delle attività di sostegno alla genitorialità e cambiamenti positivi a favore di una migliore conciliazione tra vita familiare e lavorativa
- valorizzazione della famiglia come risorsa
- miglioramento dell'integrazione scolastica dei minori in difficoltà
- potenziamento dei servizi a sostegno dell'infanzia

3.2 Area sociosanitaria

- creazione e potenziamento di una rete integrata di servizi
- creazione di standard minimi di erogazione dei servizi pubblici e privati
- adozione di regole comuni in vista di progettualità condivise tra i diversi attori coinvolti
- miglioramento della conoscenza del bisogno e dello stato dei servizi nel territorio
- presa in carico integrata del bisogno complesso
- potenziamento delle attività di promozione alla salute e di prevenzione del rischio e del disagio sociale (dispersione scolastica, insuccesso formativo, uso-abuso di alcool, droghe, disturbi alimentari, devianze minorili, emarginazione sociale, educazione sessuale, ecc.)

3.3 Area sanitaria

- Ottimale integrazione dei servizi sanitari per la creazione di percorsi condivisi

4. Azioni di supporto al raggiungimento degli obiettivi

4.1 Creazione di una rete integrata di servizi pubblici e privati *(troverà adeguato trattamento nel paragrafo G – Azioni trasversali)-(Area Socio-Sanitaria)*

4.2 Valorizzazione, sostegno della genitorialità

4.2.1 Formazione delle Baby sitter comunali e istituzione Albo Distretto Plus delle baby sitter comunali (Area Sociale)

4.2.2 Servizi per le famiglie (Area Sociale)

4.2.3 Servizi Educativi (Area Sociale)

4.3 Potenziamento della rete dei trasporti nell'ambito di una rete integrata dei servizi *(troverà adeguato trattamento nel paragrafo G – Azioni trasversali) -(Area Sociale)*

4.4 Attuazione di percorsi integrati di prevenzione e promozione della salute del minore

- Percorsi di prevenzione legati alla cultura della legalità
- Percorsi volti alla prevenzione dell'alcool, droga, obesità, ecc.
- Servizio extrascolastico

4.5 Centro Affidi Territoriale (Area Socio-Sanitaria)

4.2 Valorizzazione, sostegno della genitorialità (area sociale)

Il progetto è stato ipotizzato per garantire un sostegno alle famiglie nella crescita e nella "sana" educazione dei propri figli. Sempre più spesso le famiglie trovano difficoltà a vivere nella complessità e, in questa, a svolgere il loro compito educativo. Sovente le difficoltà relazionali causano gravi sofferenze all'interno del nucleo familiare, conducono alla disgregazione della famiglia e ad una crescita non equilibrata dei minori.

Lo scopo del progetto è quello di offrire strumenti idonei per mantenere, migliorare e ricreare le relazioni interpersonali, al fine di favorire l'assolvimento responsabile del compito educativo e una vita familiare più serena.

4.2.1 Predisposizione e attuazione di percorsi formativi per favorire l'acquisizione di competenze delle Baby Sitter comunali e istituzione Albo a livello di distretto di PLUS.

Descrizione sintetica

Le famiglie spesso si trovano a dover reggere, in solitudine, le difficoltà quotidiane legate ai bisogni di cura, mantenimento ed educazione dei figli e dei vari componenti il nucleo.

Tale difficoltà aumenta in relazione alla necessità di conciliare tempi di vita e di lavoro e in presenza di nuclei monoparentali.

L'azione consente, tra l'altro, di creare opportunità occupazionali per le donne attraverso forme di auto-organizzazione del lavoro femminile, per le quali è stato rilevato un basso tasso di occupazione nei territori.

Partendo da queste premesse si intendono offrire servizi per l'infanzia finalizzati a sostenere le famiglie nel lavoro di cura. Si intendono perseguire le seguenti azioni:

- realizzare un servizio di assistenza all'infanzia, mediante la figura delle "Baby Sitter Comunali", basato sull'auto-organizzazione delle famiglie che decidono di avvalersi di personale educativo appositamente formato, per l'educazione e la cura dei propri figli, durante la loro assenza per motivi di lavoro, di salute o di svago.

Obiettivi

- Sostenere le famiglie e in particolare le donne lavoratrici nella conciliazione dei doveri genitoriali di cura, educazione e crescita dei figli favorendo il loro diritto al lavoro e alla partecipazione alla vita sociale;
- Ampliare qualitativamente e quantitativamente l'offerta dei servizi esistenti per le famiglie;
- Differenziare ulteriormente, dal punto di vista della loro tipologia, il sistema dei servizi rivolti all'infanzia;
- Sostenere il formarsi di un "mercato" dei servizi socio-educativi a costi sostenibili direttamente da parte degli utenti e garantiti nella qualità da parte del pubblico;
- Far emergere, dare regola e qualità ad un servizio che dia garanzia agli utenti e che contrasti il lavoro "nero";
- Accrescere l'occupazione dando opportunità di effettuare prime esperienze lavorative alle donne disoccupate;
- Promuovere prime esperienze di imprenditorialità femminile;
- Responsabilizzare e incrementare delle competenze educative dei genitori.

Destinatari

Destinatari privilegiati sono:

- le famiglie con minori di età compresa fra gli 0 e i 3 anni e con minori di età compresa fra i 3 e i 13 anni (soprattutto durante il periodo di interruzione dell'attività Scolastica);
- donne disoccupate;
- comunità locali;
- le associazioni locali, le forme di aggregazione culturale, le agenzie educative.

Modalità di attuazione:

- Organizzazione di un corso di formazione professionale per baby sitter

- Creazione del registro pubblico delle baby sitter a livello di distretto di PLUS
- Attivazione di un servizio di baby sitter comunali, erogato secondo modalità individuate da un regolamento che le amministrazioni comunali interessate si impegneranno ad adottare (possibilmente entro il 2008)

5. Risorse finanziarie, strutturali ed umane

SPESE	ORE	COSTO ORA/UOMO	IMPORTI	Fonti di finanziamento
Spese docenze, coordinamento e operatori				
Docenti (ore complessive X costo ora/uomo)	150	€ 30,00	€ 4.500,00	
Coordinamento o direzione (ore complessive X costo ora/uomo)	50	€ 35,00	€ 1.750,00	
Tutoraggio (ore complessive X costo ora/uomo)	150	€ 25,00	€ 3.750,00	
Altre spese (oneri accessori, missioni, trasferte, etc.)			€ 800,00	
TOTALE MACROVOCE A)			€ 10.800,00	
Spese allievi				
Trasporti e/o soggiorni per stages			€ 2.000,00	
Eventuali servizi accessori per allievi (mensa etc)			€ 1.000,00	
Altre spese allievi (assicurazione, etc.)			€ 1.000,00	
TOTALE MACROVOCE B)			€ 4.000,00	
Spese gestione e funzionamento				
Progettazione del percorso formativo			€ 2.000,00	
Consumi (materiale didattico, etc.)			€ 1.500,00	
Spese generali (telefono, luce, pulizia etc.)			€ 1.500,00	
Azioni informative e pubblicitarie			€ 2.000,00	
Imprevisti			€ 500,00	
TOTALE MACROVOCE C)			€ 7.500,00	
TOTALE SPESE DEL CORSO (A+B+C)			€ 22.300,00	gestione associata

Risorse non disponibili, si richiederà apposito finanziamento alla R.A.S.

6. Tempi di realizzazione delle azioni

Anno 2007 Corso di formazione e istituzione albo.

Anno 2008 attivazione del servizio di Baby Sitter comunali.

4.2.2 Servizi per le famiglie

Descrizione sintetica

Considerata l'esigenza di potenziare i servizi esistenti rivolti all'infanzia e alla necessità di creare uno spazio di riferimento per le famiglie si intende favorire l'attivazione di:

- Uno o due centri pilota servizi per le famiglie (uno per la Marmilla e uno per il Campidano) sperimentale che preveda:
 - un nucleo di asilo nido (o in alternativa micro-nido) per n° 15 minori
 - spazi gioco e di accoglienza per minori fino a 13 anni (per 32 destinatari di cui n° 16 per la fascia 3-5 anni e 16 per la fascia 6-13 anni)
 - uno spazio di consulenza e ascolto per le famiglie ed i genitori
 - percorsi di formazione, educazione, sensibilizzazione (cultura dell'infanzia)
 - attività di promozione dell'associazionismo delle famiglie
 - messa in rete dei servizi pubblici e privati esistenti

Obiettivi

- Valorizzazione della famiglia come risorsa
- Sostegno alle famiglie nella crescita e nell'educazione sana dei propri figli
- Incontro-confronto intergenerazionale e interistituzionale
- Messa in rete e potenziamento dei servizi/interventi a sostegno della genitorialità e dell'infanzia

Destinatari

Destinatari privilegiati sono:

- le famiglie con minori di età compresa fra gli 0 e i 13 anni
- comunità locali
- le associazioni locali, le agenzie educative pubbliche e private.

Modalità di attuazione

Individuazione della/e struttura/e da adibire a Centro pilota per le famiglie e affidamento dei servizi (Centro pilota e servizi collegati), attraverso apposita gara d'appalto, ad una ditta specializzata nel settore.

La gestione ed il controllo saranno garantiti dai Servizi sociali comunali attraverso un opportuno coordinamento che provvederà, altresì, ad:

- attivare spazi e momenti in cui le famiglie possono interfacciarsi con figure socio-sanitarie specifiche al fine di discutere su determinate problematiche legate all'educazione dei figli e alle relazioni di coppia.
- creare sinergie fra le imprese sociali e le associazioni di famiglie al fine di promuovere un'intensa attività di solidarietà esterna e di mutuo aiuto.
- promuovere le famiglie come risorse comunitarie e principale strumento per il benessere delle stesse e per lo sviluppo della comunità intera (creazione di associazioni di famiglie e/o gruppi di famiglie mutuo-aiuto).

5. Risorse finanziarie, strutturali ed umane

SPESE	ORE	COSTO ORA/UOMO	IMPORTI	Fonti di finanziamento
Spese sportello consulenze e ascolto				
Psicologo	360	€ 25,00	€ 9.000,00	gestione associata
Pedagogista	600	€ 25,00	€ 15.000,00	gestione associata

Assistente sociale	150	€ 25,00	€ 3.750,00	gestione associata
consulente legale	100	€ 50,00	€ 5.000,00	Provincia
mediatore familiare	360	€ 25,00	€ 9.000,00	Provincia
TOTALE MACROVOCE A)			€ 41.750,00	
Spazi gioco 3 - 5 anni				
Assistenti all'infanzia	650	€ 15,00	€ 9.750,00	gestione associata
pedagogista coordinatore	60	€ 25,00	€ 1.500,00	gestione associata
			€ 11.250,00	
Spazio gioco 6 - 13 anni				
Animatori	650	€ 18,00	€ 11.700,00	gestione associata
Educatori	200	€ 19,00	€ 3.800,00	gestione associata
pedagogista coordinatore	60	€ 25,00	€ 1.500,00	gestione associata
TOTALE MACROVOCE B)			€ 17.000,00	
spese gestione e funzionamento c)				
Consumi (materiale didattico, etc.)			€ 5.000,00	gestione associata
Spese generali (telefono, luce, pulizia etc.)			€ 5.000,00	gestione associata
attrezzature e arredi			€ 20.000,00	gestione associata
Azioni informative e pubblicitarie			€ 3.000,00	gestione associata
Imprevisti			€ 1.500,00	gestione associata
TOTALE MACROVOCE C)			€ 34.500,00	
Nido D)	n. destinatari	costo medio annuale pro-capite	importo	
nido (sperimentazione per n. 15 bambini costo mensile pro-capite € 700,00	30	€ 7.700,00	€ 231.000,00	gestione associata
TOTALE MACROVOCE D)			€ 231.000,00	

Risorse non disponibili per l'anno 2007. Si prevede di reperirle nella annualità successive.

6. Tempi di realizzazione delle azioni proposte

Anno 2008.

4.2.3 Servizi Educativi

Descrizione sintetica

L'intento di questa azione è quella di promuovere e potenziare i Servizi Educativi a favore della Famiglia, ovvero il Servizio di Educativa Territoriale, già presente in 12 comuni del distretto e di implementarlo in quelle realtà territoriali che ne sono prive.

Il servizio è finalizzato a promuovere l'organizzazione e l'integrazione delle risorse delle famiglie, in particolare quelle con minori, attraverso azioni e interventi che coinvolgano tutta la comunità con la partecipazione e il contributo di *tutti* i soggetti pubblici e privati, istituzioni e associazioni del privato sociale.

Il Servizio di Educativa Territoriale dovrà realizzare, all'interno di un processo di programmazione partecipata, in particolar modo con le famiglie, le istituzioni scolastiche e le associazioni presenti nel territorio, i seguenti interventi :

- interventi educativi domiciliare e territoriali ;
- attività di raccordo con le scuole e sperimentazione di percorsi congiunti;
- attività di animazione territoriale e laboratori;
- consulenza socio-psico-pedagogica;

Obiettivi

La finalità generale del servizio è quella di riconoscere e promuovere il valore della famiglia, al fine di migliorare la qualità della vita dei soggetti che la compongono, sostenendo l'assunzione di responsabilità genitoriali, educative e di cura attraverso la promozione delle potenzialità e del ruolo di cui essa è portatrice, anche nei momenti critici del suo percorso di vita.

Nello specifico:

- Offrire ai bambini contesti educativi in cui possano svilupparsi dimensioni, cognitive, affettive e sociali;
- Monitorare i bisogni delle famiglie, favorendo la partecipazione alle scelte e alle iniziative dei servizi socio-educativi;
- Promuovere percorsi di integrazione scolastica e sociale, con particolare attenzione ai minori in situazione di fragilità e ai soggetti diversamente abili mediante attività di raccordo tra gli interventi previsti in loro favore (piani personalizzati di sostegno ai sensi della L.162/98 e assistenza specialistica) e i servizi socio-sanitari ;
- Promuovere micro-progetti di aiuto rispetto ai singoli minori e alle singole famiglie in difficoltà.
- Offrire occasioni di gioco e socializzazione per bambini e adolescenti ;

Il Servizio di Educativa Territoriale ha come finalità quella di sostenere un armonico sviluppo dei minori, dai zero ai diciotto anni, attraverso azioni di supporto educativo da realizzarsi in ambito familiare, scolastico, comunitario più ampio in relazione a situazioni di disagio di natura sociale e/o familiare.

La complessità dell'intervento richiede che il Servizio di Educativa Territoriale operi nel territorio secondo una programmazione globale, che veda agire in modo coordinato e integrato i diversi servizi pubblici e gli enti del privato sociale e del volontariato impegnati nel settore della prevenzione del disagio.

Destinatari

- Minori dai zero ai 18 anni;

- Famiglie
- Agenzie educative pubbliche e private
- Associazioni
- Comunità locali

Modalità di attuazione

Nell'ambito distrettuale sono presenti diverse forme di gestione del servizio a livello intercomunale.

Alcuni comuni del Campidano hanno attivato forme di gestione associata del servizio sulla base di progetti specifici finanziati dalla RAS. Questi Comuni hanno, altresì, sottoscritto un accordo che prevede l'utilizzo dei fondi della gestione associata per l'annualità 2006 per l'implementazione e il potenziamento dei servizi educativi che avverrà nel corso del 2007.

Nei comuni della Marmilla il servizio educativo territoriale si è espresso attraverso esperienze sporadiche non continuate nel tempo e attivate sulla base del bisogno emergente.

Per il 2008 si prevede la realizzazione del servizio a livello distrettuale con modalità omogenee, definite sulla base degli standard di riferimento.

Si prevede:

- Costituzione di un'equipe di coordinamento tra gli operatori dei servizi sociali territoriali con la partecipazione dei professionisti dei servizi socio-sanitari locali
- Individuazione percorsi metodologici e operativi
- Definizione e stipula di un protocollo d'intesa tra tutti i comuni del distretto
- Costituzione équipes multiprofessionali per macro-aree territoriali e avvio degli interventi
- Monitoraggio e valutazione degli interventi

5. risorse finanziarie strutturali ed umane

SERVIZI EDUCATIVI				
Coordinamento operativo				
Responsabile di progetto	1040	€ 25,00	€	26.000,00
Totale			€	26.000,00
Equipe territoriali				
Psicologi	4800	€ 25,00	€ 120.000,00	
Pedagogista	4800	€. 25,00	€ 120.000,00	
Assistente Sociale	4800	€. 25,00	€ 120.000,00	
Educatori professionali	14.400	€ 18,64	€ 271.296,00	
Animatori tecnici	3744	€ 17,62	€ 65.969,28	
Totale Parziale			€ 697.265,28	
Totale Personale			€ 723.265,28	
Materiali e attrezzature			€ 30.000,00	

Assicurazione utenti			€ 4.000,00	
Fondo per varie iniziative			€ 5.000,00	
TOTALE COMPLESSIVO			€ 762.265,28	

Le risorse finanziarie per la realizzazione dell'azione saranno definite in sede di aggiornamento PLUS per l'annualità 2008.

6. Tempi di realizzazione delle azioni proposte

Anno 2007:

- Costituzione di un'equipe di coordinamento tra gli operatori dei servizi sociali territoriali con la partecipazione dei professionisti dei servizi socio-sanitari locali
- Individuazione percorsi metodologici e operativi

Anno 2008:

- Definizione e stipula di un protocollo d'intesa tra tutti i comuni del distretto
- Costituzione équipes multiprofessionali per macro-aree territoriali e avvio degli interventi
- Monitoraggio e valutazione degli interventi

Anno 2009:

- Prosecuzione degli interventi
- Monitoraggio e valutazione degli interventi

4.4 Attuazione di percorsi integrati di prevenzione e promozione della salute del minore

Descrizione sintetica

Il progetto nasce dall'esigenza di favorire la realizzazione di una serie di azioni coordinate di prevenzione primaria e secondaria, al fine di promuovere il benessere e prevenire gli stati di disagio nelle diverse età di sviluppo.

La finalità è quella di offrire strumenti di crescita e un percorso di educazione alla salute, orientati alla promozione dell'agio.

A tale proposito si intendono realizzare: percorsi formativi rivolti a genitori ed insegnanti; spazi di ascolto all'interno delle scuole rivolti ai minori, insegnanti e genitori; sperimentazione di attività di peer education.

Obiettivi

- Favorire l'integrazione fra servizi;
- Sperimentare percorsi di promozione alla salute e del benessere psico-sociale;
- Promozione di interventi mirati;
- Prevenzione di comportamenti a rischio;
- Fornire strumenti atti a promuovere atteggiamenti positivi nella popolazione;
- Fornire a tutti i docenti un bagaglio di conoscenze e di competenze atte a promuovere atteggiamenti positivi da utilizzare nella loro attività didattica quotidiana;
- Far acquisire ai genitori elementi e strumenti per facilitare la comunicazione "genitori e figli" e per affrontare le problematiche quali il bullismo l'uso delle sostanze, ecc...;
- Favorire lo sviluppo di competenze sociali quali l'autocontrollo, la comunicazione, la competenza emotiva.
- Promuovere interventi mirati per la riduzione del danno in ambito scolastico;
- Fornire ai ragazzi un bagaglio di conoscenze e di competenze necessarie per saper fronteggiare le problematiche giovanili soprattutto rispetto all'utilizzo delle sostanze;
- Promuovere le capacità di comprendere l'influenza dei media e dei pari e resistere alla pressione di gruppo.
- Formare una coscienza sociale collettiva per una educazione alla salute e alla legalità;

- prevenzione del disagio minorile e della dispersione scolastica;
- costruzione di un'immagine positiva di sé attraverso l'interazione con il mondo adulto (genitori e insegnanti) e la condivisione con gruppi di pari o gruppi diversi.
- Favorire l'apprendimento di strumenti emotivo-educativi che consentano una crescita sana dei minori;
- Sperimentare percorsi di peer group education
- Qualificazione dell'offerta sanitaria e pieno soddisfacimento dei bisogni rilevati e/o espressi

Destinatari

- Minori e adolescenti
- Genitori dei ragazzi
- Insegnanti
- Operatori dei servizi sanitari della ASL

Modalità di attuazione

- Attivazione della rete, sensibilizzazione dei potenziali soggetti coinvolti e pubblicizzazione del progetto;
 - Valutazione/scelta delle tematiche da affrontare e individuazione delle micro-equipe specifiche per ogni ambito di intervento;
 - Apertura spazi di ascolto;
 - Avvio degli formazione degli insegnanti e operatori.
 - Avvio degli incontri di sensibilizzazione delle famiglie per affrontare al meglio e gestire i casi di disagio e di difficoltà di apprendimento dei ragazzi (a scuola e fuori la scuola);
 - Realizzazione degli interventi e concretizzazione dei percorsi progettuali specifici indirizzati ai ragazzi frequentanti le scuole;
 - Le risorse umane coinvolte nel percorso saranno costituite da personale dipendente in carico a ciascun Ente coinvolto (Asl 6, Comuni, USSM, Scuole).
1. Spazi all'interno della scuola
 2. Fondo delle scuole per l'aggiornamento

5. Risorse finanziarie, strutturali ed umane

SPESE	ORE	COSTO ORA/UOM O	IMPORTI	Fonti di Finanziamento
PROMOZIONE ALLA SALUTE MINORI				
Psicologo	100	€ 25,00	€ 2.500,00	a carico della Asl
Psicologo	1632	€ 25,00	€ 40.800,00	a carico della gestione associata
Pedagogista	1632	€ 25,00	€ 40.800,00	A carico della gestione associata
Educatore	800	€ 18,64	€ 13.980,00	A carico della gestione associata
Assistente Sociale	100	€ 25,00	€ 2.500,00	a carico dei Comuni
Esperti e medici specialisti (n. 4 esperti)	100	€ 60,00	€ 6.000,00	a carico della Asl
Mediatore familiare	100	€ 25,00	€ 2.500,00	a carico del USSM
4. Dirigenti medici	240	€ 60,00	€ 14.400,00	Bilancio ASL
1 Assistente sociale	60	€ 25,00	€ 1.500,00	Bilancio ASL

1 infermiere professionale	60	€ 25,00	€ 1.500,00	Bilancio ASL
1 Operatore Ser. T.	100	€. 25,00	€. 2.500,00	Bilancio ASL
Assicurazione+ materiale F.C.+esperti			€. 4.420,00	A carico della gestione associata
TOTALE			€.133.400,00	

6. Tempi di realizzazione delle azioni proposte

I servizi verranno attivati nell'anno 2007

4.5 Centro affidi territoriale

Descrizione sintetica:

Considerata la rilevanza del Centro affidi territoriale del Distretto socio-sanitario di Guspini – A.S.L. 6 di Sanluri e l'esperienza maturata in questi anni si intende condividere la proposta di mantenimento e allargamento del servizio al Distretto Socio-sanitario di Sanluri.

In questo modo si garantisce l'estensione del servizio all'intero territorio provinciale evitando l'implementazione di un'ulteriore esperienza progettuale che determinerebbe un dispendio di risorse notevole.

Il Centro Affidi, nel rispetto dell'attività portata avanti in questi sei anni e tenendo conto degli obiettivi fino ad ora raggiunti, continuerà il proprio intervento rispetto al disagio minorile e affinché gli stessi possano aspirare ad avere un nucleo familiare che li accolga, nel momento in cui la loro famiglia si trovi impossibilitata a provvedere al loro mantenimento, cura ed assistenza.

L'obiettivo principale su cui si punta riguarda la prevenzione del disagio dei minori a rischio e la tutela della loro crescita psico-affettiva, attraverso l'uso appropriato dell'affido come risorsa fruibile per rispondere ai loro bisogni di crescita, consolidando un modello d'intervento condiviso a livello distrettuale nell'ambito dell'affidamento familiare, sia eterofamiliare che parentale.

L'intento di pensare all'ampliamento del Servizio al Distretto socio-sanitario di Sanluri, portando il Servizio ad un livello territoriale provinciale riguarda un:

- adeguamento alla vigente normativa regionale (L.R. 23 del 27.12.2005), la quale stabilisce e prevede che i Comuni debbano incentivare ed implementare servizi a carattere intercomunale e zonale;
- rispondere ai bisogni del territorio sulle problematiche minorili;
- elaborazione di un progetto obiettivo che coinvolga un più ampio bacino d'utenza, con una duplice finalità da un lato prevenire e sostenere minori e famiglie in difficoltà; dall'altro reperire famiglie affidatarie (risorse) in un contesto territoriale più ampio.

Obiettivi

- Prevenzione del disagio dei minori
- Promozione dello strumento dell'affido nel Distretto di Sanluri
- Reperimento di famiglie disponibili ad accogliere minori e adolescenti anche in situazioni di disabilità
- Favorire la cultura dell'accoglienza e della solidarietà
- Ampliamento del servizio affido minori a livello Provinciale.

Destinatari

- tutti i minori per i quali i Servizi di riferimento abbiano valutato l'opportunità di attivare un progetto di affido
- famiglie d'origine dei minori
- famiglie che danno la disponibilità ad accogliere un minore.

Modalità di attuazione

- Condivisione dell'esperienza condotta dal Centro territoriale di San Gavino;
- Sensibilizzazione delle comunità e delle famiglie del distretto;
- Percorsi di formazione e orientamento;
- Banca dati sulle disponibilità.

5. Risorse finanziarie, strutturali ed umane

CENTRO AFFIDI			€ 10.000,00	A carico della Provincia
			€ 22.500,00	A carico dei comuni di Samassi, Sanluri e Serramanna (da definire)
TOTALE			€ 33.500,00	

6. Tempi di realizzazione delle azioni proposte

Nell'anno 2007 si prevede di attivare la formazione e l'orientamento

7. Sistema di valutazione

La valutazione delle azioni proposte verrà effettuata ex ante, in itinere ed ex post.

Per la valutazione degli interventi e del grado di soddisfacimento e partecipazione degli operatori coinvolti verranno utilizzati strumenti quali questionari e incontri di verifica.

Le valutazioni quantitative e qualitative del lavoro complessivo, saranno condotte con riferimento a specifici parametri di processo:

tempi e metodi di lavoro,

documentazione prodotta

elaborazioni di percorsi realizzati

risorse impiegate.

parametri di esito:

numero e tipologie di problematiche socio-sanitarie di minori e/o delle famiglie coinvolte

numero e tipologie di progetti operativi realizzati e risorse coinvolte

obiettivi sanitari raggiunti

Strumenti di valutazione

Il sistema di valutazione utilizza una ampia serie di strumenti:

schede e documentazione prodotta

riunioni, incontri, tavoli di lavoro, focus group.

8. Rispondenza delle azioni ai livelli essenziali di assistenza (sociali, sanitari e sociosanitari: Legge 328/00, L.R. 23/05, DPCM 14.02.01 e ss.mm.ii)

Misure per il sostegno delle responsabilità familiari per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e cura familiare (art.22 c. 2d L. 328/00);

Informazione e consulenza alle persone e famiglie per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere iniziative di auto aiuto (art 22 c. 2i Legge 328/00)

Valutazione professionale del bisogno, promozione e prevenzione, pronto intervento sociale, intervento domiciliare, diurno e residenziale (art. 29 comma b L.R.23/05)

DPCM 29 Novembre 2001, livelli essenziali di assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare

C) SETTORE D'INTERVENTO: ANZIANI

1. Analisi critica della situazione di base e dell'offerta dei servizi esistenti

Il progressivo invecchiamento della popolazione ha creato sia a livello nazionale che sul piano locale, relativamente al distretto di Sanluri, una differenziazione di fatto tra anziani "giovani" (fino a 70 - 75 anni) e anziani "vecchi" (oltre i 75 anni e molto spesso ultraottantenni) con esigenze nettamente differenti.

Per la prima fascia (70 - 75) la problematica riguarda generalmente il pensionamento, con la conseguente espulsione dal mercato del lavoro ed i nuovi equilibri relazionali e psicologici che questa nuova situazione comporta.

Per i "grandi vecchi" (oltre i 75 anni) subentrano problemi connessi alla salute, ad un progressivo deperimento fisico e mentale e, conseguentemente, ad una riduzione dell'autonomia e dell'autosufficienza.

Come già evidenziato nel primo capitolo, da tempo, una serie di servizi destinati, prevalentemente, alla popolazione anziana si sono consolidati ed hanno assunto un carattere di continuità sia nell'area sociale che in quella sanitaria. Basti pensare al Servizio di assistenza domiciliare (sia socio-assistenziale che sanitario), agli interventi di natura economica, al sostegno sociale, psicologico erogati sulla base di una valutazione individualizzata del bisogno.

Alcuni servizi sono del tutto assenti o non coprono l'intero ambito distrettuale: telesoccorso e teleassistenza, mensa, lavanderia, iniziative di aggregazione e animazione territoriale, strutture residenziali per "anziani non autosufficienti".

Nel corso degli anni gli interventi sono stati rivolti a dare risposte, prioritariamente, alle esigenze concernenti i bisogni prettamente sanitari e d'assistenza legati a situazioni di disabilità e cronicità con l'obiettivo prioritario di garantire la permanenza dell'anziano nel proprio contesto di vita.

Nell'operatività quotidiana si è potuto constatare, che tali servizi non sono sufficienti a garantire il soddisfacimento dei bisogni dell'anziano. Questo avviene, in particolare, laddove la rete parentale e familiare non è presente o allorquando gli interventi non sono effettuati in maniera integrata ed Ente Locale ed ASL intervengono in maniera disgiunta presso il medesimo soggetto portatore di bisogni.

2. Analisi dei bisogni e priorità di intervento

A confermare quanto già detto nel paragrafo precedente sono anche le risultanze delle discussioni intercorse nei tavoli tematici dove ciascun cittadino individualmente o in rappresentanza di un Ente o di un associazione poteva esprimere le proprie osservazioni e le eventuali ipotesi di miglioramento.

