

# PIANO LOCALE UNITARIO DEI SERVIZI ALLA PERSONA

## PLUS

### DISTRETTO DI SORGONO



### TRIENNIO 2007/2009

Redatto dal GtP – Distretto di Sorgono

**Dr.ssa Rosalba Asoni**

**Dr.ssa Milena Pisano**

**Dr.ssa Maria Paola Zedda**

**Dr.ssa Anna Maria Pintore**

**Assistente Sociale Simonetta Carboni**

**Assistente Sociale Angela Moni**

**Assistente Sociale Eugenia Mura**

## INDICE

1. Premessa	Pag.
2. Profilo d'ambito	Pag.
3. Approccio alla Programmazione <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Principali riferimenti teorici e metodologici</li> <li>➤ Sistema di valutazione</li> <li>➤ Costruzione di modelli uniformi e omogenei nella lettura del bisogno</li> <li>➤ Uniformità dei regolamenti (dotarsi di regolamenti a livello territoriale)</li> <li>➤ Sistema di una rete informatica</li> </ul>	Pag.
4. Ambiti di intervento <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Anziani</li> <li>➤ Disabili/salute mentale</li> <li>➤ Dipendenze patologiche</li> <li>➤ Materno Infantile</li> <li>➤ Politiche giovanili</li> <li>➤ Sostegno al reddito</li> <li>➤ Monitoraggio strutture residenziale</li> <li>➤ Leggi di settore</li> </ul>	Pag.
5. Modalità di Gestione <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Servizio sociale professionale associato (distribuzione carichi di lavoro e predisposizione strumenti di lavoro)</li> </ul>	Pag.
6. Progettazione Integrata <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Patto Territoriale per l'inclusione sociale</li> <li>“Prospettiva Azione Integrata per la Persona”</li> </ul>	Pag.

## **PREMESSA**

### **IL CONTESTO LEGISLATIVO REGIONALE E NAZIONALE**

#### **La legge regionale 4/88**

La Regione Sardegna, in attuazione del disposto di cui al DPR 616/77 e del DPR 348/79, nel 1988, si è dotata di una propria legge di riordino dei servizi e interventi sociali, la legge n. 4/88 che, in applicazione dei principi costituzionali, anticipando la legge quadro nazionale, avviava nella nostra isola la promozione di una cultura dei servizi che individuava nel Comune il principale agente delle politiche sociali, poiché il più vicino ai cittadini, e ne riconosceva le funzioni di gestione e programmazione degli interventi sociali.

Alla Regione veniva affidato il compito della pianificazione generale triennale, ai comuni quello della pianificazione operativa annuale. In realtà la Regione, ha emanato solo due piani, il primo a ridosso dell'approvazione della legge regionale n. 4/88 e l'ultimo per il triennio 1998 – 2000, prorogato fino all'approvazione del Nuovo Piano dei Servizi Sociali approvato con Deliberazione della G.R. n. 4/21 del 10.02.2005 e s.m..

#### **La legge quadro 328/2000**

La Regione Sardegna, con l'emanazione della citata legge, colmava un vuoto in assenza di una legge quadro nazionale sui servizi sociali e socio-assistenziali che è stata varata nel 2000, la legge numero 328, denominata "Legge quadro per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali": la precedente legge nazionale organica in materia, risaliva al governo Crispi della fine del 1800.

La legge regionale n. 4/88 ha, in ogni caso, anticipato diversi principi raccolti in seguito dalla 328, a partire dal ribadire che il territorio e i comuni non erano un semplice terminale del decentramento amministrativo, ma attivi lettori dei bisogni della popolazione e attuatori delle risposte, in sinergia con i servizi della ASL e, come ulteriormente sottolineato dal 2° piano regionale, con il coinvolgimento dei vari attori sociali come scuola, volontariato e privato sociale.

Nonostante le forti convergenze tra la legge n. 4/88 e la 328/2000, la Sardegna ha atteso diverso tempo prima del recepimento della normativa nazionale, determinando nelle istituzioni, amministratori e operatori, incertezza e disorientamento, mancando di fatto lo strumento normativo che consentisse ai titolari delle funzioni di procedere alla programmazione delle politiche sociali e sanitarie secondo una logica che tenesse conto della dimensione territoriale, di superamento del

livello di programmazione comunale, finalizzata all'integrazione dei diversi settori e alla promozione dell'universalismo.

### **La nuova Legge Regionale n. 23 del 23/12/2005**

La Regione Sardegna, recependo le innovazioni introdotte dalla legge 328/2000, il 23 Dicembre 2005, ha varato la legge n. 23 recante per oggetto "Il sistema integrato dei servizi alla persona".

La nuova legge regionale, anticipata di un paio di mesi dal nuovo piano sociale regionale, si pone come obiettivo prioritario quello di ridefinire il sistema dei servizi e degli interventi socio-sanitari che, mettendo al centro delle politiche sociali la persona e le famiglie, valorizzi le risorse delle comunità locali promuovendo l'esercizio pieno della cittadinanza.

La legge ridisegna i confini delle politiche sociali e sanitarie nell'ottica di una più ampia programmazione locale che superi il "campanilismo" e il "settorialismo" che ha, talvolta, impedito una risposta più completa ed efficace ai problemi di un territorio costituito di piccoli comuni che non hanno potuto ottimizzare le risorse per interventi più articolati garantendo un approccio globale e integrato ai bisogni dei cittadini.

### **Il PLUS - Piano Unitario dei Servizi alla Persona**

La nuova programmazione locale si basa su un'unica azione programmatoria, che vede coinvolti i comuni, le Aziende ASL e la Provincia, il terzo settore, le organizzazioni di volontariato, le rappresentanze organizzate dei cittadini nella costruzione del nuovo modello di welfare locale, il Piano Locale Unitario dei Servizi alla persona (PLUS):

I principi ispiratori delle nuove politiche, in linea con il processo di rinnovamento avviato dalla legge nazionale 328/2000 e in parte già anticipato dalla legge regionale n° 4/88, sono:

- l'universalismo selettivo;
- il principio di leale collaborazione tra le amministrazioni;
- la solidarietà sociale ed istituzionale;
- l'integrazione delle politiche e degli interventi sociali con la programmazione sanitaria, il coordinamento con le politiche attive del lavoro, della formazione e dell'istruzione, con le politiche abitative e di gestione urbanistica e territoriale;
- la reciprocità come risorsa sociale nelle iniziative di auto-aiuto delle persone e delle famiglie che svolgono compiti di cura;
- la centralità delle comunità locali, intese come sistema di relazioni tra le persone, le istituzioni, le famiglie, le organizzazioni sociali – ognuno per le proprie competenze e responsabilità – per promuovere il miglioramento della qualità della vita e delle relazioni tra le persone;

- il valore e il ruolo delle famiglie, quali ambiti di relazioni significative per la crescita, lo sviluppo e la cura della persona, anche attraverso il perseguimento della condivisione delle responsabilità tra donne e uomini;
- la partecipazione attiva dei cittadini, delle organizzazioni di rappresentanza sociale, delle associazioni sociali e di tutela degli utenti;
- la sussidiarietà verticale e orizzontale, mirata a riconoscere ed agevolare il ruolo dei soggetti del terzo settore nella gestione dell'offerta dei servizi.

## **LA RIFORMA IN ATTO**

### **Il passaggio dalla programmazione comunale a quella territoriale**

I principali obiettivi/punti forza di una programmazione territoriale sono:

- stimolare una lettura condivisa del territorio di appartenenza che superi i soli confini comunali, ormai insufficienti a garantire e tutelare il soddisfacimento dei bisogni fondamentali dei cittadini secondo i principi di efficacia ed efficienza propri dell'azione amministrativa;
- il superamento della frammentazione insita nelle strategie e negli orientamenti generali delle politiche sociali e del mancato raccordo tra l'intervento sanitario e/o sociosanitario e quello socio-assistenziale. Tale situazione ha impedito lo sviluppo di un sistema di servizi co-progettato e intersettoriale, accentuando, anzi, la separatezza tra due sistemi che troppo spesso si relazionano con modalità oppositive e autodifensive;
- il superamento della diffidenza tra i servizi sociali istituzionali e il terzo settore, accentuata anche dall'utilizzo residuale e sostitutivo di quest'ultimo che viene riconosciuto come soggetto gestore dei servizi, ma troppo spesso escluso dalla fase di programmazione e valutazione a causa anche della mancanza di politiche di sensibilizzazione da parte degli enti istituzionali.

Da questi brevi cenni si intuisce che stiamo attraversando una fase di grande innovazione e cambiamento delle politiche sociali e sanitarie nell'ambito regionale.

### **Il Plus quale strumento per governare il cambiamento**

Con Deliberazione della G.R. n. 52/5 del 09.11.2005, il Distretto di Sorgono è stato inserito nel progetto di sperimentazione del nuovo modello di Welfare locale, che vede coinvolti nel processo di riforma del sistema dei servizi alla persona, la Provincia, le Comunità Montane n. 12 e n. 9, l'Azienda Sanitaria Locale n. 3 e il GAL Barbagie Mandrolisai.

La sperimentazione, iniziata ufficialmente il 18 dicembre 2005, ha prodotto quale primo documento ufficiale il Profilo di Salute, redatto con il supporto tecnico della Fondazione Zancan e della Facoltà di Economia dell'Università di Cagliari e degli operatori sociali e sanitari del territorio.

Per l'elaborazione del Plus del Distretto di Sorgono, con Decreto Prot. 2957/R.O del 13.07.2006 del Presidente della Provincia di Nuoro, è stato nominato il Gruppo Tecnico di Progettazione (n. 4 operatori sociali dei Comuni, n. 2 tecnici dell'ASL e n. 1 tecnico della Provincia) al quale è stato affidato il compito di redigere il PLUS per il territorio di competenza.

Il GtP del Distretto di Sorgono ha intrapreso i lavori di costruzione del PLUS nel mese di Agosto, all'indomani della Conferenza di Programmazione svoltasi a Sorgono il 07.08.2006.

Seguendo le indicazioni contenute nelle Linee Guida, dal 29 Agosto al 19 settembre, il GtP ha proceduto ad incontrare i partners istituzionali e privati coinvolti nel processo, accogliendo le loro istanze e approfondendo alcuni aspetti inerenti le tematiche trattate nell'ambito del Profilo di salute. Per quanto attiene il lavoro di programmazione vero e proprio, la prima difficoltà incontrata deriva dalla carenza dei dati emersi dall'analisi del Profilo di Salute redatto dalla Fondazione Zancan che, trattandosi di una analisi meramente descrittiva, non ha consentito di ipotizzare significative correlazioni tra i fenomeni, le situazioni problematiche e le cause.

Per predisporre un PLUS che desse conto della complessità della realtà, era necessario disporre di una serie di conoscenze e di informazioni quali: la quantità e la qualità dei bisogni cui rispondere, gli stati di salute della popolazione e dei diversi gruppi presenti; le dimensioni culturali della comunità, l'entità e la qualità delle risorse disponibili ed impiegabili, le dinamiche di cambiamento, i fattori di resistenza e di facilitazione dei cambiamenti stessi, l'entità dei rischi presenti e i relativi ambiti di pertinenza ecc...

Ogni soggetto chiamato in causa, chi più chi meno, ha quindi, messo a disposizione degli altri questo patrimonio di conoscenze derivanti, perlopiù, dai rispettivi sistemi informativi e dai patrimoni conoscitivi accumulati nel tempo sulla base delle esperienze e delle attività svolte.

Al fine di ovviare alla carenza di alcuni dati, in mancanza dei quali il GtP si trovava nell'impossibilità di poter ipotizzare correlazioni significative ed esplicative dei fenomeni sociali e sanitari oggetto di studio, si è proceduto alla predisposizione di alcune schede di rilevazione dei bisogni e dell'offerta, somministrate ai Medici di Medicina Generale e di Pediatria del Distretto, al Servizio di Neuropsichiatria Infantile e agli operatori sociali dei Comuni.

La nuova rilevazione, sicuramente più rispondente alle modalità di organizzazione del lavoro e di raccolta dati proprie dei servizi interessati, ha permesso un livello di analisi più approfondita; nonostante ciò, la ristrettezza dei tempi e il grado di consapevolezza dei partners chiamati in causa

nel processo, non consente a questo GtP la trattazione della complessità delle realtà e delle dinamiche ad essa connesse.

Altro elemento che rappresenta un grave pregiudizio per la taratura del piano rispetto agli altri documenti che si vanno elaborando in ambito regionale, è rappresentato dalla mancanza, allo stato attuale, dei regolamenti attuativi della L.R. 23/2005, che definiscano i livelli essenziali di assistenza e gli standards qualitativi dei servizi, nonché le procedure per l'accreditamento dei soggetti chiamati ad erogare i servizi, a garanzia di eguaglianza e di equità sociale.

Il Plus è lo strumento di programmazione attraverso il quale i soggetti che concorrono a costituire la rete dei servizi alla persona di questo distretto (ASL, Comuni, Provincia, Attori professionali, Soggetti Solidali, etc..) determinano obiettivi e priorità e programmano in modo integrato gli interventi, i servizi sociali e socio sanitari anche con il contributo diretto dei cittadini.

Il carattere innovativo del nuovo strumento non consente, allo stato attuale, la previsione e programmazione dell'intera rete dei servizi, esso, tuttavia, definisce una cornice d'indirizzo coerente con il bisogno emerso dai dati raccolti, costituendo lo schema di struttura cui poter fare riferimento per la graduale costruzione del sistema.

Esso comprende:

- il profilo sociale locale e le priorità di intervento;
- le modalità organizzative di erogazione e di accesso ai servizi, le risorse finanziarie, strutturali e professionali, la localizzazione territoriale degli uffici e dei servizi;
- la ripartizione della spesa a carico di ciascun comune, dell'azienda sanitaria locale e degli altri soggetti firmatari dell'accordo;
- le modalità per garantire l'integrazione gestionale, organizzativa e professionale;
- gli strumenti e le forme di coordinamento con gli organi periferici dello stato, con particolare riferimento all'Amministrazione penitenziaria e della giustizia;
- le modalità di collaborazione dei servizi territoriali con i soggetti operanti nell'ambito della solidarietà sociale;
- le iniziative di formazione e di aggiornamento professionale finalizzate a realizzare progetti di sviluppo che coinvolgano gli attori operanti nei servizi;
- gli indicatori di qualità e i criteri di monitoraggio e valutazione degli interventi.

Il presente atto programmatico che, ai sensi dell'art. 19 della L.R. 23/2005, assume come riferimento temporale il triennio 2007/2009, viene qui individuato quale strumento strategico per il governo locale del sistema socio sanitario, finalizzato a programmare la rete di interventi e servizi che devono dare risposta alle problematiche espresse dalla comunità, ad individuare i bisogni prioritari delle persone, le strategie di prevenzione, le risorse a disposizione, i soggetti (istituzionali

e non) coinvolti, i risultati attesi, gli standard operativi e di efficacia, le forme di controllo, le modalità di verifica e i criteri di valutazione degli interventi.

Entro il 15 febbraio di ogni anno di vigenza del Piano Locale unitario dei servizi, la provincia, i Comuni e le aziende sanitarie locali approvano il bilancio sociale delle politiche e degli interventi realizzati in cui sono riportati:

- lo stato di realizzazione locale del sistema integrato;
- l'andamento della spesa socio sanitaria;
- gli esiti dei progetti sperimentali eventualmente attivati.

Il Bilancio sociale, elaborato con la partecipazione dei soggetti coinvolti nella conferenza di programmazione costituisce atto preliminare per la programmazione locale ed è inviato all'Assessorato regionale competente per lo svolgimento delle funzioni regionali di valutazione, verifica e controllo.

Il presente PLUS nasce dall'intesa di tutti i partners coinvolti, quelli che hanno manifestato anche formalmente la volontà e il diritto di partecipare alla predisposizione e alla gestione del sistema integrato dei servizi sociali e sanitari e quelli per i quali tale diritto-dovere è ricompreso nei loro stessi compiti istituzionali.

Sono soggetti citati al Capo I, II, e III della L.R. 23/2005 (ASL, Comuni, Provincia, Attori professionali, Soggetti Solidali ecc...) che condividono lo scopo di promuovere e garantire gli obiettivi sanciti dagli artt. 2, 3 e 38 della Costituzione.

La titolarità per la partecipazione alla costruzione del PLUS, deriva prima di tutto da un principio sancito nella norma ma. nel contempo, esistono ragioni concrete, che riconoscono a detti soggetti il diritto e insieme il dovere di prendere parte all'elaborazione del piano. Queste sono così riassumibili:

1. la disponibilità da parte dei suddetti a concorrere alla realizzazione dei servizi con risorse finanziarie proprie;
2. la disponibilità per l'integrazione degli interventi tra pubblico e privato;
3. la conoscenza diretta delle situazioni di disagio e di debolezza presenti nel tessuto sociale di riferimento.

Si tratta di soggetti diversi, sia per la natura giuridica che per gli scopi specifici che si prefiggono di perseguire, ma proprio da tali diversità proviene il contributo che ciascuno può offrire all'attuazione delle politiche sociali e sanitarie.

Il PLUS non si limita a raccogliere semplicemente gli scopi e le potenzialità operative di ciascun soggetto, mettendo gli uni e le altre a disposizione di tutti, esso piuttosto provoca l'incontro e



l'integrazione di dette diversità, in modo da elaborare degli scopi condivisi e dei risultati complementari.

In questo senso gli obiettivi di questo PLUS non sono un'imposizione dall'alto che determina l'azione dei soggetti coinvolti, ma sono l'esito dell'incontro e degli accordi tra gli stessi soggetti, che hanno il compito/dovere di promuovere la salute ed il benessere di tutte le persone che risiedono nel territorio di pertinenza.

Più si approfondisce l'analisi delle situazioni di disagio e delle dinamiche dei bisogni che richiedono interventi e servizi socio – sanitari, più ci si accorge della stretta connessione esistente tra i diversi ambiti che compongono la comunità come sistema di vita: l'abitare, ma anche la politica abitativa; la salute fisica ma anche l'organizzazione dei servizi sanitari, il sistema di mobilità e la facilità di movimento; la solitudine e l'isolamento e le opportunità di aggregazione e di relazioni sociali; la salubrità dell'aria e la prevenzione di malattie, la disponibilità dei posti di lavoro e la sicurezza economica; la presenza di scuole e di agenzie culturali e il livello di emarginazione ecc...

In altri termini le condizioni che si manifestano a livello individuale sono tutte collegate con aspetti della vita collettiva, più o meno strutturati.

Le politiche sociali, pertanto, non possono considerarsi come una dimensione residuale alla quale affidare funzioni correttive rispetto a effetti distorti o imprevisti, creati dai diversi modelli di sviluppo in atto in un determinato frangente storico; esse concorrono a pieno titolo allo sviluppo sociale, economico e culturale della società.

Il PLUS, che come detto in premessa, rappresenta un livello di riferimento sovraordinato agli obiettivi specifici di ogni singola amministrazione, una volta elaborato, non deve imporsi come un vincolo rigido rispetto ai propri partners, ma deve rimanere aperto ad eventuali integrazioni e correzioni, che si renderanno necessarie successivamente alla sua approvazione. Ciò significa, in sostanza, che il processo di confronto e di negoziazione tra i vari partners, non si interrompe, ma prosegue per tutto il tempo di vigenza del piano. In ogni momento o in momenti comunemente concordati, ciascun soggetto potrà chiedere di riesaminare le situazioni, potrà proporre nuovi elementi di conoscenza per ridefinire le scelte e/o correggere i percorsi già avviati, potrà verificare le diverse posizioni per monitorare i processi in corso e così via.

In questa logica il PLUS appare uno strumento in continua costruzione, che evita di divenire obsoleto e di allontanarsi dalle condizioni reali nelle quali i soggetti sono chiamati ad operare.

Seguendo il ragionamento finora fatto, sarebbe più appropriato, in questo contesto parlare di Planning, cioè dell'azione prodotta dal piano, che in quanto "processo", difficilmente si presta ad

essere contenuto in un documento o in un preciso momento della vita del PLUS, ma che si estende a tutti i momenti, senza mai assumere una veste definitiva e durevole.

Questo modello fa emergere un'organizzazione in continuo adattamento, in continuo divenire, in vista di obiettivi reali e sempre attuali da raggiungere.

Contrariamente a quanto pensa la maggior parte degli amministratori e dei tecnici chiamati in causa nel processo, i quali considerano il PLUS quale strumento per eliminare l'incertezza, partendo dal presupposto che essa non sia eliminabile, né totalmente controllabile, esso diventa la modalità con cui affrontare e gestire il divenire e il cambiamento.

Si potrebbe concepire il PLUS come “il processo di costruzione sociale del benessere e della sicurezza sociale” piuttosto che come strumento di problem solving.

Il PLUS, inoltre, affinché produca effetti deve contenere in se stesso la capacità di generare e governare processi organizzativi, finalizzati al perseguimento di precisi obiettivi e quindi sottoponibile ad una valutazione di efficacia.

La concezione del PLUS come un continuum, che non si riconosce soltanto all'interno di un documento formale che lo esprime, ma soprattutto nei processi che esso è in grado attivare, impone la necessità di prevedere al suo interno strumenti in grado di misurare la sua capacità di innovare e di produrre gli input necessari ai soggetti/partners per impostare e verificare la loro linea d'azione e per controllare i risultati.

Il punto di partenza, ma anche di arrivo, è che il piano costituisce un momento “forte” del sistema integrato dei servizi e interventi e non un semplice documento di indirizzo, un piano che rappresenti realmente lo strumento :

- per affrontare l'incertezza;
- per garantire i livelli essenziali di assistenza eguali per tutti e quindi l'equità sociale;
- per realizzare l'integrazione tra i diversi settori implicati nella realizzazione del benessere ossia del Welfare locale;
- per definire i programmi finalizzati al perseguimento degli obiettivi sociali che connotano tale condizione (di benessere);
- per garantire la partecipazione della base.