Senza voler indicare una gerarchia o un ordine d'importanza, non opportuno in questa sede, in riferimento alle aree di intervento "Sociale", "Sanitario", e "Sociosanitario" sono state evidenziate le seguenti **criticità e bisogni**:

2.1 Area sociale

- Diminuzione dell'intensità delle relazioni parentali
- Doppio carico assistenziale per alcune famiglie (minori - anziani/disabili)
- Condizione di solitudine per le famiglie che si occupano di anziani
- Presenza di strutture nate come Comunità alloggio e non utilizzate es. Serrenti, Villamar etc.
- Assenza di Centri diurni con servizio di lavanderia stireria, pasti caldi, laboratori, attività di aggregazione
- Scarsa possibilità di mobilità nel territorio (territorio eccessivamente frazionato e bassa densità abitativa) e ridotta accessibilità alle strutture e ai servizi
- Assenza di un servizio di segretariato sociale per la socializzazione delle informazioni
- Assenza di un osservatorio per il monitoraggio costante dei bisogni e delle risorse
- Insufficienza del reddito familiare per far fronte ad eventuali spese per la tutela della salute (farmaci, visite specialistiche etc.)
- Condizione di solitudine e di isolamento di anziani e disabili - povertà relazionale, inadeguatezza e insufficienza di cure materiali

- Scarsa attenzione alla possibilità di coinvolgimento del volontariato: supporto e formazione
- Scarsa valorizzazione degli anziani nell'assunzione di ruoli attivi nella società
- Scarsa attivazione di iniziative di socializzazione, aggregazione e tempo libero

2.2 Area Socio-sanitaria

- Assenza di campagne informative per la promozione di attività di prevenzione e di educazione alla salute
- Mancata integrazione tra il Servizio di Ass. Dom. comunale (di carattere assistenziale) e Ass. Dom. della ASL (di carattere sanitario)
- Eccessivo carico assistenziale per le famiglie che si occupano di anziani non autosufficienti

2.3 Area sanitaria

- Presenza di lunghe liste d'attesa per le visite specialistiche di alcune branche: allergologia, dermatologia, endocrinologia, ortopedia e reumatologia
- Insufficiente coinvolgimento del medico di medicina generale con gli altri professionisti e relativi servizi.

3. Obiettivi di miglioramento

3.1 Area sociale

- Alleviare il carico assistenziale delle famiglie in cui è presente un soggetto anziano
- Favorire la partecipazione attiva e sostegno delle reti familiari
- Promuovere l'autonomia personale e sostenere l'autodeterminazione e la scelta dell'anziano
- Recuperare e/o potenziare le abilità sociali relazionali e cognitive
- Scoprire e/o attivare le potenzialità latenti
- Creare spazi e momenti di integrazione sociale, di aggregazione e socializzazione
- Attivare servizi sociali non presenti nel territorio
- Sostenere economicamente le famiglie in difficoltà
- Favorire la vita attiva dell'anziano all'interno della comunità
- Favorire la mobilità dell'anziano nel territorio e agevolare la fruizione dei servizi socio-sanitari anche attraverso l'istituzione di servizi di trasporto

3.2 Area sociosanitaria

- Promuovere la costituzione di una rete integrata di servizi socio-sanitari es. ADI
- Promuovere l'acquisizione di competenze necessarie per l'accudimento delle persone anziane (assistenti familiari, rete parentale, volontari)
- Favorire la messa in rete delle risorse comunitarie
- Sostenere e promuovere la domiciliarità garantendo la permanenza dell'anziano nel proprio ambiente di vita;
- Potenziare la cura e l'assistenza di persone totalmente/parzialmente non autosufficienti;
- Assicurare in modo pratico le funzioni di supporto alla limitata autonomia personale, seguendo, coadiuvando e stimolando la persona in tutte le sue attività, favorendo il mantenimento delle capacità acquisite e, laddove possibile, accompagnandola verso il rientro nel proprio ambiente di vita.

3.3 Area sanitaria

- Accesso alle prestazioni specialistiche in rispetto dei livelli essenziali di assistenza
- Maggior coinvolgimento del Medico di Medicina Generale nell'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni specialistiche

4. Azioni di supporto al raggiungimento degli obiettivi

In coerenza con le indicazioni del Piano regionale dei Servizi Sociali e Sanitari e sulla base dei bisogni emersi nel territorio di riferimento appare determinante perseguire gli obiettivi di miglioramento individuati attraverso le seguenti azioni :

4.1 AZIONE 1 - PREVENZIONE:

promuovere iniziative e percorsi per favorire il benessere della popolazione anziana e garantire "Un buon invecchiamento".

Si collocano in questa sezione:

4.1.1 Predisposizione e attuazione di programmi di educazione alla salute;

4.1.2 Elaborazione e diffusione della Carta dei Servizi alla persona (*troverà adeguato trattamento nel paragrafo G – Azioni trasversali*);

4.1.3 Implementazione di un servizio di Segretariato Sociale su base distrettuale (*troverà adeguato trattamento nel paragrafo G – Azioni trasversali*).

4.2 AZIONE 2 - SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA'

favorire la permanenza dell'anziano anche non autosufficiente nel proprio contesto di vita.

Si collocano in questa sezione:

4.2.1 Predisposizione e attuazione di percorsi formativi per favorire l'acquisizione di competenze dei caregivers e delle Assistenti Familiari e istituzione Albo a livello distrettuale;

4.2.2 Potenziamento dei servizi a domicilio attraverso la fornitura di pasti caldi, lavanderia, trasporto etc

4.2.3 Diffusione del servizio di Telesoccorso e teleassistenza per il monitoraggio continuo, il controllo e la gestione delle emergenze, a distanza;

4.2.4 Istituzione di un sistema di trasporto, anche a chiamata, per favorire l'accesso ai servizi territoriali attraverso la creazione di un sistema a rete mediante il coinvolgimento delle associazioni di volontariato locali (*troverà adeguato trattamento nel paragrafo G – Azioni trasversali*);

4.2.5 Organizzazione di attività di socializzazione e aggregazione in rete nel territorio del distretto;

4.3 AZIONE 3 - OSPITALITA' ALLA NON AUTOSUFFICIENZA

4.3.1 Garantire la riconversione di strutture e servizi per l'accoglienza anche temporanea dell'anziano non autosufficiente anche attraverso la riqualificazione di quelle esistenti (Serrenti, Tuili, Villamar, Villanovafranca, Villanovaforru);

4.4 AZIONE 4 POTENZIAMENTO SERVIZI SANITARI

4.4.1 aumento dell'offerta di ore di specialistica ambulatoriale nelle branche con maggior lista d'attesa

4.2.2 formazione del Medico di Medicina Generale sull'appropriatezza prescrittiva;

4.1 AZIONE 1 - PREVENZIONE

4.1.1 Predisposizione e attuazione di programmi di educazione alla salute

Descrizione sintetica

L'invecchiamento è un processo che interessa tutti gli organismi viventi e che comporta modificazioni biologiche. Nell'uomo si assiste a tali modificazioni del corpo e delle sue funzioni, seguite da un processo di adattamento psicofisico, già dopo i 30 anni; il fenomeno è graduale e progressivo, anche se variabile per ogni individuo.

Si usa comunemente considerare le seguenti fasce di età:

- **età di mezzo o presenile 45-65 anni:** gli eventi biologici caratteristici sono la menopausa per la donna e l'andropausa per l'uomo, importanti per le modificazioni bio-umoral (aumento dei grassi nel sangue, della glicemia, predisposizione all'ipertensione arteriosa)
- **senescenza graduale, 65-75 anni:** comunemente si indica l'età corrispondente all'inizio della vecchiaia a 65 anni
- **senescenza conclamata, 75-90 anni:** in passato individui di età superiore ai 65 anni mostravano riduzione dell'efficienza psicofisica. Ai giorni nostri si assiste alla comparsa di ultrasessantacinquenni efficienti, e si può ridefinire anziano l'ultrasettantacinquenne. In questo periodo le malattie che insorgono tendono a cronicizzarsi ed a determinare interventi assistenziali sociali e riabilitativi.

La senescenza non è una condizione patologica, piuttosto sono gli eventi morbosi a creare le condizioni di un declino psicofisico più o meno rapido

I fattori che influenzano i processi di invecchiamento possono essere sintetizzati nell'elenco sottostante

- **Fattori genetici**, anche il sesso può essere un fattore predisponente (il maschio invecchia più precocemente)
- **Educazione e livello culturale** che consentono di trovare più facilmente delle alternative di vita alla pensione, di creare delle strategie di sopravvivenza
- **Benessere economico**
- **Interazione e comunicazione**
- **Comparsa di malattie invalidanti:** l'anziano vive come intrinseca la sua malattia, il suo vissuto è che la malattia appartenga al suo destino
- **Stile personale di vita**, cioè subire o vivere la vita
- **Appartenenza ad un nucleo socio-familiare**, cioè il gruppo, mediante atteggiamenti di conferma o svalutativi, evidenzia gli aspetti positivi e negativi della condizione di vecchiaia
- **Eventi drammatici:** ad esempio la scomparsa di figure di riferimento
- **Sradicamento dal proprio luogo di origine**

E' evidente **l'importanza dei fattori sociali** ed è anche evidente la necessità di agire sui determinanti della salute per garantire il benessere dell'anziano e dell'individuo in genere.

Il timore più grande per l'anziano non è la morte, che magari rifiuta inconsapevolmente, piuttosto la malattia, l'abbandono, il disprezzo delle persone con cui ha sempre vissuto, il rifiuto da parte del suo nucleo familiare. Le soluzioni di ieri non sono più attuali, le scoperte scientifiche allungano sempre più la durata della vita ed è, pertanto, indispensabile che la longevità sia caratterizzata da anni di salute e non di malattia, invalidità e indipendenza.

La vecchiaia può assumere un significato positivo e può essere vissuta nel modo giusto

Oltre ai ben noti ambiti d'intervento, terapeutico e riabilitativo che si attivano a seguito della presenza del "danno" occorre favorire l'attivazione dell'ambito preventivo:

- una buona prevenzione ha il compito di favorire il mantenimento delle risorse psicofisiche, quindi di ridurre le necessità di trattamento (prevenzione medica) e di riabilitazione anche attraverso campagne informative capaci di sensibilizzare l'individuo e di renderlo consapevole dei rischi e delle soluzioni per un "Buon Invecchiamento". E' necessario **stimolare i rapporti con l'esterno**, insegnare la geragogia (scienza che studia tutte le possibilità per invecchiare bene), promuovere il volontariato, non solo verso coetanei della terza età, ma anche **utilizzando l'esperienza dell'anziano a favore della collettività**.

Obiettivi

- favorire il mantenimento delle risorse psicofisiche
- Favorire la conoscenza dei determinanti della salute;
- Indurre l'acquisizione di comportamenti e stili di vita sani;
- Ridurre il ricorso a trattamenti riabilitativi e sanitari;
- Promozione del volontariato

Destinatari

Soggetti compresi nelle seguenti fasce di età

- età di mezzo o presenile 45-65 anni
- senescenza graduale, 65-75 anni
- senescenza conclamata, 75-90 anni
- volontariato

Modalità di attuazione

Si intende definire e promuovere un percorso dinamico di intervento in collaborazione con le principali agenzie sanitarie, sociali e sociosanitarie territoriali e con le forze sociali più attive.

Tale percorso si concretizza nella realizzazione di un ciclo di seminari formativi e di incontri da svolgersi presso le ASL, i Comuni al fine di garantire un'informazione adeguata sui principali comportamenti sociali a rischio e sulle problematiche emergenti in riferimento alla tutela del **BEN-ESSERE** delle popolazione anziana.

Saranno predisposti adeguati opuscoli informativi (anche in CD-ROM) da distribuire a tutti gli anziani del distretto e da diffondere anche mediante il coinvolgimento dei Medici di base

In linea di massima gli argomenti sono stati individuati nelle seguenti aree :

Come restare agili ed evitare le cadute

Memoria e vivacità mentale

Alimentazione per essere in forma

Tecniche psicologiche per stare bene con se stessi

Come prevenire e curare gli acciacchi dell'età

Uso e abuso dei farmaci

Affettività e sessualità

Attività socialmente utili

Viaggi e tempo libero

Ulteriori argomenti potranno essere individuati in itinere anche sulla base delle curiosità e delle esigenze manifestate dai partecipanti.

La scelta degli argomenti e la loro trattazione sarà articolata in rapporto alle fasce di età, e al grado di istruzione dei partecipanti

Collaborazioni (le figure professionali sono state indicate a puro titolo esemplificativo ma saranno definite in sede di progetto operativo):

- AS.L. n° 6 di Sanluri: Geriatra, infermiere professionale, terapeuta della riabilitazione, psicologo
- Servizi Sociali Comunali gestione associata: Assistente Sociale – Assistente domiciliare e dei servizi tutelari
- Medici di medicina generale
- Associazioni di volontariato presenti nel territorio.

Ogni operatore sarà impegnato per circa n° 250 ore annuali che comprendono la fase di programmazione degli interventi, lo studio del materiale divulgativo e la realizzazione dei seminari.

Considerando l'entità del territorio di riferimento si ritiene che siano necessari almeno 12 mesi per la realizzazione dei cicli seminariali da svolgersi a cadenza settimanale o quindicinale.

SENSIBILIZZAZIONE DEL VOLONTARIATO (azione complementare)

Si prevede un'azione di sostegno e di formazione per tutte quelle associazioni di volontariato che intendano predisporre interventi finalizzati al mantenimento della vita di relazione (a carattere ludico, ricreativo, culturale, di animazione) quali:

- Interventi domiciliari del volontariato presso nuclei familiari costituiti da anziani soli;
- Azioni di stimolo volte a favorire la partecipazione degli anziani ad iniziative di animazione con l'accompagnamento ed il supporto del volontariato.

In particolare, si prevedono i seguenti momenti:

- Sensibilizzazione del volontariato sulle problematiche dell'età senile;
- Percorsi di formazione mediante conduzione di gruppi da parte di operatori esperti;

Percorsi

Corso di sensibilizzazione e di formazione della durata di 20 ore rivolto a tutte le associazioni di volontariato operanti sul territorio. Il corso sarà tenuto da:

- psicologi esperti in problematiche dell'età senile;
- medici geriatri,
- assistenti sociali con esperienza in ambito di interventi a favore della popolazione anziana.

Altri professionisti esperti che si riterrà opportuno coinvolgere

5. Risorse finanziarie, strutturali ed umane

SPESE	ORE	COSTO ORA/UOMO	IMPORTI	Fonti di finanziamento
PROMOZIONE ALLA SALUTE ANZIANI				
Psicologo	250	€ 25,00	€ 6.250,00	a carico della Asl
Psicologo	100	€ 25,00	€ 2.500,00	a carico della provincia
Assistente Sociale	300	€ 25,00	€ 7.500,00	a carico della provincia
Professionisti dei Servizi Sociali dei Comuni	125	€ 25,00	€ 3.125,00	a carico dei singoli comuni
Medici specialisti (n. 4 esperti)	200	€ 60,00	€ 12.000,00	a carico della Asl
Operatori comparto sanità (terapisti della riabilitazione e infermieri)	200	€ 25,00	€ 5.000,00	a carico della Asl
ADEST e OSS	100	€ 15,00	€ 1.500,00	a carico della Asl e della gestione associata
Volontariato	120	n.q.		a carico delle associazioni di volontariato
Materiale divulgativo			€ 19.250,00	a carico della gestione associata
TOTALE			€ 57.125,00	

6. Tempi di realizzazione delle azioni proposte

Si prevede la realizzazione del percorso preventivo nell'anno 2008

4.2 AZIONE 2 - SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA'

4.2.1 Predisposizione e attuazione di percorsi formativi per favorire l'acquisizione di competenze dei caregivers e delle Assistenti Familiari e istituzione Albo a livello provinciale;

Descrizione sintetica

Le famiglie con carichi di cura, persone anziane, disabili etc si trovano ad affrontare difficoltà che, spesso, devono gestire in solitudine.

Con la presente azione si intende garantire loro un adeguato sostegno nell'ambito di una rete di servizi istituzionali e informali.

L'accessibilità ai servizi pubblici sta diventando sempre più problematica a causa della insufficienza dell'offerta e dell'onerosità degli interventi. Ciò induce gli anziani e le loro famiglie a ricorrere, sempre più frequentemente, alle prestazioni di soggetti privati, spesso anche immigrati, privi, quasi sempre, di una formazione specifica.

Emerge la necessità di realizzare nel Distretto di Sanluri un corso che permetta alle assistenti familiari di acquisire gli elementi base per:

- comprendere, parlare e leggere la lingua italiana
- conoscere i principali quadri normativi sull'immigrazione e l'assistenza sanitaria in Italia;
- provvedere alla cura della casa e cucinare i piatti fondamentali della cultura italiana;
- orientarsi nella mappatura dei servizi offerti dal territorio;
- sapersi relazionare con i servizi esistenti;
- saper gestire le emergenze;
- saper comprendere i codici comportamentali della cultura italiana e le regole che informano la società.

Il corso sarà destinato a circa 30 soggetti ed avrà la durata di 150 ore di corso +30 ore di stage formativo da svolgersi presso strutture residenziali per anziani e/o disabili e presso le loro famiglie (servizio domiciliare).

Destinatari

- Familiari di anziani e/o persone non autosufficienti.
- Soggetti anche extracomunitari/e in possesso di regolare permesso di soggiorno, con conoscenza elementare della lingua italiana e residenti nel territorio del Distretto di Sanluri.

Obiettivi:

1. Promuovere e valorizzare l'assistente familiare come risorsa assistenziale da mettere in rete con le risorse istituzionali, qualificandone l'attività e fornendone le conoscenze necessarie per offrire un servizio appropriato.
2. Realizzare iniziative di supporto tecnico, professionale ed emotivo per le famiglie con anziani non autosufficienti.

Modalità di attuazione:

- Programmazione e svolgimento dei corsi provvedendo ad:
 - Identificare il responsabile del corso
 - Pianificare i contenuti del corso
 - Formulare un programma dettagliato
 - Identificare le forme di finanziamento
 - Identificare i docenti, i tutor e gli spazi
 - Pubblicizzare l'iniziativa
 - Fornire gli spazi per l'insegnamento
 - Fornire gli elenchi delle assistenti familiari in regola
- Creazione del registro degli assistenti familiari in ambito di Distretto di PLUS.
- Supporto alla istituzione di un gruppo di famiglie di mutuo aiuto.
- Messa in rete delle associazioni di aiuto/mutuo aiuto per ampliare l'offerta verso le famiglie.
- Avvio di interventi di mediazione familiare e di consulenza professionale verso le famiglie e le figure assistenziali di cui le stesse si avvalgono, da parte dei professionisti coinvolti nella presa in carico.

- Ricognizione dei soggetti che si occupano di collocamento, formazione, mediazione, ricerca delle assistenti familiari allo scopo di promuovere le informazioni necessarie alle famiglie.
- Aggiornamento del sistema e messa a regime delle innovazioni validate.

5. Risorse finanziarie, strutturali ed umane

SPESE CORSO ASSISTENTI FAMILIARI	ORE	COSTO ORA/UOMO	IMPORTI	fonti di finanziamento
Spese docenze, coordinamento e operatori				
Docenti (ore complessive X costo ora/uomo)	150	€ 30,00	€ 4.500,00	
Coordinamento o direzione (ore complessive X costo ora/uomo)	50	€ 35,00	€ 1.750,00	
Tutoraggio (ore complessive X costo ora/uomo)	150	€ 25,00	€ 3.750,00	
Altre spese (oneri accessori, missioni, trasferte, etc.)			€ 800,00	
TOTALE MACROVOCE A)			€ 10.800,00	EVENTUALE FINANZIAMENTO RAS
Spese allievi				
Trasporti e/o soggiorni per stages			€ 2.000,00	
Eventuali servizi accessori per allievi (mensa etc)			€ 1.000,00	
Altre spese allievi (assicurazione, etc.)			€ 1.000,00	
TOTALE MACROVOCE B)			€ 4.000,00	Eventuale finanziamento RAS
Spese gestione e funzionamento			IMPORTI (€)	
Progettazione del percorso formativo			€ 2.000,00	
Consumi (materiale didattico, etc.)			€ 1.500,00	
Spese generali (telefono, luce, pulizia etc.)			€ 1.500,00	
Azioni informative e pubblicitarie			€ 2.000,00	
Imprevisti			€ 500,00	
TOTALE MACROVOCE C)			€ 7.500,00	Eventuale finanziamento RAS

TOTALE SPESE DEL CORSO (A+B+C)			€ 22.300,00	
UN CORSO PER 30 ALLIEVI				
DURATA 150 ORE				
STAGE 30 ORE AD ALLIEVO				

6. Tempi di realizzazione delle azioni proposte

L'intervento troverà attuazione a seguito del reperimento delle risorse finanziarie – richiesta finanziamento regionale o fondi UE. Previsione finanziamento anno 2008.

4.2.2 Potenziamento dei servizi a domicilio: Assistenza Domiciliare (SAD) Fornitura di pasti caldi, Lavanderia etc

Descrizione sintetica

ASSISTENZA DOMICILIARE

Il servizio di assistenza domiciliare di carattere socio-assistenziale prevede una serie di interventi da svolgere presso il domicilio della persona quali:

- Aiuto nell'igiene e nella cura personale;
- Preparazione dei pasti nei casi in cui l'utente si trovi nell'incapacità e nell'impossibilità di farlo da sé;
- Acquisto di generi alimentari, di vestiario, di medicinali o di altro;
- Disbrigo di semplici pratiche e commissioni (pagamento di bollette etc.);
- Visita e provvedimento a necessità insite nel ricovero qualora l'utente sia temporaneamente degente presso ospedali, istituti di cura, centri di riabilitazione quando non ci siano familiari che possano provvedere a tali necessità;
- Interventi igienico sanitari di semplice attuazione, inseriti in un programma globale di assistenza, in collaborazione con il servizio sanitario; rilevamento della temperatura e della pressione, prevenzione piaghe da decubito con frizioni e massaggi, aiuto alla deambulazione, movimento degli arti invalidi, mobilitazione persone allettate, controllo nell'assunzione di farmaci ed effettuazioni o cambio di piccole medicazioni su prescrizione medica;
- Pulizia dell'alloggio o meglio dei locali abitualmente utilizzati dall'utente e rispondenti ai bisogni primari;
- Pulizia, stiratura e rammendo della biancheria e del vestiario personale dell'utente;
- Segnalazione al Servizio Sanitario e Sociale di eventuali problemi riscontratisi;

PASTI CALDI

L'intervento in questione consiste nella fornitura, a domicilio, di uno o più pasti caldi giornalieri.

Si garantisce, al bisogno, il rispetto di specifiche diete prescritte dal medico (es. in caso di ipertensione, diabete, ecc.).

Il pasto è composto da un primo piatto, un secondo piatto, un contorno, pane e frutta. Il confezionamento è fatto presso un centro di cottura specializzato, sulla base di menu settimanali che sono raccolti da personale incaricato.

Il menù è variato sulla base di una rotazione mensile e della stagione.

La distribuzione è effettuata con mezzi specifici, in speciali contenitori termici, in fascia oraria adeguata durante tutto l'anno.

LAVANDERIA

Il servizio prevede la possibilità di garantire l'idoneo lavaggio e stiratura degli indumenti personali e della biancheria presso una struttura adeguatamente attrezzata.

Il ritiro e la riconsegna della biancheria vengono effettuati da personale incaricato con mezzi specifici, nelle giornate dal lunedì al sabato e per l'intero anno.

Obiettivi

- Garantire a persone che non sono in grado di provvedere autonomamente alla preparazione del pranzo, un pasto quotidiano variato e completo di tutti i principi nutritivi.
- Garantire alla persona anziana e/o non autosufficiente un aiuto per il lavaggio della biancheria e dei capi di abbigliamento.
- Garantire alla persona anziana e/o non autosufficiente l'agevole accesso ai servizi presenti sul territorio comunale e/o extracomunale.
- Contrastare abitudini alimentari scorrette.
- Offrire un aiuto alla persona anziana e/o a rischio di emarginazione ed alla sua famiglia.
- Fornire un servizio complementare all'assistenza domiciliare.

Destinatari

- ❖ Soggetti anziani che abbiano compiuto il 65° anno di età, che vivano in stato di solitudine;

- ❖ Soggetti adulti con temporanea e/o permanente riduzione delle proprie capacità, attestata da certificato medico (indicante la durata presunta di tale condizione) e che vivano in stato di solitudine.
- ❖ Individui autosufficienti per i quali sia dimostrato un evidente rischio di emarginazione sociale.

Modalità di attuazione

I servizi di

- preparazione, confezionamento e distribuzione pasti a domicilio;
- ritiro, lavaggio, stiratura della biancheria sporca e riconsegna di quella pulita;
- assistenza domiciliare;

saranno affidati, attraverso apposita gara d'appalto, ad una ditta specializzata nel settore.

La gestione ed il controllo saranno garantiti dai Servizi sociali comunali attraverso un opportuno coordinamento.

Per il 2007 tali l'erogazione degli interventi previsti dai servizi in questione sarà garantita dai Comuni singoli.

Il personale incaricato si occuperà inoltre di:

- ❖ Pubblicizzazione dell'iniziativa mediante depliant informativi e forme di sensibilizzazione e di coinvolgimento delle associazioni di volontariato locali;
- ❖ Raccolta, valutazione e accoglimento delle richieste;
- ❖ Raccolta settimanale delle ordinazioni con l'indicazione del menù prescelto

L'accesso al servizio sarà adeguatamente disciplinato da uno specifico regolamento.

5. Risorse finanziarie, strutturali ed umane

Le risorse necessarie per la realizzazione degli interventi non sono state determinate in quanto si tratta di azioni già in essere in numerosi comuni del distretto per le quali si prevede il mantenimento di una gestione individualizzata per l'annualità 2007.

6. Tempi di realizzazione delle azioni proposte

Le azioni saranno mantenute nel corso dell'anno 2007 con oneri finanziari a carico di ciascun comune.

4.2.3 Diffusione del servizio di Telesoccorso e teleassistenza per il monitoraggio continuo, il controllo e la gestione delle emergenze, a distanza;

Descrizione sintetica

Il Telesoccorso è un servizio che consente un'immediata corrispondenza tra il cittadino e le strutture preposte alla gestione delle emergenze sanitarie ed all'assistenza nel senso più generale del termine. Consiste nel collegare il telefono di casa con una centrale operativa sempre in funzione.

Attraverso il pulsante di un telecomando, sempre a disposizione della persona, si attiva la centrale che interviene in base al bisogno manifestato, anche con interventi a carattere di urgenza.

Questo tipo di collegamento permette, all'utente che non può raggiungere l'apparecchio telefonico, di colloquiare comunque in "VIVAVOCE" con l'operatore della centrale, il quale a sua volta è in grado di identificare sul monitor la persona che ha chiamato.

Una volta identificato l'utente, si valuta il tipo di bisogno e sulla base della situazione che si presenta si attivano le procedure di supporto, fino a quelle di emergenza che in base a ormai consolidati protocolli operativi prevedono l'invio del 118, e/o dei VV.FF., e/o delle forze di polizia.

Per 365 giorni l'anno, a qualunque ora del giorno e della notte è presente un operatore in grado di smistare la richiesta di aiuto del cittadino che, trovandosi in condizioni fisiche particolari, potrebbe essere in difficoltà e richiederlo.

Destinatari:

PERSONE che vivono sole o che trascorrono la maggior parte della giornata in compagnia di bambini o disabili

ANZIANI che vivono soli od in compagnia di altri anziani

SOGGETTI a rischio di emarginazione quali, ad esempio, portatori di handicap

MALATI con patologie croniche e/o degenerative

PERSONE convalescenti

Obiettivi

Gestione delle emergenze

Controllo programmato e continuo delle situazioni a rischio

Riduzione del danno attraverso un intervento tempestivo

Modalità di attuazione

Il servizio di telesoccorso e teleassistenza sarà affidato, attraverso apposita gara d'appalto, ad una ditta specializzata nel settore.

La gestione ed il controllo saranno garantiti dai Servizi sociali comunali attraverso un opportuno coordinamento.

Il personale incaricato si occuperà inoltre di:

- ❖ Pubblicizzazione dell'iniziativa mediante depliant informativi e forme di sensibilizzazione e di coinvolgimento delle associazioni di volontariato locali;
- ❖ Raccolta, valutazione e accoglimento delle richieste;
- ❖ Raccolta settimanale delle ordinazioni con l'indicazione del menù prescelto

L'accesso al servizio sarà adeguatamente disciplinato da uno specifico regolamento.

5. Risorse finanziarie, strutturali ed umane

Le risorse saranno a carico di ciascun comune.

6. Tempi di realizzazione delle azioni proposte

Le azioni saranno mantenute nel corso dell'anno 2007 con oneri finanziari a carico di ciascun comune.

4.2.5 Organizzazione di attività di socializzazione e aggregazione in rete nel territorio del distretto;**Descrizione sintetica**

Gli anziani, al pari del resto della popolazione, sono membri di una comunità locale alla cui qualità della vita possono e debbono concorrere, con le loro risorse ed esigenze.

L'animazione con gli anziani non si può ridurre a forme di intrattenimento ricreativo ma è un metodo di lavoro, che possiamo considerare "sociale". Essa, pertanto va intesa come uno strumento per stare insieme, come laboratorio di autonomia, come recupero della voglia di vivere, desiderare, inventare, sapere.

Animazione non finalizzata unicamente al divertimento o all'evasione dalla quotidianità, dalla monotonia, dal dolore e dall'angoscia che accompagnano la vecchiaia e le fatiche dell'invecchiamento, ma capace di costruire una progettualità in proprio tenendo conto dell'insieme dei bisogni.

Attraverso l'uso di tecniche animative che abbiano come obiettivo il benessere, l'anziano diventa nuovamente protagonista della sua vita, delle sue scelte, costruttore di comunicazioni e relazioni.

L'animazione agisce con il contesto dell'anziano, stimolando l'autoaiuto, il volontariato, il territorio, l'istituzione affinché venga generato un campo animativo.

L'animazione con gli anziani, non può essere proposta se non caratterizzata da un "progetto globale" di miglioramento della qualità di vita degli anziani e se non tiene conto della complessità e dell'unicità di ogni persona.

Al centro dei programmi deve esserci l'utente, piuttosto che le attività.

L'animazione ha bisogno di spazi e di luoghi privilegiati deputati alla sua realizzazione. I Centri di aggregazione sociale con i loro operatori o i Centri diurni rappresentano l'ambito naturale d'intervento per la realizzazione di attività "con" e "per" la popolazione anziana.

Obiettivi:

- favorire la socializzazione, l'integrazione, le relazioni interpersonali;
- valorizzare le competenze e le capacità di ogni singola persona;
- stimolare l'autonomia fisica e psicologica.

Destinatari

Soggetti adulti di età superiore ai 65 anni.

Modalità di attuazione

La programmazione ed il controllo delle attività saranno garantiti dai Servizi sociali comunali attraverso un opportuno coordinamento.

La gestione e realizzazione delle attività sarà affidata attraverso gara d'appalto ad una ditta specializzata nel settore dell'animazione.

Le attività avranno come sede principale di riferimento i Centri di aggregazione sociale / Centri Diurni per anziani del territorio (Collinas, Genuri, Lunamatrona, Pauli Arbarei, Samassi, Sanluri, Segariu, Serramanna, Setzu, Turri, Ussaramanna). Tramite il servizio di trasporto verrà inoltre garantita la partecipazione degli anziani di tutti i Comuni appartenenti al Distretto. La tipologia delle attività sarà variegata in relazione alle preferenze espresse e alle competenze di base manifestate dai partecipanti e potranno riguardare:

- attività ordinarie ossia momenti di animazione centrati su interventi educativi e socializzanti di grande gruppo con programmazione giornaliera per obiettivi a breve medio e lungo termine;
- laboratori permanenti di manualità fine
- laboratori sul recupero della memoria storica
- itinerari culturali e visite guidate
- laboratori di musica e movimento e arte danza terapia
- laboratorio di Educazione degli Adulti
- manifestazioni socio culturali, territoriali e festività

5. Risorse finanziarie, strutturali ed umane

Le risorse saranno a carico di ciascun comune.

6. Tempi di realizzazione delle azioni proposte

Le azioni saranno mantenute nel corso dell'anno 2007 con oneri finanziari a carico di ciascun comune.

4.3 AZIONE 3 - OSPITALITA' ALLA NON AUTOSUFFICIENZA

4.3.1 Garantire la riconversione di strutture e servizi per l'accoglienza anche temporanea dell'anziano non autosufficiente anche attraverso la riqualificazione di quelle esistenti (Serrenti, Tuili, Villamar, Villanovafranca, Villanovaforru);

Descrizione sintetica

In linea con le disposizioni legislative nazionali e regionali, l'orientamento dei servizi agli anziani è di garantire alle persone che invecchiano, pure in condizioni di scarsa autonomia, la possibilità di invecchiare nel proprio ambiente di vita rinforzando tutte le attività mirate a questo obiettivo. Il ricorso alla istituzionalizzazione avviene solo in ultima istanza, quando non risulta più possibile la loro permanenza a domicilio.

L'aumento della popolazione anziana e dei problemi correlati all'aumento dell'età media di vita, associati alla riduzione della rete familiare e sociale di supporto, anche nei comuni del Distretto di Sanluri, sta comportando un incremento del numero di persone per le quali risulta difficile la permanenza a domicilio, soprattutto quando le condizioni di salute sono precarie o di fronte a problemi di deterioramento cognitivo.

Nasce, di conseguenza, l'esigenza di realizzare una rete integrata tra residenze (*comunità alloggio, case protette, etc.*) pubbliche e private che operano nell'Ambito del Distretto, con la costituzione di strutture di sollievo e di ospitalità temporanea, anche come modulo delle strutture residenziali esistenti.

Emerge la necessità di intraprendere un percorso di collaborazione con le strutture residenziali del territorio per diversificare l'offerta dando la disponibilità ad accogliere malati terminali privi di rete familiare di supporto e con situazione abitativa non idonea, anziani psichiatrici compensati, ospiti provenienti dall'RSA e dalle strutture di riabilitazione globale.

Inoltre, emerge la necessità di migliorare la qualità della vita in struttura attraverso la revisione dei percorsi di accogliimento con l'introduzione della programmazione individualizzata, sviluppo di buone pratiche nella resa di prestazioni da parte degli operatori e apertura al territorio.

Obiettivi

Riconversione delle strutture residenziali per anziani presenti nel Distretto di Sanluri garantendo l'erogazione di servizi diversificati capaci di porsi come interlocutori privilegiati per risposte polivalenti ed integrate nella logica della rete territoriale dei servizi.

Garantire alle persone anziane e alle persone non autosufficienti non più gestibili a domicilio, la possibilità di inserimento in strutture protette nel territorio del Distretto di Sanluri, attivandosi per aprire ed adeguare le strutture dei Comuni di Serrenti, Tuili, Villamar, Villanovafranca, Villanovaforru.

Destinatari

Soggetti prevalentemente anziani e altri utenti non autosufficienti privi di una rete familiare di sostegno e/o in situazione socio sanitaria e abitativa – anche temporanea - precaria del Distretto di Sanluri.

Modalità di attuazione:

1. Adeguare alla dinamica demografica del territorio le strutture esistenti al fine di garantire la disponibilità di posti letto per persone non autosufficienti prevedendo laddove possibile, l'accoglienza di:
 - o malati terminali privi di rete familiare di supporto e con situazione abitativa non idonea
 - o utenti anziani psichiatrici ormai compensati nei quali prevale la componente geriatrica rispetto a quella psichiatrica;
 - o utenti anziani in dimissione da strutture di riabilitazione globale e/o da residenze sanitarie assistite.
2. Adozione di protocolli operativi con i servizi socio sanitari della Asl (UVT, CSM, UVA, MMG, etc.) per garantire la continuità assistenziale.
3. Definizione linee guida per l'accoglienza e il sostegno personalizzato.

5. Risorse finanziarie, strutturali ed umane

Per l'adeguamento di dette strutture i vari Comuni interessati hanno provveduto a chiedere un finanziamento attraverso la misura POR Azione 5.2 a "La qualità della vita nelle città: miglioramento dell'offerta di servizi sociali assistenziali"

6. Tempi di realizzazione delle azioni proposte

Anno 2007

4.4 AZIONE 5 POTENZIAMENTO SERVIZI SANITARI

4.4.1 Aumento dell'offerta di ore di specialistica ambulatoriale nelle branche con maggior lista d'attesa (abbattimento delle liste d'attesa)

Descrizione sintetica:

Il progetto nasce dalla necessità di garantire prestazioni specialistiche con rispetto dei tempi previsti dai livelli essenziali di assistenza, riduzione dei ricoveri impropri e l'accesso inappropriato ad altri servizi sanitari come il Pronto Soccorso.

Obiettivi

Soddisfare i bisogni sanitari della popolazione anziana

Destinatari

La popolazione ultra 65enne del Distretto.

Modalità di attuazione

Aumento dell'offerta di prestazioni con l'incremento del numero di ore di specialistica ambulatoriale

5. Risorse finanziarie, strutturali ed umane

SPESE	ORE	COSTO ORA/UOMO	IMPORTI	FONTI FINANZIAMENTO
Dirigenti medici	800	€ 60,00	€ 48.000,00	Bilancio ASL
infermiere professionale	800	€ 25,00	€ 20.000,00	Bilancio ASL
TOTALE MACROVOCE A)			€ 68.000,00	

6. Tempi di realizzazione delle azioni proposte

Anno 2007

4.4.2 Sensibilizzazione e formazione dei medici di medicina generale sull'appropriatezza prescrittiva)

Descrizione sintetica:

Il progetto nasce dalla necessità di garantire prestazioni specialistiche appropriate, riducendo al minimo il ricorso ad altre forme di assistenza inadeguate, in un'ottica della razionalizzazione delle risorse.

Obiettivi

Creare una metodologia di lavoro condivisa ed integrata da tutti gli operatori sanitari dipendenti e convenzionati presenti nel Distretto.

Destinatari

medici di medicina generali, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali.

Modalità di attuazione

N. 4 incontri formativi di 4 ore ciascuno da realizzare nelle sedi aziendali utilizzando risorse interne

5. Risorse finanziarie, strutturali ed umane

SPESE	ORE	COSTO ORA/UOMO	IMPORTI	FONTI FINANZIAMENTO
Dirigenti medici	32	€ 60,00	€ 1.920,00	Bilancio ASL
n. 9 medici di continuità assistenziale	216	€ 60,00	€ 12.960,00	Bilancio ASL

TOTALE MACROVOCE A)			€ 14.880,00	
--------------------------------	--	--	------------------------	--

6. Tempi di realizzazione delle azioni proposte Anno 2007

7. Sistema di valutazione

Metodi e soggetti della valutazione

Tutto il lavoro svolto nell'ambito del Progetto osserva e coniuga le tradizionali metodologie del Lavoro d'équipe, Lavoro per Progetti e Lavoro di Rete con le più recenti e innovative metodologie del Lavoro di Comunità e della Progettazione Partecipata, adottate per la promozione dell'empowerment comunitario.

Coerentemente con tali impostazioni, i soggetti della valutazione sono pertanto rappresentati, nelle varie fasi e con riferimento agli specifici oggetti della valutazione, da tutti i "clienti" interni ed esterni del servizio, quindi con attenzione costante a tutti gli stakeholders.

Metodologia di valutazione dei processi e dei risultati finali

Tutti gli interventi sono programmati e sottoposti a verifica periodica, anche congiuntamente con i soggetti, i gruppi e le risorse coinvolte. Ogni azione viene costantemente monitorata con l'ausilio di un sistema di documentazione che consente la registrazione di ogni azione e la pronta rilevazione degli eventuali discostamenti da quanto programmato, con conseguenti correttivi.

Le valutazioni quantitative e qualitative del lavoro complessivo, sono condotte con riferimento a specifici parametri di processo:

tempi e metodi di lavoro,
documentazione disposta,
progetti disposti/realizzati,
collaborazioni attivate,
risorse impiegate.
parametri di esito:
numero e tipologie di ragazzi coinvolti
obiettivi educativi e sociali raggiunti
numero e tipologie di adulti e risorse coinvolte
numero e tipologie di accordi formali realizzati
reti attivate

Strumenti di valutazione

Il sistema di valutazione utilizza una ampia serie di strumenti:
schede e documentazione prodotta
riunioni, incontri, tavoli di lavoro, focus group
questionari e statistiche

8. Rispondenza delle azioni ai livelli essenziali di assistenza (sociali, sanitari e sociosanitari: Legge 328/00, L.R. 23/05, DPCM 14.02.01 e ss.mm.ii)

Misure per il sostegno delle responsabilità familiari per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e cura familiare (art.22 c. 2d L. 328/00);

Interventi per le persone anziane per favorire la permanenza a domicilio,..... (art 22 c. 2g Legge 328/00)

Informazione e consulenza alle persone e famiglie per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere iniziative di auto aiuto (art 22 c. 2i Legge 328/00)

Assistenza domiciliare integrata (DPCM 14 FEBBRAIO 2001)

Valutazione professionale del bisogno, promozione e prevenzione, pronto intervento sociale, intervento domiciliare, diurno e residenziale (art. 29 comma b L.R.23/05).

Si garantisce in generale il rispetto dei livelli essenziali di assistenza in base al DPCM 29 Novembre 2001, livelli essenziali di assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare.

D) SETTORE D'INTERVENTO: DISABILI

1. Analisi critica della situazione di base e dell'offerta dei servizi esistenti

L'offerta dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari nel Distretto di Sanluri, a favore della popolazione disabile, non soddisfa il bisogno espresso dal territorio.

In tutti i comuni, ogni anno, vengono promossi servizi e interventi in favore della disabilità che non vengono garantiti in maniera continuativa, soprattutto a causa delle scarse risorse economiche degli stessi.

La maggior parte degli interventi, infatti, viene garantita tramite leggi di settore, come la L.R. 20/97 (per i disabili psichici) e la L. 162/98 per i portatori di handicap grave.

Anche l'offerta dei servizi sociosanitari è deficitaria in quanto, fino ad oggi, i servizi sociali e quelli sanitari hanno collaborato sporadicamente, senza la condivisione di strategie di integrazione e di protocolli di intesa operativi.

Quanto anzidetto, unito alla carenza di personale ed alla frammentarietà degli interventi e dei finanziamenti, ha reso difficile realizzare efficaci progetti di prevenzione e di sostegno per questa particolare tipologia di utenza.

Ci si è concentrati maggiormente sulla cura ed il tamponamento di patologie e situazioni di emergenza.

2. Analisi dei bisogni e priorità di intervento

Dall'analisi dei servizi, presenti nel territorio, emerge la necessità di mettere a punto strategie di integrazione dei servizi e degli interventi sociali, al fine di rispondere efficacemente ai bisogni espressi e latenti della popolazione disabile.

Gli attori sociali che hanno partecipato ai tavoli tematici, ai tavoli di sintesi ed a quelli di coprogettazione hanno messo in evidenza, infatti, la necessità di attivare e promuovere in tutto il territorio interventi e servizi che favoriscano la piena integrazione delle persone disabili nella vita sociale, scolastica e lavorativa.

A tal fine si rende necessario:

- conoscere l'entità del fenomeno e le diverse tipologie di disabilità presenti nel territorio del distretto;
- porre in essere solidi percorsi di integrazione e di potenziamento della capacità di lavorare in rete, da parte dei professionisti impiegati nei Servizi Pubblici, con i soggetti privati e le parti sociali, sulla base di regole condivise e formalizzate.

E' necessario collegare le diverse politiche dei servizi sociali, di quelli sanitari, dell'istruzione, del lavoro e della formazione.

La presenza nel territorio di fasce di popolazione con disabilità di vario tipo, richiede interventi sistematici integrati da parte dei servizi sanitari coinvolti, considerata l'importanza del fenomeno, per la complessità e la varietà in cui il medesimo si manifesta.

In sintesi sono state evidenziate le seguenti **criticità e bisogni**:

2.1 Area sociale

- la scarsa valorizzazione della famiglia quale risorsa nei ruoli attivi nella società;
- la scarsa integrazione dei disabili nel contesto socio-lavorativo di riferimento;
- la carenza di strutture di supporto e di appoggio momentaneo per alleggerire e supportare le famiglie con disabili;
- la carenza di attività per il tempo libero;
- la carenza del servizio di trasporto per l'accesso alle strutture e ai servizi;

2.2 Area sociosanitaria

- la scarsa sensibilizzazione alla cultura dei disabili;
- la mancanza di servizi socio-sanitari integrati a sostegno dei disabili e delle loro famiglie;
- la non ottimale integrazione fra servizi sociali, culturali, sanitari, lavorativi, ecc...;
- l'eccessivo carico assistenziale e la condizione di solitudine per le famiglie che si occupano di disabili;

- lo scarso coinvolgimento dei disabili e delle loro famiglie nella creazione e apertura di sedi e di servizi confacenti ai loro bisogni;
- l'assenza di spazi e sedi per accogliere i Gruppi di Auto Mutuo Aiuto;
- la carenza di strutture per l'handicap grave.

2.3 Area sanitaria

- mancanza di una ottimale integrazione dei servizi sanitari

3. Obiettivi di miglioramento

Sulla base delle risultanze emerse dall'analisi relativa all'offerta dei servizi, dal confronto con tutti gli enti che operano e lavorano con i disabili e sulla base dei bisogni espressi e inespressi della comunità, è emersa la necessità di perseguire i seguenti obiettivi di miglioramento:

3.1 Area sociale

- Alleviare il carico assistenziale delle famiglie in cui è presente una persona disabile;
- Creare spazi e momenti di integrazione sociale, di aggregazione e di socializzazione;
- Sostenere l'accesso alle risorse territoriali e favorire la messa in rete delle risorse comunitarie;
- Garantire l'orientamento, la formazione e il reinserimento socio-lavorativo dei soggetti disabili;
- favorire la mobilità del disabile nel territorio e agevolare la fruizione dei servizi socio-sanitari anche attraverso l'istituzione di servizi di trasporto.

3.2 Area sociosanitaria

- rafforzare la rete dei servizi socio-sanitari in maniera integrata a sostegno dei disabili e delle loro famiglie;
- rendere flessibile, integrata e qualificata l'offerta dei servizi.
- garantire l'uniformità delle procedure nel Territorio;
- evitare l'istituzionalizzazione;
- recuperare e/o potenziare le abilità e le potenzialità;
- offrire alle famiglie un punto di riferimento stabile in cui ricevere consulenza specialistica;
- garantire sedi per accogliere Gruppi di Auto Mutuo Aiuto (Associazione G.A.M.A.).

3.3 Area sanitaria

- attuare percorsi diagnostico-terapeutici integrati.

4. Azioni di supporto al raggiungimento degli obiettivi

Le azioni che si intendono portare avanti risultano essere le seguenti:

4.1 Creazione di una rete integrata di servizi pubblici e privati *(troverà adeguato trattamento nel paragrafo G – Azioni trasversali)*

4.2 Valorizzazione e sostegno alla disabilità:

Descrizione sintetica.

Il presente progetto è stato proposto per garantire un sostegno dal punto di vista sociale, sanitario, scolastico e lavorativo ai disabili ed alle loro famiglie. Infatti sono sempre più numerose le famiglie che si trovano a vivere e ad affrontare, in solitudine, il problema della disabilità. E' quindi necessario cercare di costruire con i disabili stessi, con le loro famiglie, con i referenti del territorio, percorsi articolati e individualizzati di integrazione in strutture non protette che consentano la loro effettiva inclusione nel tessuto sociale di appartenenza.

Si intendono, pertanto, perseguire le seguenti azioni:

- 4.2.1 creazione di una equipe distrettuale sulla disabilità (Area Socio-Sanitaria);**
- 4.2.2 creazione di un centro diurno polivalente distrettuale (Area Socio-Sanitaria);**
- 4.2.3 inserimento socio-lavorativo (Area Socio-Sanitaria);**
- 4.2.4 centri di ascolto e di consulenza per disabili e loro famiglie (Area Socio-Sanitaria);**
- 4.2.5 Istituzione di un gruppo interservizi per l'elaborazione di percorsi di integrazione dei servizi e per la gestione degli interventi sanitari (Area Sanitaria);**
- 4.2.6 Potenziamento della rete dei trasporti nell'ambito di una rete integrata dei servizi (troverà adeguato trattamento nel paragrafo G – Azioni trasversali)-(Area Sociale).**
- 4.3 Corso di formazione "tecnico dell'educazione e della riabilitazione e orientamento alla mobilità per disabili visivi"**

4.2.1 Creazione di una equipe distrettuale sulla disabilità. **Descrizione sintetica.**

Considerata la frammentarietà degli interventi finora posti in essere dai servizi del distretto si ritiene indispensabile favorire la nascita di una équipe distrettuale multiprofessionale permanente che si occupi di: conoscere il numero e le diverse tipologie di disabilità presenti nel territorio; promuovere interventi di formazione, di informazione e di consulenza rivolti agli operatori destinati a gestire i servizi culturali, sociali, sanitari, personale volontario e terzo settore; promuovere l'inserimento lavorativo a favore dei disabili.

Obiettivi

- Migliorare la qualità della vita dei disabili e delle loro famiglie;
- Conoscere il numero e le tipologie di utenza disabile presenti nel territorio, le loro necessità e i loro bisogni;
- Sensibilizzare gli operatori degli enti locali territoriali sulle problematiche della disabilità;
- Formare e informare gli operatori che gestiscono servizi per i disabili, il volontariato e il terzo settore;
- Favorire l'inserimento lavorativo dei disabili psichici nelle cooperative sociali di tipo B del territorio del distretto;
- Favorire l'inclusione sociale dei soggetti disabili;
- Favorire l'inserimento socio-lavorativo presso aziende del territorio e/o l'auto impiego a favore dei disabili fisici;
- Migliorare la qualità della vita dei soggetti disabili e delle loro famiglie.
- Promuovere progetti che prevedano servizi e interventi per tutte le categorie di disabilità compresi i "non vedenti"

Destinatari

- Operatori che gestiscono servizi e interventi per i disabili;
- Associazioni di volontariato e terzo settore.

Modalità di attuazione

- Creazione di una equipe distrettuale sulla disabilità costituita da:
n. 3 Operatori Sociali dei Comuni (tre operatori delegati dai 21 Comuni), 1 operatore per ciascun servizio della ASL n. 6 (CSM e Ser.t. per situazioni in cui oltre alla disabilità vi è una condizione di dipendenza o di patologia psichiatrica) 1 operatore della Provincia, 1 referente delle associazioni di categoria, personale referente del privato sociale, del volontariato e del terzo settore e n. 3 referenti dei CESIL.

Tale equipe si riunirà n. 2 volte al mese, per n. 4 ore a incontro, presso le sedi degli enti rappresentati. Potrà essere integrata al bisogno da figure professionali specificatamente individuate. Tale equipe dovrà favorire l'integrazione dei servizi, l'organizzazione e la concretizzazione degli interventi, verifica e controllo dei risultati.

- Programmazione e attivazione della rete dei servizi sociali, sanitari, culturali;
- Sensibilizzazione dei potenziali soggetti coinvolti e pubblicizzazione dei progetti;

- Valutazione/scelta delle tematiche da affrontare e individuazione delle micro-equipe specifiche per ogni ambito di intervento;
- Formazione degli operatori per saper affrontare e saper gestire al meglio le varie disabilità;
- Programmazione di piani di intervento personalizzati per favorire l'integrazione sociale e lavorativa dei soggetti disabili.

5. Risorse finanziarie, strutturali ed umane

N. OPERATORI	QUALIFICA	N. ORE ANNO	COSTO ORARIO OPERATORE	COSTO COMPLESSIVO	FONTE FINANZIAMENTO
3	Operatori sociali dei comuni	96x3=300	€. 25,00	€. 7.200,00	F. Bilancio+F. L.R. 25/97
1	Assistente Sociale Provincia	96	€. 25,00	€. 2.400,00	Provincia
1	Medico CIM	96	€. 60,00	€. 5.760,00	Asl
3	Coordinatori CESIL	50X3= 150	€. 25,00	€. 3.750,00	Risorse comunitarie
1	Referenti delle organizzazioni di categoria	30	Non quantificato		CAF
1	Referenti delle Associazioni di Volontariato	30	Non quantificato		Associazioni
1	Referenti terzo settore	30	Non quantificato		
			Totale costo	€. 19.110,00	

Costo risorse strutturali e costi di gestione = saranno a carico del bilancio comunale degli enti presso i quali si terranno gli incontri.

6. Tempi di realizzazione delle azioni proposte

Verrà costituita e attivata entro i primi mesi dell'anno 2007 e proseguirà nel corso degli anni successivi.

4.2.2 Creazione di un centro diurno polivalente distrettuale

Descrizione sintetica

Lo scopo del progetto è quello di creare e gestire uno spazio adeguato che offra strumenti idonei per mantenere, migliorare la qualità della vita della persona disabile e del proprio nucleo familiare rispettando la sua centralità.

Le famiglie spesso si trovano a dover reggere, in solitudine, le difficoltà quotidiane legate ai bisogni di cura, al mantenimento ed all'educazione dei disabili.

Il centro diurno polivalente, pertanto, si pone quale luogo denso di relazioni significative che in qualche modo protegge i disabili dalla marginalità determinata dai loro deficit e nel contempo si configura quale punto di riferimento per far fronte ai loro bisogni di integrazione e di socializzazione.

Partendo da queste premesse si intendono offrire servizi a sostegno della famiglia e del disabile.

Obiettivi

- Alleviare il carico assistenziale delle famiglie in cui è presente un soggetto disabile;
- Ampliare qualitativamente e quantitativamente l'offerta dei servizi esistenti garantendo la continuità degli interventi in tutti i periodi dell'anno;
- Recuperare e/o potenziare le abilità sociali, relazionali e cognitive dei disabili;
- Scoprire e/o attivare le loro potenzialità latenti;
- Sviluppare il senso di appartenenza ad un gruppo e alla comunità;
- Supportare i processi di autonomia;
- Garantire la partecipazione attiva e il sostegno alle reti familiari;
- Promuovere l'associazionismo e le reti di auto-mutuo-aiuto.

Destinatari

Destinatari privilegiati sono: i disabili di qualsiasi fascia d'età, affetti da handicap fisici e psichici lievi, medi e gravi con eventuale autonomia personale e gestionale limitata e/o ridotta.

Modalità di attuazione:

Individuazione della/e struttura/e da adibire a Centro diurno polivalente distrettuale.

Il centro dovrà garantire interventi di sostegno socio-sanitario, educativo e culturale.

I disabili potranno fruire di attività organizzate a livello individuale, di piccoli gruppi sia all'interno del centro che all'esterno di esso attraverso il coinvolgimento di tutte le risorse territoriali.

La promozione delle attività culturali, di aggregazione e di socializzazione dovrà essere costante e continua.

Si prevede di poter attivare i servizi a decorrere dal mese di giugno 2007.

Le singole attività verranno articolate per n. 10 ore al giorno, tutti i giorni dell'anno compresi i giorni festivi in orari che verranno stabiliti in accordo con i beneficiari dei servizi e con le loro famiglie.

Il servizio sarà affidato, attraverso apposita gara d'appalto, ad una ditta specializzata nel settore.

La gestione ed il controllo saranno garantiti dai Servizi sociali comunali attraverso un opportuno coordinamento.

5. Risorse finanziarie, strutturali ed umane

N. OPERATORI	QUALIFICA	N. ORE ANNO	COSTO ORARIO OPERATORE	COSTO COMPLESSIVO	FONTE FINANZIAMENTO
2	Animatori	5x2=10x150=1500	€. 17,62	€. 26.430,00	Gestione associata
2	Educatori	5x2=10x150=1500	€. 18,64	€. 27.760,00	Gestione associata
2	Addetti alle pulizie e accoglienza	5x2=10x150=1500	€. 14,41	€. 21.615,00	Gestione associata
1	Pedagogista	10x12mesi=120	€ 25,00	€ 3.000,00	Gestione associata
1	OSS	5x2=10x150=1500	€. 15,00	€. 22.500,00	Gestione associata
			Costo totale personale	€. 101.305,00	Gestione associata

Risorse necessarie per il funzionamento

SERVIZI E FORNITURE	COSTI	FONTI DI FINANZIAMENTO
Materiale di facile consumo, pulizie locali, spese utenze varie e costi di gestione, assicurazione utenti	€. 17.195,00	Gestione associata
pasti €. 6,00 x 5250 pasti (35pasti/giorno)	€. 31.500,00	Gestione associata
Totale	€. 48.695,00	Gestione associata

COSTO TOTALE PROGETTO = €. 150.000,00

Uno dei comuni del Distretto metterà a disposizione una struttura da destinare a centro diurno polivalente (Segariu, Ussaramanna, Lunamatrona, ecc...).

6. Tempi di realizzazione delle azioni proposte

Verrà attivato nel corso dell'anno 2007 e proseguirà negli anni successivi.

4.2.3 Inserimento lavorativo.

Descrizione sintetica.

La sempre più scarsa offerta di lavoro del territorio distrettuale rende sempre più difficile favorire l'inserimento lavorativo a favore dei soggetti disabili che risiedono nel nostro distretto anche in considerazione del fatto che pochissimi sono gli organismi, presenti nel Nostro territorio, che sono obbligati per legge ad assumere persone iscritte nelle cosiddette liste speciali istituite ai sensi della L. 68/99.

Inoltre è stata segnalata, da più parti, la necessità di offrire occasioni di lavoro anche a tempo parziale a quei disabili che vivono in uno stato di marginalità sociale pur manifestando delle potenzialità, competenze e abilità, per poter svolgere attività lavorativa, seppure in un contesto protetto.

Pertanto si prevede di:

- promuovere interventi di inserimento lavorativo, a favore dei disabili presso cooperative sociali di tipo B;
- promuovere interventi di inserimento lavorativo presso le aziende del territorio o favorire l'autoimprenditorialità dei disabili fisici.

Obiettivi

- Migliorare la qualità della vita dei soggetti disabili;
- Educare al lavoro;
- Favorire l'inclusione sociale e lavorativa;
- Promuovere e favorire l'autonomia personale;
- Favorire la partecipazione attiva e il sostegno delle reti familiari;
- Sviluppare il senso di appartenenza alla comunità;
- Favorire l'auto imprenditorialità dei disabili;
- Favorire lo sviluppo dell'economia locale.

Destinatari

- Disabili residenti nel Distretto.

Modalità di attuazione

- Programmazione interventi volti alla promozione e alla sperimentazione e al sostegno di percorsi di acquisizione di autonomia nella vita sociale e relazionale e di capacità di lavoro;
- Sensibilizzazione dei potenziali soggetti coinvolti e pubblicizzazione del progetto;
- Programmazione di piani di intervento personalizzati per favorire l'integrazione sociale e lavorativa dei soggetti disabili.
- Promozione dell'inserimento lavorativo per disabili psichici (L.R. 20/97) presso cooperativa sociale di tipo B per a tempo determinato;

- inserimento lavorativo per disabili fisici (L.R. 68/99) presso aziende del territorio o auto-impiego a favore dei disabili fisici.

5. Risorse finanziarie, strutturali ed umane

L'inserimento lavorativo continuerà ad essere garantito dalle singole amministrazioni comunali. Inoltre i comuni potranno garantire detto servizio anche attraverso la presentazione di progetti alla R.A.S., secondo quanto disposto dalla Delibera della Giunta Regionale n. 48 del 21.11.2006.

6. Tempi di realizzazione delle azioni proposte

Ciascun comune attiverà il servizio sulla base delle proprie risorse disponibili.

4.2.4 Centri di ascolto e di consulenza per disabili e loro famiglie.

Descrizione sintetica.

E' sempre più manifesta la necessità di offrire consulenza, sostegno, formazione e supporto a tutte le famiglie che ogni giorno si trovano ad affrontare in solitudine il problema della disabilità.

Come già sottolineato, la carenza delle risorse economiche, in particolare, non ha permesso ai comuni del distretto di poter attivare degli "Sportelli di consulenza, aiuto e sostegno" per la disabilità.

Nonostante ciò, già da alcuni anni, sono presenti in alcune realtà del nostro territorio, alcune associazioni di auto-mutuo-aiuto che si renderebbero disponibili per poter garantire detto servizio nei diversi comuni del distretto (G.A.M.A – Gruppi Auto Mutuo Aiuto).

Obiettivi

- Fornire attività di informazione e consulenza sui servizi, prestazioni, problematiche relative alla disabilità;
- Fornire supporto psicologico ai disabili e alle loro famiglie;
- Alleviare il carico assistenziale delle famiglie in cui è presente una persona disabile.

Destinatari

I disabili di ogni età, le loro famiglie e tutti gli operatori che gestiscono servizi per disabili oltre che il personale volontario che risiede nel distretto.

Modalità di attuazione:

- Costituzione di una equipe permanente distrettuale;
- Apertura di uno sportello di consulenza in ogni comune del distretto.

5. Risorse finanziarie, strutturali ed umane

N. OPERATORI	QUALIFICA	N. ORE ANNO	COSTO ORARIO OPERATORE	COSTO COMPLESSIVO	FONTI DI FINANZIAMENTO
1	Medico azienda sanitaria	4x12=48	€. 60,00	€. 2.880,00	Asl
21	Operatori Sociali dei Comuni	21x4x12 = 1008	€. 25,00	€. 25.200,00	Bilancio Comuni + L.R.25/93
2	Referenti delle Associazioni di Auto-Mutuo-Aiuto		Non quantificato	Non quantificato	

Costo risorse strutturali e costi di gestione = Ciascun comune mettere a disposizione un locale per poter garantire il servizio.

6. Tempi di realizzazione delle azioni proposte

Il servizio verrà programmato a decorrere dal mese di febbraio 2007.