Si tratta di prospettive che non possono essere soltanto declamate e affidate alla buona volontà e al senso di responsabilità delle persone verso le quali il PLUS si rivolge; occorre piuttosto che il piano stesso contenga gli elementi di garanzia per il rispetto di queste legittime aspettative.

### **Finanziamento del sistema integrato**

Il sistema integrato è finanziato con le risorse stanziare dai comuni , dalla ASL, dalla Provincia, dalla Regione, dallo Stato e dall'Unione europea;

I soggetti destinatari dei servizi e degli interventi sociali partecipano alla spesa sostenuta per la erogazione degli interventi previsti nel programma secondo criteri di solidarietà e di progressività di cui all'art. 27 della L.R. 23/2005.

### **Strumenti di monitoraggio e di verifica del processo**

Prioritaria importanza nella predisposizione degli interventi assume la valutazione ex ante e quindi la verifica in itinere dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi e interventi programmati nonché la valutazione ex post effettuata a più livelli: dei tecnici pubblici e privati chiamati ad attuare i servizi e gli interventi sociali e sanitari, dei partners istituzionali e non, firmatari dell'accordo di Programma, e degli Enti sovraordinati.

### **Gli Indicatori della valutazione debbono tener conto:**

- dei livelli di cambiamento e di stabilizzazione dei bisogni della comunità di riferimento o di singole fasce o di gruppi in rapporto agli obiettivi della politica sociale locale;
- delle elaborazioni ottenute dall'integrazione delle informazioni provenienti dai soggetti partecipanti e dalla messa in comune, mediante la creazione anche di una rete informatica, delle loro rispettive conoscenze;
- dell'efficienza, dell'efficacia e della qualità delle azioni e dei programmi svolti dai singoli partners o dal sistema integrato nel suo insieme, secondo criteri e parametri concordati e stabiliti in sede di elaborazione del PLUS;
- del grado di attinenza e di affidabilità dei programmi sviluppati dal sistema;
- del livello di raggiungimento dei diversi obiettivi contenuti nel PLUS;
- del livello e della qualità della partecipazione di base .

La pianificazione non è soltanto un'idea, un principio che guida le scelte politiche; la pianificazione è anche, o forse soprattutto, organizzazione, per cui il successo o insuccesso dipendono anche dalle scelte organizzative effettuate dai partners del PLUS.

Trattare di PLUS come organizzazione significa, principalmente, ragionare sulle attività necessarie per realizzarlo, chi e come deve svolgere tali attività, quali sono le regole da seguire per garantire i risultati da raggiungere, quali invece i meccanismi da attivare per perseguire gli obiettivi in esso contenuti ecc.

Primo problema che la Conferenza di Programmazione dovrà affrontare è quella di definire la struttura organizzativa del PLUS, e cioè stabilire se debba essere individuato un centro gestionale

(es. ufficio di piano) o se debbano individuarsi una pluralità di luoghi dove allocare la formazione delle decisioni agendo su una crescita di responsabilizzazione da parte dei diversi soggetti a ciò preposti con azioni di empowerment vero e proprio.

Si tratta di stabilire i gradi di autonomia e di dipendenza di ogni componente del PLUS, di ripartire i compiti tra i partners, di stabilire quali soggetti devono espletare alcune funzioni, quale per esempio, il coordinamento, la supervisione, la valutazione ecc., chi dovrà esercitare il potere sostitutivo in caso di inerzia o di inadempienze, quali strumenti verranno attuati per garantire effettivamente la partecipazione della cittadinanza alla costruzione, monitoraggio e verifica delle politiche sociali e sanitarie.

Il secondo elemento che merita attenzione è la posizione del fruitore dei beni e dei servizi del sistema nei confronti del PLUS. Qui si parlerà di cittadino nell'accezione classica, quale portatore di diritti e doveri, evitando per scelta, i termini cliente (che richiama una realtà e una cultura aziendali), utente, paziente o espressioni simili che esprimono una dimensione più passiva e di dipendenza o comunque un grado di asimmetria tra chi usufruisce dei beni e dei servizi e il sistema che li eroga, una dipendenza che in una nuova prospettiva di cittadinanza attiva e consapevole, non deve esistere.

La comunità ha, in genere, molte risorse che non vengono raccolte e valorizzate, ma talvolta, addirittura avvilita da interventi che tendono ad accrescere la dipendenza dai servizi. Bisogna invece favorirne la crescita, responsabilizzando i cittadini nel processo di riconoscimento e di selezione delle proprie necessità e bisogni e nella programmazione, gestione e verifica dei servizi.

Per far sì che il compito di tutela dei diritti dei cittadini, proprio degli Enti istituzionali venga espletato, è indispensabile che la comunità trovi una sua identità forte, sia coesa e solidale e tutti i suoi membri concorrano a produrre le risorse necessarie ad assicurare a livello locale la necessaria giustizia sociale.

Altro aspetto di significativa importanza, che non può essere trascurato dal PLUS, è la definizione di un sistema di regole necessario per una corretta circolazione delle informazioni tra i diversi soggetti coinvolti e tra quest'ultimi e i cittadini.

Si potrebbero ipotizzare periodiche attività di informazione e di monitoraggio con i partners e con gruppi rappresentativi della popolazione e/o di testimoni privilegiati finalizzate, non solo a far conoscere lo stato di attuazione dei programmi ma anche a rilevare i gradi di soddisfazione dei fruitori dei servizi, a capire le dinamiche di cambiamento dei bisogni da soddisfare, i correttivi da apportare ed avere il polso sempre attuale della situazione.

A conclusione di questa parte, si ritiene inoltre doveroso rilevare quanto la cultura della programmazione territoriale, e quindi del PLUS, sia ancora lontana dalle coscienze locali, quanto

in tal senso si debba ancora fare affinché tutti gli attori acquisiscano la consapevolezza della necessità di dover operare in maniera integrata e coordinata, ognuno per quanto di competenza, per il perseguimento del ben essere di un intera comunità e non solo di una parte di essa.

## **IL PROFILO DI SALUTE DEL TERRITORIO (ALCUNI APPROFONDIMENTI)**

Il profilo di salute predisposto dalla Fondazione “Zancan” (All. n. 1) ha evidenziato in maniera uniforme il grado di invecchiamento della popolazione determinato sia dal basso indice di natalità che dall’elevato flusso migratorio in uscita, pertanto, si deve prendere atto del progressivo sbilanciamento fra la dimensione della fascia di popolazione che ha bisogno di cure (anziani, minori, disabili) e la fascia di adulti in età lavorativa, famiglie, che devono farsi carico delle situazioni di bisogno. Come opportunamente indicato nel profilo d’ambito l’indice di dipendenza, globale e ridefinito, assume valori che vedono il Distretto di Sorgono collocarsi al primo posto sia in rapporto agli altri Distretti della provincia di Nuoro che ai valori medi regionali.

Un’attenta lettura del profilo ha fatto emergere immediatamente un aspetto di forte criticità dei sistemi sociale e sanitario, che si sostanzia nella esistenza di linguaggi, strumenti di lavoro, modalità di valutazione, monitoraggio e lettura assolutamente differenti tanto da non consentire un approfondimento e soprattutto le opportune correlazioni e raffronti.

Al fine di indagare alcuni aspetti ritenuti importanti, il G.t.P. ha strutturato alcune schede di rilevazione sia per i servizi sociali dei comuni che per i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta operanti nel distretto. Si ritiene infatti che questi ultimi debbano far parte del processo di costruzione del nuovo modello di organizzazione dei servizi in quanto conoscitori diretti delle problematiche sanitarie del cittadino. Solo due medici di base non hanno compilato le schede somministrate, pertanto, è stato possibile avere i dati su circa l’80% dei pazienti.

La rilevazione -popolazione divisa per fasce d’età, sesso e patologie - fornisce informazioni indispensabili per una programmazione dei servizi che miri ad obiettivi di coerenza, attinenza e appropriatezza degli interventi.

Emerge in linea generale una discrepanza tra il bisogno e il sistema dell’offerta ma soprattutto si rileva l’urgenza di modificare le modalità di programmazione e organizzazione dei servizi. Con riferimento ai servizi sociali è possibile affermare che la logica prevalente è quella di essere orientati a interventi riparativi e rivolti al solo contesto comunale.

Tali prassi hanno anche evidenziato la mancanza di strategie e metodologie condivise che determinano livelli qualitativi assolutamente differenti nei diversi contesti comunali, rendendo ancora una volta difficoltoso il percorso di valutazione in merito all’incidenza dell’azione dei servizi rispetto al bisogno del cittadino. Per quanto attiene invece il servizio sanitario, i dati di cui è stato possibile disporre, sono quelli relativi al numero di prestazioni effettuate da ogni singolo servizio, rilevati secondo report mensili, trasmessi alla Direzione Generale, rispondenti ad una

logica aziendalistica e di controllo di gestione economico/finanziario piuttosto che alla necessità di organizzare le informazioni secondo una strategia di pianificazione dei servizi coerente con il bisogno manifestato.

I linguaggi e le modalità operative sono assolutamente differenti nei due sottosistemi, ma anche all'interno di ciascun sottosistema.

A causa della inesistenza di una prassi che correntemente raccolga e organizzi le informazioni, in maniera tale da consentire in ogni momento una lettura in relazione all'evoluzione dei bisogni sia sanitari che sociali, non è stato possibile conoscere dati fondamentali per la costruzione di questo documento.

Di seguito si riportano i dati relativi alla dimensione del bisogno e dei servizi offerti in ambito comunale e quelli relativi alla distribuzione della popolazione per patologie cui hanno collaborato i medici di medicina generale e i pediatri di base.

Con riferimento ai servizi sociali comunali il dato riportato è quello relativo all'anno 2005, mentre i dati raccolti dai medici e pediatri di base sono quelli relativi alla situazione corrente.

### **AREA ANZIANI**

COMUNE	POPOLAZIONE ANZIANA > 65 ANNI			QUANTI VIVONO SOLI
	M	F	M	F
ARITZO	133	222	140 M+F	
ATZARA	137	177		
AUSTIS	70	127		
BELVI'	76	91	15 M+F	
DESULO	228	387	39	144
GADONI	107	145		
MEANA SARDO	214	309	53	128
ORTUERI	157	189	103 M+F	
OVODDA	168	181		
SORGONO	145	209		
TETI	324	293	49 M+F	
TIANA	64	74	32 M+F	
TONARA	221	306		
<b>TOTALE</b>	<b>2044</b>	<b>2710</b>	<b>431</b>	<b>272</b>

Come è possibile osservare non tutti i comuni hanno indicato il dato relativo alla popolazione ultrasessantacinquenne che vive da sola e solo due hanno indicato quanti tra questi ultimi sono maschi o femmine.

SERVIZIO/INTERVENTO	UTENTI		UTENZA POTENZIALE	COSTO ORARIO PRESTAZIONE E/O RETTA MENSILE	SPESA ANNUA		
	M	F			L.R. 25/93	C/ UTENZA	ALTRO
Assistenza Domiciliare	51	70	226	€12,92 (media)	€336.984,73	€ 88.358,49	0
Servizio Mensa e/o pasti a domicilio	7	2	8	€2,05 a pasto (media)	€ 3.500,00	€ 850,00	0
Trasporto	3	50	?		€2.747,37	0	0
Tempo libero	130	170	383		€31.190,00	€ 11.384,36	0
CAS	115	7	425		€15.071,52	0	0
Sostegno psico-sociale	20	25			0	0	0
Beneficiari L.R. n. 27/83-	14	11			0	0	€45.707,55
Beneficiari L.R. n. 11/85	5	3			0	0	€34.659,38
Beneficiari L.R. n. 20/97	2	3			0	0	€10.400,36
Beneficiari L.R. n. 9/2004	25	25			0	0	€53.482,38
Legge . 162/98	20	45			0	0	€ 112.265,07

<b>TOTALE</b>	<b>392</b>	<b>411</b>			<b>€389.493,62</b>	<b>€100.592,85</b>	<b>€256.514,74</b>
---------------	------------	------------	--	--	--------------------	--------------------	--------------------

### **NUMERO UTENTI INSERITI PER TIPOLOGIA DI STRUTTURA.**

SERVIZIO/INTERVENTO UTENTI INSERITI IN COMUNITA' ALLOGGIO CASA PROTETTA -RSA	UTENTI		UTENZA POTENZIALE	COSTO ORARIO PRESTAZIONE E/O RETTA MENSILE	SPESA ANNUA		
	M	F			L.R. 25/93	C/ UTENZA	ALTRO
ARITZO – RSA - C.P. AIAS	1 1	0 0	N. I. N.I.	N.I. N.I.	N. I. N.I.	N. I. N.I.	N. I. N.I.
ATZARA – Comunità Alloggio	6	6	6	Min. €620,00 Max. €1.088,00	€ 19.000,00	€50.000,00	€78.495,10
ORTUERI – CASA PROTETTA	0	0	0	€1.500,00 mensili	0	0	€3.000,00
OVODDA	2	4	6	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.
SORGONO – Comunità Alloggio	5	9	40	Importo pensione – 10% per spese personali – €58,00 al giorno	€103.254,91 La spesa è	€253.030,47 data dalla somma	€108.958,62 della C.A. e della RSA
RSA	4	9	15				
TETI – Comunità Alloggio	3	2	9	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.
TIANA – Comunità Alloggio	4	1	9	Da un minimo di €671,00 a un massimo di €1.032,00 mensili in relazione al reddito dell'utente	€115.774,00	€20.431,00	€105.000,00
<b>TOTALE</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>89*</b>		<b>€238.028,91</b>	<b>€323.461,47</b>	<b>€295.453,78</b>

**\* Il dato sull'utenza potenziale delle Comunità Alloggio, al netto di quella destinata all'inserimento in RSA, è pari a n. 74 utenti. ?**

### **STRUTTURE RESIDENZIALI E/O SEMIRESIDENZIALI**

#### **TIPOLOGIA: Comunità Alloggio/Protetta S. Ignazio - Aritzo**

UTENTI INSERITI		PROVENIENZA		CAPACITA' DELLA STRUTTURA	POSTI DISPONIBILI	POSTI DI PRONTO INTERVENTO DISPONIBILI	FONTI DI FINANZIAMENTO		
M	F	DISTRETTO FUORI DIST.					RAS	BILANCIO	C/ UTENZA
9	10	17	2	40	no	2	L.R. 20/97 x 14 utenti €72.241,40		

#### **TIPOLOGIA: Comunità Alloggio/Atzara**

UTENTI INSERITI		PROVENIENZA		CAPACITA' DELLA STRUTTURA	POSTI DISPONIBILI	POSTI DI PRONTO INTERVENTO DISPONIBILI	FONTI DI FINANZIAMENTO		
M	F	DISTRETTO FUORI DIST.					RAS	BILANCIO	C/ UTENZA
6	6	Tutti	0	16	4 (1)	0	€49.636,08	€49.363,92	€50.000,00

#### **TIPOLOGIA: Comunità Alloggio/Sorgono**

UTENTI INSERITI		PROVENIENZA		CAPACITA' DELLA STRUTTURA	POSTI DISPONIBILI	POSTI DI PRONTO INTERVENTO DISPONIBILI	FONTI DI FINANZIAMENTO		
M	F	DISTRETTO	FUORI DIST.				RAS	BILANCIO	C/ UTENZA
5	9	Tutti	0	32	18	0	N.I.	N.I.	N.I.

#### **TIPOLOGIA: Comunità Alloggio/Tiana**

UTENTI INSERITI		PROVENIENZA		CAPACITA' DELLA STRUTTURA	POSTI DISPONIBILI	POSTI DI PRONTO INTERVENTO DISPONIBILI	FONTI DI FINANZIAMENTO		
M	F	DISTRETTO	FUORI DIST.				RAS	BILANCIO	C/ UTENZA
7	5	10	2	16	3	0	€115.774,00	€20.431,00 Tiana + Teti	€105.000,00



**TIPOLOGIA: RSA - Sorgono**

UTENTI INSERITI		PROVENIENZA		CAPACITA' DELLA STRUTTURA	POSTI DISPONIBILI	POSTI DI PRONTO INTERVENTO DISPONIBILI	FONTI DI FINANZIAMENTO		
M	F	DISTRETTO	FUORI DIST.				RAS	BILANCIO	C/ UTENZA
4	9	X		15	0	0			

**TIPOLOGIA: Comunità Alloggio/ Casa Protetta - Ortueri**

UTENTI INSERITI		PROVENIENZA		CAPACITA' DELLA STRUTTURA	POSTI DISPONIBILI	POSTI DI PRONTO INTERVENTO DISPONIBILI	FONTI DI FINANZIAMENTO		
M	F	DISTRETTO	FUORI DIST.				RAS	BILANCIO	C/ UTENZA
0	0	0	0	24	24	0	N.I.	N.I.	N.I.

**TIPOLOGIA: Comunità Alloggio/Ovodda**

UTENTI INSERITI		PROVENIENZA		CAPACITA' DELLA STRUTTURA	POSTI DISPONIBILI	POSTI DI PRONTO INTERVENTO DISPONIBILI	FONTI DI FINANZIAMENTO		
M	F	DISTRETTO	FUORI DIST.				RAS	BILANCIO	C/ UTENZA
0	0	0	0	16	16	0	N.I.	N.I.	N.I.

**TIPOLOGIA: Comunità Alloggio/Austis**

UTENTI INSERITI		PROVENIENZA		CAPACITA' DELLA STRUTTURA	POSTI DISPONIBILI	POSTI DI PRONTO INTERVENTO DISPONIBILI	FONTI DI FINANZIAMENTO		
M	F	DISTRETTO	FUORI DIST.				RAS	BILANCIO	C/ UTENZA
0	0	0	0	16	16	0	N.I.	N.I.	N.I.

**TIPOLOGIA: Casa Protetta/ComunitàAlloggio Tonara**

UTENTI INSERITI		PROVENIENZA		CAPACITA' DELLA STRUTTURA	POSTI DISPONIBILI	POSTI DI PRONTO INTERVENTO DISPONIBILI	FONTI DI FINANZIAMENTO		
M	F	DISTRETTO	FUORI DIST.				RAS	BILANCIO	C/ UTENZA
0	0	0	0	29	29	0	N.I.	N.I.	N.I.

## AREA ADULTI

COMUE	POPOLAZIONE > 18 ANNI FINO A 64 ANNI	
	M	F
ARITZO	N.I.	N.I.
ATZARA	400	374
AUSTIS	249	226
BELVI'	205	221
DESULO	813	785
GADONI	276	273
MEANA SARDO	598	545
ORTUERI	441	365
OVODDA	500	478
SORGONO	625	578
TETI	273	198
TIANA	167	144
TONARA	705	647
<b>TOTALE</b>	<b>5252</b>	<b>4834</b>

SERVIZIO/INTERVENTO	N. UTENTI		UTENZA POTENZIALE	COSTO ORARIO PRESTAZIONE E/O RETTA MENSILE	SPESA ANNUA		
	M	F			L.R. 25/93	C/ UTENZA	ALTRO
ASSISTENZA DOMICILIARE	6	6	23	€12,50 (media)	€24.805,00	€12.287,49	
EDUCATIVA	0	50	60	€30,00 (solo un comune)	€2.000,00		
CAS – (Informagiovani Desulo) - Comune Tonara	N.I.	N.I. 2	N.I. 20		€19.880,08 €9.956,00		
INSERIMENTI LAVORATIVI E/O BORSE LAVORO	7	11	50	Min. €200,00 Max €500 mensili	€20.982,44		
INTERVENTI DI SOCIALIZZAZIONE	50	32	140		€49.833,19		
UTENTI INSERITI IN COMUNITA' ALLOGGIO	0	0	0				

UTENTI INSERITI IN CASA PROTETTA – AIAS	0	1		€67,14 giornaliere	€10.000,00	€7.000,00	€2.693,00 Bilancio €4.880,00 art.11
UTENTI INSERITI IN RSA							
L.R. 27/83	21	22					€95.896,78
L.R. 11/85	7	5					€57.090,83
L.R. 20/97	27	30					€102.209,58
L.R. 9/2004	23	33					€67.593,32
L.R. 12/85	3	1					€3.080,19
Legge 162/98	13	15					€178.363,00
<b>TOTALE</b>	<b>157</b>	<b>208</b>			<b>€137.456,71</b>	<b>€19.287,49</b>	<b>€511.806,67</b>

### AREA MINORI

COMUNE	POPOLAZIONE < 18 ANNI	
	M	F
ARITZO	N.R.	N.R.
ATZARA	114	81
AUSTIS	90	91
BELVI'	62	66
DESULO	236	197
GADONI	68	70
MEANA SARDO	185	166
ORTUERI	110	103
OVODDA	185	145
SORGONO	145	153
TETI	81	62
TIANA	48	45
TONARA	195	191
<b>TOTALE</b>	<b>1.519</b>	<b>1.370</b>