Verrà articolato in n. 1 giornata di sportello al mese per la durata di n. 3 ore presso ciascuno dei 17 comuni della Marmilla e in n. 2 giornate di sportello al mese per la durata di n. 3 ore presso ciascuno dei restanti comuni (Sanluri, Samassi, Serramanna e Serrenti).

4.2.5 Istituire un gruppo interservizi per l'elaborazione di percorsi di integrazione dei servizi e per la gestione degli interventi sanitari

Descrizione sintetica.

Vi è la necessità, all'interno della Asl, di attivare un sistema organizzativo tale da coinvolgere unitariamente tutti i servizi sanitari deputati alla soddisfazione dei bisogni sanitari delle persone diversamente abili in maniera integrata.

Obiettivi

Definire a livello distrettuale una nuova metodologia di lavoro per un miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie erogate.

Destinatari

Tutti gli operatori del ruolo sanitario, tecnico ed amministrativo dell'Asl dei servizi sanitari che erogano prestazioni per le persone diversamente abili (Servizio Medicina di Base, Materno Infantile, Centro di Salute Mentale, Servizio Farmaceutico, Servizio Igiene Pubblica).

Modalità di attuazione:

- Istituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare interservizi;
- Elaborazione di un protocollo operativo condiviso (n. 5 incontri di 3 ore ciascuno);
- Sviluppo di percorsi diagnostico terapeutici integrati (2008)
- Attivazione e applicazione di progetti operativi per la gestione degli interventi (2009).

5. Risorse finanziarie, strutturali ed umane

N. OPERATORI	QUALIFICA	N. ORE ANNO	COSTO ORARIO OPERATORE	COSTO COMPLESSIVO	FONTE FINANZIAMENTO
3	Medici dei servizi sanitari	45	€. 60,00	€. 2.700,00	Bilancio Asl
1	Assistente Sociale	15	€. 25,00	€. 375,00	Bilancio Asl
1	Infermiere	15	€. 25,00	€. 375,00	Bilancio Asl
1	Farmacista	15	€. 60,00	€. 900,00	Bilancio Asl
1	amministrativo	15	€. 25,00	€. 375,00	Bilancio Asl
			Totale costo	€4.725,00	

6. Tempi di realizzazione delle azioni proposte

Anno 2007

4.3 Corso di formazione "tecnico dell'educazione e della riabilitazione e orientamento alla mobilità per disabili visivi"

Descrizione sintetica

La disabilità visiva rappresenta nella stragrande maggioranza dei casi un handicap pluridimensionale che ostacola l'organizzazione autonoma della vita quotidiana e le opportunità di partecipazione alla vita sociale.

In tal senso appare fondamentale favorire la promozione delle aree dell'autonomia e del benessere prevedendo l'individuazione di percorsi integrati e finalizzati a portare il soggetto a muoversi, camminare, parlare, vestirsi, mangiare, comunicare e realizzarsi efficacemente nel proprio ambiente familiare, lavorativo, scolastico e sociale. Ciò implica, per i minorati della vista, l'attivazione specifica di attività mirate ad ottimizzare l'orientamento e la mobilità (capacità e abilità a muoversi da solo anche in ambienti sconosciuti); percorsi per l'autonomia personale e domestica (capacità di gestire le proprie attività quotidiane, cura della persona, sicurezza in casa, cucina, relazioni interpersonali anche scritte ecc.).

Tali attività, al momento, non possono essere realizzate a causa dell'assenza in ambito regionale di figure professionali specifiche.

Con la presente azione si intende garantire un corso finalizzato alla formazione professionale ed all'abilitazione di *Tecnici dell'educazione e della riabilitazione in orientamento e mobilità per minorati della vista*.

L'Istruttore di Orientamento e Mobilità svolge interventi riabilitativi ed educativi a favore di persone minorate della vista nelle aree delle competenze di autonomia personale. Nello specifico egli progetta, conduce, supervisiona programmi riabilitativi ed educativi atti a far conseguire al disabile visivo il maggior grado possibile di autonomia nella mobilità ed organizzazione delle attività quotidiane.

Il corso avrà la durata di un anno con la seguente articolazione:

- Modulo base 300 ore
- Orientamento-mobilità 420 ore
- Tirocinio diretto e abilitazione 180 ore
- Tutorato 180 ore

Destinatari

- Il corso sarà destinato a circa 30 soggetti in possesso di diploma di scuola media superiore o laurea.

Obiettivi:

1. Favorire l'acquisizione di attitudini e competenze nei campi pedagogico, metodologico didattico, psicologico, igienico-medico relative ai processi di educazione, rieducazione e riabilitazione per le persone minorate della vista.
2. Favorire l'acquisizione di attitudini e competenze in relazione ai fondamenti disciplinari ed alle capacità operative nei campi dell'orientamento, mobilità delle persone minorate della vista.

Modalità di attuazione:

- Programmazione e svolgimento dei corsi provvedendo ad:
 - Identificare il responsabile del corso
 - Pianificare i contenuti del corso
 - Formulare un programma dettagliato
 - Identificare le forme di finanziamento
 - Identificare i docenti, i tutor e gli spazi
 - Pubblicizzare l'iniziativa
 - Fornire gli spazi per l'insegnamento

SPESE	ORE	COSTO ORA/UO MO	IMPORTI	Fonti di finanziamen to
Spese docenze, coordinamento e operatori				
Docenti	900	€ 30,00	€ 27.000,00	
Coordinamento o direzione	50	€ 35,00	€ 1.750,00	
Tutoraggio	450	€ 30,00	€ 13.500,00	
Altre spese (oneri accessori, missioni, trasferte, etc.)			€ 10.000,00	
SUB TOTALE			€ 52.250,00	
Spese allievi				
Eventuali servizi accessori per allievi (mensa etc)			€ 1.500,00	
Altre spese allievi (assicurazione, etc.)			€ 1.500,00	
Tirocinii	180	€ 25,00	€ 4.500,00	
SUB TOTALE			€ 7.500,00	
Spese gestione e funzionamento				
Progettazione del percorso formativo			€ 4.000,00	
Spese generali e azioni informative e pubblicitarie			€ 5.000,00	
Imprevisti			€ 1.250,00	
SUB TOTALE			€ 10.250,00	
TOTALE SPESE DEL CORSO			€ 70.000,00	RAS

Risorse non disponibili, si richiederà apposito finanziamento alla R.A.S.

6. Tempi di realizzazione delle azioni proposte

L'iniziativa sarà realizzata al momento del reperimento delle risorse finanziarie presumibilmente nel corso dell'annualità 2008.

7. Sistema di valutazione

La valutazione delle azioni 4.2.1, 4.2.2 e 4.2. verrà effettuata ex ante, in itinere ed ex post.

Per la valutazione degli interventi e del grado di soddisfacimento e partecipazione dei beneficiari verranno utilizzati strumenti quali interviste, questionari, schede, incontri di verifica e valutazione con gli operatori incaricati per la realizzazione delle attività, riunioni con i beneficiari e i loro familiari e con tutti coloro che si occupano degli stessi.

Le valutazioni quantitative e qualitative del lavoro complessivo, saranno condotte con riferimento a specifici parametri di processo:

- tempi e metodi di lavoro,
- documentazione disposta,
- progetti disposti/realizzati,
- collaborazioni attivate,
- risorse impiegate.

parametri di esito:

- numero e tipologie di disabili coinvolti,
- obiettivi educativi e sociali raggiunti,
- numero e tipologie di disabili e risorse coinvolte,
- numero e tipologie di accordi formali realizzati,
- reti attivate.

Strumenti di valutazione

Il sistema di valutazione utilizza una ampia serie di strumenti:

- schede e documentazione prodotta
- riunioni, incontri, tavoli di lavoro, focus group
- questionari e statistiche

La valutazione delle azioni 4.2.5 proposte verrà effettuata ex ante, in itinere ed ex post.

Per la valutazione delle azioni verranno utilizzati strumenti quali incontri di verifica e valutazione con gli operatori incaricati per la realizzazione delle attività.

Le valutazioni quantitative e qualitative del lavoro complessivo, saranno condotte con riferimento a specifici parametri di processo:

- tempi e metodi di lavoro,
- documentazione disposta,
- progetti disposti/realizzati,
- collaborazioni attivate,
- risorse impiegate.

parametri di esito:

- percentuale di servizi coinvolti,
- stesura del protocollo operativo,
- numero di progetti operativi effettuati.

Strumenti di valutazione

Il sistema di valutazione utilizza una ampia serie di strumenti:

- documentazione prodotta
- riunioni, incontri, tavoli di lavoro,

8. Rispondenza delle azioni ai livelli essenziali di assistenza

Per quanto attiene alle azioni esposte si garantisce il rispetto dei livelli essenziali di assistenza in base all'art. 22 della L. 328/00 ed all'art. 30 della Legge Regionale n. 23 del 23.12.2005 e il rispetto dei livelli essenziali di assistenza in base al D.P.C.M. del 29.11.2001.

E) SETTORE D'INTERVENTO: POVERTA' E MARGINALITA' SOCIALE

1. Analisi critica della situazione di base e dell'offerta dei servizi esistenti

L'offerta dei servizi sociali, relativi all'area povertà e marginalità sociale, nel distretto di Sanluri è variegata; non si riscontra la condivisione di prassi comuni, né l'integrazione sociale tra il settore pubblico e quello privato. Inoltre, rilevata l'assenza d'integrazione tra politiche sociali e quelle del lavoro e della formazione, i servizi non riescono ad offrire risposte esaustive ai molteplici bisogni manifestati.

L'analisi dei servizi descritti nel profilo d'ambito ha evidenziato la presenza, in quasi tutti i comuni afferenti al distretto, di una serie di interventi volti prevalentemente ad arginare lo stato di "emergenza" mentre raramente vengono promossi percorsi preventivi necessari ad evitare l'instaurarsi di situazioni limite. La difficoltà più evidente dei servizi comunali è data dall'impossibilità di offrire continuità a quei servizi quali l'inserimento lavorativo, attivati spesso in sostituzione del contributo economico soprattutto nei piccoli centri.

In merito alla marginalità, legata alle dipendenze, la problematicità è data dall'assenza di una sede operativa del Ser.T., nel territorio distrettuale, oltre che alla carenza della pianta organica, mentre per il Centro Alcológico è l'assenza delle figure professionali previste (psicologo, assistente sociale e infermiere professionali), infatti è attualmente presente la sola figura medica.

L'offerta dei servizi sociosanitari è inadeguata rispetto ai bisogni in quanto, fino ad oggi, i servizi sociali e quelli sanitari hanno collaborato sporadicamente, senza la condivisione di strategie di integrazione e di protocolli di intesa e di protocolli operativi.

Quanto anzidetto, unito alla carenza di personale ed alla frammentarietà degli interventi e dei finanziamenti, ha reso difficile realizzare efficaci progetti di prevenzione.

2. Analisi dei bisogni e priorità di intervento

Parte della popolazione del territorio del Distretto vive in stato di povertà e marginalità sociale. Tale fenomeno è conseguenza di condizioni di disagio socio – economico dovute, soprattutto, alla scarsa presenza di attività lavorative stabili, ma anche all'inadeguatezza dei livelli culturali e scolastici che non consentono alle persone di autodeterminarsi.

Si riscontrano anche rilevanti fenomeni di tossicodipendenza ed alcooldipendenza.

Gli attori che hanno partecipato ai tavoli tematici, di sintesi e di coprogettazione ossia i singoli cittadini, i rappresentanti di enti, di istituzioni, delle associazioni, ecc., hanno messo in evidenza la necessità del territorio di porre in essere strategie di integrazione dei servizi e degli interventi sociali, al fine di rispondere efficacemente alla grande varietà di povertà materiali, culturali e relazionali, spesso legate a patologie e dipendenze.

Dall'analisi del contesto socio-culturale ed economico del Distretto di Sanluri è emersa la necessità di migliorare le conoscenze disponibili sul fenomeno della povertà per mezzo di un'osservazione più puntuale del fenomeno, soprattutto in merito alle "povertà materiali", le quali si manifestano in maniera variegata all'interno del territorio.

E' importante riuscire a coinvolgere nel processo programmatico le scuole ed i medici di base ed interagire con gli enti religiosi, le associazioni di volontariato e il terzo settore che operano nei comuni del distretto.

Il superamento della marginalità e dell'esclusione sociale delle persone con dipendenza è strettamente correlato alla capacità di porre in essere solidi percorsi di integrazione e di potenziamento della capacità di lavorare in rete, da parte dei professionisti impiegati nei Servizi Pubblici, con i soggetti privati e le parti sociali, sulla base di regole condivise e formalizzate.

La presenza nel territorio di ampie fasce di popolazione con problematiche di dipendenza, richiede la presenza di interventi sistematici e programmatici di prevenzione, di cura e di riabilitazione. Considerata l'alta incidenza del fenomeno, si ritiene prioritario assicurare interventi di prevenzione sia primaria che secondaria.

Il territorio sente la forte esigenza di assicurare interventi ambulatoriali del Ser.T. anche in questo Distretto sociosanitario e di incrementare la dotazione di personale sociale e sanitario da destinare alle diverse attività del servizio. Quest'ultima priorità è tale anche per il Centro Alcológico di Samassi.

Esiste la necessità impellente di assicurare una strategia di integrazione sociosanitaria alla Comunità e di realizzare il Dipartimento delle dipendenze con l'obiettivo di integrare i diversi interventi al fine di razionalizzare ed ottimizzare le risorse impiegate. In sintesi sono state evidenziate le seguenti criticità e bisogni:

2.1 Area sociale

- dispersione scolastica;
- basso tasso di scolarità;
- basso livello d'istruzione;
- scarsa alfabetizzazione e formazione per gli adulti;
- carenza di formazione adeguata alle richieste delle aziende che consentano fra l'altro alle donne la conciliazione del carico famiglia – lavoro;
- scarsa sensibilizzazione delle piccole aziende, degli enti di formazioni, presenti nel territorio, sui temi del lavoro per le persone in stato di svantaggio sociale.

2.2 Area sociosanitaria

- frammentarietà e discontinuità degli interventi;
- mancanza di una rete integrata di servizi (sociali, sanitari, scolastici, lavorativi, ecc...);

2.3 Area sanitaria

- Assenza di una sede operativa distrettuale del Ser.T e deficit nella pianta organica del Servizio;
- Assenza nel Centro Alcolologico delle figure professionali previste (psicologo, assistente sociale e infermiere professionale) ad eccezione della sola figura medica.

3. Obiettivi di miglioramento

E' necessario collegare le diverse politiche dei servizi sociali, dell'istruzione, della casa, del lavoro e della formazione al fine di poter dare risposte adeguate ai bisogni e alle necessità emerse nel territorio del Distretto.

Pertanto è necessario perseguire i seguenti obiettivi di miglioramento:

3.1 Area sociale

- la piena integrazione tra il settore pubblico, il privato sociale, le imprese profit e i professionisti che operano nel sociale e le associazioni di categoria
- l'integrazione tra politiche sociali, quelle del lavoro e della formazione;
- la promozione di percorsi finalizzati a consentire alle persone in stato di povertà e marginalità di stabilire relazioni significative con singoli e gruppi nella quotidianità, anche con il supporto di figure specializzate, al fine di acquisire maggiore autostima;
- Promozione di interventi per favorire l'inserimento sociale e lavorativo dei soggetti con dipendenza e dei minori che sono entrati nel circuito penale;
- la creazione e il sostegno oltre che il potenziamento degli inserimenti socio – lavorativi;
- la incentivazione all'autoimprenditorialità;
- lo sviluppo dell'economia locale attraverso i servizi integrati a favore delle fasce deboli;
- il sostegno e il reinserimento sociale, scolastico e lavorativo dei minori devianti.

3.2 Area sociosanitaria

- Garantire l'uniformità delle procedure nel Territorio;
- Facilitare l'accesso ai servizi socio-sanitari del territorio (Comunità terapeutiche, Ser. T, Ospedali, ecc...);
- arginare la marginalità ed il disagio socio – relazionale per le persone dipendenti da sostanze;
- attivare iniziative di promozione del benessere socio-affettivo e socio-relazionale, per la prevenzione di comportamenti a rischio soprattutto in ambito scolastico;
- garantire adeguati livelli di assistenza sociosanitaria anche a coloro che sono detenuti e sottoposti alle misure alternative alla detenzione;
- garantire un monitoraggio evolutivo dei programmi residenziali e socio – occupazionali;
- recuperare le autonomie e le potenzialità delle persone dipendenti da sostanze;

- reinserire sotto il profilo socio – lavorativo i tossicodipendenti al fine di recuperare la loro autonomia.

3.3 Area sanitaria

- Assicurare nel Distretto interventi ambulatoriali alle persone con problemi di dipendenza
- Completamento delle piante organiche.

4. Azioni di supporto al raggiungimento degli obiettivi

Le azioni che si intendono portare avanti risultano essere le seguenti:

4.1 Valorizzazione e promozione del benessere delle persone in condizioni di povertà e di marginalità sociale (Area Socio-Sanitaria);

4.1.1 Creazione di tavoli di discussione e di condivisione di buone prassi (Area Socio-Sanitaria);

4.1.2 Inserimenti lavorativi attraverso l'erogazione di incentivi alle imprese (Area Socio-Sanitaria);

4.1.3 Promozione della salute attraverso la metodologia della Peer Education (azione inserita fra le attività di prevenzione rivolte ai minori nell'area "Minori e famiglia") - (Area Socio-Sanitaria);

4.1.4 . Implementazione attività Ser.t e Centro Alcológico (Area Sanitaria);

4.2 Creazione di una rete integrata di servizi pubblici e privati (troverà adeguato trattamento nel paragrafo G – Azioni trasversali)- (Area Sociale)

4.3 Potenziamento della rete dei trasporti nell'ambito di una rete integrata dei servizi (troverà adeguato trattamento nel paragrafo G – Azioni trasversali)- (Area Sociale)

4.1 Valorizzazione e promozione del benessere delle persone in condizioni di povertà e marginalità sociale

Attraverso la predisposizione delle proposte presentate si intende sostenere sotto il profilo socio-economico e sanitario tutte quelle persone che nel nostro distretto vivono in uno stato di povertà e marginalità sociale.

Lo scopo delle seguenti azioni è quindi quello di offrire strumenti per favorire la piena integrazione sociale e lavorativa di tutte le persone svantaggiate.

4.1.1 Creazione di tavoli di discussione e di condivisione di buone prassi.

Considerata la frammentarietà degli interventi finora posti in essere dai servizi del distretto si ritiene indispensabile favorire la nascita di una équipe distrettuale multiprofessionale permanente che si occupi di promuovere: interventi di formazione e di informazione a favore degli operatori destinati a gestire i servizi culturali, sociali, sanitari, il personale volontario e il terzo settore; l'inserimento lavorativo a favore delle persone che vivono in uno stato di povertà e marginalità.

Obiettivi

- Migliorare la qualità della vita;
- Sensibilizzare gli operatori degli enti locali territoriali sulle problematiche relative alla povertà e marginalità;
- Formare e informare gli operatori del volontariato e il terzo settore;
- Favorire l'inclusione sociale;
- Favorire e promuovere interventi d'inserimento lavorativo presso aziende del territorio e/o favorire l'auto impiego.

Destinatari

- Operatori che gestiscono servizi;
- Associazioni di volontariato e terzo settore.

Modalità di attuazione

Con la seguente proposta si intende costituire una équipe permanente costituita da: n. 3 operatori sociali che operano nei comuni del distretto, 3 referenti CESIL da n. 1 medico e da un altro operatore del Ser.T. (psicologo, assistente sociale, infermiere), n. 1 Operatore del Centro per la Giustizia Minorile, al bisogno integrata da figure professionali specificatamente individuate.

Tale équipe avrà la funzione di:

- Fare la mappatura di tutte le risorse;
- Favorire l'integrazione dei servizi, la loro organizzazione e la loro realizzazione, la verifica e il controllo dei risultati;
- Attivare e promuovere la sensibilizzazione dei potenziali soggetti coinvolti e pubblicizzazione del progetto;
- Individuare le tematiche da affrontare e individuazione delle micro-equipe specifiche per ogni ambito di intervento;
- Programmare piani di intervento personalizzati per favorire l'integrazione sociale e lavorativa dei soggetti sottoposti a misure alternative alla detenzione;
- Programmare piani di intervento personalizzati per favorire l'integrazione sociale e lavorativa dei minori entrati nel circuito penale.

5. Risorse finanziarie, strutturali ed umane

N. OPERATORI	QUALIFICA	N. ORE ANNO	COSTO ORARIO OPERATORE	COSTO COMPLESSIVO	FONTE FINANZIAMENTO
3	Operatori sociali dei comuni	96x3=300	€. 25,00	€. 7.200,00	F. Bilancio+F. L.R. 25/97
1	Assistente Sociale	96	€. 25,00	€. 2.400,00	Provincia

	Provincia				
1	Medico Ser. T.	96	€. 60,00	€. 5.760,00	Asl
3	Operatori CESIL	30X3=90	€. 25,00	€. 2.250,00	Comuni- Misura por 3.4
1	Referente associazione di categoria	50	Non determinato		
1	Referenti terzo settore	30	Non quantificato		Terzo Settore
			Totale costo	€. 17.610,00	

6. Tempi di realizzazione delle azioni proposte

Il servizio verrà programmato e attivato nel corso dell'anno 2007.

L' équipe si riunirà n. 2 volte al mese, per n. 4 ore a incontro (totale n. 96 ore/anno), presso le sedi degli enti rappresentati.

4.1.2 inserimenti lavorativi attraverso l'erogazione di incentivi alle imprese.

La sempre più scarsa offerta di lavoro del territorio rende sempre più difficile favorire e incrementare l'occupazione soprattutto a favore delle categorie svantaggiate che risiedono nel distretto.

Pertanto si prevede di promuovere:

- L'inserimento socio- lavorativo presso aziende del territorio;
- L'auto-impiego di ex detenuti, ex tossicodipendenti, ex alcolisti, indultati e minori sottoposti alla misura della messa alla prova e disoccupati di lunga durata;
- interventi volti alla promozione e alla sperimentazione e al sostegno di percorsi di acquisizione di autonomia nella vita sociale, relazionale e lavorativa;
- La sensibilizzazione dei potenziali soggetti coinvolti e pubblicizzazione del progetto.

Obiettivi

- Migliorare la qualità della vita dei soggetti svantaggiati;
- Educare al lavoro;
- Favorire l'inclusione sociale e lavorativa;
- Promuovere e favorire l'autonomia personale;
- Favorire la partecipazione attiva e il sostegno delle reti familiari;
- Sviluppare il senso di appartenenza alla comunità;
- Favorire l'auto imprenditorialità;
- Favorire lo sviluppo dell'economia locale.

Destinatari

- disoccupati di lunga durata; ex detenuti, ex tossicodipendenti, ex alcolisti, indultati;
- minori segnati dal Centro per la Giustizia Minorile residenti nel distretto.

Modalità di attuazione

Per l'anno 2007 ci si propone di sperimentare l'attività di inserimento lavorativo attraverso l'erogazione di borse lavoro alle aziende e a tutti quegli enti che si impegnano ad assumere cittadini appartenenti alle fasce deboli della popolazione compresa la concessione di borse lavoro per n. 5 minori segnalati dal Centro per la Giustizia Minorile.

5. Risorse finanziarie, strutturali ed umane

SERVIZI	COSTI	FONTI DI FINANZIAMENTO
Borse lavoro € 500,00 ciascuna	€ 45.000,00	Gestione associata
Borse lavoro € 500,00 ciascuna per i minorenni segnalati dal C.G.M.	€ 30.000,00	Gestione associata
Totale costo progetto	€ 75.000,00	Gestione associata

6. Tempi di realizzazione delle azioni proposte

Il servizio verrà programmato e attivato nel corso dell'anno 2007 e proseguirà negli anni successivi.

4.1.4 . Implementazione attività Ser.t e Centro Alcolologico.

Descrizione sintetica

La mancanza di una sede operativa distrettuale del Ser.T e la non completa dotazione organica del Ser.T e del Centro alcolologico determina una incompleta soddisfazione dei bisogni delle persone con problemi di dipendenza di vario tipo.

Obiettivi

Qualificazione dell'offerta sanitaria e pieno soddisfacimento dei bisogni

Destinatari

Persone e famiglie del territorio del Distretto con problematiche di dipendenza.

Modalità di attuazione:

1. Assicurare interventi ambulatoriali sulle problematiche sanitarie legate alle dipendenze nel Distretto

5. Risorse finanziarie, strutturali ed umane

SPESE	ORE	COSTO ORA/UOMO	IMPORTI	FONTE FINANZIAMENTO
1 Psicologo	18x52= 936	€ 30,00	€ 28.080,00	Bilancio ASL
1 Assistente sociale	24x52= 1248	€ 25,00	€ 31.200,00	Bilancio ASL
1 infermiere professionale	31x52=1612	€ 25,00	€ 40.300,00	Bilancio ASL
TOTALE MACROVOCE			€ 99.580,00	

6. Tempi di realizzazione delle azioni proposte

Verrà definita e garantita nel corso dell'anno 2007.

7. Sistema di valutazione

La valutazione delle azioni proposte verrà effettuata ex ante, in itinere ed ex post.

Tutti gli interventi sono programmati e sottoposti a verifica periodica, anche congiuntamente con i soggetti, i gruppi e le risorse coinvolte. Ogni azione viene costantemente monitorata con l'ausilio di un sistema di documentazione che consente la registrazione di ogni azione e la pronta rilevazione degli eventuali discostamenti da quanto programmato, con conseguenti correttivi.

Le valutazioni quantitative e qualitative del lavoro complessivo, sono condotte con riferimento a specifici parametri di processo:

tempi e metodi di lavoro,

documentazione disposta,

progetti disposti/realizzati,

collaborazioni attivate,

risorse impiegate;

tempi di adeguamento e potenziamento pianta organica (Asl).

parametri di esito:

numero e tipologie di ragazzi coinvolti

obiettivi educativi e sociali raggiunti

numero e tipologie di adulti e risorse coinvolte

numero e tipologie di accordi formali realizzati

reti attivate,

numero degli utenti in carico ai servizi nel Distretto

obiettivi sanitari raggiunti

Strumenti di valutazione

Il sistema di valutazione utilizza una ampia serie di strumenti:

schede e documentazione prodotta

riunioni, incontri, tavoli di lavoro, focus group

questionari e statistiche

registro presa in carico

8. Rispondenza delle azioni ai livelli essenziali di assistenza

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

F) SETTORE DI INTERVENTO: GIOVANI FORMAZIONE E LAVORO

1. Analisi critica della situazione di base e dell'offerta dei servizi esistenti

I giovani sono una condizione sociale transitoria multiforme e fortemente partecipe dei cambiamenti del sistema sociale, nella sua composizione demografica, nelle prospettive economiche, nell'orizzonte valoriale, nella criticità delle forme di rappresentanza politico-istituzionale.

Il lavoro condotto nei tavoli di approfondimento tematico e di co-progettazione, pone in evidenza alcuni elementi di criticità che sembrano avere caratterizzato le politiche giovanili nel distretto, in questi anni, che possono essere così sintetizzati :

- Assenza di un percorso di analisi della situazione nell'area delle politiche giovanili;
- Mancanza di un' efficace azione di coordinamento tra i servizi sociali dei Comuni, i servizi socio-sanitari dell' Azienda USL, le istituzioni scolastiche, gli enti di formazione, il mondo del lavoro e l'associazionismo;
- Assenza di un'organica politica giovanile nei Comuni del distretto: mancanza di confronto di esperienze e di condivisione di azioni comuni;
- Debolezza degli aspetti comunicativi delle iniziative rivolte ai giovani;
- Necessità di individuare nuove strategie di coinvolgimento dei giovani nelle politiche sociali e nei percorsi della progettazione partecipata;

Il contesto territoriale e socio-economico del distretto presenta per le nuove generazioni delle condizioni che non si rilevano paritarie a quelle vissute da altri giovani in altre aree. Una condizione di svantaggio che si accresce soprattutto per coloro che vivono lontano dai capoluoghi di provincia, quali i Comuni della Marmilla. I capoluoghi solitamente costituiscono gli unici centri urbani di una certa rilevanza, in grado di soddisfare la domanda giovanile di servizi scolastici, ricreativi e culturali. Un' ulteriore condizione che sembra caratterizzare le nuove generazioni nel distretto è il fenomeno del pendolarismo che in alcune realtà si origina con l'iscrizione primi anni del percorso scolastico.

Altro tema emergente è la transizione scuola-lavoro dei giovani che è giudicata particolarmente difficile. Le scarse opportunità occupazionali offerte dal territorio, producono un senso di frustrazione tra i giovani, consapevoli che all'indomani del completamento del percorso scolastico avranno difficoltà a inserirsi nel mondo del lavoro locale.

Difficoltà che si accentua per i giovani che entrano nel circuito penale e per i quali risulta importante migliorare l'accessibilità a percorsi di inserimento sociale e lavorativo.

Altro elemento di criticità è connesso alle dipendenze giovanili, ovvero alla carenza di dati epidemiologici sul fenomeno e alla inadeguatezza generalizzata di risorse e interventi sui comportamenti a rischio.

I giovani chiedono alle Istituzioni spazi di partecipazione e di responsabilità ma faticano ad entrare nei percorsi di progettazione partecipata.

L'età dei giovani è un'età di apprendimento e di esperienze complesse e non circoscritte. In questa ottica si deve porre maggiormente l'accento sulla valenza etica della reciprocità che si esprime nel capitale sociale del volontariato, pratiche ancora troppo limitate e poco riconosciute per questa fascia di età nel distretto.

Emerge come le linee di indirizzo delle politiche giovanili abbiano agito in misura parziale su quelle che sono le reali necessità dei giovani. Ancora oggi la realtà delle "politiche per i giovani" si concretizza come insieme a sé stante di interventi volti alla realizzazione di spazi informativi e aggregativi cui si affiancavano, talvolta con difficoltà a dialogare e coordinarsi, le altre politiche, anch'esse dirette, almeno in parte, alla popolazione giovanile (istruzione, formazione, lavoro, cultura, sport,) e gli interventi e i servizi sanitari.

Le esperienze riferite al mondo giovanile, realizzate nel territorio distrettuale presentano carattere di episodicità e marginalità e pongono nuove aspettative di interlocuzione e di responsabilità al sistema istituzionale, motivando la convinzione di ripensare l'integrazione tra interventi per l'agio e per il disagio, per la prevenzione, per la tutela, per la promozione.

2. Analisi dei bisogni e priorità di intervento

Il prodotto che è scaturito dai diversi incontri di approfondimento tematico, di sintesi e di co-progettazione cerca di capitalizzare le esperienze, analizzare i punti di forza, i nodi critici e definisce gli orientamenti e le strategie per un rinnovamento delle prassi in atto.