SERVIZIO/INTERVENTO	N. UTENTI		UTENZA POTENZIALE	COSTO ORARIO PRESTAZIONE E/O RETTA MENSILE	SPESA ANNUA		
	M	F			L.R. 25/93	C/ UTENZA	ALTRO
Assistenza Domiciliare	0	0	0		0	0	0
Servizio Mensa e/o pasti a domicilio	0	0	0		0	0	0
Assistenza Educativa territoriale	55	55	244	€16,50 (media)	€48.393,83	0	€102.247,00*
Ludoteca (sono compresi anche interventi di animazione sporadici quali laboratori e/ limitata a un periodo di tempo)	115	150	312	€14,50 (media)	€67.487,38	€ 1.060,00	€ 3.917,70
Soggiorno Climatici	111	126		€32,85 (costo giornaliero procapite)	€63.979,90	€22.475,70	0
Attività di socializzazione	150	190	1.000		€56.144,24	€11.556,04	€ 480,00
Inserimento strutture residenziale	4	4		€56,50 (media costo giornaliera)	€23.586,09	€19.684,95	€87.739,83
Beneficiari L.R. n. 27/83	1	5			0	0	€11.533,52
Beneficiari L.R. n. 11/85	0	1			0	0	€ 2.502,12
Beneficiari L.R. n. 20/97	1	0			0	0	€ 132,20

Beneficiari L.R. n. 9/2004	0	2			0	0	€ 3.129,64
Legge 162/98	4	7			0	0	€32.963,00
<b>TOTALE</b>	<b>441</b>	<b>540</b>			<b>€259.591,44</b>	<b>€54.776,70</b>	<b>€244.645,01</b>

**\*Con riferimento al Servizio di Assistenza Educativa si evidenzia che i comuni di Desulo e Ortueri lo hanno attivato nel corso dell'anno 2006 pertanto il numero di utenti e la spesa non è stata rilevata.**

### **AREA POVERTA' E SOSTEGNO AL REDDITO**

	NUCLEI BENEFICIARI			SPESA MEDIA ANNUA PER UTENTE	SPESA ANNUA COMPLESSIVA
	1 COMP.	CON ANZIANI	CON MINORI		
ASSISTENZA ECONOMICA CONTINUATIVA	5		6		€ 7.800,00
ASSISTENZA ECONOMICA STRAORDINARIA	23	8	18		€33.789,15
FORNITURA BENI PRIMA NECESSITA'	4	3	7		€ 4.627,89
INSERIMENTI IN ATTIVITA' DI UTILITA' COLLETTIVA	21		8		€59.987,00
BORSE LAVORO	0	0	0		0
LEGGE 448/98, ART. 65 ASSEGNO NUCLEO FAMILIARE			168		€258.541,92
LEGGE 448/98, ART. 66 ASSEGNO DI MATERNITA'			67		€95.113,20
L.R. 7/91 EMIGRATI DI RITORNO	3				€ 3.666,38
L. 431/98 ART. 11 ABBATTIMENTO CANONI DI LOCAZIONE			4		€ 3.839,17
<b>TOTALE</b>	<b>56</b>	<b>11</b>	<b>278</b>		<b>€467.364,71</b>

### **AREA IMMIGRATI**

Con riferimento al numero di immigrati in possesso di regolare permesso di soggiorno bisogna fare riferimento a due comuni del Distretto, Tonara e Sorgono. Complessivamente il numero di immigrati presenti è pari a n. 69 unità distribuiti secondo la seguente tabella:

N. IMMIGRATI M. F.		N. NUCLEI FAMILIARI	N. MINORI
44	25	29	23

Considerato il numero di minori presenti, si ritiene che i servizi attivati in favore della famiglia, anche al fine di garantire processi di integrazione sociale, culturale, scolastica debbano essere estesi con azioni mirate ai nuclei familiari di cittadini extracomunitari, promuovendo anche dinamiche di inclusione sociale. L'assessorato Regionale competente stà inoltre emanando provvedimenti per la creazione di una rete delle "Assistenti Familiari", con l'intento di censire il numero di "badanti" anch'esse extracomunitarie operanti nel territorio al fine di promuovere la regolarizzazione di queste ultime.

## POPOLAZIONE DIVISA PER SESSO, FASCE D'ETA' E PATOLOGIE

**MEDICI DI MEDICINA GENERALE – DATI SU UN NUMERO DI ASSISTITI PARI A 15.162 UNITA' – NON RISULANO PERVENUTI I DATI DI DUE MEDICI DI BASE CHE COMPLESSIVAMENTE HANNO IN CARICO N. 2.221 UTENTI.**

Per comprendere quale sia l'incidenza di ciascuna patologie in relazione all'età e al sesso nelle tabelle seguenti i dati sono stati organizzati in ordine decrescente ossia dalla patologia più diffusa a quello che interessa un numero minore di persone.

PATOLOGIE	65 ANNI IN SU		TOTALE GENERALE
	M	F	
Malattie dell'apparato digerente – epatobiliare – intestinale	305	290	595
Altro	279	247	526
Diabete	261	246	507
Malattie endocrine (in particolare ipofisi)	207	289	496
Dipendenze da alcool	254	181	435
Patologie dell'apparato circolatorio (ictus – arteriopatia grave)	126	287	413
Sofferenze mentali	175	205	380
Cardiopatie (infarti – vasculopatie invalidanti)	169	187	356
Malattie dell'apparato respiratorio (B.P.C.O. – Asma)	133	161	294
Malattie immunitarie – osteorticolari invalidanti	171	100	271
Malattie neurologiche (Parkinson – sclerosi multipla – neuropatia grave – distrofia muscolare – SLA)	137	121	258
Neoplasie maligne	114	122	236
Deficit intellettivi e disturbi dell'apprendimento	65	140	205
Malattie renali (dializzati)	77	75	152
Altre dipendenze	74	75	149
Malattie genetiche Down – Talassemia	65	55	120
Demenze (Vascolare Alzheimer)	7	10	17
HIV	0	0	0

PATOLOGIE	19 – 64 ANNI		TOTALE GENERALE
	M	F	
Malattie dell'apparato digerente – epatobiliare – intestinale	242	219	461
Altro	158	208	366
Diabete	188	166	354
Malattie endocrine (in particolare ipofisi)	116	208	324
Dipendenze da alcool	162	142	304
Patologie dell'apparato circolatorio (ictus – arteriopatia grave)	136	158	294
Sofferenze mentali	138	131	269
Cardiopatie (infarti – vasculopatie invalidanti)	121	117	238
Malattie dell'apparato respiratorio (B.P.C.O. – Asma)	122	84	206
Malattie immunitarie – osteorticolari invalidanti	80	113	193
Malattie neurologiche (Parkinson – sclerosi multipla – neuropatia grave – distrofia muscolare – SLA)	66	102	168
Neoplasie maligne	60	70	130
Deficit intellettivi e disturbi dell'apprendimento	62	39	101
Malattie renali (dializzati)	32	50	82
Altre dipendenze	28	42	70
Malattie genetiche Down – Talassemia	8	16	24
Demenze (Vascolare Alzheimer)	0	2	2
HIV	0	1	1

PATOLOGIE	19 – 64 ANNI		65 ANNI IN SU		TOTALE		TOTALE GENERALE
	M	F	M	F	M	F	
Malattie dell'apparato digerente – epatobiliare – intestinale	242	219	261	246	503	465	968
Cardiopatie (infarti – vasculopatie invalidanti)	121	117	305	290	426	407	833
Patologie dell'apparato circolatorio (ictus – arteriopatia grave)	136	158	279	247	415	405	820
Altro	158	208	126	287	284	495	779
Diabete	188	166	175	205	383	373	754
Malattie immunitarie – osteoarticolari invalidanti	80	113	207	289	287	402	689
Malattie dell'apparato respiratorio (B.P.C.O. – Asma)	122	84	254	181	376	265	641
Dipendenze da alcool	162	142	171	100	333	242	575
Malattie endocrine (in particolare ipofisi)	116	208	65	140	181	348	529
Sofferenze mentali	138	131	114	122	252	253	505
Malattie neurologiche (Parkinson – sclerosi multipla – neuropatia grave – distrofia muscolare – SLA)	66	102	133	161	199	263	462
Neoplasie maligne	60	70	137	121	197	191	388
Demenze (Vascolare Alzheimer)	0	2	169	187	169	189	358
Deficit intellettivi e disturbi dell'apprendimento	62	39	77	75	139	114	253
Malattie renali (dializzati)	32	50	74	75	106	125	231
Altre dipendenze	28	42	65	55	93	97	190
Malattie genetiche Down – Talassemia	8	16	7	10	15	26	31
HIV	0	1	0	0	0	1	1

I dati prodotti dai medici di medicina generale, consentono una prima analisi delle distribuzioni della popolazione per fasce d'età e patologia che, come evidenziano le tabelle sopra riportate danno indicazione rispetto alle patologie più diffuse nella fascia di popolazione adulta e in quella anziana. La frequenza con cui le patologie ricorrono in entrambe le fasce d'età (adulti e anziani) danno indicazione e significatività rispetto alle condizioni di malattia e assenza di salute, l'ordine decrescente seguito nella disposizione dei dati consente a tutti un'agevole lettura.

Risulta parimenti opportuno commentare alcuni dati: quello relativo alla voce “altro”, con la quale i medici hanno sicuramente indicato altre patologie non contemplate nella scheda di rilevazione ma, data la dimensione della voce, si ritiene necessario un ulteriore approfondimento.

Altro dato, che desta preoccupazione, è quello relativo alle dipendenze patologiche (alcool dipendenze e altre dipendenze) che assume valori numerici rilevanti e quello relativo alle sofferenze mentali e alle demenze – quest'ultimo soprattutto con riferimento alla popolazione ultrasessantacinquenne. Le problematiche relative alla salute mentale e alle dipendenze patologiche, data la dimensione rilevata, si pongono come prioritarie nella predisposizione di servizi integrati da programmare a livello territoriale.

**DATI PEDIATRIA DI BASE UTENTI ASSISTITI N. 1.433 + I DATI DEI MEDICI DI BASE PER LA FASCIA 7-18 ANNI.**

PATOLOGIE	0 – 6 ANNI		7 – 12 ANNI		13 – 18 ANNI		TOTALI		TOTALE GENERALE
	M	F	M	F	M	F	M	F	
Malattie allergiche-Asma- Rinite									75
Deficit intellettivi e disturbi dell'apprendimento	3	0	27	26	5	12	35	38	72
Malattie dell'apparato respiratorio	5	4	19	13	17	9	41	26	67
Malattie endocrine	0	1	3	4	8	10	11	15	26
Diabete	0	1	4	4	7	5	11	10	21
Malattie gastro - intestinali	2	1	0	3	5	5	7	9	16
Cardiopatie	0	5	1	2	2	3	3	10	13
Sofferenze mentali	0	1	1	0	5	5	6	6	12
Malattie dell'apparato digerente	0	0	2	5	1	2	3	7	10
Deficit sensoriali – Malattie neurologiche	0	2	1	0	3	2	5	3	8
Neoplasie maligne	1	0	0	2	0	2	1	4	5
Malattie osteo - articolari	0	0	1	2	2	0	3	2	5
Malattie renali	2	0	2	0	0	0	4	0	4
Malattie genetiche	0	0	0	0	1	1	1	1	2
Malattie epato - biliari	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Patologie dell'apparato circolatorio	0	0	0	2	0	0	0	2	2
Malattie del sistema immunitario	0	0	1	1	0	0	1	1	2

Risultano interessati da una delle patologie indicate in tabella n. 333 soggetti di minore età .

Un dato che emerge, per il quale sarebbe necessario un approfondimento da parte dei diversi soggetti interessati ( ASL, Comuni, Istituzioni scolastiche), è quello relativo ai deficit intellettivi e disturbi dell'apprendimento che interessa 72 soggetti. A quest'ultimo dato andrebbe inoltre sommato quello relativo alle sofferenze mentali che interessa n. 12 soggetti.

Altro dato significativo in relazione ai casi interessati da una delle patologie indicate nella tabella appare quello inerente le malattie dell'apparato respiratorio e quello, per molti versi connesso, relativo alle malattie allergiche quali asma e rinite. Sommando i due dati infatti il numero dei casi è pari a circa 130.

La frequenza delle altre patologie, tranne le malattie endocrine e il diabete che interessano più di venti soggetti, assume un valore che mediamente si attesta intorno alle 10 unità.



## BREVE ANALISI DEI DATI SANITARI

L'analisi dei dati relativi alla dimensione delle problematiche inerenti le situazioni di non autosufficienza, disabilità, invalidità, ferme restando le considerazioni generali effettuate in seno al commento del profilo d'ambito, è possibile effettuare solo alcune riflessioni.

Per quanto attiene la disabilità non è stato possibile effettuare un'analisi globale del fenomeno, per la mancanza di un sistema informatizzato che ne consenta un'agevole lettura e per la carenza dei dati medesimi, circoscritti ad un periodo di 5 anni (2000/2005), inerenti esclusivamente il numero dei soggetti certificati ai sensi della L. 104/92.

Mancano, invece, i dati relativi ai soggetti in possesso di certificazione di invalidità civile ed indennità di accompagnamento.

Nonostante la parzialità dell'informazione, si riporta di seguito la tabella relativa al numero di persone certificate ai sensi della Legge 104/92 nel quinquennio 2000-2005, divise per fasce d'età e sesso:

Fascia d'età	Maschi	Femmine	TOTALE
0- 18 anni	19	23	42
19 – 65 anni	102	123	225
66 anni e oltre	143	233	376
<b>Totale</b>	<b>264</b>	<b>379</b>	<b>643</b>

Delle complessive 643 certificazioni rilasciate, 158 sono relative al riconoscimento dell'handicap e 485 riguardano il riconoscimento dell'handicap grave. La modalità di raccolta del dato non ha consentito una diversificazione dei due tipi di certificazione per fasce d'età e sesso.

Considerato che il periodo di rilevazione è riferito a cinque anni il dato emerso risulta meritevole di attenzione e considerazione in quanto la dimensione numerica rapportata alle singole fasce d'età assume la connotazione di significatività.

Se si raffronta questo dato con quello relativo ai soggetti beneficiari di interventi posti in essere dagli enti locali ai sensi della Legge 162/98 e finanziati a valere sull'annualità 2005 si rileva che a fronte di un utenza potenziale pari a 485 unità (riconoscimenti certi) solo 104 persone hanno avuto accesso ai servizi previsti. Si precisa che accedono ai servizi di cui alla Legge 162/98 solo i soggetti in possesso di certificazione di handicap grave rilasciata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/92.

Il prospetto seguente riassume il numero dei soggetti che nel 2005 hanno beneficiato di servizi per progetti finanziati ai sensi della Legge 162/98, divisi per fasce d'età e sesso, con l'indicazione degli importi assegnati aggregati per ciascuna fascia:

<b>Beneficiari progetti</b>	<b>M.</b>	<b>F.</b>	<b>TOTALE</b>	<b>TOTALE SPESA</b>
<b>0- 18 anni</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>€ 32.963,00</b>
<b>19 – 64 anni</b>	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>28</b>	<b>€178.363,00</b>
<b>65 anni e oltre</b>	<b>20</b>	<b>45</b>	<b>65</b>	<b>€ 112.283,07</b>
<b>TOTALE</b>	<b>37</b>	<b>67</b>	<b>104</b>	<b>€322.609,07</b>

Tale dato evidenzia una carenza informativa , solo ¼ dei soggetti aventi diritto, hanno infatti beneficiato di interventi di sostegno e cura previsti dalla Legge 162/98. Ancora una volta si ipotizza una grave carenza nel sistema dell'offerta dei servizi soprattutto con riferimento ai meccanismi di informazione, sensibilizzazione e accompagnamento del cittadino nell'accesso agli stessi.

Altro dato rilevante con riferimento specifico alla fascia minorile è quello relativo al servizio di neuropsichiatria infantile che evidenzia un numero di utenti su base annua, pari a circa 80 unità, di cui 10 provengono da fuori distretto.

Il servizio di neuropsichiatria comprende le prestazioni di un neuropsichiatra infantile per 38 ore settimanali, integrato da uno specialista in logopedia per 10 ore settimanali.

Le problematiche rilevate sono le seguenti:

- n. 6 bambini in carico al servizio AIAS (ex art. 26);
- n. 1 bambino con problemi di autismo;
- n. 17 minori con problematiche di ritardo mentale;
- n. 56 minori con problemi neurologici.

Gli utenti del servizio di logoterapia sono complessivamente 32. A fronte di un bisogno di 3 accessi settimanali della durata di 45 minuti ciascuno, il servizio garantisce un unico accesso settimanale.

## **AMBULATORI SPECIALISTICI**

L'unico dato di cui è possibile disporre in relazione al numero di utenti che fruiscono di servizi specialistici attivi nel distretto è quello relativo all'oncologia. Gli altri dati, infatti, danno informazioni sul numero delle prestazioni effettuate e non sul numero di utenti che hanno usufruito del servizio.

I soggetti in carico al servizio ambulatoriale di oncologia, aperto una volta alla settimana per complessive 5 ore, per l'anno 2006, sono pari a 100.

Confrontando questo dato con il numero di pazienti affetti da patologie neoplastiche fornito dai medici di medicina generale, risulta evidente che gran parte dei pazienti oncologici residenti nel territorio non fanno riferimento al servizio del distretto. E' da evidenziare che le ore di presenza dello specialista sarebbero comunque insufficienti a garantire un servizio adeguato in rapporto all'utenza di riferimento.

Si ritiene comunque che il servizio in oggetto, data anche la forte crescita delle patologie tumorali, debba essere potenziato sia con riferimento ad un maggiore presenza maggiore dell'oncologo a livello ambulatoriale sia, soprattutto con riferimento alle necessità dei malati terminali, con il giusto supporto anche domiciliare di figure, non solo mediche, ma specialistiche (psicologo) che abbiano il ruolo di sostenere e confortare il paziente e i familiari.

## APPROCCIO ALLA PROGRAMMAZIONE

### **Principali riferimenti teorici e metodologici.**

Al fine di poter avviare un processo di cambiamento all'interno di qualsiasi sistema organizzativo istituzionale e non, è necessario in primo luogo esplicitare i riferimenti teorici su cui si fonderanno le scelte strategico/metodologiche a cura dei soggetti coinvolti nel processo.

Per diverso tempo il modello prevalente nell'organizzazione dei servizi sociali e sanitari è stato quello "Razionale/burocratico", improntato ad una divisione rigida di ruoli e funzioni e finalizzato a garantire l'erogazione di specifiche prestazioni.

Il suddetto modello, oltre che appesantire i processi, ha condotto nel tempo ad una eccessiva settorializzazione degli interventi con inevitabili parcellizzazioni, facendo venir meno il fine ultimo dell'intervento stesso.

Il fallimento di questo modello, a causa del mancato perseguimento degli obiettivi di benessere e di tutela della salute del cittadino, ha condotto l'apparato politico/amministrativo ad ipotizzare la costruzione di un sistema di servizi improntato all'approccio globale alla persona, ispirato al modello teorico "Sistemico/relazionale" in cui ogni parte del "Sistema" è in relazione con le altre in un meccanismo di continuo scambio e reciprocità.

In quest'ottica i servizi sociali e sanitari costituiscono dei sottosistemi importanti alla pari di altri, istruzione, famiglia, amministrazione della giustizia etc. Tale modello non consente di analizzare una parte prescindendo dal tutto. Il contesto di riferimento deve essere analizzato nella sua globalità nel tentativo di individuare le caratteristiche e le principali prerogative di ciascun sottosistema ma, soprattutto, nell'intento di evidenziare le relazioni significative e il contributo che ciascuna parte garantisce rispetto al tutto.

La disfunzionalità di una parte determina disequilibri e pregiudica il perseguimento degli obiettivi generali, il presupposto è, infatti, che ciascun sistema assolve alle proprie funzioni conoscendo esattamente il fine per il quale sta operando.

Solo all'interno di un contesto teorico di questo tipo è possibile ipotizzare un approccio globale alla persona nei vari settori e/o sottosistemi della propria vita, consentendo ai soggetti deputati alla pianificazione di poter disporre delle informazioni necessarie per la determinazione del ruolo che ciascun attore deve avere nel processo di costruzione del sistema integrato di servizi alla persona.

### **La valutazione come tappa obbligata per comprendere ed interpretare il sistema dei servizi .**

L'organizzazione del sistema dei servizi siano essi sanitari, sociali, scolastici etc, non può prescindere dall'analisi dell'esistente, sia con riferimento alla valutazione del bisogno che al sistema dell'offerta.

Questa prima parte del processo appena avviato, ha portato ad una approssimativa costruzione del profilo d'ambito a cui si rimanda.

Tutte le criticità evidenziate nel breve commento al profilo, costituiscono elementi significativi per la giusta presa d'atto della situazione reale che continua ad essere prevalentemente organizzata secondo logiche e strumenti non proprio orientate al cittadino.

Per poter costruire un sistema organico ed integrato di servizi alla persona è necessario in primo luogo rispondere a tre quesiti fondamentali:

1. Cosa c'è da fare;
2. Chi lo deve fare;
3. Come lo si deve fare.

La risposta ai tre quesiti non è frutto di decisioni di qualche apparato specificatamente preposto, quanto, piuttosto, il risultato di un processo di confronto a cui partecipano tutte le componenti del sistema del contesto interessato.

Si tratta di costruire quel tanto auspicato lavoro di rete che conduca poi alla creazione della rete di servizi, dove ogni nodo della stessa ha un ruolo fondamentale nella costruzione del tutto.

Come già accennato, i diversi settori coinvolti in questa prima fase di costruzione del nuovo sistema, agiscono e operano secondo metodi e logiche organizzative proprie che rendono difficile la comunicazione tra gli stessi, ostacolando il processo di conoscenza e il funzionamento dei servizi in relazione agli indicatori di efficacia, efficienza e qualità.

La priorità in questo specifico momento diventa, innanzitutto, quella di strutturare strumenti e metodologie di lavoro comuni che facciano riferimento agli stessi standards di qualità e che mirino al soddisfacimento dei livelli essenziali di assistenza.

Altra tappa obbligata è quella che dovrà condurre alla predisposizione dei regolamenti di accesso ai servizi che dovranno tradursi in carta dei servizi per il cittadino.

Una volta determinate le metodologie e gli strumenti di lavoro, i partners dovranno individuare gli indicatori (misuratori) quali-quantitativi necessari alla costruzione di specifici indici mediante i quali sarà verificare i risultati conseguiti.

Ecco perchè è necessario che la valutazione venga effettuata su tre livelli:

1. Prima dell'avvio del servizio (ex ante) momento nel quale si esplicita il bisogno, si ipotizzano le strategie di intervento, si determinano le risorse in campo, i tempi e si dichiarano gli obiettivi da perseguire, definendo in maniera puntuale gli indicatori con i quali si dovranno andare a verificare i risultati;
2. Durante l'espletamento del servizio (in itinere) quindi una valutazione di processo, al fine di verificare se, sulla base delle aspettative dichiarate, il processo necessita di adattamenti e di modifiche, nel perseguimento dell'obiettivo originario;
3. A conclusione del processo (ex post) per valutare sia i singoli servizi e quindi il perseguimento di specifici obiettivi, che il funzionamento delle diverse parti della rete ma, soprattutto, il funzionamento del sistema (rete di servizi) nel perseguimento di obiettivi generali dati.

La complessità derivante dalla necessità di integrare le competenze, le funzioni, i ruoli, comporta la strutturazione di meccanismi e prassi che garantiscano una buona gestione della stessa. Fare ciò significa, innanzitutto, acquisire la consapevolezza che il cittadino ha gli stessi diritti a prescindere dal comune di provenienza, e che lo standard di qualità dei servizi deve essere uniforme su tutto il territorio del Distretto.

Gestire la complessità significa avere un buon sistema di comunicazione all'interno di ciascun sottosistema e tra sistemi interagenti, che incidendo positivamente sulla continua implementazione dell'informazione favorirebbe la riduzione dei tempi di risposta e conseguentemente il tempo di attesa del cittadino.

E' necessaria una forte motivazione e, contestualmente, una determinata volontà di intervenire sui sistemi disfunzionali apportando, quando necessario, le dovute innovazioni atte a produrre gli auspicati cambiamenti che consentano di monitorare i processi in essere e ciò non solo dal punto di vista economico gestionale.

### **Verso la costruzione di modelli uniformi e omogenei nella lettura del bisogno.**

Se la valutazione va intesa come un processo che collega tra loro tutti i soggetti interessati all'intervento è opportuno riconoscere che gli strumenti di lavoro sono una prerogativa degli operatori incaricati di attuarlo.

Uno dei primi compiti che gli operatori incaricati si troveranno a dover svolgere sarà quello di valutare e mettere a confronto i diversi strumenti di lavoro in campo nel passato con l'obiettivo di estrapolare le parti che hanno funzionato e che possono essere coerenti rispetto alla nuova strategia e al nuovo modello organizzativo.

La condivisione e la costruzione di strumenti di lavoro uniformi e omogenei consentirà in primo luogo l'omogeneizzazione del linguaggio che, come visto costituiscono un ostacolo per la lettura dei bisogni e, conseguentemente, per la valutazione dei servizi.

Il processo di costruzione di un sistema comporta un investimento della risorsa tempo che dovrà condurre alla messa a punto di tutti gli strumenti operativi.

Il passaggio dalla enunciazione dei presupposti teorici, che sottendono il processo, alla costruzione degli strumenti operativi costituisce un momento cruciale, si tratta infatti di tradurre in operatività i concetti e quindi strutturare le azioni atte a soddisfare i diritti e i bisogni del cittadino.

I principi universalistici, guidano l'azione nella predisposizione degli strumenti e nell'utilizzo di metodologie comuni e uniformi al fine di garantire parità di accesso ed equità sociale.

L'utilizzo di un'unica strategia e di metodi e strumenti di lavoro comuni a tutti i servizi della rete consentirà di omogeneizzare l'offerta e quindi di garantire gli stessi livelli qualitativi a tutti i cittadini del distretto.

### **I regolamenti e la costruzione delle carte dei servizi.**

Altra tappa obbligata nella costruzione del sistema integrato è quella di dare vita ai regolamenti dei singoli servizi, con l'esplicitazione dei contenuti delle singole prestazioni, dei requisiti per l'accesso, tenendo conto delle condizioni che determinano priorità, dei tempi minimi e massimi di accesso, delle modalità di partecipazione al costo dei servizi da parte del cittadino.

I regolamenti sono necessari a garantire il funzionamento del sistema e devono contenere all'interno gli elementi che consentano la flessibilità necessaria all'analisi delle vaste aree problematiche che si vanno ad affrontare.

I regolamenti devono, una volta messi a punto, essere condivisi con i cittadini e i vari soggetti coinvolti nel processo, si tratta di attivare le azioni necessarie a stimolare la partecipazione del cittadino. Le carte dei servizi dovranno essere lo strumento attraverso il quale promuovere la partecipazione e l'accesso di tutti al sistema integrato dei servizi.

### **Il sistema informativo e la necessità di una rete informatica**

Il sistema informativo costituisce il supporto fondamentale in un processo in continua evoluzione. Lo strumento informativo diviene infatti indispensabile se è percepito come strumento di comunicazione ai fini della valutazione del lavoro svolto, come occasione di confronto, come strumento di valutazione e quindi di crescita professionale sia del singolo che del sistema di servizi più in generale.

Ogni operatore svolgerà una parte del processo di lavoro che consentirà di rispondere a determinati bisogni e sarà pertanto in possesso delle informazioni relative all'ambito di attività cui è deputato, elementi che servono nella progettualità di un servizio ma, si tratta di passare dall'uso delle informazioni secondo la soggettività di un singolo servizio/operatore all'uso sistematico della stesse quale mezzo di gestione della complessità del singolo caso e dell'utenza in generale.

La scelta delle informazioni da registrare, sia in relazione all'utenza che sui contenuti dei servizi e degli interventi deve essere congruente con gli obiettivi della valutazione. Questo richiede criteri di selezione che derivano dal confronto tra le diverse professionalità sugli obiettivi generali e specifici, sulle strategie operative, sulle aree di valutazione su cui si è deciso di investire.

Le informazioni raccolte diventano patrimonio comune a tutte le professionalità coinvolte all'interno di un servizio e nel sistema integrato di servizi alla persona.

La costruzione di un efficiente sistema informativo, oltre alla caratterizzazione specifica, richiede il giusto apporto tecnologico pertanto, una volta definite strategie, obiettivi, strumenti di lavoro, indicatori quali/quantitativi, regolamenti sarà necessario dotare i servizi coinvolti nella erogazione delle prestazioni di un sistema informatico tale da garantire il funzionamento della rete di servizi e il costante aggiornamento e monitoraggio del sistema.



## **POLITICHE SOCIALI PER GLI ANZIANI**

Il Profilo di salute del Distretto Sanitario di Sorgono, così come integrato dai dati raccolti dal G.t.P, evidenzia quanto segue: la popolazione anziana ultrasessantacinquenne è pari a n. 4.754 unità, di cui 2.044 maschi e 2.710 femmine, corrispondente al 25,13% della popolazione residente.

Il numero degli anziani che vivono soli è di 703 unità, compresi maschi e femmine. Il dato è stato calcolato su soli 7 Comuni (6 comuni non hanno risposto), pertanto, non è rapportabile all'intera popolazione anziana over 65.

In generale si rileva che il Distretto Sanitario di Sorgono rispetto agli altri Distretti della Provincia, è quello che presenta una maggiore percentuale di anziani appartenenti alla terza e quarta età, superiore anche alle medie regionali e nazionali, rispettivamente di 6 e 4 punti percentuali.

In risposta ai bisogni emersi, nel corso degli anni, si sono strutturati interventi settoriali: sia l'Azienda U.S.L. n. 3 – Distretto di Sorgono, sia i Comuni che ad essa afferiscono, ciascuno per quanto di competenza, hanno erogato servizi che in qualche modo hanno dato risposte apprezzabili, ma non sempre adeguate a superare o prevenire situazioni di disagio più o meno gravi. Un elevato numero di ricoveri ospedalieri e istituzionalizzazioni improprie sono state la conseguenza più diretta del mancato raccordo tra l'intervento sanitario e quello socio-assistenziale.

### **L'importanza strategica di un'integrazione socio-sanitaria**

Sappiamo che, in particolare nell'area di assistenza agli anziani, il livello di interdipendenza fra le componenti sanitarie e sociali è molto elevato: una domanda di tipo sanitario esprime o veicola anche bisogni di tipo sociale e viceversa.

La funzione strategica di una integrazione socio-sanitaria è stata contemplata a vario titolo dalle disposizioni normative.

Sul versante Sanitario il D. Lgs 229/99 stabiliva che, l'integrazione socio sanitaria riguarda “tutte le attività atte a soddisfare, mediante un complesso processo assistenziale, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale”. Nel decreto le prestazioni socio sanitarie vengono caratterizzate come processo assistenziale unitario: avremo prestazioni sanitarie a rilevanza sociale nei casi in cui l'efficacia dell'intervento sanitario dipende dalla capacità di integrazione con altri fattori e responsabilità sociali. Viceversa avremo prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, ogni volta che l'intervento avviene in presenza di problemi collegati allo stato di salute che possono trovare soluzione efficace con processi di inserimento e integrazione sociale. A livello distrettuale i Programmi delle attività territoriali (PAT), di cui all'

art. 3 quater D. Lgs. N.229/99, costituiscono il piano di salute distrettuale in cui sono definiti i bisogni prioritari e gli interventi di natura sanitaria e socio sanitaria necessari per affrontarli.

Sul versante assistenziale la Legge quadro 328/2000, disciplina il sistema integrato di servizi e interventi sociali. Nella citata legge si affronta il tema dell'integrazione socio sanitaria e interistituzionale. In particolare all'art. 3 comma 2 a) si sottolinea la necessità di <<coordinamento e integrazione con gli interventi sanitari....>>. Nella medesima legge, il Piano di Zona (PdZ), di cui all'art. 19, viene individuato quale strumento per definire le strategie di risposta ai bisogni sociali e socio sanitari.

Come possiamo osservare, le normative di riferimento di ciascun settore, pur riconoscendo la validità strategica dell'integrazione socio sanitaria, adottano ciascuna uno specifico strumento programmatico: i PAT ai sensi della L. 229/99 e i PdZ ai sensi della L. 328/2000.

La Regione Sardegna, con l'emanazione della L.R. n. 23 del 2005, nel recepire la Legge 328/2000, fa un importante passo in avanti, in quanto, *"imponendo"* l'adozione del PLUS, orienta la programmazione verso una prospettiva di **Piena Integrazione e Co – Progettazione**.

La logica che sottende ai dettami della L.R. 23/2005, da un lato è quella della ricerca di *un'unica strategia programmatica*, attuata in modo collaborativo tra azienda sanitaria ed enti locali, dall'altro auspica ad una programmazione condivisa e partecipata tra istituzioni, soggetti solidali e l'intera comunità locale.

A livello di Distretto Sanitario di Sorgono, la prima esperienza di confronto e di programmazione co-partecipata tra tutti gli attori sociali, è stata avviata in occasione della stesura del presente documento, in particolare in sede dei tavoli tematici.

L'esperienza risente, senza dubbio, dei limiti insiti a qualsivoglia processo di cambiamento e dell'inevitabile difficoltà iniziale di ciascun attore di comprendere il proprio ruolo all'interno del nuovo sistema.

Pur tuttavia, essa costituisce l'inizio di una nuova modalità di lavoro in rete, finalizzata ad individuare risposte sempre più diversificate e adeguate rispetto alla dinamicità del bisogno.

### **Obiettivi area anziani**

In sede di "tavoli tematici" relativi all'area anziani sono stati rilevati i seguenti bisogni e criticità:

- Condizione di solitudine e bisogno di socializzazione dell'anziano;
- Attaccamento dell'anziano al proprio contesto abitativo;
- Carenza di un servizio di trasporto strutturato che faciliti gli spostamenti nel territorio;
- Necessità di una messa in rete delle Associazioni di volontariato presenti nel Distretto;

- Eccessivo carico assistenziale delle famiglie che si prendono cura di un anziano non autosufficiente,
- Bisogno di cura, di riabilitazione e di assistenza dei non autosufficienti.

Partendo dalle criticità sopra esposte si ritiene indispensabile, nella programmazione degli interventi e servizi a favore delle persone anziane, dare priorità alle cure domiciliari di natura socio – sanitaria al fine di garantire la permanenza dell’anziano nel proprio contesto di vita.

Questa scelta è in linea con l’orientamento regionale teso a promuovere interventi tesi a sviluppare la domiciliarità dei servizi alla persona.

In particolare le seguenti Deliberazioni della Giunta Regionale costituiscono importanti strumenti per il raggiungimento di tale finalità:

- Delibera G. R. n. 42/11 del 04.10.2006 “*Linee di indirizzo per l’attuazione del programma sperimentale –Ritornare a casa*”;
- Delibera G.R. n. 45/24 del 07.11.2006 “*Linee di indirizzo per l’istituzione della rete pubblica delle assistenti famigliari (badanti) per il sostegno alle persone non autosufficienti*”
- Delibera G.R. n. 47/16 del 16.11.2006 “*Riorganizzazione e attuazione dell’assistenza domiciliare Integrata*”;

Le azioni programmatiche sono inoltre volte a:

- rispondere ai bisogni di cura, riabilitazione e di assistenza dell’anziano fragile e/o non autosufficiente, non assistibile a domicilio, attraverso il mantenimento, ed eventuale riconversione, delle strutture Residenziali esistenti, nonché il potenziamento di Servizi Residenziali e semiresidenziali per soggetti fragili (sofferenti mentali, malati di Alzheimer e di demenza senile, soggetti che necessitano di riabilitazione, ecc.).
- Ampliare l’offerta dei servizi presso le strutture residenziali attualmente operative, prevedendo l’erogazione di servizi quali Pasti caldi a domicilio, Lavanderia, ecc., nonché, l’organizzazione di ricoveri sollievo, di massimo 30 giorni, quale risposta alla presenza di condizioni di stress psico - fisico rilevate nei familiari che si prendono cura di anziani non autosufficienti.
- Promuovere iniziative, in collaborazione con il volontariato, tese a sviluppare la socializzazione e promuovere, quale risorsa comunitaria, la partecipazione attiva degli stessi.

### **Obiettivi strategici comuni a tutte le aree d'intervento**

Nonostante gli obiettivi sotto elencati sono esplicitati e ribaditi in più parti del presente documento, si ritiene opportuno, per maggior chiarezza, riassumerli qui di seguito:

- Predisposizione regolamenti unitari attuativi dei servizi proposti;
- Predisposizione criteri unici di accesso ai servizi e utilizzo ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) al fine di garantire pari opportunità di accesso e uniformità di trattamento, nonché eguali criteri per la determinazione della partecipazione del cittadino al costo del servizio;
- Riduzione della disomogeneità territoriale sull'offerta di servizi assicurando livelli essenziali in tutte le realtà;
- Ottenere un elevato livello di integrazione valorizzando tutte le risorse professionali e di solidarietà presenti nel territorio.

Di seguito vengono riportate le schede relative a ciascun servizio ipotizzato.

Si specifica che non tutte le azioni troveranno copertura finanziaria, tuttavia, dei servizi a carattere prevalentemente sociale, si ritiene di dare continuità ai servizi già consolidati, quali l'Assistenza domiciliare.

Si cercherà, inoltre, di avviare altri servizi (trasporto, attività di socializzazione) che, se espletati e organizzati secondo la logica della sovracomunalità e integrazione di tutte le risorse professionali e solidali presenti a vario titolo nel territorio, comporteranno una ottimizzazione delle risorse finanziarie con il conseguente contenimento dei costi.

Area di intervento	Sociale
Target	Anziani
Tipologia dell'Intervento	Servizi a Domicilio

<b>Denominazione</b>	<b>Servizio di Assistenza domiciliare socio assistenziale (SAD)</b>
<b>Bisogno rilevato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soggetti anziani con scarsa capacità organizzativa della quotidianità riferite alla difficoltà di gestione dell'ambiente domestico, della cura e igiene della persona, della vita di relazione.</li> </ul>
<b>Destinatari</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anziani autosufficienti che vivono soli con scarsa capacità organizzativa privi di familiari di riferimento o con familiari poco presenti,</li> <li>Anziani che vivono in condizioni di limitata autonomia a causa di handicap fisici e o malattie degenerative privi di familiari di riferimento o con familiari poco presenti.</li> </ul>
<b>Obiettivi specifici</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garantire la permanenza nel proprio ambiente di vita, valorizzando le capacità residue;</li> <li>Sostenere, ove è presente, la famiglia al fine di alleggerire il carico assistenziale.</li> </ul>
<b>Azioni/attività</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programmare, pianificare e organizzare l'intervento attraverso attività dirette alla cura e igiene personale, alla gestione della casa e delle incombenze legate al disbrigo di pratiche burocratiche, ecc.</li> <li>Pasti a domicilio;</li> <li>Attività di accompagnamento;</li> <li>Attività volte a favorire la socializzazione del soggetto.</li> </ul>
<b>Utenti coinvolti</b>	2006: <b>121</b> di cui 51 maschi e 70 femmine. Il servizio è presente in 12 comuni su 13

<b>Risorse</b>	
<b>Risorse umane</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Operatori Sociali Comunali</li> <li>Operatori Socio Sanitari</li> <li>Volontariato</li> <li>Eventuale coinvolgimento del servizio civile</li> </ul>
<b>Risorse finanziarie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trasferimenti Comunali di cui al fondo servizi integrati alla persone</li> <li>Compartecipazione utenza</li> </ul>
<b>Risorse strumentali (strutture e attrezzature)</b>	

<b>Azioni di miglioramento</b>	
<b>Azioni di miglioramento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adeguamento e aggiornamento costante delle metodologie di lavoro adottate.</li> <li>Riqualficazione del servizio presso l'utenza mediante adeguata informazione all'utenza delle finalità prioritariamente di carattere assistenziale.</li> <li>Prevedere procedure standardizzate per garantire e verificare i livelli di qualità delle prestazioni fornite.</li> <li>Erogare un servizio omogeneo in tutti i 13 Comuni del Distretto Sanitario di Sorgono</li> </ul>
<b>Problemi di criticità</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Negli ultimi anni il servizio di Assistenza Domiciliare è stato frequentemente inteso come un servizio con funzioni prevalentemente</li> </ul>

	<p>alberghiere a scapito di altre funzioni di carattere assistenziale alla persona.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elevato numero delle domande rispetto alle risorse di bilancio.</li> <li>▪ Disparità di organizzazione e erogazione del servizio fra i comuni del Distretto Sanitario di Sorgono.</li> </ul>
<b>Progetti Correlati</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Piani personalizzati L. 162/98,</li> <li>▪ Progetti sperimentali “Ritornare a casa” Delibera G.R. n. 42/11 del 4.10.2006</li> <li>▪ Progetti A.D.I. -Delibera G.R. n. 47/16 del 4.10.2006</li> </ul>

Area di intervento	Socio - sanitaria
Target	Anziani
Tipologia delle Prestazioni	Servizi a Domicilio

<b>Denominazione</b>	<b>ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (A.D.I.)</b>
<b>Bisogno rilevato</b>	Esigenza del soggetto anziano portatore di problematiche sanitarie, che dispone di un supporto familiare adeguato, di effettuare nel proprio ambiente di vita interventi diagnostici, terapeutici e riabilitativi per i quali non è necessario il ricovero;
<b>Destinatari</b>	<p>Persone parzialmente o totalmente non autosufficienti, in modo temporaneo o protratto, affetti da patologie croniche o acute con riferimento a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti portatori di patologie multiple che per gravità e per impegno assistenziale richiesto non necessitano di trattamenti di ospedalizzazione;</li> <li>▪ Persone anziane con patologie croniche che necessitano di trattamenti domiciliari,</li> <li>▪ Persone affette da neoplasie che necessitano di chemioterapia o di altri interventi effettuabili a domicilio,</li> <li>▪ Persone dimesse dall'ospedale a seguito di interventi chirurgici o post traumatici che necessitano di assistenza e trattamenti riabilitativi a domicilio,</li> <li>▪ Persone dimesse dall'ospedale a seguito di patologie acute cardiovascolari, respiratorie, renali, neurologiche, che richiedono assistenza e cure a domicilio.</li> </ul> <p>Per una buona ed efficace espletamento dell'A.D.I. è importante che i soggetti che rientrano nelle categorie sopraindicate dispongano di un supporto familiare adeguato.</p>
<b>Obiettivi Specifici</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Garantire risposte globali e personalizzate attraverso l'integrazione dei servizi sanitari e sociali;</li> <li>▪ Umanizzazione dell'assistenza e miglioramento della qualità della vita tramite l'offerta di servizi personalizzati al domicilio</li> <li>▪ Prevenire ricoveri ospedalieri o istituzionalizzazioni improprie e assicurare livelli di protezione sanitaria sinora assicurati solo in ambiente ospedaliero;</li> <li>▪ Ridurre le giornate di degenza in ospedale;</li> <li>▪ Riduzione delle spese di ospedalizzazione mediante il contenimento dei ricoveri impropri;</li> <li>▪ Coinvolgimento del volontariato, quale elemento innovativo del servizio, ad integrazione dell'attività svolta dai servizi sociali, sanitari e dalla famiglia, con il compito di coadiuvare gli operatori socio assistenziali.</li> </ul>
<b>Azioni/attività</b>	<p>Predisposizione di un progetto assistenziale personalizzato che tiene conto delle seguenti professionalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assistenza medica generale,</li> <li>▪ Assistenza medico specialistica secondo le necessità,</li> <li>▪ Assistenza Infermieristica,</li> <li>▪ Assistenza riabilitativa e di recupero funzionale,</li> <li>▪ Assistenza domiciliare</li> <li>▪ Servizio di guardia medica</li> </ul> <p>Il programma assistenziale dovrà prevedere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Valutazione iniziale del paziente</li> <li>▪ Valutazione periodica al fine di esaminare il decorso clinico e predisporre eventuali variazioni di programma</li> <li>▪ Valutazione finale per l'uscita dal programma</li> </ul> <p>Un azione innovativa consiste nell'informare e sensibilizzare adeguatamente le Associazioni di volontariato e soggetti solidali in merito ad un loro ruolo strategico nel concorrere all'attuazione ed erogazione dei servizi a domicilio,</p>
<b>Utenti coinvolti</b>	2006: Non forniti