Una prima considerazione è quella che vede **gli adolescenti e i giovani** (la fascia di popolazione di età compresa tra i 15 e i 25 anni) **una risorsa** poco utilizzata e valorizzata dagli stessi operatori dei servizi sociali o sanitari e dalle comunità.

Una seconda richiama le difficoltà associate al confronto tra generazioni diverse: in particolare i giudizi di inadeguatezza che spesso gli adulti emettono nei confronti degli adolescenti e dei giovani, visti come generazione del disagio "a rischio". I giovani non sono l'unica condizione a "rischio", la condividono con tutte le componenti delle società complesse.

Area sociale

Nell'area sociale occorre :

- **qualificare i servizi esistenti con azioni di formazione e aggiornamento per operatori** sociali, sanitarie ed educativi, migliorando ulteriormente la qualità dei servizi, promuovendone la conoscenza presso i giovani e gli adulti di riferimento.
- **coordinare e rendere coerenti in una politica complessiva, tutti gli interventi messi in atto a livello locale da soggetti diversi** (Comuni, Provincia, AUSL, Scuole, Associazionismo...);
- **superare il concetto di prevenzione a favore del concetto di partecipazione**, anche come risposta ad una domanda nuova di "senso" della appartenenza sociale, non formale, che proviene dai giovani e ha bisogno di risposte adeguate, anche in termini di riorganizzazione dell'offerta.
- realizzare **iniziative di orientamento e la necessità di un coordinamento a livello locale** in grado di promuovere sinergie tra le istituzioni esistenti (Scuola, Formazione e Imprese) inserimento lavorativo.
- realizzare **interventi di prevenzione e di reinserimento sociale dei soggetti con dipendenze e/o dei soggetti (minorenni e non) che hanno avuto o hanno problemi con la giustizia.**

Area socio sanitaria

Sotto il profilo socio-sanitario l'esperienza condotta nel distretto sottolinea la necessità di:

- **integrare l'offerta tra le diverse unità operative dell'ASL con l'area sociale**, per costruire punti di accoglienza e di analisi della domanda, che siano in grado di facilitare l'accesso dei giovani ai servizi senza connotazioni di natura patologica.
- **potenziare l'azione dei servizi consultoriali**, affinché sia possibile un precoce riconoscimento delle situazioni di rischio e sofferenza ed organizzare un invio mirato ed accompagnato dei giovani ai servizi specializzati.

Area sanitaria

Vista l'alta prevalenza della malattia diabetica nei soggetti giovani e l'assenza di un ambulatorio di diabetologia nel territorio, con conseguenti disagi per la popolazione di riferimento derivanti da una forte mobilità verso il presidio ospedaliero di San Gavino e verso altre Aziende Sanitarie, si rende necessario garantire l'assistenza territoriale.

3. Obiettivi di miglioramento

Sulla base delle risultanze del lavoro emerso nei diversi tavoli i bisogni espressi dalla comunità sono

3.1 Area sociale

1. promozione dell'agio e del benessere dei giovani e prevenzione del disagio

- promozione dell'agio e del benessere, prevenzione primaria,
- prevenzione il disagio e l'emarginazione nella fascia giovanile;
- sostenere i processi di informazione sui rischi legati a comportamenti a rischio;
- Promozione di percorsi personalizzati integrati e innovativi per giovani in situazione di fragilità;

- Promozione di percorsi di reinserimento sociale e lavorativo dei soggetti con dipendenze e/o soggetti (minorenni e non) che sono entrati nel circuito penale.

2. promozione dei giovani come risorsa della comunità e della partecipazione attiva

- valorizzazione delle forme di partecipazione e delle strategie di cittadinanza attiva;
- valorizzazione delle competenze e della creatività dei giovani;
- sostenere i processi di informazione e di orientamento;
- potenziare l'offerta ricreativa per minori, adolescenti e giovani, radicati nei territori;
- migliorare la qualità della vita dei giovani e degli adulti nella comunità;
- sperimentare su un territorio più ampio la forma di volontariato giovanile;

3. accrescere le competenze educative degli adulti e delle famiglie

- supportare le competenze genitoriali e accrescere le competenze educative diffuse;
- promuovere il coinvolgimento attivo degli adulti nelle politiche rivolte ai giovani;
- sviluppare percorsi e occasioni all'interno dei quali giovani e adulti si incontrano, interagiscono e dialogano;

4. promozione dell' empowerment locale delle comunità e delle risorse

- promuovere una cultura incentrata sulla collaborazione, sull'empowerment locale e sul lavoro di rete;
- stimolare un lavoro di rete sulla realtà giovanile da parte delle istituzioni, del Privato Sociale e dei gruppi informali (gruppi amicali, gruppi associativi di fatto);
- supportare le collaborazioni inter-servizi e inter-istituzionali;
- messa in rete e valorizzazione dell'associazionismo giovanile e del privato sociale, per includere nelle programmazioni territoriali anche le diverse forme di autorganizzazione giovanile;
- attivazione di strategie di rete e forme di coordinamento trasversali tra gli Enti pubblici e privati che intervengono nelle politiche giovanili (scuola, formazione e lavoro) ;

3.2 Area sociosanitaria

- costruire percorsi per l'individuazione precoce di soggetti a rischio di dipendenza e di problemi correlati all'uso di sostanze;
- sviluppare e consolidare interventi socio-sanitari di promozione della salute nei luoghi di vita dei giovani attraverso il coinvolgimento di tutti i soggetti deputati alla gestione e al controllo;
- realizzare modelli di formazione e aggiornamento congiunti degli operatori;
- sperimentare nuove forme di facilitazione all'accesso e di accompagnamento, per giovani a rischio, verso Servizi non connotati, ma in grado di indirizzare anche a prestazioni specialistiche;
- Sperimentazione di nuove modalità di integrazione dei Servizi Sanitari e Sociali.

3.3 Area sanitaria

- Garantire nel territorio la presenza di un ambulatorio di diabetologia.

4. Azioni di supporto al raggiungimento degli obiettivi

Le considerazioni espresse nei paragrafi precedenti e la loro rielaborazione hanno portato alla necessità di intraprendere un percorso progettuale nel settore delle politiche giovanili che vuole essere innovativo nell'impianto e nella metodologia.

A differenza di quanto avvenuto in passato si vuole partire in modo diverso, operando un primo cambiamento di impostazione dell'intervento rivolto a questa fascia d'età. Il presupposto è quello di interagire con i giovani e i gruppi, proponendo attraverso una modalità dialogica, possibili azioni compartecipate e condivise. **Non proporsi per prevenire ma per promuovere insieme** cercando di cogliere nei giovani e gli adolescenti le emergenze progettuali e le prospettive di dialogo che sono presenti sebbene in modo implicito, o tacito.

Il progetto, sfruttando le varie tipologie d'intervento che tradizionalmente fanno capo **ai Servizi di Educativa Territoriale e al lavoro di comunità**, si propone di agire su macro-livelli differenti ma interconnessi tra loro:

4.1 Azioni preventive finalizzate e di promozione del benessere

4.1.1 Formazione e campagne informative

4.1.2 Momenti di formazione e aggiornamento

4.2 Azioni finalizzate a favorire il protagonismo giovanile

4.2.1 Servizio di educativa territoriale

4.2.2 Spazi di animazione e microprogetti di animazione territoriale

4.2.3 Leva civica

4.3 Percorsi di orientamento ed inserimento sociale e lavorativo

4.4 Promozione della comunità

4.4.1 Creazione di un tavolo permanente sui giovani

4.4.2 Osservatorio politiche giovanili e consulta giovani

4.5 Istituzione di un ambulatorio di diabetologia

4.1 AZIONI PREVENTIVE E DI PROMOZIONE DEL BENESSERE

In un'ottica di politiche per il benessere e per la salute delle nuove generazioni, sono da considerarsi prioritari gli interventi di prevenzione e di promozione dell'agio. Si tratta di azioni che devono essere al centro di un lavoro integrato tra professionalità sociali, sanitarie ed educative, agite nei contesti di vita degli adolescenti e giovani e di supporto al lavoro degli educatori di strada e degli operatori dei centri giovanili.

All'interno di queste azioni un ruolo specifico è riservato ai percorsi di orientamento e inserimento sociale e lavorativo dei giovani

4.1.1 Formazione e campagne informative

Descrizione sintetica

La finalità degli interventi di formazione e delle campagne informative è quella di realizzare momenti di conoscenza che mirino a rafforzare le competenze e i "fattori protettivi" dei soggetti e dei contesti in cui vivono, nonché a promuovere percorsi formativi per gruppi di genitori e adulti referenti, partendo dalla consapevolezza che è fondamentale che gli adulti sappiano individuare nuove modalità nello "stare con" gli adolescenti e giovani.

Le tematiche riguarderanno orientativamente:

- I bisogni e le problematiche adolescenziali e giovani;
- la promozione della salute e la correzione dei fattori di rischio,
- la cultura della legalità.

Obiettivi

- rendere i giovani consapevole dei rischi legati ai comportamenti dannosi;
- favorire l'avvicinamento dei giovani ai servizi socio-sanitari;
- supportare le competenze genitoriali e accrescere le competenze educative diffuse;
- sviluppare percorsi e occasioni all'interno dei quali giovani e adulti si incontrano, interagiscono e dialogano;

Destinatari

- giovani e referenti di gruppi giovanili
- genitori e adulti con funzioni educative
- associazioni di genitori
- rappresentanti del mondo associativo giovanile
- operatori istituzionali legati al mondo giovanile (amministratori, forze dell'ordine)
- operatori informali (gestori di bar, discoteche, commercianti)
- scuole ed enti formazione
- servizi e risorse

Modalità di attuazione

- Costituzione dell'équipe di formatori da individuarsi tra gli operatori dei servizi sociali, sanitari ed esperti nel settore
- costituzione dei gruppi dei partecipanti
- definizione dei programmi informativi e formativi
- avvio dei percorsi informativi e formativi

Si prevede l'attivazione di quattro percorsi formativi sul territorio rivolti complessivamente ad un numero di circa 80 partecipanti (genitori e adulti referenti) e la realizzazione di un'azione informativa rivolta agli adolescenti e giovani agita nei contesti di vita.

4.1.2 Momenti di formazione e aggiornamento

I momenti di formazione e aggiornamento si rivolgono in specifico agli operatori dei servizi sanitari e sociali con la finalità di operare un cambiamento di impostazione dell'intervento rivolto a questa fascia d'età. Il presupposto è quello di interagire con i giovani e i gruppi, proponendo attraverso una modalità dialogica, possibili azioni partecipate e condivise.

Non proporsi per prevenire ma per promuovere insieme cercando di cogliere nei giovani e gli adolescenti le emergenze progettuali e le prospettive di dialogo che sono presenti sebbene in modo implicito, o tacito.

L'esperienza formativa e di aggiornamento coinvolgerà un numero di circa trenta operatori dei servizi sociali e socio-sanitari (orientativamente n. 21 operatori degli Enti Locali e nr. 7 dell'Azienda USL n. 6).

5. Risorse finanziarie strutturali e umane

AZIONI PREVENTIVE E DI PROMOZIONE DEL BENESSERE				
Formazione campagne informative rivolte ai giovani e adulti di riferimento				
SPESE	ORE	COSTO ORA/UOMO	IMPORTI	Fonti di finanziamento
esperti			€ 4.750,56	gestione associata
assistente sociale	46	€ 25,00	€ 1.150,00	ASL
personale medico	50	€ 60,00	€ 3.000,00	ASL
sub totale			€ 8.900,56	
Momenti di formazione e aggiornamento operatori				
Rimborso spese per i partecipanti			€ 0,00	ASL + F. Bilancio Comune e L.R.25/93
Operatori sociali	1300	€ 25,00	€ 32.500,00	Bilancio Comune e L.R.25/93
personale medico	120	€ 60,00	€ 7.200,00	ASL
personale sociale e sanitario	146	€ 25,00	€ 3.650,00	ASL
sub totale			€ 43.350,00	
totale			€ 52.250,56	

6. Tempi di realizzazione delle azioni proposte

Si prevede l'attivazione delle azioni preventive e di promozione del benessere con decorrenza dai primi mesi del 2007. Le azioni proseguiranno durante lo sviluppo progettuale.

4.2 AZIONI FINALIZZATE A FAVORIRE IL PROTAGONISMO GIOVANILE

Descrizione analitica

L'idea di fondo delle azioni finalizzate allo sviluppo del protagonismo giovanile, parte dalla consapevolezza che i ragazzi e giovani non sono solo destinatari o fruitori di azioni degli adulti, ma sono portatori di diritti, fra i quali quelli di essere partecipi e protagonisti delle azioni che li riguardano. Tutto ciò dà un nuovo significato alla dimensione educativa che connota gli impegni a favore delle giovani generazioni. Il ruolo attivo del soggetto e il suo conferire significati rappresentano una variabile significativa da cui dipendono gli esiti dello sviluppo. A questo proposito sono fondamentali gli itinerari educativi proposti dai servizi, i legami e le relazioni che producono processi di identificazione e appartenenza.

Le azioni finalizzate a favorire il protagonismo giovanile prevedono, oltre al coinvolgimento dei servizi istituzionali, l'attivazione di **un coordinamento territoriale operativo e di supervisione, e la costituzione di diverse équipe operative** per ciascun sub-ambito territoriale individuato nel distretto (l'individuazione di questi sub-ambiti terrà conto degli eventuali raggruppamenti preesistenti sulla medesima tipologia di servizio). Gli operatori agiranno anche nelle azioni preventive e di promozione del benessere, nonché in quelle relative alla promozione del lavoro di comunità.

L'équipe operativa territoriale (potrà curare oltre l'organizzazione e il coordinamento generale del servizio, anche la formazione, rivolta ai giovani, adulti e risorse; in questo modo sarà meglio garantita l'omogeneità e la coerenza dei metodologie e delle conoscenze. La presenza del sociologo assicurerà il corretto impianto delle indagini conoscitive sul territorio) L'équipe di coordinamento avrà la sua sede centrale nel Comune individuato dal distretto e sarà mobile e operativa su tutto il territorio.

4.2.1 Servizio di educativa territoriale

Descrizione sintetica

Il lavoro di strada parte dalla constatazione che la strada e la piazza sono luoghi culturali, spazi in cui le comunità e i giovani si rappresentano. Partendo da questi presupposti si vuole agire nei contesti in cui il tempo e le relazioni e gli scambi sono segnati dalla libera scelta. Ambiti in cui gli adolescenti e giovani possono esprimere in maniera più significative passioni e interessi.

Obiettivi

- Analizzare le dinamiche interpersonali e intergruppi dei gruppi di adolescenti e giovani.
- Stimolare capacità creative, di organizzazione, di responsabilizzazione e di promozione dei gruppi adolescenziali e giovanili.
- Promuovere lo sviluppo delle potenzialità dei singoli e del gruppo.
- Promuovere relazioni di dialogo intergenerazionale e di collaborazione con rappresentanti significativi della comunità.
- Creare atteggiamenti propositivi e capacità di interazione con le realtà presenti nel territorio.

Destinatari

- Giovani e referenti di gruppi giovanili
- genitori e adulti con funzioni educative
- associazioni di genitori
- rappresentanti del mondo associativo giovanile
- operatori istituzionali legati al mondo giovanile (amministratori, forze dell'ordine)
- operatori informali (gestori di bar, discoteche, commercianti)
- scuole ed enti formazione servizi e risorse

Modalità

- predisposizione del work planning

- mappatura territoriale curata dai gruppi giovanili
- contatto gruppi di adolescenti e giovani e nei luoghi di vita e su strada
- individuazione e selezione dei gruppi che parteciperanno alle attività;
- incontri conoscitivi con le famiglie e figure di riferimento degli adolescenti e giovani;
- stipula dei contratti formativi con i partecipanti e le loro famiglie;

4.2.2 Spazi di animazione e microprogetti di animazione territoriale

Descrizione sintetica

L'intento progettuale è quello di predisporre dei possibili percorsi educativi e relazionali, a forte connotazione creativa e ad elevato dinamismo, attraverso la predisposizione di contesti di apprendimento, e l'allestimento di spazi attrezzati gestiti da operatori adolescenti e giovani per la costruzione di processi comunicativi, creativi ed esperienziali di gruppo. Ogni spazio realizzato in ciascun comune o per piccoli raggruppamento dei comuni, sarà dotato di un minimo di attrezzature tecnologiche avanzate (computer, videocamere etc), e di spazi in grado di accogliere gruppi di almeno 15 partecipanti.

Obiettivi

- valorizzazione delle competenze e della creatività dei giovani;
- sostenere i processi di informazione e di orientamento;
- potenziare l'offerta ricreativa per minori, adolescenti e giovani, radicati nei territori;
- migliorare la qualità della vita dei giovani e degli adulti nella comunità;

Destinatari

- Giovani e referenti di gruppi giovanili
- genitori e adulti con funzioni educative
- associazioni di genitori
- rappresentanti del mondo associativo giovanile
- operatori istituzionali legati al mondo giovanile (amministratori, forze dell'ordine)
- operatori informali (gestori di bar, discoteche, commercianti)
- scuole ed enti formazione servizi e risorse

Modalità di attuazione

- creazione di relazioni significative tra operatori e ragazzi
- progettazione partecipata e realizzazione di microprogetti di animazione territoriale
- realizzazione di manifestazioni territoriali a carattere musicale, sportiva, ricreativa e culturale
- organizzazione di incontri su tematiche proposte dai ragazzi;
- costruzione di reti relazionali informali e formali (scuole, enti di formazione, etc.) che siano in grado di sviluppare forme di sostegno agli adolescenti.

5. Risorse finanziarie, strutturali ed umane

AZIONI PER IL PROTAGONISMO GIOVANILE				
SERVIZIO DI EDUCATIVA TERRITORIALE E ANIMAZIONE TERRITORIALE				
Coordinamento operativo				
Responsabile di progetto	480	€ 25,00	€ 12.000,00	gestione associata
Sociologo	400	€ 25,00	€ 10.000,00	gestione associata
Sub totale			€ 22.000,00	gestione associata
Equipe territoriali				

Psicologi supervisori	1536	€ 25,00	€ 38.400,00	gestione associata
Educatori di strada	4.992	€ 18,64	€ 93.050,88	gestione associata
Educatori professionali	1.152	€ 18,64	€ 21.473,28	gestione associata
Animatori tecnici	4.992	€ 17,62	€ 87.959,04	gestione associata
Sub totale Parziale			€ 240.883,20	gestione associata
Totale Personale			€ 262.833,20	
Assicurazione utenti			€ 3.000,00	gestione associata
Fondo per varie iniziative			€ 4.166,80	gestione associata
Sub totale			€ 7.166,80	
Totale complessivo			€ 270.000,00	

6. Tempi di realizzazione delle azioni proposte

Si prevede l'attivazione delle azioni con decorrenza dai primi mesi del 2007.

4.2.3 Leva civica

Descrizione sintetica

Leva Civica è un progetto sperimentale di volontariato locale che rappresenta per i giovani un'importante esperienza di educazione alla cittadinanza attiva e alla solidarietà, che offre in più la possibilità di acquisire competenze spendibili successivamente nel mondo del lavoro. Si rivolge a giovani che abbiano compiuto il diciottesimo anno di età.

Obiettivi

- Favorire nei giovani esperienze di cittadinanza attiva, di solidarietà e servizio alla comunità locale;
- Promuovere la quantità e la qualità dei servizi resi alle persone portatrici di diverse forme di disagio sociale;
- Incentivare i servizi finalizzati a promuovere il patrimonio ambientale, culturale e turistico del territorio.

Destinatari

- Giovani e referenti di gruppi giovanili
- Associazioni
- Minori,
- Anziani;
- Disabili;
- Operatori culturali e turistici
- scuole ed enti formazione servizi e risorse

Modalità di attuazione

I volontari saranno impegnati in supporto alle attività socio-assistenziali ed educative promosse dai Servizi Sociali e Sanitari e nelle attività ambientali e culturali. In particolare si occuperanno di:

- interventi di accompagnamento di minori, anziani e disabili al fine di favorire l'accesso ai servizi del territorio con particolare attenzione al miglioramento della qualità della vita e alla fruizione del tempo libero
- interventi domiciliari di supporto alla vita quotidiana rivolti a nuclei familiari o persone in difficoltà
- attività di affiancamento e supporto agli studenti;
- attività di doposcuola e attività ludiche rivolte a minori
- interventi nei circuiti di rilevanza turistica e nei sistemi museali e nel circuito bibliotecario per favorirne l'accesso e la fruizione
- attività di supporto al settore Servizi Sociali

LA durata del progetto è fissata in sei mesi consecutivi per un monte orario complessivo è pari a 400 ore (corrispondenti ad una media di 18 ore settimanali di servizio) con un minimo di 8 ore settimanali.

Ai volontari vengono offerti:

- un assegno di servizio di rimborso spese complessivo pari a 1.000,00 euro
- la certificazione delle competenze acquisite

Le fasi

- Bando pubblico a livello di distretto
- Selezione dei volontari
- Percorso Formativo
- Inserimento nelle attività

5. Risorse finanziarie, strutturali ed umane

Leva civica				
Rimborso spese volontari			€ 10.000,00	gestione associata
pubblicizzazione			€ 500,00	gestione associata
TOTALE COMPLESSIVO			€ 10.500,00	

Tempi di realizzazione delle azioni proposte

Si prevede l'attivazione delle azioni con decorrenza dai primi mesi del 2007.

4.3 Percorsi di orientamento ed inserimento sociale e lavorativo

Descrizione sintetica

Come emerso nei tavoli di approfondimento tematico, i giovani si trovano in una situazione particolarmente difficile nel mercato del lavoro, sia per i bassi livelli di qualificazione professionale che per le scarse opportunità occupazionali e sociali offerte dal territorio.

Una difficoltà che si accentua per i giovani che vivono in una condizione di criticità legata all'ingresso nel circuito penale o a percorsi di dipendenza, per i quali risulta importante migliorare l'accessibilità ad iniziative di inserimento sociale e lavorativo.

A tal proposito risultano prioritarie le azioni finalizzate al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- sostenere i percorsi scolastici e formativi dei giovani;
- favorire l'inclusione sociale e lavorativa dei giovani;
- promuovere l'acquisizione di competenze adeguate spendibili sul mercato del lavoro;

- favorire nei giovani le capacità di accedere alle informazioni e agli strumenti relativi all'inserimento lavorativo e ai processi dell'imprenditoria;

Destinatari

- giovani e referenti di gruppi giovanili
- genitori e adulti con funzioni educative
- associazioni di genitori
- rappresentanti del mondo associativo giovanile
- operatori istituzionali legati al mondo giovanile
- imprese e realtà produttive
- scuole ed enti formazione
- servizi e risorse

Modalità di attuazione

- Realizzazione di percorsi di orientamento all'interno delle istituzioni scolastiche del Distretto e a favore delle famiglie, avvalendosi dei servizi che già operano nei territori (Centri per l'impiego, Informagiovani, CESIL);
- Raccordo e potenziamento dell'azione dei servizi che agiscono sull'orientamento individuale e di gruppo e sull'accesso dei giovani nel mondo formativo, lavorativo e dell'imprenditorialità (Centri per l'impiego, Informagiovani, CESIL, Associazioni di categoria Enti di formazione);
- Attivazione di accordi e intese tra enti pubblici e privati di progettazione e orientamento finalizzati a favorire l'accesso dei giovani nel contesto lavorativo;
- Messa in rete delle informazioni sulle opportunità occupazionali a livello di distretto e sui percorsi finalizzati a migliorare e sviluppare nuove competenze formative e occupazionali;
- Promozione degli strumenti finalizzati a incentivare l'occupazione giovanile;
- Sostegno e promozione ad iniziative imprenditoriali giovanili innovative;
- Sperimentazione a livello distrettuale dei percorsi di accompagnamento ed inserimento lavorativo per i giovani che vivono in condizione di criticità **(azione per la quale si rimanda al settore di intervento relativo alla povertà e marginalità sociale)**.

4.4 AZIONI DI PROMOZIONE DELLA COMUNITA'

Descrizione sintetica

Con i nuovi riferimenti normativi è in atto un processo di consolidamento delle comunità come risorsa e del lavoro di comunità, come strategia e strumento delle politiche sociali in generale e non solo delle politiche giovanili. E' nella comunità locale che deve essere attivato il processo di comunicazione e integrazione dei servizi fra istituzioni, servizi, enti e famiglie, che porterà la collettività a percepirsi come risorsa.

Nella funzione di sostegno alla crescita degli adolescenti e dei giovani, la comunità locale ha un'importanza fondamentale in quanto è attraverso la sua attivazione che si costruisce la rete di risorse solidali rispetto alle responsabilità richiamate.

In questo senso occorre costruire luoghi, opportunità, percorsi che generino vicinanze e che creino ponti comunicativi e relazioni. A tal proposito oltre alla realizzazione di un'integrazione sempre più efficace tra servizi sociali, sanitari, dell'istruzione, della formazione e del lavoro, attraverso la creazione di una rete integrata (troverà adeguato trattamento nel paragrafo G – Azioni trasversali)____, si intende proporre la creazione di un tavolo permanente sui giovani.

4.4.1 Creazione di un tavolo permanente sui giovani

Descrizione sintetica

Emerge l'esigenza da parte delle istituzioni di ripartire da un ascolto attento e dialogico di aspettative e disponibilità delle nuove generazioni, affinché le politiche giovanili siano in grado di cogliere quelle che sono le reali esigenze dei giovani. A tal proposito sulla base dell'esperienza condotta dai tavoli di co-progettazione si intende promuovere la costituzione di un "Tavolo permanente sui Giovani" costituito da rappresentanti del territorio (servizi,

scuole, imprese, associazioni di giovani, famiglie), in grado di avviare stabilmente riflessioni in questo settore di intervento con l'intento di creare una base comune di confronto e di conoscenza.

Obiettivi

- Accrescere le conoscenze sul mondo giovanile e del territorio;
- Riflettere su aspettative di crescita di una comunità.

Destinatari

- Giovani e referenti di gruppi giovanili
- genitori e adulti con funzioni educative
- associazioni di genitori
- rappresentanti del mondo associativo giovanile
- operatori istituzionali legati al mondo giovanile (amministratori, forze dell'ordine)
- operatori informali (gestori di bar, discoteche, commercianti)
- scuole ed enti formazione
- servizi e risorse

Modalità di attuazione

- Incontri periodici di riflessione comune
- Individuazione di proposte atte a migliorare la qualità di vita dei giovani
- Costruzione di orientamenti comuni capaci di indirizzare le politiche giovanili

5. Risorse finanziarie strutturali e umane

Le azioni prevedono l'utilizzo delle seguenti risorse finanziarie :

AZIONI DI PROMOZIONE DELLA COMUNITA' TAVOLO PERMANENTE SUI GIOVANI				
Coordinatore generale - Operatore comunale	100	€ 25,00	€ 2.500,00	Bilancio Comune e L.R.25/93
Operatori sociali dei comuni	300	€ 25,00	€ 7.500,00	Bilancio Comune e L.R.25/94
Operatori socio-sanitari	200	€ 25,00	€ 5.000,00	ASL
Rappresentanti di gruppi giovanili				da definire
Referenti delle istituzioni scolastiche formative			€ -	da definire
Referenti delle organizzazioni di categoria del settore economico				da definire
referenti delle associazioni				da definire
Rappresentante del Ministero della Giustizia				da definire
Rappresentanti delle Forze dell'ordine				da definire

4.4.2 Osservatorio Politiche Giovanili e Consulta Giovani

Descrizione sintetica

Si intende realizzare l'osservatorio delle politiche giovanili e la consulta dei giovani quali organismi in grado di fornire indicazioni utili al processo di programmazione, gestione e valutazione in materia di politiche giovanili, consolidando spazi e momenti di partecipazione dei giovani al livello istituzionale e non.

La finalità è la "costruzione di una conoscenza condivisa", sistematica ed organizzata, della condizione giovanile; che mira inoltre ad evidenziare i bisogni che il mondo giovanile esprime. In secondo luogo si intende fornire un quadro di riferimento sintetico ed organico della condizione giovanile in grado di rispondere alle esigenze informative differenziate poste dai diversi attori sociali che a vario titolo se ne occupano.

Con le proprie attività questi organismi intendono offrire:

- un quadro di conoscenze utili alla programmazione delle politiche giovanili ed alla progettazione delle iniziative rivolte ai giovani;
- uno spazio aperto, funzionale allo scambio ed al confronto di conoscenze, di esperienze tra adulti referenti sia del pubblico che del privato.

Obiettivi

creare un ponte di comunicazione tra i giovani del territorio e il mondo adulto che decide;
 offrire uno spazio in cui i gruppi giovanili possano lavorare a propri progetti;
 costruire un punto di incontro per tutte le associazioni giovanili;
 portare il mondo giovanile al centro delle riflessioni e delle scelte del territorio;
 facilitare la loro partecipazione alle attività del territorio;
 leggerne i bisogni e farli conoscere;
 mantenere un'attenzione costante nel territorio rispetto alle politiche giovanili;
 offrire consulenza sulle tematiche giovanili;
 monitorare le risorse ed i progetti attivati nel distretto per i giovani;
 favorire la rete tra servizi, associazioni, gruppi, parrocchie, singoli, etc.

Destinatari

Gli attori sociali a cui l'Osservatorio e la Consulta rivolgono le proprie attività si possono suddividere in tre categorie:

- gli amministratori dei vari livelli del governo locale, centrale e decentrato, che definiscono gli indirizzi ed i programmi delle politiche giovanili;
- gli operatori dei servizi pubblici (culturali, sociali, educativi) e del privato sociale (associazioni, cooperative) che lavorano direttamente nella realtà quotidiana dove pulsa la vita dei giovani;
- i cittadini interessati alla condizione giovanile (insegnanti, studenti, ricercatori, volontari, parroci, ecc...).

Modalità di Attuazione

Le attività dell'Osservatorio sono molteplici, ma si possono ricondurre alle seguenti tipologie:

1. Raccolta ed elaborazione dati.

- cura della raccolta sistematica di dati presso le fonti ufficiali, conduzione di interviste a "testimoni privilegiati" o "informali";
- elaborazione ed analisi dei dati e delle informazioni raccolte;
- integrazione con la documentazione bibliografica disponibile ed utile secondo gli argomenti. Tutti i dati verranno raccolti in una banca dati.

2. Rapporto sulla condizione giovanile

Redazione periodica di un Rapporto sulla condizione giovanile, curato dai giovani, dagli operatori in collaborazione con esperti e "testimoni privilegiati" dei vari ambiti d'indagine.