<b>Risorse</b>	
<b>Risorse umane</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Operatori Sociali Comunali</li> <li>- Operatori Socio Sanitari</li> <li>- Unità di Valutazione Geriatria (U.V.G.) costituita da Medico di famiglia, Infermiere Professionale, Operatore Sociale Comunale, medici specialisti, terapisti della riabilitazione.</li> <li>- Volontariato a supporto del ruolo assistenziale svolto dalla famiglia (mobilitazione, alimentazione del malato, socializzazione), disbrigo di commissioni, eventuale trasporto del malato in ambulanza.</li> <li>- Eventuale coinvolgimento del servizio civile</li> </ul>
<b>Risorse finanziarie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trasferimenti Comunali di cui al Fondo Servizi Integrati alla persona</li> <li>- Fondi Azienda Sanitaria Locale n. 3 – Distretto di Sorgono</li> </ul>
<b>Risorse strumentali (strutture e attrezzature)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fornitura gratuita da parte della A.S.L. n°3 del seguente materiale: <ul style="list-style-type: none"> <li>- farmaci,</li> <li>- Presidi e ausili: letto snodabile, materasso antidecubito, carrozzina, ecc.</li> <li>- Forniture specialistiche per nutrizione artificiale: ossigenoterapia, altro</li> </ul> </li> </ul>

<b>Azioni di miglioramento</b>	
<b>Azioni di miglioramento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potenziamento del servizio esistente sia in termini quantitativi, prevedendo un aumento del monte ore degli Infermieri Professionali e O.S.S., sia in termini qualitativi, prevedendo nuove professionalità sanitarie, es. assistenza psicologica, da inserire nel servizio.</li> <li>- Attivazione di indagini strumentali (elettrocardiografo, ossimetro) mediche e infermieristiche a domicilio</li> </ul>
<b>Problemi di criticità</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Attualmente il servizio funziona dalle ore 8,00 alle ore 14,00 nei giorni di lunedì al venerdì, si ritiene pertanto fondamentale dare maggiore copertura al servizio nell'arco della giornata,</li> <li>- Carenza di personale sanitario da destinare al servizio.</li> </ul>
<b>Progetti Correlati</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Piani personalizzati L. 162/98,</li> <li>- Progetti sperimentali “Ritornare a casa”- Delibera G.R. n. 42/11 del 4.10.2006</li> <li>- Progetti A.D.I. - Delibera G.R. n. 47/16 del 4.10.2006</li> </ul>



Area di intervento	Sanitaria
Target	Anziani non deambulanti
Tipologia delle Prestazioni	Servizi a Domicilio

<b>Denominazione</b>	<b>ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE (A. I.D.)</b>
<b>Bisogno rilevato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Impossibilità e/o difficoltà del soggetto di recarsi in ambulatorio o in ospedale a causa della sua condizione.</li> </ul>
<b>Destinatari</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pazienti non deambulanti, pertanto la richiesta del medico deve espressamente comparire la condizione di non deambulabilità.</li> </ul>
<b>Obiettivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Garantire in modo continuativo o limitato nel tempo, le prestazioni infermieristiche a domicilio dei soggetti impossibilitati a deambulare e pertanto con difficoltà oggettive a raggiungere presidi ospedalieri e/o ambulatoriali</li> </ul>
<b>Azioni/attività</b>	
<b>Utenti coinvolti</b>	2006: non fornito

<b>Risorse</b>	
<b>Risorse umane</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infermiere professionali</li> </ul>
<b>Risorse finanziarie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fondi Azienda Sanitaria Locale n. 3 – Distretto di Sorgono</li> </ul>
<b>Risorse strumentali (strutture e attrezzature)</b>	

<b>Azioni di miglioramento</b>	
<b>Azioni di miglioramento</b>	Potenziamento del servizio esistente prevedendo un aumento del monte ore degli Infermieri Professionali
<b>Problemi di criticità</b>	Nei periodi di pieno carico carenza di personale sanitario da destinare al servizio
<b>Progetti Correlati</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Piani personalizzati L. 162/98,</li> <li>▪ Progetti sperimentali “Ritornare a casa” Delibera G.R. n. 42/11 del 4.10.2006</li> <li>▪ Progetti A.D.I. -Delibera G.R. n. 47/16 del 4.10.2006</li> </ul>

Area di intervento	Sociale
Target	Anziani e categorie protette
Tipologia dell' Intervento	Servizi a Domicilio

<b>Denominazione</b>	<b>Rete di trasporto sociale</b>
<b>Bisogno rilevato</b>	Carenza di un adeguata rete di trasporto pubblico che consenta l'accesso ai servizi presenti nel territorio, e mancanza di autonomia di una parte di popolazione anziana di provvedere da sé agli spostamenti nel territorio.
<b>Destinatari</b>	Persone anziane e invalidi che non dispongono di una rete familiare di supporto.
<b>Obiettivo</b>	Facilitare l'accesso ai servizi presenti nel territorio, svincolando l'anziano dal doversi appoggiare a reti informali e improvvisate.
<b>Azioni/attività</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organizzare una rete di trasporto territoriale secondo principi di efficienza, efficacia ed economicità;</li> <li>- Utilizzo delle risorse umane e strumentali che saranno messe a disposizione del Privato Sociale,</li> <li>- Consentire all'utente di poter scegliere l'erogatore del servizio, mediante l'acquisto di un "bonus" per l'effettuazione del viaggio</li> <li>- Predisporre i criteri e le modalità di erogazione e di accesso al servizio uniforme sul territorio e differenziato sulla base delle condizioni sociali ed economiche del cittadino.</li> </ul>
<b>Utenti coinvolti</b>	2006: 53 servizio attivo in due soli Comuni

<b>Risorse</b>	
<b>Risorse umane</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Operatori Sociali Comunali</li> <li>▪ Cooperative e Associazioni presenti nel territorio</li> <li>▪ Servizio civile</li> </ul>
<b>Risorse finanziarie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contribuzione utenza</li> <li>▪ Eventuali somme comunali di cui al Fondo Servizi Integrati alla persona</li> </ul>
<b>Risorse strumentali (strutture e attrezzature)</b>	<p>Nel territorio sono stati monitorati i seguenti mezzi di trasporto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ n. 3 Autoambulanze e n. 1 utilitaria di proprietà dell'Associazione Avos di Tonara</li> <li>▪ n. 2 Autoambulanze di proprietà dell'Ass.ne di Volontariato Croce Verde di Austis</li> <li>▪ n. 1 Autoambulanza di proprietà dell'Ass.ne di Volontariato Croce Verde di Tiana</li> <li>▪ n. 1 Pulmino di 9 posti e n. 1 utilitaria di proprietà del Comune di Ortueri</li> <li>▪ n. 1 Autoambulanze e n.1 utilitaria di proprietà dell'Associazione Croce verde di Meana Sardo</li> </ul>

<b>Azioni di miglioramento</b>	
<b>Azioni di miglioramento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trattandosi di un servizio ex novo andrà tarato e sperimentato nel corso della prima annualità.</li> </ul>
<b>Problemi di criticità</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dalla ricognizione della dotazione strumentale si rileva un elevato numero di autoambulanze che garantiscono appieno il servizio di primo soccorso, tuttavia scarseggiano le utilitarie per che garantirebbero il servizio di trasporto così come inteso nella presente azione.</li> </ul>

<b>Progetti Correlati</b>	
---------------------------	--

Area di intervento	Sociale
Target	Anziani
Tipologia dell' Intervento	Servizi a Domicilio

<b>Denominazione</b>	<b>Affido anziani</b>
<b>Bisogno rilevato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soggetti anziani soli senza riferimenti di familiari, e in condizione di auto sufficienza o parziale auto sufficienza per i quali un inserimento in struttura si rivela inopportuno</li> </ul>
<b>Destinatari</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Persone anziane sole e a rischio di non autosufficienza privi di rapporti parentali</li> <li>▪ Persone/Famiglie disponibile all'affido</li> </ul>
<b>Obiettivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Migliorare la qualità di vita dell'anziano offrendogli un ambiente familiare confortevole che permetta la creazione di nuovi rapporti interpersonali e legami affettivi.</li> <li>▪ Agire sulla solidarietà al fine di permettere la creazione di nuovi rapporti interpersonali a sostegno dell'anziano solo</li> </ul>
<b>Azioni/attività</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formazione di un gruppo risorsa costituito da singoli o famiglie disponibili all'affido.</li> <li>▪ Promozione sul territorio della cultura della solidarietà e dell'istituto dell'affidamento familiare ed eterofamiliare;</li> <li>▪ Incentivare l'affido attraverso l'erogazione di sussidi a favore del nucleo affidatario;</li> <li>▪ Creazione di una banca dati delle famiglie affidatarie</li> </ul>
<b>Utenti coinvolti</b>	2006: servizio non attivo

<b>Risorse</b>	
Risorse umane	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Famiglie o singoli individui disponibili all'affido</li> </ul>
Risorse finanziarie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Parte della pensione dell'anziano</li> <li>▪ Eventuali somme comunali di cui al Fondo Servizi Integrati alla persona</li> </ul>

<b>Azioni di miglioramento</b>	
Azioni di miglioramento	Pur non essendo attivo il servizio, si ritiene fondamentale, ai fini di un avvio dello stesso, investire particolarmente sullo sviluppo della cultura solidale
Problemi di criticità	
Progetti Correlati	

Area di intervento	Sociale
Target	Anziani e nuclei familiari
Tipologia delle Prestazioni	Servizi a Domicilio

<b>Denominazione</b>	<b>Sostegno alla famiglia</b>
<b>Bisogno rilevato</b>	La famiglia spesso è impegnata a tempo pieno nella cura e assistenza del congiunto e risente di un carico di responsabilità che va ad incidere sulle dinamiche relazionali dei diversi componenti condizionandone il proprio vissuto. In alcuni casi, inoltre, si è rilevata la difficoltà delle persone e delle rispettive famiglie di riorganizzare la quotidianità in seguito a dimissioni ospedaliere.
<b>Destinatari</b>	Nuclei familiari dove è presente un anziano che necessita di cure e assistenza.
<b>Obiettivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alleggerire il carico assistenziale della famiglia,</li> <li>▪ Favorire la permanenza dell'anziano all'interno del proprio nucleo di appartenenza.</li> </ul>
<b>Strategie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Programmazione di interventi individualizzati concordati con il nucleo familiare;</li> <li>▪ Attivare nel territorio servizi flessibili.</li> </ul>
<b>Azioni/attività</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SAD di Pronta Disponibilità, non strutturato e organizzato al bisogno,</li> <li>▪ Accoglienza diurna dell'anziano, presso le strutture presenti nel territorio, nelle situazioni in cui la famiglia non può garantire l'assistenza nell'arco della giornata;</li> <li>▪ Destinare presso le strutture residenziali esistenti 1 o massimo 2 posti letto per una degenza temporanea di massimo 30 giorni (soggiorno sollievo).</li> </ul>
<b>Utenti coinvolti</b>	2006: servizio non attivo nel territorio

<b>Risorse</b>	
Risorse umane	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Operatori Sociali Comunali</li> <li>▪ Operatori Socio Sanitari</li> <li>▪ Volontariato</li> <li>▪ Eventuale coinvolgimento del servizio civile</li> </ul>
Risorse finanziarie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trasferimenti Comunali di cui al fondo servizi integrati alla persone</li> <li>▪ Compartecipazione utenza</li> </ul>
<b>Risorse strumentali (strutture e attrezzature)</b>	Strutture residenziali già operative nel territorio

<b>Azioni di miglioramento</b>	
<b>Azioni di miglioramento</b>	
<b>Problemi di criticità</b>	
<b>Progetti Correlati</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Piani personalizzati L. 162/98,</li> <li>▪ Progetti sperimentali "Ritornare a casa" Delibera G.R. n. 42/11 del 4.10.2006</li> <li>▪ Progetti A.D.I. -Delibera G.R. n. 47/16 del 4.10.2006</li> </ul>

### **AZIONI VOLTE ALLA SOCIALIZZAZIONE**

Dai tavoli tematici è emersa quale problematica la condizione di solitudine in cui spesso vive l'anziano, privo di stimoli e di opportunità di incontro e socializzazione. In particolare, nella nostra realtà, riguarda prevalentemente le donne; gli anziani maschi, infatti, vivono momenti d'incontro più o meno strutturati.

Dai dati raccolti si rileva che solo 6 Comuni hanno un Centro sociale, altri comuni organizzano momenti di incontro "una tantum" quali giornata dell'anziano o gite sociali.

Al fine di dare risposte ai bisogni di socializzazione e di costruzione di significative relazioni amicali si ritiene importante promuovere in maniera strutturata e a livello sovracomunale attività in collaborazione con il volontariato.

In particolare dovrà essere garantita:

- Una Programmazione annuale delle attività;
- Attività di animazione, ginnastica, laboratori espressivi, feste, gite, momenti informativi specifici (es. promozione della salute con conferenze mediche, ecc.);
- Scambi intergenerazionali;
- Valorizzazione dell'anziano come risorsa.

Nell'ottica di una programmazione partecipata, si ritiene di dover rinviare la programmazione e strutturazione delle attività, ad un tavolo formale di co-progettazione, al quale dovranno partecipare i vari soggetti istituzionali e solidali.

Il riconoscimento e la esigibilità dei diritti delle persone disabili trovano attuazione attraverso servizi e azioni di sostegno tangibili che hanno avuto specifiche caratterizzazione nei diversi periodi storici

Per decenni si è affermato un modello di intervento sociale residuale, in cui i servizi orientavano il proprio agire solo a particolari gruppi sociali (in condizioni di grave disagio).

Gli interventi sono limitati e a prevalente carattere riparativo: l'erogazione di una prestazione economica oppure il ricovero in istituto. In questo contesto di debolezza delle politiche sociali, l'handicap è rimasto una problematica a rilevanza sanitaria, che attiene alla organizzazione di servizi di riabilitazione che non includono la prerogativa dell'integrazione.

Di fronte a tali considerazioni prende corpo la consapevolezza della necessità di un cambiamento di qualità per raggiungere il pieno ed effettivo esercizio del diritto di parità di cittadinanza per le persone disabili.

Al termine degli anni ottanta, la normativa di riferimento si presenta settoriale, disorganica e polverizzata nei diversi contesti regionali.

In Sardegna la Legge Regionale n. 4/88 determina un mutamento profondo delle politiche sociali e la consapevolezza che i servizi per l'handicap devono necessariamente comprendere la dimensione sociale dell'intervento.

A livello nazionale negli anni novanta si concretizza l'idea di una legge – quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone disabili.

La Legge 104/1992 compie certamente dei notevoli passi in avanti promuovendo interventi finalizzati all'integrazione sociale. Gli interventi devono favorire lo sviluppo della persona nel normale evolversi della vita, seguendo le tappe fondamentali della vita in famiglia, dell'ingresso nel mondo della scuola, del lavoro, della cultura e del tempo libero prevenendo processi forme di emarginazione.

L'attuazione della legge quadro prevede la realizzazione di progetti integrati e socialmente condivisi avviando un processo di responsabilizzazione degli enti istituzionali e non,.

Le medesime finalità sono oggetto di regolamentazione nella Legge quadro n. 328/2000 sia nella L.R. 23/2005. La conquista culturale raggiunta con i dispositivi normativi di cui sopra, consente alle persone disabili e alle loro famiglie di affermare con sempre più forza che i servizi

devono attrezzarsi per sostenere la quotidianità del percorso vitale con programmi individualizzati e condivisi.

Molto diverse possono essere le condizioni della persona a seconda che si tratta di una disabilità congenita o di una disabilità acquisita, di una disabilità sensoriale o di una disabilità intellettiva, di una disabilità lieve o di una situazione di gravità. L'Assistenza alle persone disabili ha le sue basi fondamentali nell'integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali, servizi scolastici e politiche per il lavoro.

Ne consegue, quindi, una diversificazione anche degli interventi che occorre valutare in base alla specifica condizione personale. Infatti gli interventi per le disabilità dovute a piccole limitazioni rispondono essenzialmente alla logica di offrire spazi di socializzazione o integrazione. Mentre nel caso di disabili con limitazioni medio/gravi e gravi sono necessari interventi di aiuto alla persona, di assistenza domiciliare integrata e di supporto alla famiglia, così come previsto dalla L. 162/98.

Si tratta di costruire una rete di protezione finalizzata a ridurre squilibri, discriminazione ed emarginazione, attraverso la rimozione di ostacoli di varia natura che impediscono di realizzarsi.

E' necessario inoltre sviluppare organiche politiche sociali di inserimento lavorativo dei giovani disabili che concluso il percorso scolastico necessitano di programmi specifici atti a garantire opportunità mediante progetti di integrazione scuola lavoro, borse lavoro, tirocini formativi, contratti di formazione lavoro, orientamento professionale. Ulteriori interventi potranno prevedere attività che favoriscano l'inclusione sociale creando momenti significativi di raccordo e coordinamento tra i vari servizi coinvolti.



Attualmente gli interventi in materia di disabilità psico – fisica non soddisfano completamente le esigenze del territorio in quanto vi è una forte carenza di servizi/strutture in grado di rispondere al bisogno rilevato. L'indagine compiuta ha rilevato i seguenti bisogni e criticità:

- Carenza di presa in carico socio-sanitaria;
- Discontinuità del percorso assistenziale;
- Scarsa applicazione degli inserimenti lavorativi;
- Carenza di servizi semiresidenziali;
- Carenza di collaborazione tra volontariato e servizi pubblici;
- Carenza e talvolta inesistenza di servizi riabilitativi e/o carattere ricreativo socializzante;
- Carenza di un servizio di trasporto.

Emerge pertanto la necessità di programmare, sperimentare e/o consolidare modelli di intervento caratterizzati da multidimensionalità e flessibilità, tali da fornire un ventaglio di risposte coerenti ed efficaci rispetto ai bisogni in continua evoluzione.

Dovrà essere garantito alle famiglie che si trovano ad affrontare i problemi della disabilità e/o dell'handicap il supporto, non solo materiale ma, soprattutto, consulenziale, di formazione ed informazione, teso a soddisfare il bisogno di conoscenza degli strumenti necessari per un agevole accesso ai servizi che, in virtù dell'attuale sistema organizzativo, spesso sono percepiti come frammentari. Un'azione concreta che potrà essere garantita nell'anno 2007 è quella volta al potenziamento e alla ottimizzazione dei servizi a domicilio già esistenti. Andranno sostenuti gli interventi previsti dalla Legge 162/98, con una capillare azione di promozione delle prerogative in essa contenute, e promossi gli interventi previsti dalla nuova linee di azione proposte dalla Regione all'interno progetto sperimentale "Ritornare a casa". Dovranno essere strutturati opportuni protocolli di intesa che formalizzino le forme di collaborazione tra istituzione scolastica, servizi sociali e sanitari per garantire il percorso dell'integrazione scolastica. L'inserimento sociale, che costituisce uno degli obiettivi fondamentali degli interventi del PLUS sarà reso possibile solo attraverso la promozione di percorsi fortemente integrati che contemplino la messa in campo delle sinergie necessarie per un buon progetto individualizzazione volto a favorire la massima inclusione del cittadino disabile nei vari contesti di vita (famiglia, scuola, formazione, lavoro, tempo libero) .

Con riferimento ai giovani/adulti il punto cruciale del progetto individualizzato deve essere quello del percorso per l'inserimento o reinserimento lavorativo, teso a garantire l'autodeterminazione e a favorire l'acquisizione del ruolo più confacente in relazione all'età, al sesso e alle proprie attitudini/qualità nel contesto sociale di riferimento. Un ruolo fondamentale

in questa direzione, dovrà essere svolto dal servizio CESILAV, che costituirà un fondamentale nodo nella rete dei servizi in costruzione.

Pur non disponendo di numerose associazioni e cooperative sociali di tipo A e B si cercherà comunque di coinvolgere le stesse perché continuino ad assicurare, occasioni che facilitino la socializzazione dei disabili impegnandoli in attività diverse (attività sportive, ludico ricreative e del tempo libero, servizio di trasporto) estendendo le stesse a tutto il territorio del distretto favorendo in questo modo l'ottimizzazione delle risorse. Le azioni finora rappresentate non escludono che nel corso degli anni successivi, debbano essere attivati nel territorio Centri Diurni per disabili psichici, fisici, sensoriali che, avvalendosi dell'apporto integrato di operatori sociali e sanitari promuoveranno attività diversificate per la realizzazione di percorsi di riabilitazione psico - sociale.

Per soddisfare il bisogno di autonomia abitativa dei disabili psichici, per i quali non è possibile la permanenza nei contesti familiari, perché la famiglia è assente o perché le dinamiche relazionali sono degenerate, s'intende intervenire con l'apertura di due gruppi appartamento presso i Comuni di Belvì e Meana Sardo. Un'altra struttura destinata ad erogare interventi in favore dei sofferenti mentali è ubicata presso il Comune di Tonara.