3. Gruppi di studio tematici

Verranno condotti gruppi di studio su argomenti specifici, coinvolgendo attori particolarmente impegnati e sensibili al problema oggetto di studio. Il gruppo di lavoro rappresenta una

modalità per costruire una conoscenza partecipata ed ha il compito di raccogliere, elaborare ed analizzare dati ed informazioni al livello di comunità su tematiche relative alla condizione giovanile per proporre iniziative progettuali innovative.

4. Documentazione

Raccolta di riviste, testi, documenti pubblicati da altri enti pubblici e privati riguardanti i principali temi trattati dall'Osservatorio e dalla Consulta.

5. Collaborazione con altri Centri Studio

Dovrà essere garantita una costante collaborazione, mirata soprattutto ad uno scambio di informazione e di esperienze con gli enti, le istituzioni che si occupano di giovani. Dovranno inoltre essere promossi scambi con altri Osservatori e Consulte esistenti in Sardegna, in Italia e appartenenti alle rete europea.

Risorse finanziarie strutturali e umane

Le risorse finanziarie verranno messe a disposizione dall'Amministrazione provinciale (€ 35.00,00).

Per quanto riguarda le risorse umane si rimanda al progetto operativo che verrà elaborato nel corso dei primi mesi dell'anno 2007.

Osservatorio delle politiche giovanili e consulta giovani a cura dell'Amministrazione Provinciale

**Osservatorio e
Consulta**

€ 35.000,00

**Provincia del
Medio
Campidano**

6. Tempi di realizzazione degli interventi e delle azioni

Si prevede l'avvio delle azioni con decorrenza dai primi mesi dell'anno 2007.

Istituzione di un ambulatorio di diabetologia

Descrizione sintetica

L'azione scaturisce dalla necessità di garantire un'adeguata assistenza sanitaria nei confronti della popolazione diabetica giovanile, considerata l'alta prevalenza della patologia nel territorio.

Obiettivi

Garantire i livelli essenziali di assistenza

Destinatari

Popolazione diabetica del distretto

Modalità di attuazione

Approntamento di un ambulatorio specialistico di diabetologia;
Accesso settimanale del personale medico della diabetologia di San Gavino presso il poliambulatorio di Sanluri;
Utilizzo del personale infermieristico presente nel poliambulatorio di Sanluri.

5. Risorse finanziarie strutturali e umane

L'ambulatorio sarà localizzato presso il presidio poliambulatoriale di Sanluri, mentre le risorse professionali saranno quelle in dotazione ai servizi già esistenti.

6. Tempi di realizzazione degli interventi e delle azioni

Si prevede l'avvio dell'azione nel corso dell'anno 2007.

7. SISTEMA DI VALUTAZIONE

Metodi e soggetti della valutazione

Tutto il lavoro svolto nell'ambito del Progetto osserva e coniuga le tradizionali metodologie del Lavoro d'équipe, Lavoro per Progetti e Lavoro di Rete con le più recenti e innovative metodologie del Lavoro di Comunità e della Progettazione Partecipata, adottate per la promozione dell'empowerment comunitario.

Coerentemente con tali impostazioni, i soggetti della valutazione sono pertanto rappresentati, nelle varie fasi e con riferimento agli specifici oggetti della valutazione, da tutti i "clienti" interni ed esterni del servizio, quindi con attenzione costante a tutti gli stakeholders.

Metodologia di valutazione dei processi e dei risultati finali

Tutti gli interventi sono programmati e sottoposti a verifica periodica, anche congiuntamente con i soggetti, i gruppi e le risorse coinvolte. Ogni azione viene costantemente monitorata con l'ausilio di un sistema di documentazione che consente la registrazione di ogni azione e la pronta rilevazione degli eventuali discostamenti da quanto programmato, con conseguenti correttivi.

Le valutazioni quantitative e qualitative del lavoro complessivo, sono condotte con riferimento a specifici parametri di processo:

tempi e metodi di lavoro,
documentazione disposta,
progetti disposti/realizzati,
collaborazioni attivate,
risorse impiegate.

parametri di esito:

numero e tipologie di ragazzi coinvolti
obiettivi educativi e sociali raggiunti
numero e tipologie di adulti e risorse coinvolte
numero e tipologie di accordi formali realizzati
reti attivate

Strumenti di valutazione

Il sistema di valutazione utilizza una ampia serie di strumenti:

schede e documentazione prodotta
riunioni, incontri, tavoli di lavoro, focus group
questionari e statistiche

8. Rispondenza delle azioni ai livelli essenziali di assistenza

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

G) AZIONI TRASVERSALI

1. REGOLAMENTO DI ACCESSO AI SERVIZI E APPLICAZIONE DELL'ISEE AL LIVELLO DISTRETTUALE

I Comuni del Distretto di Sanluri già da anni lavorano in rete per la programmazione di progetti intercomunali a favore delle varie tipologie di utenza.

Alla luce delle nuove normative nazionali L. 328/2000, L.R. 23/05 è emersa sempre più forte l'esigenza condivisa di creare regolamenti per l'accesso ai servizi e per l'applicazione dell'ISEE. E' necessario quindi definire un unico regolamento per l'accesso alle prestazioni sociali e per l'individuazione della Situazione Economica Equivalente per l'accesso alle prestazioni sociali agevolate e la conseguente applicazione di criteri omogenei di partecipazione alla spesa in modo da garantire uguale trattamento a tutti i cittadini residenti nel Distretto.

Pertanto, considerate le attuali diversità di organizzazione e di gestione dei servizi ci si pone quale obiettivo quello di definire entro l'anno 2007 regolamenti unitari al livello distrettuale.

OBIETTIVI

- Garantire uniformi requisiti e modalità d'accesso ai servizi sociali comunali;
- Garantire uniformi criteri di applicazione dell' ISEE.

RISULTATI ATTESI:

- predisporre un unico regolamento per l'accesso ai servizi;
- predisporre un unico regolamento per l'applicazione dell'ISEE;
- predisporre la Carta dei Servizi distrettuale;

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Si prevede di elaborare i suddetti regolamenti entro l'anno 2007 e di poterli adottare a decorrere dall'anno 2008.

RISORSE FINANZIARIE STRUTTURALI E UMANE

Per la realizzazione del progetto è necessario costituire un gruppo di lavoro formato da una rappresentanza di almeno 4 operatori sociali dei comuni.

Tale gruppo avrà il compito di:

- predisporre i regolamenti;
- predisporre tutta la modulistica;
- stabilire le modalità di pubblicizzazione;
- fare la verifica sulla applicazione degli stessi;
- stabilire le modalità di verifica e il grado di soddisfacimento dei cittadini;
- apportare le dovute modifiche richieste alla luce della normativa regionale, nazionale, comunitaria, ecc..., ogni qualvolta sarà necessario;
- predisporre la Carta dei servizi distrettuale.

ANALISI DEI COSTI

Gli operatori parteciperanno all'attuazione del progetto in orario di servizio senza alcun costo aggiuntivo a carico degli enti di appartenenza.

Le sedi e le attrezzature verranno messe a disposizione dai vari enti che parteciperanno all'attuazione del progetto e anch'esse non comporteranno alcun costo aggiuntivo per gli enti.

2. METODOLOGIA DI LAVORO INTEGRATO

Come previsto dalla L. 328/2000, L.R. 23/2005 appare necessario attivare un sistema integrato di interventi e di servizi socio-sanitari, culturali, attraverso la concertazione e la cooperazione tra i diversi enti che operano a favore della persona intesa nella sua globalità e interezza.

Pertanto i Comuni del Distretto di Sanluri, la Provincia, l'Azienda USL n. 6, le associazioni di categoria, il privato sociale e il terzo settore intendono adottare una nuova metodologia di

lavoro integrato condiviso a tutti i livelli per garantire la messa in rete, non solo di competenze, conoscenze e professionalità ma anche di e soprattutto di servizi, omogeneizzando fra l'altro i criteri d'accesso, la qualità e il costo delle prestazioni.

Obiettivi

- definire e sperimentare una nuova metodologia di lavoro integrato al livello distrettuale.

Risultati attesi

- organizzare i servizi e le competenze tecnico professionali nell'ambito territoriale distrettuale, attraverso un gruppo di lavoro interistituzionale per diverse aree tematiche definendo in modo strutturato i ruoli e le competenze dei diversi agenti.

RISORSE FINANZIARIE STRUTTURALI E UMANE

Per la realizzazione del progetto è necessario costituire un gruppo di lavoro formato da una rappresentanza di almeno 3 operatori dei comuni, 1 operatore dell'ASL n. 6, 1 operatore della Provincia e uno di ciascun altro ente aderente.

Tale gruppo avrà il compito di:

- individuare delle pratiche e delle metodologie in atto con validazione delle stesse evidenziando fattori positivi e criticità;
- predisposizione e progettazione graduale di una metodologia comune, nel rispetto delle peculiarità delle singole realtà.

ANALISI DEI COSTI

Gli operatori parteciperanno all'attuazione del progetto in orario di servizio senza alcun costo aggiuntivo a carico degli enti di appartenenza.

Le sedi e le attrezzature verranno messe a disposizione dai vari enti che parteciperanno all'attuazione del progetto e anch'esse non comporteranno alcun costo aggiuntivo per gli enti.

2.1 RETE INTEGRATA DEI SERVIZI (PUA, UVT, ADI)

Descrizione Sintetica

La presente azione si colloca all'interno del sistema complessivo dei servizi/interventi integrati volti a contrastare la non autosufficienza e si propone di offrire alla persona con un bisogno complesso socio-sanitario e alla sua famiglia un'alternativa all'istituzionalizzazione, garantendo continuità di cure dentro il sistema sociosanitario.

Il progetto intende portare avanti in maniera integrata i seguenti tre aspetti legati alla:

- *domiciliarità*: diretta a migliorare la qualità della vita del paziente e della sua famiglia, favorendo l'idonea permanenza dell'assistito presso il proprio domicilio, partendo dalla necessità di implementare e integrare i servizi esistenti nel Distretto (ADI: Assistenza Domiciliare sanitaria di competenza ASL e SAD: assistenza domiciliare socio-assistenziale di competenza comunale).
- *continuità assistenziale ospedale-territorio*: perseguire ed organizzare al meglio il rientro nell'ambiente di provenienza dell'anziano dopo la permanenza in strutture di ricovero (organizzazione delle dimissioni protette, UVT);
- *integrazione della rete dei servizi socio-sanitari*: promuovere azioni finalizzate ad utilizzare ed ottimizzare le risorse territoriali della Asl e degli altri enti locali attraverso una valutazione multidimensionale del bisogno (UVT).

Obiettivi:

1. Garantire la continuità e la tempestività delle cure alle persone con problemi sociosanitari complessi
2. Garantire un'adequata permanenza a domicilio di soggetti in condizioni di dipendenza sanitaria, socio-sanitaria/assistenziale
3. Assicurare l'adequata informazione sull'offerta dei servizi (attraverso il PUA)
4. Individuazione di percorsi metodologici operativi tra i vari attori che partecipano al processo d'aiuto rivolto alla persona e alla sua famiglia.

Destinatari

- Persone con problemi socio-sanitari complessi
- Soggetti non autosufficienti privi di una rete familiare di sostegno e/o in situazione socio sanitaria e abitativa – anche temporanea - precaria

Modalità di attuazione

Per la realizzazione degli interventi previsti nella presente azione si prevede l'attivazione e funzionamento del Punto Unico d'Accesso, dell'Unità di Valutazione Territoriale nonché l'individuazione di percorsi unitari, condivisi per l'attuazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata a livello distrettuale.

Ciò comporta l'esigenza di garantire un confronto multidisciplinare che permetta ai vari attori professionali di confrontarsi sulle differenti modalità operative.

Nello specifico occorre:

- l'individuazione di percorsi metodologici unitari e condivisi per la programmazione, valutazione ed erogazione di risposte in termini di servizi integrati
- definizione e adozione dei protocolli operativi professionali per la valutazione del bisogno complesso
- Individuazione delle figure professionali sanitarie e sociali da destinare al Punto Unico d'Accesso e all'UVT e loro attivazione
- predisposizione e firma di un protocollo d'intesa tra i 21 Comuni del Distretto di Sanluri e l'Asl n. 6 di Sanluri per disciplinare i compiti delle parti relativamente all'integrazione nell'ADI.

5. Risorse necessarie:

PUA (Punto Unico d'accesso): 1 Medico di assistenza distrettuale (a carico della ASL), 1 Assistente Sociale (a carico della gestione associata)

SPESE	ORE	COSTO ORA/UOMO	IMPORTI	Fonti di finanziamento
Punto Unico d'accesso				
Assistente sociale	1400	€ 25,00	€ 35.000,00	a carico della gestione associata
Medico di assistenza distrettuale	936	€ 60,00	€ 56.160,00	a carico della Asl
TOTALE			€ 91.160,00	

UVT (Unità di Valutazione Territoriale): 1 medico di assistenza distrettuale (a carico dell'ASL), 1 Assistente Sociale (ogni comune metterà a disposizione la figura professionale ogni qualvolta si renda necessario effettuare una valutazione multidimensionale per pazienti residenti nel Comune di appartenenza del professionista), 1 medico di medicina generale dell'assistito (o pediatra di libera scelta), altro operatore sanitario (infermiere, terapeuta altro) 1 psicologo all'occorrenza

Le spese per gli operatori dell'Unità di Valutazione Territoriale non sono quantificabili in maniera precisa in quanto non è possibile predeterminare il numero delle sedute valutative. In ogni caso non sono necessarie risorse aggiuntive rispetto a quelle in dotazione agli Enti sia in termini di disponibilità finanziarie che umane.

5.Tempi

1. l'individuazione di percorsi metodologici unitari e definizione e adozione dei protocolli operativi professionali per la valutazione del bisogno complesso: I° semestre 2007

2. predisposizione e firma di un protocollo d'intesa tra i 21 Comuni del Distretto di Sanluri e l'Asl n. 6 di Sanluri per disciplinare i compiti delle parti relativamente all'integrazione dell'ADI: II° semestre 2007
3. Individuazione delle figure professionali sanitarie e sociali da destinare al Punto Unico d'Accesso e all'UVT: I° trimestre 2007
4. Attivazione PUA e UVT: II° trimestre 2007
5. Sperimentazione di percorsi di gestione congiunta di Assistenza domiciliare integrata: II° semestre 2007
6. Consolidamento dell'ADI : anno 2008
7. Monitoraggio e valutazione a cadenza almeno trimestrale

3. SEGRETARIATO SOCIALE

Descrizione sintetica

Dall'esame del contesto territoriale è emersa la necessità di nuovo sistema unitario di accesso ai servizi socio assistenziali, socio-sanitari, educativi e della socialità diretto alla generalità dei cittadini.

Il sistema di accesso ai servizi che si intende realizzare, prevede la revisione dei regolamenti di accesso garantendo omogeneità di risposte a parità di bisogno, ed è articolato in 3 sottosistemi:

Sistema dell'informazione rivolto a tutti i cittadini diretto allo svolgimento delle funzioni di primo contatto e di informazione sui diritti e responsabilità sociali, garantendo, tra l'altro, informazioni efficaci sull'offerta, sui costi, sulle modalità di fruizione dei servizi.

Sistema dell'orientamento e della prima valutazione del bisogno: svolge le funzioni di accoglienza, di ascolto della domanda, di consulenza, di "invio ai servizi", stabilendo direttamente il collegamento fra la persona richiedente e il servizio da attivare (sociale, sanitario, socio-sanitario, pronto intervento).

Sistema delle risposte ai bisogni espressi dei cittadini, che può articolarsi ulteriormente o nella presa in carico ordinaria (se trattasi di un bisogno sociale che può essere soddisfatti con l'erogazione di prestazioni e servizio sociale) o nell'invio al Punto Unico di Accesso (nei casi di un bisogno complesso che necessita di una risposta integrata multistituzionale, multiprofessionale e multidimensionale).

INTEGRAZIONE DELLE RESPONSABILITA' PER L'INTEGRAZIONE GESTIONALE, ORGANIZZATIVA E PROFESSIONALE

Il progetto necessita dell'integrazione organizzativa e gestionale dei professionisti che operano nei servizi sociali dei Comuni del Distretto, dell'Azienda ASL n. 6 di Sanluri, della Provincia del Medio Campidano, dei Centri di Assistenza Fiscale a tutela del diritto di accesso dei cittadini.

AZIONI:

Realizzazione in tutti i 21 Comuni del Distretto del Servizio di Segretariato Sociale tenendo conto della specificità locale, uniformando il sistema dell'informazione al nuovo sistema dell'accesso ai servizi socio assistenziali, socio-sanitari, educativi e della socialità, rivolto alla generalità dei cittadini;

Definizione di un nuovo sistema dell'orientamento e della prima valutazione del bisogno garantendo l'equità nell'accesso e l'unitarietà delle risposte attraverso l'integrazione di soluzioni professionali ed organizzative in grado di collegare la fase della domanda, alla valutazione del bisogno e all'erogazione del servizio;

Adozione di un unitario regolamento di accesso.

ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO:

OB.1- Realizzazione in tutti i 21 Comuni del Distretto del Servizio del Servizio di Segretariato Sociale tenendo conto delle specificità locali, uniformando il sistema dell'informazione al nuovo sistema dell'accesso ai servizi socio assistenziali, socio-sanitari, educativi e della socialità, rivolto alla generalità dei cittadini;

Anno 2007:

Ricognizione delle esperienze realizzate nel territorio del Distretto;

Ricognizione delle esperienze significative di altre realtà territoriali;

Coinvolgimento della Provincia del Medio Campidano per la realizzazione del nuovo sistema informativo;

Coinvolgimento dell'Asl di Sanluri per la realizzazione di un sistema informativo integrato e multidisciplinare;

Estensione del partenariato per l'individuazione di eventuali collaborazioni con i patronati, i sindacati e le associazioni di volontariato;

Progettazione condivisa con tutti gli attori disponibili del sistema mediante individuazione delle informazioni da offrire ai cittadini, dei supporti da utilizzare (banche dati e sedi fisiche) e individuazione del personale;

individuazione di percorsi metodologici legati alla programmazione, valutazione ed erogazione di risposte in termini di servizi socioassistenziali e socio-sanitari;

Predisposizione della modulistica cartacea e/o informatica;
Definizione dei protocolli necessari per la realizzazione del progetto.
Formazione del personale.

Anno 2008:

Attuazione del segretariato sociale mettendo in rete le informazioni sociali, sanitarie, socio-sanitarie, educative e della socialità.

Rendere trasparenti e verificabili i processi di servizio (a livello degli operatori e della società) e integrare le responsabilità istituzionali, gestionali, professionali e comunitarie.

Anno 2009:

Valutazione dell'attività svolta nel 2008.

Dall'analisi dei punti di forza e di debolezza per poter riadattare l'azione e la messa a regime delle innovazioni valide.

OB. 2-Definizione di un nuovo sistema dell'orientamento e della prima valutazione del bisogno garantendo l'equità nell'accesso e l'unitarietà delle risposte attraverso l'integrazione di soluzioni professionali ed organizzative in grado di collegare la fase della domanda, alla valutazione del bisogno e all'erogazione del servizio;

Anno 2007:

Ricognizione delle esperienze realizzate nel territorio della Sardegna e di esperienze significative di altre realtà territoriali.

Individuazione di percorsi metodologici operativi tra i vari attori che partecipano al processo d'aiuto rivolto alla persona e alla sua famiglia.

Rendere trasparenti e verificabili i processi di servizio (a livello degli operatori e della società) e integrare le responsabilità istituzionali, gestionali, professionali e comunitarie.

Progettazione del nuovo sistema mediante:

Formazione degli operatori sociali e sanitari che operano nei servizi al fine di una condivisione di un linguaggio comune per la gestione unitaria della rete di interventi e servizi.

Predisposizione e adozione di protocolli e regolamenti condivisi operativi per la gestione integrata, multistituzionale, multidisciplinare, e la qualificazione dell'accesso ai servizi e valutazione dei bisogni.

Anno 2008:

Gestione unitaria del sistema di orientamento e di prima valutazione del bisogno.

Rendere trasparenti e verificabili i processi di servizio (a livello degli operatori e della società) e integrare le responsabilità istituzionali, gestionali, professionali e comunitarie.

Anno 2009:

Valutazione dell'attività svolta nel 2008.

Dall'analisi dei punti di forza e di debolezza, riadattare l'azione e messa a regime delle innovazioni validate.

OB. 3 - Adozione di un unitario regolamento di accesso.

Anno 2007:

Ricognizione dei regolamenti adottati dai servizi sociali dei 21 comuni del Distretto.

Creazione di un gruppo di lavoro per predisporre un regolamento condiviso.

Approvazione del regolamento e stipula di un protocollo.

Anno 2008:

Adozione del regolamento per la gestione unitaria del servizio di segretariato sociale.

Anno 2009:

Valutazione dell'efficacia del regolamento per garantire l'accesso equo e l'unitarietà della risposta.

RISORSE FINANZIARIE STRUTTURALI E UMANE

Per la realizzazione delle suddette azioni è necessario costituire un gruppo di lavoro formato da tutti gli operatori sociali dei comuni, da un referente della Provincia, da n. ____ operatori dell'Azienda ASL n. 6, dai referenti territoriali dei centri di assistenza fiscale, dai sindacati e dalle associazioni di volontariato presenti nel distretto.

Tale gruppo dovrà seguire un percorso formativo tenuto da operatori esperti che possano trasmettere competenze specifiche in tutte le materie di competenza degli enti coinvolti.

La durata della formazione sarà di n. 50 ore complessive.

Successivamente si formeranno dei sottogruppi ai quali faranno parte operatori di tutti gli enti che avranno il compito di:

1° sottogruppo:

fare una ricognizione su tutte le sedi, i regolamenti adottati dai vari enti per l'accesso ai servizi e le modalità di erogazione delle prestazioni;

predisposizione della modulistica cartacea e/o informatica.

2° sottogruppo:

predisposizione di protocolli e di regolamenti condivisi per la gestione del servizio di segretariato sociale.

Le sedi verranno messe a disposizione da tutti gli enti coinvolti.

ANALISI DEI COSTI

€ 30,00 X 100 ORE di formazione articolate in n. 25 giornate distribuite nell'arco dei primi 6 mesi dell'anno 2007

Gli operatori parteciperanno all'attuazione del progetto in orario di servizio senza alcun costo aggiuntivo a carico degli enti di appartenenza.

Le sedi e le attrezzature verranno messe a disposizione dai vari enti che parteciperanno all'attuazione del progetto e anch'esse non comporteranno alcun costo aggiuntivo per gli enti.

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO = € 10.000,00

4. MOBILITA' NEL TERRITORIO SERVIZIO TRASPORTO ANZIANI, DISABILI E FASCE DEBOLI

PREMESSA:

Il territorio del Distretto di Sanluri è costituito da 21 comuni che seppur vicini fra loro non sono collegati dal servizio di trasporto pubblico o lo sono solo in particolari ore della giornata. Inoltre l'aumento della popolazione anziana del territorio e la diffusione delle numerose patologie invalidanti oltre che la dislocazione delle varie strutture sociali e sanitarie nel territorio non sono di facile accesso per tutti i cittadini.

Pertanto con la presente proposta progettuale i Comuni, l'Azienda USL n. 6, la Provincia e il Volontariato in collaborazione anche con il terzo settore, intendono creare un servizio di trasporto per garantire e agevolare l'accesso ai servizi pubblici e privati (socio-sanitari in particolare) presenti nel territorio provinciale soprattutto a favore degli anziani, dei disabili e delle fasce deboli.

Inoltre prevedono la possibilità di estendere il servizio oltre il territorio Provinciale per far accedere, detti cittadini, ai servizi di particolare rilevanza socio-sanitaria non presenti nel distretto.

OBIETTIVI

- promuovere l'accesso ai servizi pubblici e privati socio-sanitari;
- favorire la partecipazione dei soggetti a rischio di esclusione sociale alla vita della comunità;
- favorire la mobilità sul territorio;
- rispondere in maniera efficace ed efficiente ai bisogni di quotidianità delle fasce deboli;
- creare una rete di solidarietà sociale.

AZIONI

- Creazione di un protocollo d'intesa fra i Comuni, l'Azienda USL n. 6, la Provincia, il Volontariato e il terzo settore per la realizzazione del servizio di trasporto nel quale fra l'altro verranno stabiliti i ruoli, le modalità e i criteri di erogazione del servizio;
- Pubblicizzazione del servizio;
- Creazione di un numero verde che potrà essere contattato da tutti i cittadini interessati;
- Individuazione di organismi che si renderanno disponibili per la raccolta delle richieste e l'organizzazione del servizio.

ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE DEL SERVIZIO

Considerata l'estensione del territorio si ipotizza la creazione di max tre centri di smistamento: Segariu (in quanto l'associazione AUSER di Segariu a breve acquisterà e metterà a disposizione un automezzo), Sanluri (l'Associazione PIV possiede un automezzo) e presso il Comune di (Samassi, Serrenti o Serramanna).

Le associazioni metteranno a disposizione il loro personale volontario, stabilendo, delle turnazioni che permettano di raccogliere le richieste e articolare il servizio di trasporto.

RISULTATI ATTESI

Con la presente proposta progettuale si intendono perseguire i seguenti risultati:

- favorire una maggior integrazione fra servizi;
- aumentare il numero dei soggetti partecipanti alle attività sociali promosse dai comuni, nonché all'utilizzo dei servizi socio-sanitari;
- aumentare il grado di soddisfazione degli utenti;
- favorire la comunicazione, la socializzazione e l'integrazione fra le persone coinvolte;
- migliorare la qualità della vita.

DESTINATARI DEL PROGETTO

I destinatari sono rappresentati da: anziani, disabili e fasce deboli residenti nel territorio del Distretto di Sanluri

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Si prevede di attivare il progetto sin dai primi mesi dell'anno attraverso la stipula di una convenzione con le associazioni che metteranno a disposizione il proprio mezzo e il proprio personale per l'attuazione dei servizi.

Si prevede di garantire il servizio già dal mese di Aprile 2007 che poi dovrà essere garantito per l'intero triennio.

SISTEMA DI VALUTAZIONE.

I servizi offerti saranno costantemente valutati e sottoposti a verifica continua.

Verranno valutati, attraverso la somministrazione di questionari, di interviste telefoniche con domande chiuse e miste, discussioni partecipate, i seguenti aspetti:

- a) la quantità delle richieste ricevute;
- b) il numero delle richieste soddisfatte e insoddisfatte;
- c) numero degli interventi, chilometri percorsi giornalmente;
- d) numero di ore dedicate dagli operatori volontari;
- e) la qualità del servizio erogato;
- f) il grado di soddisfacimento dei beneficiari del servizio;
- g) il grado di soddisfacimento delle comunità.

RISORSE FINANZIARIE STRUTTURALI E UMANE

Il servizio verrà garantito dalle associazioni che risiedono nel territorio del Distretto (PIV di Sanluri, AUSER di Segariu, ecc...).

L'utenza contribuirà alle spese del servizio nella misura meglio specificata dello schema riassuntivo delle risorse.

Il costo presunto per garantire il servizio è stato quantificato tenendo conto del costo chilometrico rimborsato alle associazioni di volontariato per il servizio di 118 e considerando circa Km 130.000 e dal costo presunto per l'attivazione di un numero verde (acquisto apparecchi telefonici, attivazione utenza, costo canone, ecc...).

ANALISI DEI COSTI

€. 35.000,00 (costo convenzione con le associazioni per garantire il servizio di trasporto);

€. 5.000,00 costo per attivazione numero verde

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO: €. 65.000,00

5. Osservatorio Politiche Sociali

AZIONE TRASVERSALE

Descrizione sintetica

Il progetto di costituzione di un Osservatorio Provinciale sulle Politiche Sociali nasce dalla volontà della Provincia di contribuire insieme ai Comuni e alla Regione al processo di programmazione, gestione e valutazione delle politiche sociali, sostenendo un percorso di concertazione con tutti i soggetti istituzionali e sociali e di partecipazione dei cittadini.

Attraverso l'Osservatorio la Provincia intende contribuire a promuovere un sistema integrato di interventi e servizi sociali, quale quello previsto dalla legge 328/2000 e dalla legge regionale 23/05, al fine di valorizzare tutte le esperienze e le risorse esistenti attraverso la loro messa in rete e la definizione delle rispettive responsabilità e modalità di gestione.

L'istituzione dell'Osservatorio rientra come azione di sistema prevista dall'Amministrazione Provinciale nei patti per il sociale della progettazione integrata. Lo stesso si pone come strumento strategico per favorire l'istituzione di un sistema informativo integrato sulle politiche sociali finalizzato alla raccolta e diffusione di dati per una adeguata programmazione e controllo della spesa sociale.

L'Osservatorio sarà articolato in sezione specifiche; una particolare attenzione sarà riservata, sulla base delle indicazioni emerse nei tavoli di approfondimento tematico, al fenomeno della Povertà.

Obiettivi

L'Osservatorio provinciale delle politiche sociali si propone come obiettivi:

1) l'avvio e il consolidamento di un **sistema informativo**, cioè un sistema strutturato e stabile di raccolta, elaborazione e diffusione di dati attraverso più incisivi ed uniformi strumenti di lettura del territorio, in raccordo con i diversi livelli informativi attivati a livello locale e regionale;

2) l'attivazione di una **struttura di rete a servizio del territorio** capace di promuovere relazioni tra soggetti istituzionali e non e di attivare processi di confronto, scambio, promozione e diffusione di un "sapere sociale";

3) lo sviluppo di strumenti conoscitivi utili a **supportare le dinamiche decisionali** a livello tecnico e politico inerenti la programmazione e la valutazione dei servizi, interventi e progetti attivati in campo sociale.

Destinatari

Cittadini, Enti Locali, Azienda Sanitaria, Terzo settore, Associazionismo, realtà produttive

Modalità di attuazione

definizione di procedure che consentano di uniformare le modalità di individuazione, raccolta ed elaborazione delle informazioni;

reperimento delle informazioni che riguardino i diversi ambiti: socio-sanitario;

associazionistico; terzo settore

realizzazione di una rete di sinergie che abbiano come risultante la qualità dell'erogazione dei servizi, la collaborazione attiva e corrispondente dei soggetti coinvolti.

realizzazione di una banca dati.