Area d'intervento	SOCIALE
Target	DISABILI
Tipologia dell'intervento	INTEGRAZIONE SOCIALE
DENOMINAZIONE DEL SERVIZIO:	<b>INSERIMENTO LAVORATIVO</b>
OBIETTIVI STRATEGICO	<p><b>Obiettivi strategici</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantire interventi mirati al superamento di tutti gli stati di emarginazione e di esclusione sociale, favorendo le qualità del processo di integrazione nelle strutture educative e scolastiche attraverso modalità di lavoro interdisciplinare e intese tra gli enti competenti ed altri soggetti comunque interessati;</li> <li>• Favorire tutte le azioni che hanno lo scopo di promuovere lo sviluppo dell'autonomia della persona attraverso la valorizzazione delle abilità residue;</li> <li>• Promuovere la cultura e la sensibilizzazione sulle problematiche della disabilità;</li> <li>• Ridurre la disomogeneità territoriale sull'offerta di servizi assicurando livelli essenziali in tutte le realtà territoriali;</li> <li>• Accrescere la collaborazione interistituzionale, con il privato sociale ed il volontariato;</li> <li>• Pervenire alla realizzazione di progetti diversificati e personalizzati in particolare per la disabilità grave, tramite il coinvolgimento nella progettualità della persona disabile e/o della sua famiglia;</li> <li>• Favorire il reinserimento nel contesto sociale dei pazienti attualmente inseriti in strutture socio – assistenziali con riduzione drastica dei costi sociali, costi nettamente inferiori per gestire il servizio di aiuto alla persona confrontato con ogni tipo di istituzionalizzazione;</li> <li>• Il superamento della frammentazione degli interventi dei servizi per la costruzione di progetti di vita globali di vita con le persone disabili;</li> <li>• Garantire pari opportunità di accesso e uniformità di trattamento, nonché eguali criteri per la determinazione della partecipazione del cittadino al costo del servizio.</li> <li>• Garantire l'accesso dei cittadini all'informazione, nello specifico, a quella inerente la formazione, l'educazione e l'inclusione sociale.</li> </ul>

<p><b>OBIETTIVI SPECIFICI</b></p>	<p><b>Scopi del servizio/intervento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Superamento delle condizioni di emarginazione del singolo e della famiglia in stato di bisogno socio – economico, nonché valorizzazione della dignità della persona e diritto all'autodeterminazione;</li> <li>▪ Graduale riduzione della dipendenza dai servizi, accompagnata da una crescente capacità di socializzazione;</li> <li>▪ Miglioramento della qualità della vita mediante l'acquisizione di un ruolo lavorativo;</li> <li>▪ L'approfondimento delle problematiche che si riscontrano nell'interazione lavorativa delle persone con disabilità acquisita;</li> <li>▪ Contribuire a creare nelle aziende una cultura della disabilità favorendone, attraversala conoscenza lo sviluppo di potenzialità lavorative.</li> </ul>
<p><b>DESTINATARI</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ persone che abbiano compiuto i 15 anni d'età e che non abbiano raggiunto l'età pensionabile prevista dall'ordinamento, affette da minorazioni fisiche psichiche o sensoriali e i portatori di handicap intellettivo con un grado di invalidità superiore del 45%</li> <li>▪ gli invalidi del lavoro con un grado di invalidità superiore al 33%</li> <li>▪ gli invalidi di guerra, invalidi civili di guerra e invalidi per servizi</li> <li>▪ le persone non vedenti o sordo-mute</li> <li>▪ persone che abbiano compiuto i 15 anni d'età e che non abbiano raggiunto l'età pensionabile prevista dall'ordinamento, affette da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e i portatori di handicap intellettivo.</li> </ul>

## DEFINIZIONE ELLE ATTIVITA'

### COLLOCAMENTO MIRATO DISABILI

La legge 12 marzo 1999 n.68 ha come finalità la promozione dell'inserimento e della integrazione lavorativa delle persone disabili nel mondo del lavoro attraverso servizi di sostegno e di collocamento mirato.

La legge 68/1999 è il risultato di un profondo mutamento culturale che sta contribuendo a imporre il concetto della disabilità come una realtà fondata sull'importanza della promozione di valori quali la **dignità** e il **riconoscimento** **individuale**.

L'approccio alla disabilità oggi tende a porre maggiormente l'accento sulle capacità residue del soggetto, piuttosto che sulla menomazione fisica o psichica, causa dell'invalidità. Valorizzare le abilità dell'individuo contribuisce a un ripensamento del disabile come risorsa attiva all'interno di un contesto lavorativo, che favorisca la produttività e il profitto aziendale. Obiettivo della legge 68/1999 è quello di "promuovere una sensibilizzazione all'integrazione lavorativa di persone svantaggiate, attraverso servizi di sostegno e di collocamento mirato".

Per collocamento mirato dei disabili si intende quella serie di strumenti tecnici di supporto che permettono di valutare adeguatamente le persone con disabilità nelle loro capacità lavorative e di inserirle nel posto adatto, attraverso analisi di posti di lavoro, forme di sostegno, azioni positive e soluzioni dei problemi connessi con gli ambienti, gli strumenti e le relazioni interpersonali sui luoghi quotidiani di lavoro e di relazione.

In riferimento alla normativa regionale la **Legge Regionale n. 20 del 28 ottobre 2002** istituisce il fondo per l'occupazione dei diversamente abili, finalizzato al finanziamento delle iniziative di sostegno all'inserimento dei diversamente abili nel mondo del lavoro e dal rafforzamento dei servizi per il collocamento mirato. Il fondo eroga contributi per i seguenti interventi:

- valutazione delle capacità e attitudini professionali di diversamente abili, analisi delle adeguate possibilità offerte dal mercato del lavoro;
- istruzione, formazione professionale, orientamento e tirocini;
- rimozione degli ostacoli architettonici, ambientali, e strumentali che impediscono l'integrazione lavorativa dei diversamente abili;
- trasformazione del posto di lavoro per renderlo adeguato alle possibilità operative dei diversamente abili;
- acquisto di beni strumentali finalizzati al telelavoro;
- tutoraggio e supporto all'inserimento professionale, rivolti sia ai contesti lavorativi che a quelli familiari e di provenienza dei destinatari degli interventi.

Lo strumento principale per raggiungere l'obiettivo del reinserimento dei lavoratori più deboli e a bassa qualifica a rischio di emarginazione è l'indennità di inserimento sperimentale per programmi di formazione, ricerca e inserimento lavorativo previsto dalla Legge Regionale n. 20/2005 art.43. Ai partecipanti al programma sperimentale è attribuita un'indennità mensile di inserimento lavorativo sostitutiva di qualsiasi altra forma di indennizzo o ammortizzatore sociale.

L'art. 32 della Legge Regionale n.20/2005 promuove lo strumento delle convenzioni svolgendo in tal senso, attività di supporto, progettazione e realizzazione delle stesse, in conformità con le finalità del collocamento mirato.

#### **CESILAV - centro servizi per l'inserimento e il reinserimento lavorativo dei soggetti svantaggiati**

Il CESILAV promuove e sostiene l'integrazione lavorativa delle persone con invalidità fisica, psichica e sensoriale in possesso di capacità lavorativa realizzando interventi personalizzati di formazione e mediazione al lavoro al fine di favorire il positivo incontro tra la persona ed il contesto lavorativo più adatto alle particolarità individuali. Il CESILAV è presente in ogni Comune Distretto Sanitario di Sorgono

Le opportunità previste dal CESILAV sono esplicitate meglio a pagina.....del presente documento in quanto comuni all'area politiche giovanili.

Lo strumento principale per raggiungere l'obiettivo del reinserimento dei lavoratori più deboli e a bassa qualifica a rischio di emarginazione è l'indennità di inserimento sperimentale per programmi di formazione, ricerca e inserimento lavorativo, prevista dalla legge Regionale n. 20 del 2005 (art. 43). Ai partecipanti al programma sperimentale è attribuita un'indennità mensile di inserimento lavorativo sostitutiva di qualsiasi altra forma di indennizzo o ammortizzatore sociale.

#### **Tirocini a scopo di formazione e orientamento**

Finalizzati all'acquisizione di competenze sociali, all'apprendimento di abilità lavorative e all'orientamento nelle scelte professionali.

#### **Progetti di integrazione sociale in ambiente lavorativo**

Inserimento in un ambiente lavorativo di persone con invalidità civile prive di capacità lavorative, ma in possesso di abilità complessive tali da consentire una serena permanenza nell'ambiente di lavoro. Questa tipologia di intervento rappresenta un'opportunità di crescita relazionale e di socializzazione.

#### **Progettazione integrata**

Inserimento e reinserimento lavorativo dei soggetti svantaggiati.

L'azione comprende interventi di sensibilizzazione, formazione, orientamento e accompagnamento nella individuazione di percorsi formativi e occupazionali.

<b>TEMPI</b>	<p>Stima dei tempi di attuazione dell'azione:</p> <p><b>Il Servizio sopra indicato saranno garantito per il triennio 2007/2009, con verifica a cadenza annuale.</b></p>
<b>RISORSE</b>	<p><b>Risorse Umane e Professionali:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Operatori sociali dei Comuni dell’ambito del Distretto;</li> <li>- Centri dei servizi per il lavoro;</li> <li>- Operatori del Centro di salute Mentale;</li> <li>- Operatori del CESILAV;</li> <li>- Aziende Private;</li> <li>- Cooperative sociali di tipo A e B;</li> <li>- Servizio Informagiovani.</li> </ul> <p><b><u>Risorse finanziarie:</u></b></p>     <p><b><u>Risorse strumentali e strutturali</u></b></p>

<b>Allegato "A" allo schema di PLUS</b>	
<b>Area d'intervento</b>	<b>SOCIALE</b>
<b>Target</b>	<b>DISABILI</b>
<b>Tipologia dell'intervento</b>	<b>INTEGRAZIONE SOCIALE</b>
<b>DENOMINAZIONE DEL SERVIZIO:</b>	<b>INTEGRAZIONE SCOLASTICA</b>
<b>OBIETTIVI STRATEGICO</b>	<p><b>Obiettivi strategici</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantire interventi mirati al superamento di tutti gli stati di emarginazione e di esclusione sociale, favorendo le qualità del processo di integrazione nelle strutture educative e scolastiche attraverso modalità di lavoro interdisciplinare e intese tra gli enti competenti ed altri soggetti comunque interessati;</li> <li>• Favorire tutte le azioni che hanno lo scopo di promuovere lo sviluppo dell'autonomia della persona attraverso la valorizzazione delle abilità residue;</li> <li>• Promuovere la cultura e la sensibilizzazione sulle problematiche della disabilità;</li> <li>• Ridurre la disomogeneità territoriale sull'offerta di servizi assicurando livelli essenziali in tutte le realtà territoriali;</li> <li>• Accrescere la collaborazione interistituzionale, con il privato sociale ed il volontariato;</li> <li>• Pervenire alla realizzazione di progetti diversificati e personalizzati in particolare per la disabilità grave, tramite il coinvolgimento nella progettualità della persona disabile e/o della sua famiglia;</li> <li>• Garantire pari opportunità di accesso e uniformità di trattamento, nonché eguali criteri per la determinazione della partecipazione del cittadino al costo del servizio.</li> <li>• Garantire l'accesso dei cittadini all'informazione, nello specifico, a quella inerente la formazione, l'educazione e l'inclusione sociale.</li> </ul>
<b>OBIETTIVI SPECIFICI</b>	<p><b>Scopi del servizio/intervento:</b></p> <p>Garantire l'inserimento e l'integrazione scolastica dei disabili fisici, psichici e sensoriali avvalendosi non solo dell'equipe socio – sanitaria ma anche intensificando la rete di trasporto che consente loro l'accesso agli istituti scolastici.</p>
<b>DESTINATARI</b>	Disabili fisici, psichici e sensoriali



L'integrazione degli alunni in situazione di handicap rappresenta una delle peculiarità del sistema formativo italiano. Il superamento delle tradizionali strutture educative "speciali", all'inizio degli anni '70, è stato caratterizzato da una notevole produzione legislativa anche se non sempre sorretta da adeguati interventi operativi. Con la Legge quadro 104/92 ed una maggiore professionalizzazione degli insegnanti, si sono definite le fasi di integrazione dell'allievo in situazione di handicap, attraverso una prima diagnosi clinica e funzionale, il tracciato del profilo dinamico funzionale e del piano educativo individualizzato. Il PEI costituisce un progetto globale di vita contenente percorsi educativi, riabilitativi e sociali i cui obiettivi non sono quelli di mera socializzazione ma di apprendimento, sviluppo della capacità comunicative, socializzazione, scambi relazionali. Ovviamente la legge non basta a sanare una problematica e il processo di inserimento dell'alunno in situazione di handicap viene realizzato con modalità differenti in virtù del diverso modo di organizzazione della struttura. La gestione integrata del problema il più delle volte resta teorica, soprattutto nella scuola secondaria. I modelli più frequenti sono quelli definiti "dell'emergenza" in cui è l'insegnante di sostegno a farsi carico del soggetto portatore di handicap. In assenza di una programmazione condivisa viene meno il perseguimento dell'obiettivo "principe" che è l'integrazione.

### **Servizio di assistenza educativa**

Il servizio educativo verrà espletato da una équipe multiprofessionale che strutturerà le strategie di intervento partendo da un approccio sistemico – relazionale, fondamentale per una presa in carico globale della persona e per una adeguata lettura dei bisogni al fine di individuare puntualmente le azioni necessarie per garantire un positivo processo di crescita.

### **Aree di intervento:**

- Familiare
- Scolastica
- Sociale

**In ambito familiare** l'équipe avrà il compito di sostenere i genitori nello svolgimento del proprio ruolo, nella cura del disabile e nello sviluppo di prassi operative volte a garantire un sano contesto di vita.

Il servizio avrà, inoltre, il ruolo di accompagnare e sostenere la famiglia nell'individuazione del servizio sociale e/o sanitario più appropriato al caso (Neuropsichiatria infantile, Centro Salute Menale, Consultorio e/o specialistica).

### **In ambito scolastico**

Per ogni alunno o ragazzo disabile, gli operatori collaborano con le scuole nella predisposizione, realizzazione e verifica di progetti educativi personalizzati, finalizzati al sostegno e allo sviluppo delle potenzialità individuali e alla integrazione del minore nel gruppo classe. L'intervento dell'operatore, che agisce in stretto rapporto con la scuola, gli altri operatori socio-sanitari e la famiglia, è rivolto allo sviluppo dell'autonomia personale del bambino/ragazzo disabile in tutti i suoi aspetti (igiene personale, alimentazione, mobilità, maturazione affettiva, cognitiva, relazionale) e alla gestione degli eventuali comportamenti problematici.

### **In ambito sociale**

Accanto alle azioni volte a realizzare interventi di tipo riparativo, di assistenza al minore e ai nuclei familiari di appartenenza, il presente progetto intende proporre strategie ed interventi che perseguano la finalità primaria di promuovere il benessere psico - fisico dell'intera popolazione disabile .

In tal senso, l'equipe opera al fine di creare opportunità di integrazione dei soggetti in contesti strutturati o semi-strutturati mediante attività laboratoriali, momenti di animazione e/o giornate a tema.

Nella rete dei servizi, il SET, avrà come strategia operativa quella di facilitare l'accesso del cittadino alla rete medesima, fornendo gli strumenti necessari per un appropriato utilizzo degli stessi e, nel contempo, fungendo da mediatore del processo.

### **Orientamento scolastico**

Si propone di offrire ai ragazzi disabili delle classi 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> della scuola media un supporto sulla scelta del futuro percorso scolastico, in considerazione dei desideri dell'alunno, delle abilità e dell'autonomia personale. Il servizio si articola in due azioni principali:

- azione informativa che consiste nella consegna di un opuscolo redatto in collaborazione con il Servizio Informagiovani contenente una rassegna dettagliata delle opportunità formative offerte dalle scuole medie superiori del territorio, in esso sono indicati i titoli di studio conseguibili, eventuali corsi specifici per i disabili, le materie di insegnamento, gli orari delle lezioni, l'assenza di barriere architettoniche e l'utilizzo dei mezzi pubblici di trasporto.
- Il sostegno formativo che prevede la collaborazione fra educatore, insegnanti, alunno disabile e famiglia per individuare il percorso scolastico più confacente allo stesso;
- Organizzazione di visite presso le scuole medie superiori per consentire al ragazzo e alla famiglia di avere una conoscenza diretta della struttura e delle opportunità educative.

### **TEMPI**

Stima dei tempi di attuazione dell'azione:

**Il Servizio sopra indicato sarà garantito per il triennio 2007/2009, con verifica a cadenza annuale.**

## **RISORSE**

### **Risorse Umane:**

- Operatori sociali dei Comuni dell'ambito del Distretto;
- Operatori dei servizi educativi;
- Operatori scolastici ;
- Centro Salute Mentale;
- Servizio di Neuropsichiatria Infantile;
- Consultorio familiare.

### **Risorse finanziarie:**

Fondo per la gestione integrata dei servizi alla persona

### **Risorse strumentali**

<b>Allegato "A" allo schema di PLUS</b>	
<b>Area d'intervento</b>	<b>SOCIO - SANITARIA</b>
<b>Target</b>	<b>DISABILI</b>
<b>Tipologia dell'intervento</b>	<b>SALUTE MENTALE</b>
<b>DENOMINAZIONE DEL SERVIZIO:</b>	<b>PROGETTO OBIETTIVO AZIONI INNOVATIVE PER LA SALUTE MENTALE . L.R 20/97 ART. 3.</b>
<b>OBIETTIVI STRATEGICI</b>	<p><b>Obiettivi strategici</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantire interventi mirati al superamento di tutti gli stati di emarginazione e di esclusione sociale, favorendo le qualità del processo di integrazione nelle strutture educative e scolastiche attraverso modalità di lavoro interdisciplinare e intese tra gli enti competenti ed altri soggetti comunque interessati;</li> <li>• Favorire tutte le azioni che hanno lo scopo di promuovere lo sviluppo dell'autonomia della persona attraverso la valorizzazione delle abilità residue;</li> <li>• Promuovere la cultura e la sensibilizzazione sulle problematiche della disabilità;</li> <li>• Ridurre la disomogeneità territoriale sull'offerta di servizi assicurando livelli essenziali in tutte le realtà territoriali;</li> <li>• Accrescere la collaborazione interistituzionale, con il privato sociale ed il volontariato;</li> <li>• Pervenire alla realizzazione di progetti diversificati e personalizzati in particolare per la disabilità grave, tramite il coinvolgimento nella progettualità della persona disabile e/o della sua famiglia;</li> <li>• Favorire il reinserimento nel contesto sociale dei pazienti attualmente inseriti in strutture socio – assistenziali con riduzione drastica dei costi sociali. Il contenimento dei costi dovrà essere un obiettivo parallelo a quello di innalzamento della qualità dei servizi;</li> <li>• Garantire pari opportunità di accesso e uniformità di trattamento, nonché eguali criteri per la determinazione della partecipazione del cittadino al costo del servizio.</li> <li>• Garantire l'accesso dei cittadini all'informazione, nello specifico, a quella inerente la formazione, l'educazione e l'inclusione sociale.</li> </ul>

## OBIETTIVI SPECIFICI

### Scopi del servizio/intervento:

- Favorire il reinserimento nel contesto sociale dei pazienti attualmente ricoverati in strutture socio-assistenziali;
- Prevenire nuove forme di istituzionalizzazione;
- Risolvere possibili dinamiche relazionali patologiche intrafamiliari e dare temporaneo sollievo alla famiglia del paziente;
- Consolidare e aumentare la stima e la consapevolezza di sé e sviluppare la dimensione della socializzazione e della vita all'interno della comunità di appartenenza, intesa come momento centrale nei progetti di vita individuale
- Consolidare e implementare le capacità lavorative degli utenti, sfruttando strategicamente le abilità emerse. Avviare, tutti gli utenti che possiedano le abilità sia lavorative che funzionali richieste, verso contesti lavorativi con minori livelli di protezione, considerando il reinserimento, o l'inserimento, lavorativo in contesti produttivi tangibile segno di un processo riabilitativo maturo.
- Supportare le comunità del territorio nella tutela della salute mentale, creando percorsi culturali, sociali ed educativi di crescita, spazi di ascolto e accoglienza anche per tutte le nuove forme di disagio che stanno emergendo e che rischiano di rimanere senza risposta.

## TARGET

- Soggetti con disturbo mentale appartenenti ai Comuni del Distretto Sanitario di Sorgono e seguiti dal Dipartimento di salute mentale.
- Soggetti appartenenti ai Comuni del Distretto sanitario di Sorgono seguiti dalle strutture operative distrettuali del Dipartimento di salute mentale e/o dal SERT, per i quali sia stata formulata una doppia diagnosi (malattia mentale e dipendenza patologica)
- Soggetti appartenenti ai Comuni del Distretto sanitario di Sorgono seguiti dal Servizio di Neuropsichiatria infantile per i quali sia stata formulata una doppia diagnosi (deficit intellettivo e psicosi).
- In subordine, i soggetti con deficit intellettivo (senza doppia diagnosi), appartenenti ai Comuni del Distretto sanitario di Sorgono, seguiti dal Servizio di Neuropsichiatria infantile.

### **ATTIVITÀ DI SOCIALIZZAZIONE:**

Le attività di socializzazione consisteranno nella programmazione e realizzazione di interventi di arteterapia.

L'arteterapia è un insieme di trattamenti terapeutici attuati mediante la musica, la scrittura, la danza, il teatro e qualsiasi tipo di espressione artistico-corporea. L'arteterapia nei programmi di reintegrazione sociale è un'attività effettuata con il corpo e con la mente che rappresenta sia una forma di educazione alla sensibilità e alla percezione, sia una tecnica con valenza psicoterapeutica, utilizzabile in un'ampia gamma di situazioni.

L'utilizzo dell'arte al servizio della persona si esplica attraverso i laboratori di: musicoterapia, psicomotricità, poesia, scrittura, teatro, pittura, fotografia, laboratori di attività creative, (lavorazione di vari materiali quali argilla, creta, lana, legno, asfodelo, orbace) e creazione di manufatti.

La finalità principale dell'arteterapia è quella di far emergere le abilità creative individuali, favorendo una maggiore fiducia nelle proprie capacità.

Si procederà alla realizzazione di laboratori differenziati in relazione alle scelte che ciascun utente avrà effettuato.

Al momento attuale sono stati individuati in collaborazione con il Centro di Salute Mentale n. 98 potenziali utenti da inserire nei laboratori. Le attività di laboratorio potranno essere estese anche ad altri cittadini interessati al fine di favorire l'inclusione nel contesto sociale di appartenenza.

### **SOSTEGNO ALL'ABITARE:**

La presente azione si riferisce alla realizzazione di due gruppi appartamento presso i Comuni di Belvì e di Meana Sardo.

Si tratta di strutture organizzate come un luogo di soggiorno (in casa di civile abitazione) che offrono ospitalità temporanea per sostenere il disabile in un percorso di crescita, senza sostituirsi alla famiglia, che mantiene il ruolo educativo primario. Queste strutture sono destinate ad ospitare utenti con ridotte capacità di vita autonoma che richiedono un sostegno per le attività di vita quotidiana e che traggono vantaggio dalla vita comunitaria.

In case di civile abitazione ha luogo la convivenza favorita e sostenuta dagli operatori del servizio, il supporto sia diurno che a fasce orarie viene programmato con una certa flessibilità in relazione a diversi bisogni e livelli di autonomia degli ospiti.

L'appartamento potrà accogliere massimo 4 o 5 utenti.

I destinatari possono essere persone provenienti da altre strutture residenziali, dove abbiano maturato una riduzione dei bisogni di protezione ed un livello di autonomia tale da consentire l'inserimento in una struttura semi-autogestita, persone che a causa di disabilità psichiche, vivono in situazioni di eccessiva dipendenza dalla famiglia pur possedendo delle potenzialità di autonomia, persone disabili psichiche che vivono in un contesto familiare gravemente affaticato (senza necessariamente dover prevedere un allontanamento definitivo), persone per le quali si prospettano cambiamenti importanti della situazione familiare e quindi necessitano di un investimento educativo per evitare o rinviare un ricovero definitivo.

Consiste in prestazioni di aiuto per la casa, soddisfacimento bisogni essenziali personali, quali cura dell'igiene della persona, disbrigo pratiche amministrative varie. Il servizio verrà attivato presso ogni Comune, al momento sono stati individuati in collaborazione con il Centro di Salute Mentale n. 72 potenziali utenti.

Il soggiorno nel gruppo appartamento sarà concordato con l'ospite e con la famiglia e potrà prevedere periodi più o meno lunghi.

Per alcuni utenti potrà essere previsto il rientro in famiglia il venerdì sera per garantire un più attivo coinvolgimento della famiglia ove presente.

Le modalità e i criteri di accesso alla struttura sono concordate tra gli operatori dei diversi gruppi di lavoro (operatori sociali dei Comuni e operatori del CSM) che sostengono il processo riabilitativo, in ogni caso l'ingresso nella struttura non fa perdere all'utente la sua appartenenza territoriale e la sua presa in carico in caso di dimissioni.

Questo tipo di intervento mira a fornire un sostegno stabile, utilizzando la terapia riabilitativa e psicoterapica per evitare la cronicizzazione e favorire ogni possibile elemento di risoluzione del disagio.

A seconda delle esigenze e della libertà di scelta, le attività riabilitative possono spaziare dalla normale vita di convivenza, che in quanto tale comporta necessità di condivisione di compiti, all'organizzazione di attività di socializzazione, oppure possono essere inseriti in un contesto lavorativo protetto. La gestione dei gruppi appartamento sarà affidata ad una cooperativa sociale che dovrà garantire la presenza nell'arco delle 12 ore, di un educatore professionale e di un operatore socio sanitario presso ciascuna struttura, per supportare la convivenza.

Sarà cura del Centro di salute e del servizio sociale comunale monitorare gli inserimenti. Saranno a carico del progetto i costi relative al personale e i costi di gestione per il corretto funzionamento del gruppo appartamento. Al momento attuale sono stati individuati in collaborazione con il Centro di salute mentale n. 13 potenziali utenti da inserire nel gruppo appartamento.

Sarà cura del Centro di salute e del servizio sociale comunale monitorare gli inserimenti. Saranno a carico del progetto i costi relative al personale e i costi di gestione per il corretto funzionamento del gruppo appartamento. Al momento attuale sono stati individuati in collaborazione con il Centro di salute mentale n. 13 potenziali utenti da inserire nel gruppo appartamento.

#### **ASSISTENZA ALLA DOMICILIARITA':**

Tale azione consisterà nell'attivazione di diversi interventi a domicilio dell'utente. In particolare, a seconda delle esigenze degli utenti, potranno essere attivati interventi di:

##### **assistenza domiciliare**

Trattasi di un intervento di tipo socio-assistenziale diretto a coloro che non sono in grado di garantire il pieno soddisfacimento delle esigenze personali e/o domestiche, con lo scopo di favorire la permanenza nel proprio ambiente di vita e di salvaguardarne l'autonomia, garantendo funzioni di supporto estese a tutto il nucleo familiare. Questo intervento rappresenta la metodologia assistenziale principale per la prevenzione del rischio di non autosufficienza e favorire il raggiungimento del miglior livello di qualità di vita possibile in rapporto alle condizioni di salute psico-fisiche e di autonomia funzionale.

Consiste in prestazioni di aiuto per le casa, soddisfacimento bisogni essenziali personali, quali cura dell'igiene della persona, disbrigo pratiche amministrative varie. Il servizio verrà attivato presso ogni Comune, al momento sono stati individuati in collaborazione con il Centro di Salute Mentale n. 72 potenziali utenti.

## **Assistenza educativa**

E' un complesso di interventi e prestazioni finalizzato alla prevenzione, al recupero e all'integrazione sociale. Mira a favorire un adeguato sostegno non solo all'utente a rischio di emarginazione o devianza, ma anche ai nuclei familiari problematici con l'intento di prevenire situazioni di grave e irrisolvibile emergenza.

Le aree problematiche che possono essere inerenti a tale servizio sono:

### **per gli utenti:**

atteggiamenti comportamentali trasgressivi, comportamenti di devianza con inserimento nel circuito penale, comportamenti di isolamento e chiusura;

### **per quanto concerne le famiglie:**

difficoltà nell'affrontare eventi straordinari che possono scompensare il ruolo genitoriale, carenze dovute a povertà materiale e/o culturale che possono comportare difficoltà nella gestione quotidiana, conflittualità familiari con dinamiche relazionali negative;

Il servizio verrà attivato presso ogni Comune, al momento sono stati individuati in collaborazione con il Centro di Salute Mentale n. 29 potenziali utenti.

## **INSERIMENTI LAVORATIVI**

Nel presente progetto il percorso lavorativo viene inteso come processo più ampio in un'ottica di reinserimento sociale, di acquisizione di competenze e di promozione di una nuova cultura del lavoro.

L'obiettivo, infatti, è quello di favorire e stimolare la creazione di una rete dove utenti, organismi del terzo settore (cooperative di tipo B) e istituzioni pubbliche possano diventare partners offrendo e ricevendo, reciprocamente, opportunità occupazionali.

L'offerta di un percorso formativo occupazionale riduce il rischio di cronicizzazione, instaurando dinamiche positive di miglioramento del funzionamento sociale e anche di guarigione clinica.

I percorsi riabilitativi sull'asse lavoro sono a carattere individuale e vengono promossi dall'equipe che ha in carico il progetto.

Tali progetti individualizzati prevedono:

- approfondita conoscenza dell'utente, delle sue potenzialità e del contesto familiare di appartenenza;
- definizione degli obiettivi ed individuazione della tipologia di percorso più idonea al raggiungimento degli stessi;
- ricerca dell'appropriata sede formativa e/o occupazionale (enti pubblici, imprese operanti nel settore privato di produzione lavoro, cooperative sociali di tipo B),
- Collaborazione con il Centro per l'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati presenti in ogni Comune e con il Centro per l'impiego;
- Conoscenza approfondita dell'ambiente di lavoro, individuazione di un referente in sede per l'utente;
- Predisposizione, previo consenso e accettazione del destinatario, di un programma operativo specificando gli obiettivi riabilitativi, i tempi, la durata, le mansioni e il corrispettivo economico;
- Predisposizione di un intervento di monitoraggio nell'ambiente di lavoro;
- Supervisione e verifica costante dell'andamento dell'inserimento



- Eventuale collaborazione ed interazione con ulteriori reti del territorio;

Il presente progetto prevede il seguente approccio al lavoro:

➤ **Inserimenti lavorativi e tirocini lavorativi**

Fondati su un'attività lavorativa specifica in cui il lavoro stesso è socialmente riconosciuto e remunerato, ma che si caratterizza per la presenza di utenti che, non hanno raggiunto una discreta padronanza nell'espletare una mansione lavorativa, non del tutto in grado di gestire una dinamica interpersonale al di fuori di un ambito "protetto".

Questo livello, entro certi limiti, risponde alle regole della competitività esterna del prodotto o del mercato anche se, al suo interno, valgono principi di economia protetta, agevolazioni finanziarie, appalti "privilegiati", ecc.. Verrà realizzato un vero e proprio Lavoro Protetto che opererà nell'ambito di:

- colture orto floro- vivaistiche in uno spazio/lavoro protetto;
- costruzione tecnica di percorsi di lavoro per la realizzazione di giardini pubblici e il mantenimento del verde.

Gli interventi possono essere schematicamente distinti in due momenti essenziali:

- Il primo è principalmente basato sull'utilizzazione di tecniche ergoterapeutiche (terapia dell'azione) che offrono al soggetto un contesto terapeutico più dinamico, agganciato al "fare" e quindi alla realtà. Ciò è finalizzato alla riattivazione di quei processi di apprendimento e sviluppo cognitivo precedentemente inibiti dalla sofferenza psichica;
- il secondo momento è caratterizzato da un uso delle attività ergoterapeutiche sempre più finalizzato ad un "allenamento" al lavoro ed orientate al completamento di un percorso formativo-professionale in funzione di un reinserimento lavorativo. La trasposizione operativa delle premesse sopra esposte, si configura come un percorso che si potrebbe definire a "filiera": un iter riabilitativo che fonda i suoi presupposti alla capacità di lavoro ed autonomia del soggetto per conseguire un vero e proprio reinserimento sociale. Attraverso i centri per l'inserimento lavorativo si procederà a realizzare una campagna di promozione della cultura degli inserimenti lavorativi presso aziende private o/e cooperative sociali e anche di tutte le forme di finanziamento agevolate specifiche della popolazione. Il servizio verrà attivato presso ogni Comune al momento sono stati individuati in collaborazione con il Centro di Salute Mentale.

### **PROMOZIONE DELL'AFFIDO**

Considerato che nel territorio non si sono sperimentate situazioni di affido, con la presente azione si intende promuovere la cultura dell'affidamento familiare ed etero – familiare delle persone affette da patologia mentale. In particolare si prevede la realizzazione di incontri a tema e tavole rotonde (con coinvolgimento di esperti e/o testimonianze dirette), rivolti sia ad operatori del settore, ma soprattutto, alla generalità della popolazione. Potranno essere istituiti anche dei gruppi di lavoro per approfondire meglio le tematiche inerenti il suddetto istituto

## TEMPI

Stima dei tempi di attuazione dell'azione:

**Le azioni previste necessitano per la loro attuazione di tempi medio lunghi pertanto, affinché le stesse possano dispiegarsi e produrre effetti, il presente progetto si articolerà nell'arco di un biennio.**

## RISORSE

### Risorse Umane e Professionali:

Il Centro di Salute Mentale opera attraverso:

- **Visita ambulatoriale** – corrisponde alla prima visita (anche come semplice consultazione) o a visite successive, di verifica dell'andamento del programma terapeutico. Durante la visita ambulatoriale si scambiano notizie e pareri con la persona e/o con i suoi familiari, si effettuano verifiche sul trattamento farmacologico, si interviene su situazioni di crisi.
- **Visita domiciliare** – programmata o svolta d'urgenza. La visita domiciliare consente la conoscenza delle condizioni di vita della persona e della sua famiglia. In certi casi serve a mediare i conflitti, specie nelle situazioni di crisi.
- **Lavoro terapeutico individuale** – incontri programmati, orientati all'ascolto e all'approfondimento dei problemi e delle condizioni di vita della persona.
- **Lavoro terapeutico con la famiglia** – incontri programmati con i membri della famiglia per verificare e discutere le dinamiche e i conflitti, allo scopo di favorire una maggiore conoscenza e partecipazione ai problemi, stimolare possibili cambiamenti.
- Il Centro di Salute Mentale, inoltre, opera a cadenza bisettimanale, mediante i servizi periferici dislocati nei Comuni di Aritzo e di Desulo.
- **Servizio di Neuro-Psichiatria Infantile con sede a Sorgono c/o il Consultorio Familiare;**
- **Operatori sociali dei Comuni.**

## RISORSE

### Risorse finanziarie:

Per il finanziamento del presente progetto le istituzioni coinvolte, Comuni e ASL hanno presentato apposita richiesta ai sensi della Legge Regionale n. 20/97 art. 3 “Nuove norme inerenti provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche”.

Il piano finanziario allegato alla richiesta è stato così articolato:

Attività di socializzazione	
<b>Esperti</b>	€34.124,00
<b>Educatore</b>	€12.600,00
<b>Spese di gestione</b>	€13.000,00
<b>Spese di trasporto</b>	€6.500,00
Sostegno all’abitare	
<b>Educatore</b>	€54.428,00
<b>Operatore socio sanitario</b>	€52.035,00
<b>Spese di gestione</b>	€34.000,00
Assistenza alla domiciliarità	
<b>Operatore Socio sanitario</b>	€529.920,00
<b>Educatore</b>	€111.911,00
Inserimenti lavorativi	
<b>Assicurazioni</b>	€3.000,00
<b>Gettoni incentivanti</b>	€163.800,00
<b>Materiali e attrezzature</b>	€26.000,00
Promozione dell’affido	
<b>Esperti del settore</b>	€19.500,00
<b>Spese per materiale informativo</b>	€10.000,00
<b>TOTALE</b>	€1.070.819,00

**Risorse strutturali e strumentali:**

- ✓ POR Sardegna Centro servizi per l'inserimento e il reinserimento lavorativo (Cesilav)
- ✓ Servizio di Assistenza Domiciliare;
- ✓ Biblioteca Comunale;
- ✓ Centri di Aggregazione Sociale;
- ✓ Ludoteca comunale;
- ✓ Società Sportive e di volontariato presenti nel territorio;
- ✓ Associazioni di volontariato;
- ✓ organismi del privato Sociale.

<b>Allegato allo schema di PLUS</b>	
<b>Area d'intervento</b>	<b>SANIATARIA</b>
<b>Target</b>	<b>DISABILI</b>
<b>Tipologia dell'intervento</b>	<b>SOSTEGNO ALLA DOMICILARITA'</b>
<b>DENOMINAZIONE DEL SERVIZIO:</b>	<b>SERVIZI DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA A DOMICILIO</b>
<b>OBIETTIVI STRATEGICO</b>	<p><b>Obiettivi strategici</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantire interventi mirati al superamento di tutti gli stati di emarginazione e di esclusione sociale, favorendo le qualità del processo di integrazione nelle strutture educative e scolastiche attraverso modalità di lavoro interdisciplinare e intese tra gli enti competenti ed altri soggetti comunque interessati;</li> <li>• Favorire tutte le azioni che hanno lo scopo di promuovere lo sviluppo dell'autonomia della persona attraverso la valorizzazione delle abilità residue;</li> <li>• Promuovere la cultura e la sensibilizzazione sulle problematiche della disabilità;</li> <li>• Ridurre la disomogeneità territoriale sull'offerta di servizi assicurando livelli essenziali in tutte le realtà territoriali;</li> <li>• Accrescere la collaborazione interistituzionale, con il privato sociale ed il volontariato;</li> <li>• Pervenire alla realizzazione di progetti diversificati e personalizzati in particolare per la disabilità grave, tramite il coinvolgimento nella progettualità della persona disabile e/o della sua famiglia;</li> <li>• Favorire il reinserimento nel contesto sociale dei pazienti attualmente inseriti in strutture socio – assistenziali con riduzione drastica dei costi sociali, costi nettamente inferiori per gestire il servizio di aiuto alla persona confrontato con ogni tipo di istituzionalizzazione;</li> <li>• Garantire pari opportunità di accesso e uniformità di trattamento, nonché eguali criteri per la determinazione della partecipazione del cittadino al costo del servizio.</li> <li>• Garantire l'accesso dei cittadini all'informazione, nello specifico, a quella inerente la formazione, l'educazione e l'inclusione sociale.</li> </ul>
<b>OBIETTIVI SPECIFICI</b>	<p><b>Scopi del servizio/intervento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mantenimento a domicilio il più a lungo possibile della persona, con conseguente miglioramento e/o mantenimento di relazioni significative e produttive fra la persona e l'ambiente totale (familiare, comunitario, culturale, educativo);</li> <li>▪ Continuità di cura e di riabilitazione/abilitazione;</li> </ul>

<b>TARGET</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'AID è destinata primariamente a soggetti portatori di patologie che necessitano di trattamenti infermieristici a domicilio.</li> </ul>
<b>DEFINIZIONE DELLE ATTIVITA'</b>	<p><b>SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA:</b></p> <p>L'Assistenza domiciliare programmata è erogata dal medico di Medicina Generale a pazienti non autosufficienti con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ impossibilità permanente a deambulare;</li> <li>▪ impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni;</li> <li>▪ impossibilità per gravi patologie che necessitino di controllo ravvicinati sia in relazione alla situazione socio – ambientale che al quadro clinico.</li> </ul>
<b>TEMPI</b>	<p>Stima dei tempi di attuazione dell'azione:</p> <p><b>Il Servizio sopra indicato saranno garantito per il triennio 2007/2009, con verifica a cadenza annuale.</b></p>
<b>RISORSE</b>	<p><b>Risorse Umane e Professionali:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Operatori sociali dei Comuni dell'ambito del Distretto;</li> <li>- Medico di Medicina Generale;</li> <li>- Infermieri professionali;</li> </ul> <p><b><u>Risorse finanziarie:</u></b></p> <p>Fondi dell'Azienda Sanitaria Locale – Distretto Sanitario di Sorgono.</p>

<b>Allegato "A" allo schema di PLUS</b>	
<b>Area d'intervento</b>	<b>SANIATRIA</b>
<b>Target</b>	<b>DISABILI</b>
<b>Tipologia dell'intervento</b>	<b>SOSTEGNO ALLA DOMICILARITA'</b>
<b>DENOMINAZIONE DEL SERVIZIO:</b>	<b>SERVIZI DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA A DOMICILIO</b>
<b>OBIETTIVI STRATEGICO</b>	<p><b>Obiettivi strategici</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantire interventi mirati al superamento di tutti gli stati di emarginazione e di esclusione sociale, favorendo le qualità del processo di integrazione nelle strutture educative e scolastiche attraverso modalità di lavoro interdisciplinare e intese tra gli enti competenti ed altri soggetti comunque interessati;</li> <li>• Favorire tutte le azioni che hanno lo scopo di promuovere lo sviluppo dell'autonomia della persona attraverso la valorizzazione delle abilità residue;</li> <li>• Promuovere la cultura e la sensibilizzazione sulle problematiche della disabilità;</li> <li>• Ridurre la disomogeneità territoriale sull'offerta di servizi assicurando livelli essenziali in tutte le realtà territoriali;</li> <li>• Accrescere la collaborazione interistituzionale, con il privato sociale ed il volontariato;</li> <li>• Pervenire alla realizzazione di progetti diversificati e personalizzati in particolare per la disabilità grave, tramite il coinvolgimento nella progettualità della persona disabile e/o della sua famiglia;</li> <li>• Favorire il reinserimento nel contesto sociale dei pazienti attualmente inseriti in strutture socio – assistenziali con riduzione drastica dei costi sociali, costi nettamente inferiori per gestire il servizio di aiuto alla persona confrontato con ogni tipo di istituzionalizzazione;</li> <li>• Garantire pari opportunità di accesso e uniformità di trattamento, nonché eguali criteri per la determinazione della partecipazione del cittadino al costo del servizio.</li> <li>• Garantire l'accesso dei cittadini all'informazione, nello specifico, a quella inerente la formazione, l'educazione e l'inclusione sociale.</li> </ul>