SPESE	ORE	COSTO ORA/U OMO	IMPORTI	FONTI DI FINANZIAMENTO
Osservatorio Politiche sociali				
sociologo	520	€ 25,00	€ 13.000,00	Provincia Medio Campidano+ Azioni Patto per il sociale
amministrativo esperto in informatica	416	€ 15,00	€ 6.240,00	Provincia Medio Campidano+ Azioni Patto per il sociale
TOTALE MACROVOCE A)			€ 19.240,00	
SPESE DI GESTIONE E FUNZIONAMENTO				
Azioni informative e pubblicitarie			€ 15.000,00	Provincia Medio Campidano+ Azioni Patto per il sociale
TOTALE MACROVOCE B				
			€ 34.240,00	

6. Progetto "RITORNARE A CASA"

Descrizione sintetica

Nelle strutture residenziali sono attualmente accolte persone, anziani, disabili etc. che chiedono di poter rientrare a casa se adeguatamente supportate.

Nella realtà operativa succede che alcuni soggetti ricoverati facciano rientro a casa, in assenza di un progetto personalizzato che preveda un'adeguato supporto domiciliare.

A seguito dell'emanazione delle Linee guida per il programma sperimentale regionale "Ritornare a casa" di cui alla deliberazione G.R. n° 42/11 del 04.10.06 si intende favorire,

mediante l'attivazione di percorsi appropriati, il rientro a casa nelle famiglie o in ambienti di vita di tipo familiare, di persone attualmente inserite in strutture residenziali nonché di promuovere la permanenza delle persone nel proprio domicilio.

Si prevede la realizzazione di progetti personalizzati predisposti dal comune di residenza, dalla ASL, dal soggetto interessato e dal/i familiare/i di riferimento.

I progetti scaturiscono dalla valutazione multidimensionale effettuata dalle UVT.

A partire dai risultati della valutazione del bisogno, nel rispetto dell'autodeterminazione della persona e della sua famiglia, nel piano personalizzato di assistenza, è indicata la natura del bisogno, la complessità e l'intensità dell'intervento, la sua durata, i costi, le responsabilità attuative.

Obiettivi:

- favorire il rientro in famiglia di persone attualmente inserite in struttura residenziali a carattere sociale e/o sanitario
- promuovere la permanenza delle persone nel proprio domicilio evitando l'istituzionalizzazione
- migliorare la qualità della vita delle persone con compromissione dell'autosufficienza
- sostenere la famiglia sulla quale grava il carico assistenziale
- attivare e organizzare la rete dei servizi per il sostegno ai care-givers

Destinatari

1. Ospiti di strutture residenziali a carattere sociale e/o sanitario quali:

- Anziani non autosufficienti e/o a grave rischio di perdita della autosufficienza
- Persone con disabilità psichica e fisica
- Persone con disturbo mentale
- Persone affette da demenza e/o nella fase terminale della vita.

1. persone a grave rischio di compromissione dell'autosufficienza che potrebbero permanere nel proprio domicilio con la presenza di una rete di servizi di supporto e di un soggetto disponibile alla cura.

Modalità di attuazione:

- promozione dell'iniziativa e sensibilizzazione delle persone, della famiglia e della comunità
- Analisi dei casi attualmente accolti nelle strutture residenziali
- Individuazione delle persone da far tornare a casa.
- Sperimentazione di percorsi di reinserimento a domicilio utilizzando moduli flessibili (nei fine settimana, durante le vacanze estive etc.).
- Raccordo e accordi con i progetti della domiciliarità riguardanti i servizi domiciliari integrati e le reti di supporto (volontariato, centri diurni, etc.).
- Elaborazione di un approccio metodologico specifico per il rientro a casa e per la permanenza delle persone al loro domicilio, attraverso il raccordo con gli altri progetti del Plus.

5. Risorse finanziarie, strutturali ed umane

Per quanto riguarda le risorse finanziarie si fa riferimento agli eventuali finanziamenti predisposti dalla RAS per l'attuazione del programma sperimentale "ritornare a casa".

Per l'annualità 2007 si prevede la predisposizione di progetti individualizzati di rientro a casa per un ammontare presunto di € 100.000.

I servizi sociali comunali, i servizi sanitari della ASL, l'UVT collaboreranno per la predisposizione del piano personalizzato e per la sua attuazione.

Saranno coinvolti i vari servizi presenti nel territorio in grado di garantire l'attivazione della rete del territorio.

6. Tempi

Il percorso sarà attivato sulla base dei bisogni emergenti nel territorio e delle richieste degli aventi

7. Studio e analisi del fenomeno suicidario e proposte di prevenzione

Descrizione sintetica

La legislazione sociale e sanitaria individua quale obiettivo prioritario delle politiche nazionali e regionali il perseguimento del benessere dei cittadini attraverso l'implementazione di prestazioni ed interventi che riducano il grado di disagio e di malessere sociale.

In particolare, nella Provincia del Medio Campidano quanto suddetto potrà essere raggiunto soltanto se si parte dallo studio ed analisi dei bisogni del territorio che sono inevitabilmente legati a problematiche di carattere culturale e socio – economico.

Infatti, il territorio, povero di offerte lavorative che determinano un'alta incidenza di disoccupazione, nonché di servizi di supporto, viene abbandonato, soprattutto dai giovani che, pertanto, si allontanano anche dal sistema scolastico alimentando l'analfabetismo di ritorno. Ciò provoca la disgregazione delle reti familiari e sociali. I giovani, privi quindi di "speranze", di autostima e di sicurezza, senza più risorse culturali, e non supportati da adeguati valori familiari e tradizionali, finiscono col costruirsi un sottosistema sociale "artificiale", fino a raggiungere forme di disagio, microcriminalità, abuso di sostanze alcoliche e stupefacenti che li conducono alla mancanza di una progettualità quotidiana.

Questo quadro di estremo disagio sociale incide e agisce, specie in situazioni con problematiche psichiatriche che, in alcuni casi, possono sfociare in tentativi di suicidio e suicidi. Fra i fattori di rischio suicidario o tentato suicidio, in particolare in persone con disturbi mentali o con storia di abuso di sostanze stupefacenti, figurano problemi d'adattamento sociale, disoccupazione, divorzi e separazioni, il vivere da soli, lutti recenti, gravi problemi di salute concomitanti, una storia personale o familiare di tentati suicidi.

La maggior parte delle vittime di suicidio è affetta da disturbi mentali di tipo affettivo, con o senza manifestazioni psicotiche, o da un disturbo di personalità o fa abuso di sostanze stupefacenti (9-10).

Pertanto, il fattore di rischio più importante per un suicidio è la presenza di una malattia psichiatrica.

Si deve inoltre considerare che in aggiunta alle morti per suicidio, un numero almeno 10 volte superiore di persone mette in atto comportamenti suicidari non letali che tuttavia molto spesso richiedono cure mediche e non infrequentemente esitano in irreversibili disabilità (8).

Questi dati tuttavia non riescono a dare la misura dei costi complessivi sanitari e sociali del contesto in cui viene vissuta l'esperienza suicidaria e della sofferenza che ne consegue. La maggior parte delle persone coinvolte nell'evento andranno ad incrementare il numero degli utenti che afferiscono ai servizi di salute mentale ed agli altri servizi territoriali. Ciò si ripercuoterà inevitabilmente sui costi a cui la società deve far fronte. Se il danno economico determinato dal suicidio può essere stimato solo per difetto, tenendo conto della residua aspettativa di lavoro dell'individuo prima della pensione, elevati sono i costi sanitari sia diretti (per esempio per la cura della depressione da lutto in persone nella cui famiglia sia avvenuto un suicidio), sia indiretti (per esempio le difficoltà economiche delle persone la cui sussistenza dipendeva dalla persona morta per suicidio).

Stante l'analisi sopra riportata, che esprime con chiarezza la portata del fenomeno e le possibili cause (di natura sociale, culturale ed economica) si ritiene importante, al fine dell'implementazione di servizi di supporto e delle strategie di carattere preventivo a sostegno delle persone coinvolte, studiare ed analizzare il medesimo anche nell'area territoriale del Medio Campidano, che già evidenzia dei rilevanti fattori di rischio, per pervenire ad individuare le fasce d'età maggiormente colpite degli utenti dei servizi territoriali, le caratteristiche socio – culturali ed economiche, l'incidenza del fenomeno, le conseguenze familiari e sociali.

Al fine di realizzare quanto suddetto, occorre creare una rete di lavoro interistituzionale (Provincia, ASL e con il coinvolgimento dei Comuni) ed interdisciplinare (Rappresentanti dei servizi sociali e Sanitari), affinché la ricerca venga realizzata con la doppia connotazione, sociale e sanitaria, in quanto il suicidio e le conseguenze che comporta per le persone, le loro famiglie e l'ambiente circostante, devono essere prese in carico dai servizi socio – sanitari territoriali in forma congiunta.

Finalità ed obiettivi

- Studiare le caratteristiche sociali, demografiche e cliniche delle persone coinvolte nel fenomeno suicidario relativamente al territorio della ASL n. 6 comprendente un bacino d'utenza di circa 104.000 abitanti;
- identificare i gruppi di popolazione a rischio suicidario;
- proporre interventi atti alla promozione dell'agio ed alla riduzione del tasso di suicidio e tentativo di suicidio nella popolazione individuata.

Modalità di attuazione

Il progetto avrà durata biennale e si articolerà in tre fasi.

I fase (organizzativa e valutativa)

Costituzione di un'équipe di lavoro interdisciplinare;

formulazione delle schede sociali, demografiche e cliniche da utilizzare per la rilevazione dei suicidi e tentati suicidi occorsi negli ultimi 5 anni;

valutazione delle patologie concomitanti e delle modalità di compimento dei suicidi e dei tentativi suicidari nell'ambito della ASL n. 6 e confronto dei dati con quelli di altri servizi regionali che operano nella salute mentale;

analisi delle variabili sociali e psicologiche correlate al suicidio;

individuazione di gruppi di popolazione a rischio suicidario su cui indirizzare strategie di prevenzione.

II fase (attuativa)

Predisposizione di un progetto di fattibilità con l'implementazione di interventi preventivi in collaborazione con la Provincia, i rappresentanti dei Comuni e la ASL n. 6.

Il progetto di prevenzione primaria dovrà orientarsi sul rinforzo dei fattori protettivi degli alunni della classe I della scuola secondaria di secondo grado attraverso delle iniziative di formazione "circolari" offerte ai medesimi, alle loro famiglie ed ai docenti attraverso l'apertura di uno sportello d'ascolto (come indicato nell'area minori) a disposizione di tutti gli alunni iscritti al primo anno della scuola secondaria di secondo grado e agli alunni della scuola secondaria di primo grado. Gli obiettivi delle azioni suddette saranno i seguenti: sviluppare la conoscenza e la consapevolezza delle proprie emozioni e la capacità di gestirle nel rapporto con se stessi e con gli altri – intelligenza emotiva - potenziare, accrescere l'autostima, l'autoefficacia e l'autodeterminazione al fine di formare uno studente consapevole delle proprie potenzialità e competenze capacità, capace di stimarsi, di prendere decisioni e di porsi in relazione agli altri e al mondo in modo sereno e costruttivo.

Formulazione di linee guida per i medici di base, i servizi sanitari, le scuole superiori, i familiari di utenti con disturbi psichiatrici gravi, da divulgare tramite incontri programmati.

Indicatori, metodologie e strumenti

L'équipe interistituzionale ed interdisciplinare si riunirà ogni quindici giorni per un totale di 70 ore (attività di pianificazione, di coordinamento, di monitoraggio, di valutazione). Verrà predisposta ed utilizzata una scheda sociale, demografica e clinica per la raccolta dei dati e delle informazioni sui suicidi avvenuti negli ultimi 5 anni nel territorio della ASL n. 6. Verrà creato un archivio dei dati raccolti.

Valutazione di circa 2000 utenti in carico al Servizio Tutela della Salute Mentale. Il risultato di questa fase richiede circa 200 ore di valutazione standardizzata. Il risultato potrà considerarsi raggiunto se sarà valutato almeno il 70% degli utenti.

Si produrranno e pubblicheranno i risultati della ricerca attraverso un opuscolo informativo.

Equipe di ricerca e competenze

L'équipe di ricerca sarà composta da:

Direttore Servizio Tutela Salute Mentale ASL n. 6

Dirigente Medico Psichiatra del Centro di Salute Mentale di Sanluri;

Assistenti Sociali (Provincia, Comuni, CSM - ASL)

Psicologa della ASL n. 6 di Sanluri e 1 tirocinanti psicologi*;

- Consulente esperto (possibilmente appartenente all'Università degli studi di Cagliari).

Tale équipe ha il compito di prefissare gli obiettivi e le finalità della ricerca (es. dall'impostazione delle schede di rilevazione alle modalità di raccolta dei dati). Il gruppo dovrà

monitorare in itinere l'andamento della ricerca al fine anche di rimodulare la medesima sulla base di eventuali difficoltà emerse o di interventi diretti presso enti e/o operatori per una partecipazione e collaborazione più fattiva.

A conclusione della ricerca il gruppo, sostenuto anche dall'apporto dell'équipe operativa, dovrà elaborare e decodificare i dati e le informazioni raccolte ai fini della predisposizione di un programma di interventi di prevenzione e supporto e gestione.

Il progetto verrà realizzato nel corso degli anni 2007-2008

Equipe operativa e competenze

1 Assistente Sociale;

1 Psicologo;

1 tirocinanti psicologi* che verranno seguiti dalla Psicologa Tutor della ASL n. 6 di Sanluri.

Tali professionisti saranno coinvolti dall'équipe di ricerca nella fase della predisposizione degli obiettivi e finalità della ricerca (elaborazione schede, modalità operative e decodificazione).

Dovranno interagire con i servizi territoriali al fine di raccogliere i dati e le informazioni, sia sul territorio, che con l'utenza locale, ai fini di modulare e personalizzare l'attività di studio e analisi.

Delle suddette figure professionali, l'A.S. e lo Psicologo, ognuna per le specifiche competenze e per l'esperienza diretta sul campo, dovranno essere coinvolte soprattutto nella seconda fase del progetto (fase di programmazione e di operatività sul territorio) inerente gli interventi di prevenzione primaria nelle scuole.

Verrà rimandata alla fase conclusiva della ricerca la programmazione di specifici interventi che saranno adattati ai bisogni emersi.

Risorse finanziarie, strutturali ed umane

STUDIO E ANALISI DEL FENOMENO SUICIDARIO SPESE				
OPERATORI	N° ORE	COSTO ORA/UOMO	IMPORTI	Fonti di finanziamento
Psicologo	1275	€ 25,00	€ 31.875,00	ASL
Assistente sociale	1275	€ 25,00	€ 31.875,00	Provincia
Spese generali per il funzionamento			€ 2.000,00	Provincia
Tirocinanti			€ 1.000,00	Provincia
Materiale facile consumo			€ 1.000,00	Provincia
Stampa opuscolo			€ 2.250,00	€ 2.125,00 a carico della ASL e € 125,00 a carico della Provincia
TOTALE			€ 70.000,00	

COSTO COMPLESSIVO PROGETTO € 70.000,00 DI CUI € 35.000,00 ANNO 2007 E € 35.000,00 ANNO 2008.

H) PROGETTAZIONE INTEGRATA E PLUS

(Valutazione relativa alla coerenza tra progettazione integrata e PLUS)

Le linee guida per la predisposizione dei Piani Locali Unitari alla Persona sanciscono l'idea di una strategia di sviluppo locale unitaria fondata sull'analisi delle peculiarità del territorio e sul suo potenziale di sviluppo. Il territorio si interroga, individua i bisogni, definisce le strategie d'intervento ed elabora un piano strategico di cambiamento globale con la partecipazione dei vari attori istituzionali e comunitari. Nasce così l'idea di un contratto tra diversi soggetti che si impegnano, ciascuno per la propria parte a favorire la crescita della propria "Zona" anche attraverso l'apporto di risorse comunitarie.

Qualunque ipotesi progettuale deve essere, innanzi tutto, un "Progetto Integrato" al fine di garantire la razionalizzazione delle risorse nell'ottica del perseguimento della massima efficacia possibile.

Questo principio, nato in ambito UE, impone un cambiamento nell'impostazione metodologica per la definizione di progetti locali di sviluppo che, necessariamente, devono essere complementari nel perseguimento di un obiettivo generale ampio.

Nasce, così, la previsione secondo la quale I PATTI PER IL SOCIALE rappresentano lo schema di riferimento e costituiscono impegni prioritari per l'attuazione del PLUS.

La necessità di rispettare il mandato istituzionale ha imposto al Gtp di attivare una fase di indagine volta alla conoscenza dei contenuti espressi nel PATTO e/o nei PATTI PER IL SOCIALE elaborati nell'ambito del distretto di Sanluri e, conseguentemente, di predisporre un PLUS coerente, quanto più possibile con la progettualità espressa in sede di progettazione integrata.

Ci troviamo innanzi un percorso che è ancora in fase procedurale e, pertanto, imperfetto. Come noto il 20.XII.06 rappresenta il termine ultimo per la presentazione, ai competenti organi della RAS, dei progetti di inclusione sociale elaborati nell'ambito di ciascun patto per il sociale ammesso alla progettazione integrata a seguito della presentazione di manifestazione di interesse. L'approvazione del PLUS è prevista, invece, entro il 30.XI.06.

Ciò significa che i contenuti cui far riferimento per definire gli impegni prioritari da inserire all'interno del PLUS sono imprecisi perché espressione di una progettualità in progress da perfezionare nei contenuti.

Nonostante questa anomalia procedurale, si è cercato di garantire la massima complementarietà possibile tra i due percorsi progettuali:

- L'ambito di riferimento dei Patti per il sociale coincide con l'ambito territoriale del PLUS ed è rappresentato dal Distretto di Sanluri - Asl n° 6;
- Le azioni e gli interventi previsti nel Patto per il Sociale (fase "manifestazione d'interesse") hanno rappresentato impegni prioritari per l'elaborazione del PLUS;
- I settori d'intervento individuati dalla Conferenza di Servizi, quali ambiti prioritari per la predisposizione del PLUS e dei Patti per il sociale sono coincidenti.

E' stata attivata la fase conclusiva della progettazione integrata attraverso l'apertura dei tavoli di partenariato. Sono stati costituiti cinque gruppi di lavoro, uno per ogni settore d'intervento (così come su presentati), che hanno il compito di elaborare i progetti integrati di inclusione sociale in stretta collaborazione con il Gtp.

Questa procedura permetterà di elaborare dei documenti progettuali perfettamente coerenti e complementari al PLUS con la massima previsione di integrazione vicendevole.

L) SETTORE DI FUNZIONAMENTO E SUPPORTO ALLE VARIE AREE DI INTERVENTO: MONITORAGGIO E VALUTAZIONE, PROGRAMMAZIONE, COORDINAMENTO E GESTIONE

1. Risorse finanziarie strutturali e umane

Il Piano Locale Unitario dei servizi alla Persona con la formula dell'accordo di programma consente di trasformare i vincoli in opportunità attraverso la ottimizzazione delle risorse, l'omogeneizzazione dei criteri di erogazione, l'individuazione di livelli adeguati per le prestazioni. Nel PLUS sono infatti definiti i livelli essenziali di politica sociale garantiti ai cittadini del territorio di riferimento nonché il volume delle risorse disponibili attraverso le varie forme di finanziamento. In tal senso il bilancio del PLUS si attua con le stesse caratteristiche dei bilanci comunali e tiene conto dei possibili interventi regionali, comunitari etc.

Nel PLUS sono definite le decisioni, le strategie, gli obiettivi, il sistema di gestione dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari per il governo dell'offerta in risposta alla domanda emergente dal territorio del Distretto di Sanluri. Nell'individuazione degli interventi prioritari si è tenuto conto oltre che degli orientamenti ed indirizzi definiti dal Piano Regionale dei Servizi Sociali e Sanitari, il cui iter di approvazione è ancora in corso e delle indicazioni della L.R. 23/05 e della L.R. 10/06 anche e soprattutto dei bisogni emersi nel corso delle varie *conferenze di settore: "Tavoli tematici", "Tavoli di Sintesi", "Conferenze di Co-progettazione"* che hanno rappresentato il processo metodologico, tecnico e strategico che ha portato alla predisposizione del PLUS;

I Comuni, la Provincia, l'Azienda Sanitaria Locale n. 6 si impegnano a realizzare gli interventi e i servizi in esso previsti, mettendo a disposizione risorse finanziarie, strutturali e umane come indicato nelle singole azioni del presente documento e nell'accordo di programma.

In particolare i comuni si impegnano per l'annualità 2007:

- a contribuire con la quota del 20% per la gestione associata quantificata in €. 709.439,35;
- a garantire la disponibilità del personale addetto ai servizi sociali;
- a mettere a disposizione strutture e attrezzature;
- a rendere fruibili eventuali altre risorse economiche provenienti da trasferimenti regionali, statali ed europei.

La provincia si impegna per l'annualità 2007:

- a contribuire con risorse finanziarie quantificate in €. 145.540,00;
- a garantire la disponibilità di risorse necessarie ad integrazione dei trasferimenti regionali, per favorire l'implementazione delle attività programmate dal Plus compatibilmente con le capacità finanziarie dell'Ente ;
- a garantire la disponibilità del personale addetto ai servizi sociali;
- a mettere a disposizione strutture e attrezzature;
- a rendere fruibili eventuali altre risorse economiche provenienti da trasferimenti regionali, statali ed europei.

L'Azienda Sanitaria Locale n° 6 – Distretto di Sanluri si impegna per l'annualità 2007:

- a garantire la disponibilità di personale addetto ai servizi sanitari e socio-sanitari;
- a mettere a disposizione strutture e attrezzature;

I soggetti sociali solidali, di cui all'articolo 10 della LR 23/2005, si impegnano, per l'annualità 2007 a garantire la disponibilità di personale, mezzi e attrezzature così come risulta dalla dichiarazione resa, con assunzione di responsabilità, all'atto della sottoscrizione dell'accordo di programma relativo all'adozione del corrente PLUS.

Nel prospetto allegato "A" in appendice sono stati riepilogati gli interventi del presente PLUS con l'indicazione di tutte le azioni previste per l'annualità 2007. Relativamente alle azioni in programma per gli anni successivi: 2008, 2009 si prevede un aggiornamento con indicazioni di maggior dettaglio in una fase successiva.

2. Disciplina premialità per i soggetti privati firmatari dell'accordo di programma.

I soggetti pubblici dell'ambito del distretto di Sanluri e i soggetti privati solidali di cui all'art.10 della L.R. 23/05 firmatari dell'accordo di programma concorrono congiuntamente all'attuazione del presente PLUS promuovendo lo sviluppo dello stato di benessere dell'individuo mediante un sistema di servizi ed interventi sociali e sociosanitari integrati. Ciò implica la necessità di individuare una cornice di riferimento certa nella quale collocare i rapporti delle singole associazioni che compongono il 3° settore. L'offerta dei servizi deve, infatti, essere personalizzata con interventi "flessibili" integrando i vari soggetti che operano dentro una regia "pubblica".

Appare, pertanto, indispensabile, valorizzare la rete esistente nel territorio che ha già manifestato la volontà di contribuire alla realizzazione del nuovo percorso. Questo può essere garantito attraverso forme di "riconoscimento" dell'impegno espresso che può tradursi in "premieria" da spendere all'atto dell'affidamento dei servizi.

Allo scopo dovrà essere predisposto un apposito regolamento che fissi una serie di criteri di merito per l'attribuzione di "crediti" determinati sulla base degli impegni assunti in fase di sottoscrizione dell'accordo di programma da cooperative, associazioni e/o altro operanti nel settore dei servizi alla persona.

La predisposizione di tale documento sarà affidata ad un gruppo di lavoro costituito oltre che da soggetti pubblici, da rappresentanti del 3° settore e dalle forze sindacali locali.

3. Gruppo Tecnico di PLUS

In attesa della realizzazione dell'Osservatorio delle Politiche sociali, il Gruppo tecnico di PLUS provvederà a:

- rappresentare le condizioni di salute e di benessere sociale della popolazione mediante la raccolta, l'analisi e l'interpretazione dei dati demografici, epidemiologici, sociali, ambientali disponibili, nonché mediante la predisposizione di osservazioni finalizzate;
- identificare l'offerta dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, nonché le risorse di altri settori della comunità che possono contribuire alla promozione della salute della popolazione;
- effettuare la ricognizione, in grado di evidenziare possibili squilibri territoriali, delle strutture socio assistenziali esistenti o in via di realizzazione e un'analisi dell'offerta (effettiva e potenziale) dei servizi che tali strutture sono in grado di fornire rispetto ai bisogni del territorio;
- proporre obiettivi di salute e di benessere sociale (riferiti a determinanti sociali, sanitari e non sanitari della salute) coerenti con i bisogni identificati;

- proporre azioni appropriate per il raggiungimento degli obiettivi di salute identificati, utilizzando, ove disponibili, le informazioni scientifiche che dimostrino l'efficacia degli interventi proposti;
- stimare le risorse necessarie alla realizzazione delle azioni proposte, basandosi sull'offerta dei servizi disponibili, sulla mobilitazione di altre risorse presenti nella comunità e proponendo gli eventuali investimenti necessari secondo una logica di razionalizzazione e ottimizzazione dei servizi;
- proporre iniziative di coinvolgimento e rafforzamento della comunità locale, allo scopo di condividere le scelte di politica sociosanitaria e di identificare le risorse della comunità locale utilizzabili per migliorare il livello di benessere e la qualità di vita della popolazione;
- predisporre le informazioni, i criteri e i metodi che consentano la valutazione degli obiettivi, delle azioni, del corretto utilizzo delle risorse impiegate.
- raccordarsi con l'Osservatorio provinciale delle politiche sociali allorché esso sarà costituito.

Al Gruppo tecnico di PLUS compete, altresì:

- la funzione di coordinamento tecnico dell'ufficio di piano;
- la funzione di raccordo tra la Conferenza dei servizi e l'ufficio di piano;
- il recepimento delle istanze e dei contributi provenienti dalla Conferenza di programmazione.

4. L' Ufficio di Piano

Al fine di garantire la dotazione di una struttura organica per l'attuazione del presente PLUS si ritiene fondamentale istituire un **ufficio di piano** al quale affidare i compiti relativi alla predisposizione degli atti:

- per l'organizzazione delle azioni, interventi e servizi previsti nel PLUS e per l'eventuale affidamento a terzi;
- per l'assolvimento da parte dell'organismo individuato per la gestione associata dell'obbligo di rendicontazione;
- per il funzionamento dell'ufficio di piano medesimo (spese e beni strumentali e beni di consumo, percentuale per i costi generali di funzionamento quali telefono, personale ecc);
- per la materiale erogazione delle somme destinate a finanziamento dei soggetti che gestiscono i servizi (comuni, privato sociale, privati che agiscono in regime di convenzione);

Compete, altresì, qualunque adempimento di carattere amministrativo necessario per l'attuazione del PLUS.

L'Ufficio di piano svolge, tra le altre, la funzione di raccordo tra i vari gruppi di lavoro, favorendone le relazioni e le opportune integrazioni.

L'Ufficio di Piano sarà costituito dalle seguenti figure professionali:

- un impiegato amministrativo
- un operatore sociale
- Responsabile del Servizio Sociale del Comune Capofila

e potrà essere rafforzato attraverso l'introduzione di ulteriori figure individuate mediante il ricorso all'istituto del comando e/o del distacco.

I componenti dell'Ufficio di Piano, di norma, saranno individuati tra il personale dipendente o convenzionato dei Comuni afferente allo specifico settore di attività e stabilmente addetto ai servizi ricompresi nelle varie aree di intervento, anche attraverso l'istituto del comando.

Nel caso di impossibilità a ricorrere allo strumento del comando, in alternativa si può ricorrere a professionalità esterne, assunte con una delle forme contrattuali previste dalla normativa vigente;

APPENDICE "ALLEGATI"

Tabella 1: ripartizione territoriale, superficie, nel distretto di Sanluri. Anno 2005

SUB AREA	N°	COMUNE	SUPERFICIE Kmq
MARMILLA	1	BARUMINI	26,57
	2	COLLINAS	20,79
	3	FURTEI	26,12
	4	GENURI	7,55
	5	GESTURI	46,87
	6	LAS PLASSAS	11,14
	7	LUNAMATRONA	20,57
	8	PAULI ARBAREI	15,12
	9	SEGARIU	16,69
	10	SETZU	7,82
	11	SIDDI	11,02
	12	TUILI	24,50
	13	TURRI	9,64
	14	USSARAMANNA	9,75
	15	VILLAMAR	38,64
	16	VILLANOVAFORRU	10,97
	17	VILLANOVAFRANCA	27,46
CAMPIDANO	1	SAMASSI	42,21
	2	SANLURI	84,16
	3	SERRAMANNA	83,90
	4	SERRENTI	42,82
TOTALE	21		253,09
TOTALE DISTRETTO			584,31

Fonte: bilancio Istat 2005

Tabella 3: Saldo Naturale (S.N) e Saldo Migratorio (S.M). Distretto di Sanluri. Periodo 2002-2005.

COMUNI	2002		2003		2004		2005	
	S.N		S.N		S.N	S.M	S.N	S.M
Barumini	-3	0	-12	-14	-5	10	-8	5
Collinas	-10	-7	-12	-6	-5	-14	-6	-11
Furtei	-9	-1	-23	1	-3	-21	0	9
Genuri	-5	-3	-5	2	-2	2	-4	1
Gesturi	-9	-9	-9	-16	-7	3	-5	1
Las Plassas	0	-2	0	3	3	2	-4	12
Lunamatrona	-11	0	-23	5	-11	-4	-8	18
Pauli Arbarei	0	-2	1	-2	2	-6	-6	-10
Samassi	4	80	-8	-14	-15	0	-1	10
Sanluri	0	22	-6	16	-25	8	-6	8
Segariu	3	-1	-8	9	-3	-3	-5	2
Serramanna	-23	14	-22	-51	-3	-17	-18	-39
Serrenti	0	-33	-17	5	-5	6	-15	-5
Setzu	-1	1	-3	0	-3	0	-4	1
Siddi	0	-9	-8	1	-1	0	-8	-6
Tuili	-4	-7	-9	-1	-6	-3	0	-2
Turri	-6	-5	-12	-2	-2	-6	-5	0
Ussaramanna	-2	-2	-3	0	-2	5	-8	-9
Villamar	2	-4	-14	-17	-10	-3	2	14
Villanovaforru	-5	3	3	-1	0	11	-1	-4
Villanovafranca	-7	-3	-20	14	-5	10	-7	-4
Distretto di Sanluri	-86	32	-210	-68	-108	-20	-117	-9

Fonte: rielaborazione propria dati Istat. Bilanci 2002-2005

Tabella 4:tassi di natalità (T.N) e tassi di mortalità (T.M). Distretto. Periodo 2003-2005.

COMUNI	2002		2003		2004		2005	
	T.N	T.M	T.N	T.M	T.N	T.M	T.N	T.M
Barumini	7,76	9,88	7,13	15,68	7,90	11,49	5,02	10,76
Collinas	2,00	12,01	1,02	13,24	7,27	12,45	4,23	10,58
Furtei	6,44	11,71	4,73	18,32	7,79	9,59	6,62	6,62
Genuri	7,87	21,00	2,66	15,98	5,35	10,70	0,00	10,74
Gesturi	4,23	10,59	3,58	10,03	4,34	9,41	5,81	9,44
Las Plassas	7,46	7,46	11,17	11,17	14,68	3,67	7,17	21,51
Lunamatrona	7,59	13,55	3,28	15,85	4,96	11,03	6,63	11,04
Pauli Arbarei	8,38	8,38	8,40	7,00	7,02	4,21	8,55	17,09
Samassi	7,32	6,57	8,03	9,52	5,62	8,43	9,18	9,37
Sanluri	8,79	8,79	7,48	8,19	7,25	10,18	7,85	8,55
Segariu	7,37	5,16	5,89	11,78	7,37	9,59	2,96	6,66
Serramanna	7,23	9,64	8,00	10,32	7,30	7,62	7,54	9,45
Serrenti	7,38	7,38	5,07	8,38	6,63	7,61	6,26	9,19
Setzu	12,05	18,07	0,00	18,24	6,19	24,77	6,31	31,55
Siddi	5,02	5,02	1,27	11,41	7,65	8,92	2,57	12,87
Tuili	6,82	10,23	6,02	13,77	6,07	11,28	9,59	9,59
Turri	1,90	13,27	7,77	31,07	3,97	7,94	2,01	12,06
Ussaramanna	6,57	9,85	13,21	18,17	4,95	8,26	5,01	18,38
Villamar	8,79	8,12	7,82	12,58	6,85	10,28	8,22	7,53
Villanovaforru	4,30	11,48	12,91	8,61	9,95	9,95	11,32	12,74
Villanovafranca	7,40	12,10	3,38	16,90	10,15	13,53	4,74	9,49
Distretto di Sanluri	7,33	9,16	6,69	11,17	6,92	9,23	7,08	9,60

Fonte: rielaborazione su dati Istat. Bilanci 2003-3005

Tabella 5: popolazione anziana suddivisa per classi di età. Distretto di Sanluri. Anno 2001

COMUNI	65-69	70-74	75-79	80-84	85e più	totale anziani	totale popolazione
Barumini	89	192	54	42	43	420	1413
Collinas	69	136	47	32	42	326	1014
Furtei	93	197	57	43	39	429	1723
Genuri	26	52	25	11	14	128	386
Gesturi	87	146	73	35	33	374	1430
Las Plassas	17	35	14	9	9	84	269
Lunamatrona	123	222	79	46	55	525	1858
Pauli Arbarei	56	103	29	8	10	206	720
Samassi	277	575	167	97	100	1216	5274
Sanluri	397	905	250	158	137	1847	8519
Segariu	66	138	56	23	17	300	1358
Serramanna	439	932	321	189	183	2064	9545
Serrenti	250	494	198	101	84	1127	5174
Setzu	9	26	13	4	8	60	166
Siddi	41	79	33	18	15	186	799
Tuili	104	181	66	38	26	415	1185
Turri	41	85	27	23	17	193	533
Ussaramanna	43	84	28	19	21	195	611
Villamar	168	341	106	63	51	729	2960
Villanovaforru	45	93	31	22	20	211	700
Villanovafranca	96	176	74	24	38	408	1491
Distretto Sanluri	2536	5192	1748	1005	962	11443	47128

Fonte: rielaborazione dati Istat 2001

Tabella 7: Struttura della popolazione residente per sesso e classe di età - distretto di Sanluri- Censimento 2001.

COMUNI	CLASSI ETA'																		Tot. pop.
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85e+	
Barumini	58	61	80	89	88	93	91	127	91	76	78	71	103	89	192	54	42	43	1413
Collinas	36	34	42	38	61	87	81	72	57	69	61	62	67	69	136	47	32	42	1014
Furtei	71	75	99	118	106	109	133	130	139	111	102	100	104	93	197	57	43	39	1723
Genuri	9	10	26	18	22	20	16	23	32	26	26	25	26	26	52	25	11	14	386
Gesturi	54	60	93	98	73	97	108	104	104	79	96	77	59	87	146	73	35	33	1430
Las Plassas	7	13	15	13	21	12	12	16	19	21	18	22	18	17	35	14	9	9	269
Lunamatrona	61	82	97	124	120	116	102	158	138	123	118	104	99	123	222	79	46	55	1858
Pauli Arbarei	32	41	33	45	39	53	77	56	49	36	39	29	47	56	103	29	8	10	720
Samassi	209	224	280	327	368	401	402	395	395	407	367	305	298	277	575	167	97	100	5274
Sanluri	370	404	442	509	609	683	714	723	614	583	546	517	508	397	905	250	158	137	8519
Segariu	60	76	94	92	67	96	114	128	110	90	67	62	72	66	138	56	23	17	1358
Serramanna	366	401	504	658	741	785	738	782	747	693	605	524	493	439	932	321	189	183	9545
Serrenti	185	232	327	340	425	373	363	383	414	367	359	287	244	250	494	198	101	84	5174
Setzu	5	4	5	11	2	13	10	14	9	9	9	7	17	9	26	13	4	8	166
Siddi	37	29	50	52	42	54	53	66	70	62	56	43	38	41	79	33	18	15	799
Tuili	40	44	44	59	63	78	101	76	63	80	79	61	77	104	181	66	38	26	1185
Turri	8	16	24	24	33	29	32	28	30	35	38	39	44	41	85	27	23	17	533
Ussaramanna	22	22	19	29	35	40	51	57	28	39	36	41	41	43	84	28	19	21	611
Villamar	128	150	172	177	193	256	243	227	201	177	183	136	173	168	341	106	63	51	2960
Villanovaforru	26	25	31	40	29	49	59	64	46	49	32	44	48	45	93	31	22	20	700
Villanovafranca	53	59	66	98	113	119	99	98	107	77	98	90	80	96	176	74	24	38	1491
Distretto Sanluri	1784	2062	2543	2959	3250	3563	3599	3727	3463	3209	3013	2646	2656	2536	5192	1748	1005	962	47128

Fonte: rielaborazione propria su dati Istat 2001

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

Comune	Popolazione al 1° Gennaio - Totale	Nati - Totale	Morti - Totale	Saldo Naturale - Totale	Iscritti da altri comuni - Totale	Iscritti dall'estero - Totale	Altri iscritti - Totale	Cancellati per altri comuni - Totale	Cancellati per l'estero - Totale	Altri cancellati - Totale	Saldo Migratorio - Totale	Popolazione al 31 Dicembre - Totale
Barumini	1419	11	14	-3	20	1	2	21	1	1	0	1416
Collinas	1008	2	12	-10	6	3	0	15	1	0	-7	991
Furtei	1713	11	20	-9	21	0	0	21	1	0	-1	1703
Genuri	385	3	8	-5	1	1	0	5	0	0	-3	377
Gesturi	1426	6	15	-9	20	2	0	29	2	0	-9	1408
Las Plassas	269	2	2	0	4	1	0	7	0	0	-2	267
Lunamatrona	1850	14	25	-11	20	1	1	17	5	0	0	1839
Pauli Arbarei	717	6	6	0	8	0	0	9	1	0	-2	715
Samassi	5285	39	35	4	35	13	83	48	3	0	80	5369
Sanluri	8524	75	75	0	97	16	1	89	3	0	22	8546
Segariu	1356	10	7	3	20	0	0	18	3	0	-1	1358
Serramanna	9545	69	92	-23	132	16	11	135	10	0	14	9536
Serrenti	5169	38	38	0	32	1	2	64	3	1	-33	5136
Setzu	166	2	3	-1	2	0	0	1	0	0	1	166
Siddi	801	4	4	0	13	0	1	22	1	0	-9	792
Tuili	1178	8	12	-4	14	0	0	21	0	0	-7	1167
Turri	533	1	7	-6	2	1	0	7	1	0	-5	522
Ussaramanna	611	4	6	-2	11	0	0	12	1	0	-2	607
Villamar	2958	26	24	2	34	4	2	39	5	0	-4	2956
Villanovaforru	698	3	8	-5	9	0	0	6	0	0	3	696
Villanovafranca	1492	11	18	-7	19	1	0	23	0	0	-3	1482
Distretto di Sanluri	47103	345	431	-86	520	61	103	609	41	2	32	47049

Fonte: rielaborazione propria dati Istat. Bilancio 2002

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

Comune	Popolazione al 1° Gennaio - Totale	Nati - Totale	Morti - Totale	Saldo Naturale - Totale	Iscritti da altri comuni - Totale	Iscritti dall'estero - Totale	Altri iscritti - Totale	Cancellati per altri comuni - Totale	Cancellati per l'estero - Totale	Altri cancellati - Totale	Saldo Migratorio - Totale	Popolazione al 31 Dicembre - Totale
Barumini	1416	10	22	-12	19	0	0	31	0	2	-14	1390
Collinas	991	1	13	-12	5	2	0	13	0	0	-6	973
Furtei	1703	8	31	-23	21	1	3	20	1	3	1	1681
Genuri	377	1	6	-5	11	0	0	9	0	0	2	374
Gesturi	1408	5	14	-9	10	0	2	24	1	3	-16	1383
Las Plassas	267	3	3	0	8	4	0	6	3	0	3	270
Lunamatrona	1839	6	29	-23	28	2	7	26	5	1	5	1821
Pauli Arbarei	715	6	5	1	4	1	4	10	0	1	-2	714
Samassi	5369	43	51	-8	38	4	19	67	8	0	-14	5347
Sanluri	8546	64	70	-6	116	17	44	111	10	40	16	8556
Segariu	1358	8	16	-8	23	4	4	15	3	4	9	1359
Serramanna	9536	76	98	-22	105	14	7	147	24	6	-51	9463
Serrenti	5136	26	43	-17	44	5	1	41	1	3	5	5124
Setzu	166	0	3	-3	3	0	0	3	0	0	0	163
Siddi	792	1	9	-8	10	4	4	13	0	4	1	785
Tuili	1167	7	16	-9	12	0	0	13	0	0	-1	1157
Turri	522	4	16	-12	4	4	1	10	0	1	-2	508
Ussaramanna	607	8	11	-3	10	1	2	11	0	2	0	604
Villamar	2956	23	37	-14	24	1	2	37	4	3	-17	2925
Villanovaforru	696	9	6	3	5	7	1	12	1	1	-1	698
Villanovafranca	1482	5	25	-20	30	0	2	16	0	2	14	1476
Distretto Sanluri	47049	314	524	-210	530	71	103	635	61	76	-68	46771

Fonte: rielaborazione propria dati Istat. Bilancio 2003

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

Comune	Popolazione al 1° Gennaio - Totale	Nati - Totale	Morti - Totale	Saldo Naturale - Totale	Iscritti da altri comuni - Totale	Iscritti dall'estero - Totale	Altri iscritti - Totale	Cancellati per altri comuni - Totale	Cancellati per l'estero - Totale	Altri cancellati - Totale	Saldo Migratorio - Totale	Popolazione al 31 Dicembre - Totale
Barumini	1390	11	16	-5	25	6	1	22	0	0	10	1395
Collinas	973	7	12	-5	6	0	0	17	2	1	-14	954
Furtei	1681	13	16	-3	19	3	1	42	0	2	-21	1657
Genuri	374	2	4	-2	7	1	0	6	0	0	2	374
Gesturi	1383	6	13	-7	17	0	0	13	1	0	3	1379
Las Plassas	270	4	1	3	6	1	0	4	1	0	2	275
Lunamatrona	1821	9	20	-11	24	2	0	29	1	0	-4	1806
Pauli Arbarei	714	5	3	2	5	0	0	11	0	0	-6	710
Samassi	5347	30	45	-15	61	7	0	57	11	0	0	5332
Sanluri	8556	62	87	-25	116	23	9	131	9	0	8	8539
Segariu	1359	10	13	-3	21	8	0	24	8	0	-3	1353
Serramanna	9463	69	72	-3	118	19	1	144	11	0	-17	9443
Serrenti	5124	34	39	-5	63	1	1	55	4	0	6	5125
Setzu	163	1	4	-3	3	0	0	3	0	0	0	160
Siddi	785	6	7	-1	10	2	0	10	2	0	0	784
Tuili	1157	7	13	-6	11	0	1	14	0	1	-3	1148
Turri	508	2	4	-2	4	3	0	9	4	0	-6	500
Ussaramanna	604	3	5	-2	13	1	0	8	1	0	5	607
Villamar	2925	20	30	-10	38	3	0	41	3	0	-3	2912
Villanovaforru	698	7	7	0	15	1	1	6	0	0	11	709
Villanovafranca	1476	15	20	-5	22	4	0	16	0	0	10	1481
Distretto di Sanluri	46771	323	431	-108	604	85	15	662	58	4	-20	46643

Fonte: rielaborazione propria dati Istat. Bilancio 2004

Tavola IV: Bilancio demografico anno 2005 e popolazione residente al 31 Dicembre

COMUNE	Popolazione al 01.01.05	Nati	Morti	Saldo naturale	Saldo migratorio e altri	Popolazione al 31.12.05
Barumini	1395	7	15	-8	5	1392
Collinas	954	4	10	-6	-11	937
Furtei	1657	11	11	0	9	1666
Genuri	374	0	4	-4	1	371
Gesturi	1379	8	13	-5	1	1375
Las Plassas	275	2	6	-4	12	283
Lunamatrona	1806	12	20	-8	18	1816
Pauli Arbarei	710	6	12	-6	-10	694
Segariu	1353	4	9	-5	2	1350
Setzu	160	1	5	-4	1	157
Siddi	784	2	10	-8	-6	770
Tuili	1148	11	11	0	-2	1146
Turri	500	1	6	-5	0	495
Ussaramanna	607	3	11	-8	-9	590
Villamar	2912	24	22	2	14	2928
Villanovaforru	709	8	9	-1	-4	704
Villanovafranca	1481	7	14	-7	-4	1470
Samassi	5332	49	50	-1	10	5341
Sanluri	8539	67	73	-6	8	8541
Serramanna	9443	71	89	-18	-39	9386
Serrenti	5125	32	47	-15	-5	5105
Distretto di Sanluri	46643	330	447	-117	-9	46517

Fonte: rielaborazione propria dati Istat. Bilancio 2005

Tavola V: popolazione straniera residente per area geografica di cittadinanza, distribuita nei due distretti della Provincia. Anno 2001.

COMUNI	Aree geografiche di provenienza						
	Europa	Africa	Asia	America	Oceania	Apolidi	Totale
Barumini	1	2	-	-	-	-	3
Collinas	-	-	-	-	-	-	-
Furtei	3	-	-	-	-	-	3
Genuri	-	-	-	-	-	-	-
Gesturi	1	2	-	-	-	-	3
Las Plassas	-	1	-	-	-	-	1
Lunamatrona	-	-	-	-	-	-	-
Pauli Arbarei	2	-	-	-	-	-	2
Samassi	13	3	-	1	1	-	18
Sanluri	21	4	1	1	1	-	28
Segariu	1	1	-	-	-	-	2
Serramanna	15	7	-	2	-	-	24
Serrenti	7	1	-	2	-	-	10
Setzu	-	-	-	-	-	-	-
Siddi	-	2	-	1	-	-	3
Tuili	1	-	-	-	-	-	1
Turri	1	1	-	-	-	-	2
Ussaramanna	2	-	1	-	-	-	3
Villamar	4	-	-	1	-	-	5
Villanovaforru	2	-	-	-	-	-	2
Villanovafranca	-	-	2	-	-	-	2
Provincia	181	59	14	14	2	0	270
Distretto di Sanluri	74	24	4	8	2	0	112

Fonte: Censimento Istat 2001

Tavola VI: cittadini stranieri. Bilancio demografico anno 2004 e popolazione residente al 31 Dicembre. Provincia Medio Campidano

COMUNI	RESIDENTI AL 1 GENNAIO	NATI	ISCRITTI	MORTI	CANCELLATI	RESIDENTI AL 31 DICEMBRE	MINORENNI	POP. MEDIA	POP. TOTALE	%STRANIERI
Barumini	2	0	7	0	0	9	3	5,5	7000	0,08
Collinas	1	0	0	0	0	1	4	1	12615	0,01
Furtei	4	0	1	0	1	4	1	4	2983	0,13
Genuri	3	0	1	0	1	3	0	3	9294	0,03
Gesturi	1	0	0	0	0	1	1	1	4318	0,02
Las Plassas	1	0	1	0	0	2	6	1,5	963,5	0,16
Lunamatrona	1	0	1	0	0	2	0	1,5	1669	0,09
Pauli Arbarei	0	0	0	0	0	0	13	0	1381	0
Samassi	9	0	3	0	1	11	0	10	272,5	3,67
Sanluri	55	0	17	0	8	64	16	59,5	712	8,36
Segariu	2	0	1	0	1	2	0	2	8547,5	0,02
Serramanna	26	1	14	0	3	37	0	31,5	1356	2,32
Serrenti	10	0	7	0	4	13	2	11,5	9453	0,12
Setzu	0	0	0	0	0	0	0	0	5124,5	0
Siddi	6	0	3	0	0	9	2	7,5	161,5	4,64
Tuili	0	0	0	0	0	0	0	0	784,5	0
Turri	2	0	3	1	1	4	2	3	1152,5	0,26
Ussaramanna	1	0	0	0	0	1	2	1	504	0,2
Villamar	4	1	4	0	0	8	2	6	2918,5	0,21
Villanovaforru	5	0	0	0	0	5	6	5	703,5	0,71
Villanovafranca	1	0	3	0	1	3	0	2	1478,5	0,14
distretto Sanluri	141	3	72	1	21	192	61	166,5	73392	0,23
Distretto di Guspini	181	2	42	0	13	210	40	195,5	31079	0,63
Provincia	322	5	114	1	34	402	101	362	104471	0,35

Fonte: bilancio Istat 200

Tavola: Occupati per classe di età ed attività economica: Agricoltura - Censimento 2001.

COMUNI	Classe di età da 15 anni in poi				
	15-19	20-29	30-54	55 e più	Totale
Barumini	1	4	38	13	56
Collinas	0	4	17	7	28
Furtei	0	5	30	14	49
Genuri	2	1	8	3	14
Gesturi	1	10	34	15	60
Las Plassas	0	3	15	5	23
Lunamatrona	0	4	29	9	42
Pauli Arborei	0	16	36	6	58
Samassi	3	53	193	41	290
Sanluri	4	32	163	52	251
Segariu	0	3	28	5	36
Serramanna	2	32	226	40	300
Serrenti	1	17	78	28	124
Setzu	0	1	3	2	6
Siddi	1	7	20	1	29
Tuili	0	3	46	11	60
Turri	0	5	14	7	26
Ussaramanna	0	0	13	5	18
Villamar	2	20	66	18	106
Villanovaforru	0	1	18	5	24
Villanovafranca	1	4	47	15	67
TOTALE	18	225	1122	302	1667

Tavola: Occupati per classe di età ed attività economica: Altre attività – Distretto di Sanluri (dettaglio comunale) - Censimento 2001.

COMUNI	Classe di età da 15 anni in poi				
	15-19	20-29	30-54	55 e più	Totale
Barumini	1	53	193	34	281
Collinas	0	34	102	14	150
Furtei	5	61	190	28	284
Genuri	0	6	39	3	48
Gesturi	4	34	130	16	184
Las Plassas	0	10	22	6	38
Lunamatrona	4	77	282	33	396
Pauli Arbarei	1	24	76	4	105
Samassi	6	155	540	63	764
Sanluri	13	396	1237	177	1823
Segariu	6	31	140	12	189
Serramanna	19	371	1087	127	1604
Serrenti	6	215	722	74	1017
Setzu	0	3	12	1	16
Siddi	1	20	104	14	139
Tuili	1	34	142	16	193
Turri	0	11	65	10	86
Ussaramanna	0	26	101	15	142
Villamar	3	112	311	39	465
Villanovaforru	2	28	103	13	146
Villanovafranca	2	67	147	16	232
TOTALE	74	1768	5745	715	8302

Tavola: Occupati per classe di età ed attività economica: Industria - Censimento 2001.

COMUNI	Classe di età da 15 anni in poi				
	15-19	20-29	30-54	55 e più	Totale
Barumini	4	14	54	9	81
Collinas	1	19	70	8	98
Furtei	4	22	105	8	139
Genuri	1	8	5	2	16
Gesturi	1	18	56	8	83
Las Plassas	0	0	10	0	10
Lunamatrona	3	34	79	9	125
Pauli Arborei	2	10	28	1	41
Samassi	9	91	281	40	421
Sanluri	15	143	474	61	693
Segariu	3	22	92	9	126
Serramanna	14	176	527	49	766
Serrenti	9	106	280	33	428
Setzu	0	2	8	0	10
Siddi	2	4	41	0	47
Tuili	1	15	34	7	57
Turri	0	4	15	4	23
Ussaramanna	1	9	17	7	34
Villamar	4	66	157	14	241
Villanovaforru	0	5	30	4	39
Villanovafranca	2	28	67	7	104
TOTALE	76	796	2430	280	3582

Allegato "A" Quadro riepilogativo risorse per l'attuazione del PLUS

AZIONE MINORI	COSTO TOTALE	FONTE FINANZ ASL (costo operatori già in ruolo)	FONTE FINANZ COMUNE SINGOLO (costo operatori già in ruolo)	FONTE FINANZ GESTIONE ASSOCIATA 20% (anni 2008 e 2009)	GESTIONE ASSOCIATA 2007	FONTE FINANZ Provincia	Contribuzione utenza	FONTE FINANZ RAS	FONTE FINANZ UE	FONTE FINANZ Privato Sociale	Fonte finanz ussm	FONTE FINANZ SCUOLE	ANNO DI ATTUAZIONE
Formazione delle Baby sitter comunali e istituzionale	€ 22.300,00				€ 0,00			€ 22.300,00					2007
Servizi per le famiglie (centro pilota minori)	€ 335.500,00			€ 321.500,00	€ 0,00	€ 14.000,00							2008
Servizi educativi	€ 762.265,28		€ 762.265,28		€ 0,00								2008
Attuazione di percorsi integrati di prevenzione e promozione salute minori e peer education	€ 128.900,00	€ 25.900,00	€ 2.500,00	€ 17.900,00	€ 80.100,00						€ 2.500,00		2007 - 2008
Centro affidi territoriale (provinciale)	€ 32.500,00		€ 22.500,00			€ 10.000,00							2007
SUB TOTALE	€ 1.281.465,28	€ 25.900,00	€ 787.265,28	€ 339.400,00	€ 80.100,00	€ 24.000,00		€ 22.300,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 2.500,00	€ 0,00	

AZIONE ANZIANI	COSTO TOTALE	FONTE FINANZ ASL (costo operatori già in ruolo)	FONTE FINANZ COMUNE SINGOLO (costo operatori già in ruolo)	FONTE FINANZ GESTIONE ASSOCIATA 20% (anni 2008 e 2009)	GESTIONE ASSOCIATA 2007	FONTE FINANZ Provincia	Contribuzione utenza	FONTE FINANZ RAS	FONTE FINANZ UE	FONTE FINANZ Privato Sociale	Fonte finanziamenti	FONTE FINANZ SCUOLE	ANNO DI ATTUAZIONE
Predisposizione e di programmi di educazione alla salute anziani	€ 57.125,00	€ 24.000,00	€ 3.125,00	€ 20.000,00	€ 0,00	€ 10.000,00							2008
Formazione delle assistenti familiari e istituzionali	€ 22.300,00				€ 0,00			€ 22.300,00					2007
Potenziamento servizi a domicilio	€ 219.400,00			€ 219.400,00	€ 0,00								2009
Organizzazione attività di aggregazione e socializzazione	€ 104.750,00	€ 10.000,00	€ 5.250,00	€ 89.500,00	€ 0,00								2009
Aumento offerta specialistica ambulatoriale	€ 35.000,00	€ 35.000,00			€ 0,00								2007
Sensibilizzazione MMG (medici medicina generale)	€ 14.880,00	€ 14.880,00											2007
SUB TOTALE	€ 453.455,00	€ 83.880,00	€ 8.375,00	€ 328.900,00	€ 0,00	€ 10.000,00	€ 0,00	€ 22.300,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	

AZIONE DISABILI	COSTO TOTALE	FONTE FINANZ ASL (costo operatori)	FONTE FINANZ COMUNE SINGOLO (costo operatori)	FONTE FINANZ GESTIONE ASSOCIATA 20%	GESTIO NE ASSOCI ATA 2007	FONTE FINAN Z Provin cia	Contribuzi one utenza	FONTE FINANZ RAS	FONTE FINANZ UE	FONTE FINANZ Privato Sociale	Fonte finanzi ssim	FONTE FINANZ SCUOLE	ANNO DI ATTUAZIONE
<i>Creazione di una equipe distrettuale sulla disabilità</i>	€ 19.110,00	€ 5.760,00	€ 7.200,00		€ 0,00	€ 2.400,00			€ 3.750,00				2007
<i>Centro diurno polivalente</i>	€ 154.000,00				€ 150.000,00		€ 4.000,00						2007
<i>Inserimento socio-lavorativo</i>	€ 161.054,70			€ 161.054,70	€ 0,00								2009
<i>Centro di ascolto e consulenza per disabili e famiglie</i>	€ 28.080,00	€ 2.880,00	€ 25.200,00		€ 0,00								2007
<i>Corso di formazione "tecnico dell'educazione e della riabilitazione e orientamento alla mobilità per disabili visivi"</i>	€ 70.000,00							€ 70.000,00					
<i>Gruppo interservizi</i>	€ 4.725,00	€ 4.725,00			€ 0,00								2007
SUB TOTALE	€ 436.969,70	€ 13.365,00	€ 32.400,00	€ 161.054,70	€ 150.000,00	€ 2.400,00	€ 4.000,00	€ 70.000,00	€ 3.750,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	

AZIONE POVERTA' E MARGINALITA'	COSTO TOTALE	FONTE FINANZ ASL (costo operatori già in ruolo)	FONTE FINANZ COMUNE SINGOLO (costo operatori già in ruolo)	FONTE FINANZ GESTIONE ASSOCIATA 20% (anni 2008 e 2009)		FONTE FINANZ Provincia	Contribuzione utenza	FONTE FINANZ RAS	FONTE FINANZ UE	FONTE FINANZ Privato Sociale	Fonte finanziamenti	FONTE FINANZ SCUOLE	ANNO DI ATTUAZIONE
<i>Tavoli discussione e buone prassi</i>	€ 17.610,00	€ 5.760,00	€ 7.200,00		€ 0,00	€ 2.400,00		€ 2.250,00					2007
<i>Inserimenti lavorativi attraverso borse lavoro</i>	€ 75.000,00				€ 75.000,00								2007
<i>Implementazione dotazione organica servizi e Centro alcool</i>	€ 100.000,00	€ 100.000,00			€ 0,00								2007
SUB TOTALE	€ 192.610,00	€ 105.760,00	€ 7.200,00	€ 0,00	€ 75.000,00	€ 2.400,00	€ 0,00	€ 2.250,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	

AZIONE GIOVANI	COSTO TOTALE	FONTE FINANZ ASL (costo operatori)	FONTE FINANZ COMUNE SINGOLO (costo operatori)	FONTE FINANZ GESTIONE ASSOCIAT A 20%	GESTIONE ASSOCIATA 2007	FONTE FINANZ PROVINCIA	Contribuzione utenza	FONTE FINANZ RAS	FONTE FINANZ UE	FONTE FINANZ Privato Sociale	Fonte finanziaria	FONTE FINANZ SCUOLE	ANNO DI ATTUAZIONE
Prevenzione e promozione benessere	€ 52.250,56	€ 15.000,00	€ 32.500,00		€ 4.750,56								2007
Servizio di educativa territoriale e animazione	€ 270.000,00				€ 270.000,00								2007
Leva civica	€ 10.500,00				€ 10.500,00								2007
Tavolo permanente sui giovani	€ 15.000,00	€ 5.000,00	€ 10.000,00		€ 0,00								2007
Osservatorio Provinciale politiche giovanili e Consulta giovani	€ 35.000,00					€ 35.000,00							2007
SUB TOTALE	€ 347.750,56	€ 20.000,00	€ 42.500,00	€ 0,00	€ 285.250,56	€ 35.000,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	

AZIONE TRASVERSALI	COSTO TOTALE	FONTE FINANZ ASL (costo operatori già in ruolo)	FONTE FINANZ COMUNE SINGOLO (costo operatori già in ruolo)	FONTE FINANZ GESTIONE ASSOCIAT A 20% (anni 2008 e 2009)	GESTIONE ASSOCIATA 2007	FONTE FINANZ Provincia	Contribuzione utenza	FONTE FINANZ RAS	FONTE FINANZ UE	FONTE FINANZ Privato Sociale	Fonte finanziamenti	FONTE FINANZ SCUOLE	
<i>Regolamento accesso ai servizi</i>													2007
<i>Lavoro integrato e rete integrata servizi (ADI etc.)</i>													2007
<i>Istituzione PUA (Punto unico di accesso)</i>	€ 79.560,00	€ 56.160,00			€ 23.400,00								2007
<i>Segretariato Sociale</i>	€ 10.000,00				€ 10.000,00								2007
<i>Mobilità nel territorio (rete trasporti)</i>	€ 45.000,00				€ 20.000,00	€ 20.000,00	€ 5.000,00						2007
<i>Progetto "ritornare a casa"</i>	€ 125.500,00	€ 18.000,00	€ 7.500,00		€ 0,00			€ 100.000,00					2007
<i>Osservatorio politiche sociali - Provinciale</i>	€ 34.240,00					€ 34.240,00							2007
<i>Studio e ricerca sul fenomeno dei suicidi</i>	€ 35.000,00	€ 17.500,00				€ 17.500,00							2007-2008
SUB TOTALE	€ 329.300,00	€ 91.660,00	€ 7.500,00	€ 0,00	€ 53.400,00	€ 71.740,00	€ 5.000,00	€ 100.000,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	

Funzionamento gruppo tecnico plus	€ 14.188,79				€ 14.188,79								
Ufficio di piano	€ 51.500,00				€ 51.500,00								2007
SUB TOTALE	€ 65.688,79	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 65.688,79	€ 0,00		€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00		
SOMMA SUB TOTALI	€ 3.107.239,33	€ 340.565,00	€ 885.240,28	€ 829.354,70	€ 709.439,35	€ 145.540,00	€ 9.000,00	€ 216.850,00	€ 3.750,00	€ 0,00	€ 2.500,00	€ 0,00	
Totali													