<b>OBIETTIVI SPECIFICI</b>	<b>Scopi del servizio/intervento:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mantenimento a domicilio il più a lungo possibile della persona, con conseguente miglioramento e/o mantenimento di relazioni significative e produttive fra la persona e l'ambiente totale (familiare, comunitario, culturale, educativo);</li> <li>▪ Continuità di cura e di riabilitazione/abilitazione;</li> <li>▪ Graduale riduzione della dipendenza dai servizi, accompagnata da una crescente capacità di socializzazione ;</li> <li>▪ Educare, aiutare e stimolare la persona al recupero della maggiore autosufficienza possibile.</li> </ul>
<b>TARGET</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'AID è destinata primariamente a soggetti portatori di patologie che necessitano di trattamenti infermieristici a domicilio.</li> </ul>
<b>DEFINIZIONE DELLE ATTIVITA'</b>	<b>SERVIZIO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE:</b>  <p>Il servizio di assistenza infermieristica a domicilio garantito da infermieri professionali in grado di aiutare la persona in difficoltà e la sua famiglia. Il servizio garantisce prestazioni infermieristiche o riabilitative più semplici come piccole medicazioni, prelievi di sangue, cambi di catetere. Gli infermieri durante la loro attività danno indicazioni al paziente o a chi lo assiste in merito a problemi riguardanti l'assistenza.</p>
<b>TEMPI</b>	<p>Stima dei tempi di attuazione dell'azione:</p> <p><b>Il Servizio sopra indicato saranno garantito per il triennio 2007/2009, con verifica a cadenza annuale.</b></p>
<b>RISORSE</b>	<p><b>Risorse Umane e Professionali:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Operatori sociali dei Comuni dell'ambito del Distretto;</li> <li>- Medico di Medicina Generale;</li> <li>- Infermieri professionali;</li> </ul> <p><b><u>Risorse finanziarie:</u></b></p> <p>Fondi dell'Azienda Sanitaria Locale – Distretto Sanitario di Sorgono.</p>



<b>Allegato allo schema di PLUS</b>	
<b>Area d'intervento</b>	<b>SOCIO - SANIATARIA</b>
<b>Target</b>	<b>DISABILI</b>
<b>Tipologia dell'intervento</b>	<b>SOSTEGNO ALLA DOMICILARITA'</b>
<b>DENOMINAZIONE DEL SERVIZIO:</b>	<b>SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA</b>
<b>OBIETTIVI STRATEGICO</b>	<p><b>Obiettivi strategici</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantire interventi mirati al superamento di tutti gli stati di emarginazione e di esclusione sociale, favorendo le qualità del processo di integrazione nelle strutture educative e scolastiche attraverso modalità di lavoro interdisciplinare e intese tra gli enti competenti ed altri soggetti comunque interessati;</li> <li>• Favorire tutte le azioni che hanno lo scopo di promuovere lo sviluppo dell'autonomia della persona attraverso la valorizzazione delle abilità residue;</li> <li>• Promuovere la cultura e la sensibilizzazione sulle problematiche della disabilità;</li> <li>• Ridurre la disomogeneità territoriale sull'offerta di servizi assicurando livelli essenziali in tutte le realtà territoriali;</li> <li>• Accrescere la collaborazione interistituzionale, con il privato sociale ed il volontariato;</li> <li>• Pervenire alla realizzazione di progetti diversificati e personalizzati in particolare per la disabilità grave, tramite il coinvolgimento nella progettualità della persona disabile e/o della sua famiglia;</li> <li>• Favorire il reinserimento nel contesto sociale dei pazienti attualmente inseriti in strutture socio – assistenziali con riduzione drastica dei costi sociali, costi nettamente inferiori per gestire il servizio di aiuto alla persona confrontato con ogni tipo di istituzionalizzazione;</li> <li>• Garantire pari opportunità di accesso e uniformità di trattamento, nonché eguali criteri per la determinazione della partecipazione del cittadino al costo del servizio.</li> <li>• Garantire l'accesso dei cittadini all'informazione, nello specifico, a quella inerente la formazione, l'educazione e l'inclusione sociale.</li> </ul>

<p><b>OBIETTIVI SPECIFICI</b></p>	<p><b>Scopi del servizio/intervento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mantenimento a domicilio il più a lungo possibile della persona, con conseguente miglioramento e/o mantenimento di relazioni significative e produttive fra la persona e l’ambiente totale (familiare, comunitario, culturale, educativo);</li> <li>▪ Superamento delle condizioni di emarginazione del singolo e della famiglia in stato di bisogno socio – sanitario, nonché valorizzazione della dignità della persona e diritto all’autodeterminazione;</li> <li>▪ Continuità di cura e di riabilitazione/abilitazione;</li> <li>▪ Appropriatezza dei ricoveri in Ospedale;</li> <li>▪ Appropriatezza dei ricoveri in casa protetta o in residenza Sanitaria Assistenziale;</li> <li>▪ Graduale riduzione della dipendenza dai servizi, accompagnata da una crescente capacità di socializzazione</li> </ul>
<p><b>TARGET</b></p>	<p>L’ADI è destinata a persone parzialmente o totalmente non autosufficienti, in modo temporaneo o protratto, affetti da patologie croniche o acute:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Con rete familiare di supporto;</li> <li>▪ Che vivono in un ambiente compatibile a un trattamento assistenziale complesso;</li> <li>▪ Portatori di patologie e disfunzionalità che ne determinano la non autosufficienza;</li> <li>▪ Che richiedono un intervento integrato di servizi sanitari e sociali, al fine di evitarne il ricovero o permetterne la dimissione ospedaliera.</li> </ul>

## DEFINIZIONE DELLE ATTIVITA'

### SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA:

Il servizio di assistenza domiciliare integrata consiste nell'effettuare nel luogo di vita dell'assistito i principali interventi diagnostici, terapeutici riabilitativi, integrati con interventi di natura socio – assistenziali.

Le prestazioni fondamentali sono:

**Assistenza del Medico di Medicina generale** con specifici compiti di:

- contribuire alla stesura del piano assistenziale;
- seguire il paziente secondo le indicazioni del piano assistenziale, controllando le condizioni di salute;
- collaborare con il personale infermieristico nell'erogare le prestazioni previste.

**Assistenza medico-generico** da parte del Servizio di Guardia Medica;

**Assistenza Specialistica** che si esplica a supporto del medico di famiglia, finalizzata al miglioramento della qualità del percorso assistenziale;

**Assistenza Infermieristica** da parte dell'infermiere professionale con compiti specifici:

- valutare la capacità di collaborazione del nucleo familiare o delle figure sostitutive al progetto socio – assistenziale;
- rilevare le condizioni cliniche;
- somministrare le terapie farmacologiche prescritte, comprese le cure palliative per pazienti terminali;
- di trattare affezioni concomitanti (esempio piaghe da decubito);
- di fornire elementi di educazione sanitaria alla famiglia.

**Assistenza riabilitative** attività i cui obiettivi sono orientati, a seconda del caso, al mantenimento delle abilità residue, alla riabilitazione, alla riattivazione di funzioni deficitarie.

Altre forme di sostegno assistenziali - sanitarie erogabili a domicilio.

Sulla base del piano del assistenziale steso vengono reperiti e consegnati a domicilio:

- Farmaci;
- presidi e ausili: (letto snodabile, materasso antidecubito, carrozzina);
- Forniture specialistiche: per nutrizione artificiale, ossigenoterapia.

L'ADI presuppone un'efficace integrazione con gli interlocutori istituzionali esterni all'Azienda, in particolare con i Comuni. La riuscita dell'ADI non può prescindere da un'ottimale integrazione organizzativa tra i vari servizi coinvolti: Servizi Ospedalieri e Servizi Territoriali, Servizi Sociali dei Comuni.

Attualmente il servizio è attivo dal lunedì al venerdì ed esclusivamente durante le ore del mattino, pertanto sarebbe auspicabile attuare delle azioni di miglioramento del servizio finalizzate a garantire la continuità assistenziale prevedendo degli accessi anche durante le ore pomeridiane e nei giorni festivi.

**TEMPI**

Stima dei tempi di attuazione dell'azione:

**Il Servizio sopra indicato saranno garantito per il triennio 2007/2009, con verifica a cadenza annuale.**

**RISORSE****Risorse Umane e Professionali:**

- Operatori sociali dei Comuni dell'ambito del Distretto;
- Medico di Medicina Generale;
- Medici specialisti;
- Infermieri professionali;
- Terapisti della riabilitazione;
- Guardia Medica.

**Risorse finanziarie:**

Il DPCM 29-11-2002 sui LEA prevede per ADI una quota di integrazione al 50% dall'utente o dal Comune per le "prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona".

La Deliberazione della Giunta Regionale prot.n. 43557 del 4.12.2002 recepisce il DPCM sui LEA e quantifica i costi di aiuto infermieristico e assistenza tutelare nei termini che seguono: " *Il costo della prestazione infermieristica, valorizzato tenendo conto del CCNL vigente, si attesta intorno a € 18,08 per ogni ora. Poiché l'impegno orario per le prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona incide per i 25% dell'impegno globale, che si traduce quindi in € 4.53. La quota a carico dell'utente o del Comune deve essere quantificata in € 2,26 per ogni ora di assistenza*".

<b>Allegato "A" allo schema di PLUS</b>	
<b>Area d'intervento</b>	<b>SOCIALE</b>
<b>Target</b>	<b>DISABILI</b>
<b>Tipologia dell'intervento</b>	<b>SOSTEGNO ALLA DOMICILARITA'</b>
<b>DENOMINAZIONE DEL SERVIZIO:</b>	<b>SERVIZI A DOMICILIO</b>
<b>OBIETTIVI STRATEGICI</b>	<p><b>Obiettivi strategici</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantire interventi mirati al superamento di tutti gli stati di emarginazione e di esclusione sociale, favorendo le qualità del processo di integrazione nelle strutture educative e scolastiche attraverso modalità di lavoro interdisciplinare e intese tra gli enti competenti ed altri soggetti comunque interessati;</li> <li>• Favorire tutte le azioni che hanno lo scopo di promuovere lo sviluppo dell'autonomia della persona attraverso la valorizzazione delle abilità residue;</li> <li>• Promuovere la cultura e la sensibilizzazione sulle problematiche della disabilità;</li> <li>• Ridurre la disomogeneità territoriale sull'offerta di servizi assicurando livelli essenziali in tutte le realtà territoriali;</li> <li>• Accrescere la collaborazione interistituzionale, con il privato sociale ed il volontariato;</li> <li>• Pervenire alla realizzazione di progetti diversificati e personalizzati in particolare per la disabilità grave, tramite il coinvolgimento nella progettualità della persona disabile e/o della sua famiglia;</li> <li>• Favorire il reinserimento nel contesto sociale dei pazienti attualmente inseriti in strutture socio – assistenziali con riduzione drastica dei costi sociali, costi nettamente inferiori per gestire il servizio di aiuto alla persona confrontato con ogni tipo di istituzionalizzazione;</li> <li>• Garantire pari opportunità di accesso e uniformità di trattamento, nonché eguali criteri per la determinazione della partecipazione del cittadino al costo del servizio.</li> <li>• Garantire l'accesso dei cittadini all'informazione, nello specifico, a quella inerente la formazione, l'educazione e l'inclusione sociale.</li> </ul>

<p><b>OBIETTIVI SPECIFICI</b></p>	<p><b>Scopi del servizio/intervento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Garantire la permanenza della persona nel proprio domicilio;</li> <li>▪ Sostegno alla famiglia nel suo compito fondamentale di educazione di cura, garantire così a tutti, cominciando dai bambini, il diritto di vivere, crescere in famiglia, luogo naturale e sociale privilegiato per la crescita e lo sviluppo ;</li> <li>▪ Evitare il ricorso all'istituzionalizzazione;</li> <li>▪ Alleviare il carico familiare;</li> <li>▪ Sviluppare l'autonomia della persona e favorire l'inserimento sociale;</li> <li>▪ Promuovere il diritto a una vita indipendente delle persone con disabilità delle persone con disabilità permanente e grave limitazione dell'autonomia personale e agevolare la loro piena integrazione nella famiglia, nella scuola nella società;</li> <li>▪ Centralità e promozione della famiglia e di servizi umanizzati, con progetti individualizzati, che tengono conto delle caratteristiche e delle esigenze specifiche di ogni persona con disabilità che prevedono anche la possibilità della scelta dell'operatore da parte dell'interessato e/o della sua famiglia.</li> </ul>
<p><b>TARGET</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soggetti con limitata autonomia, con scarsa capacità organizzativa riferite alla gestione della casa, della persona e della vita di relazione o privo di autonomia, con gravi patologie.</li> <li>▪ Disabili parzialmente o totalmente non autosufficienti;</li> <li>▪ Famiglie</li> <li>▪ Anziani non autosufficienti o a grave rischio di perdita della autosufficienza, persone con disabilità psichiche e fisiche, persone con disturbo mentale.</li> </ul>

## DEFINIZIONE DELLE ATTIVITA'

**SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE:** Assistenza destinata a persone parzialmente non autosufficienti o a rischio di emarginazione, che richiedono interventi di sostegno psico-sociale e di cura della persona.

Aiuto domestico, pulizia degli ambienti domestici, cura nell'igiene della persona, prevenzione danni da immobilità, eventuale somministrazione di pasti, eventuale servizio lavanderia, disbrigo commissioni, collegamento con altri servizi territoriali, interventi di sostegno ai restanti componenti del nucleo familiare.

**SERVIZIO DI ASSISTENZA EDUCATIVA:** il servizio educativo verrà espletato da una équipe multiprofessionale che strutturerà le strategie di intervento partendo da un approccio sistemico – relazionale, fondamentale per una corretta lettura del bisogno e conseguentemente per porre in essere efficaci strategie operative.

condizioni ottimali per un positivo processo di crescita.

### Aree di intervento:

- Familiare
- Scolastica
- Sociale

**In ambito familiare** l'équipe avrà il compito di sostenere i genitori nello svolgimento del proprio ruolo, nella cura del disabile e nello sviluppo di prassi operative volte a garantire un sano contesto di vita.

Il servizio avrà, inoltre, il ruolo di accompagnare e sostenere la famiglia nell'individuazione del servizio sociale e/o sanitario più appropriato al caso (Neuropsichiatria infantile, Centro Salute Menale, Consultorio e/o specialistica).

### In ambito scolastico

Per ogni alunno o ragazzo disabile, gli operatori collaborano con le scuole nella predisposizione, realizzazione e verifica di progetti educativi personalizzati, finalizzati al sostegno e allo sviluppo delle potenzialità individuali e alla integrazione del minore nel gruppo classe. L'intervento dell'operatore, che agisce in stretto rapporto con la scuola, gli altri operatori socio-sanitari e la famiglia, è rivolto allo sviluppo dell'autonomia personale del bambino/ragazzo disabile in tutti i suoi aspetti (igiene personale, alimentazione, mobilità, maturazione affettiva, cognitiva, relazionale) e alla gestione degli eventuali comportamenti problematici (autolesionismo, aggressività, stereotipie).

### In ambito sociale

Accanto alle azioni volte a realizzare interventi di tipo riparativo, di assistenza al minore e ai nuclei familiari di appartenenza, il presente progetto intende proporre strategie ed interventi che perseguano la finalità primaria di promuovere il benessere psico - fisico dell'intera popolazione disabile .

In tal senso, l'équipe opera al fine di creare opportunità di integrazione dei soggetti in contesti strutturati o semi-strutturati mediante attività laboratoriali, momenti di animazione e/o giornate a tema.

Nella rete dei servizi, il SET, avrà come strategia operativa quella di facilitare l'accesso del cittadino alla rete medesima, fornendo gli strumenti necessari per un appropriato utilizzo degli stessi e, nel

## **LEGGE 21 MAGGIO 1998 N.162. MISURE DI SOSTEGNO IN FAVORE DI PERSONE CON HANDICAP GRAVE.**

La legge 162/98 modifica ed integra la legge 104/1998 e prevede appositi finanziamenti per interventi mirati a migliorare l'autonomia, la vita indipendente, la mobilità, l'integrazione delle persone con grave disabilità ai sensi della legge 104/92 art.3 comma 3. In particolare nell'art.1 comma, lettera C, sono previsti da parte della Regione interventi di sostegno alla persona e alla famiglia, come prestazioni integrative di quelle realizzate dagli enti locali. In Sardegna, l'applicazione della Legge 162/98 ha avuto inizio nel settembre 2000. La Regione Sardegna ha predisposto normative proprie che coinvolgono la famiglia, prevedendo:

- l'attuazione di interventi personalizzati;
- la modalità della coprogettazione degli interventi fra diretti interessati e servizi del Comune;
- la possibilità di scelta degli operatori ( nella modalità di scelta di gestione indiretta per l'ente locale).

Il gradimento dell'attuazione della legge 162/98 nell'ambito del Distretto Sanitario di Sorgono emerge immediatamente non solo tra i destinatari e le famiglie, ma anche tra gli operatori coinvolti che, svolgendo il loro lavoro in collaborazione con le famiglie, sperimentano soluzioni nuove e applicazione creative, riuscendo a rispondere pienamente ai reali bisogni, anche quelli più complessi, delle persone con disabilità. La novità che scaturisce da questo percorso di applicazione della norma di cui trattasi, è l'esigenza di restare nel proprio nucleo, familiare prima e sociale poi e quindi di usufruire delle necessarie cure e svolgere percorsi di integrazione. Per l'anno 2005 nel territorio del Distretto Sanitario di Sorgono sono stati finanziati n. 104 piani personalizzati ai sensi della L.162/98 di cui 11 rivolti ai minori, n. 28 rivolti agli adulti e 65 rivolti ad anziani. I piani personalizzati predisposti in collaborazione con le famiglie e, ove fosse necessario con i servizi sanitari possono prevedere:

- Servizio educativo;
- Assistenza domiciliare;
- Accoglienza presso centri diurni autorizzati;
- Ricoveri di sollievo per non più di 30 giorni nell'arco di un anno presso strutture autorizzate;
- Acquisto di ausili tecnici ed informatici sulla base di certificazione specialistica che ne attesta la necessità e a condizione che negli ultimi tre anni il destinatario non abbia avuto altri finanziamenti allo stesso titolo;
- Attività sportive e o di socializzazione.

## **PROGRAMMA SPERIMENTALE “RITORNARE A CASA” (ART. 17, COMMA 1, L.R. 4/2006 – DELIBERA DELLA REGIONE AUTONOMA DELLA REGIONE SARDEGNA N. 42 DEL 4/10/2006).**

Il programma “Ritornare a casa” è finalizzato al rientro o permanere nella famiglia o in situazioni di vita di tipo familiare di persone attualmente inserite in strutture residenziali a carattere sociale e/o sanitario, superare la istituzionalizzazione e promuovere la permanenza delle persone nel proprio domicilio. Oltre al miglioramento della qualità della vita della persona <sup>80</sup>on autosufficienza compromessa, obiettivo del presente è il sostegno della famiglia sulla quale grava il carico assistenziale, attraverso l'organizzazione della rete dei servizi e il sostegno al caregiver.



Il programma sperimentale è rivolto prioritariamente ad anziani non autosufficienti o a grave rischio di perdita della autosufficienza, alle persone con disabilità psichiche e fisiche, alle persone con disturbo mentale ospiti di strutture residenziali a carattere sociale e/o sanitario, che esprimono il desiderio e sono nelle condizioni, con il supporto di adeguati servizi socio – sanitari, di ritornare nella famiglia o permanere nella stessa.

Il programma “Ritornare a casa” presente alcuni punti caratterizzanti:

- l'integrazione sociosanitaria;
- la personalizzazione dell'intervento;
- la condivisione del progetto;
- la presa in carico globale e unitaria;
- la valutazione multidimensionale.

L'integrazione socio-sanitaria è la condizione sulla quale poggia la realizzazione dell'intero progetto. L'art. 32 della L.R. 23/2005 “Integrazione socio sanitaria” stabilisce che i comuni associati e le aziende sanitarie locali predispongano soluzioni organizzative e protocolli operativi per la valutazione multiprofessionale dei bisogni e l'individuazione dell'operatore responsabile dell'attuazione del progetto assistenziale, procedure comuni di elaborazione dei programmi personalizzati di intervento, criteri e strumenti di gestione integrata dei sistemi informativi sanitario e sociale.

Il Piano personalizzato in esso vanno precisati: la natura del bisogno (sociale o sanitari), la complessità e l'intensità dell'intervento, le responsabilità attuative, le professionalità coinvolte e i volume di attività necessarie.

La condivisione del progetto da parte della famiglia è condizione per garantire la centralità della persona e l'umanizzazione dell'intervento, per garantire la continuità del percorso assistenziale ed elevar la soddisfazione dell'utenza.

La presa in carico, che origina il piano personalizzato e l'accesso alle diverse prestazioni sociali e sanitarie, richiede l'unitarietà della valutazione, la partecipazione a tutte le fasi della progettazione, la condivisione della responsabilità nell'assistenza. La presa in carico è effettuata congiuntamente dal responsabile dell'ufficio di servizio sociale del Comune, dal Responsabile del distretto dell'Azienda sanitaria e dal familiare di riferimento, attraverso un protocollo operativo che avvia il procedimento.

La valutazione multidimensionale costituisce requisito fondamentale per garantire, al momento dell'avvio del progetto personalizzato, il rispetto del principio di equità nell'accesso ai servizi e una risposta appropriata ai bisogni manifestati, garantendo l'integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie e assicurando un percorso assistenziale nella rete dei servizi che tenga conto soprattutto delle esigenze dell'interessato e delle condizioni familiari.

#### **ISTITUZIONE DELLA RETE PUBBLICA DELLE ASSISTENTI FAMILIARI (BADANTI) PER IL SOSTEGNO ALLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI – COMMA 4, ART. 17, L.R. 4/2006.**

In Sardegna la crescita esponenziale di domande di assistenza ex L.162/98 è legata proprio al bisogno delle famiglie di essere coadiuvate nella presa in carico a domicilio soprattutto di persone anziane non autosufficienti. Negli ultimi anni, all'interno dell'ampia domanda di lavoro per assistenza, si sono inserite, in misura sempre più consistente, le donne immigrate, le quali offrono aiuto

	<p>ai disabili, agli anziani e alle loro famiglie in modo precario sommerso. Al fine di sperimentare modalità e forme di sostegno a favore di persone parzialmente o totalmente non autosufficienti che necessitano di un assistente familiare la Regione intende avviare i registri pubblici delle assistenti familiari per favorire l'incontro tra domanda e offerta; tali registri andranno costituiti per ogni distretto di PLUS.</p> <p><b>L.13/89 “DISPOSIZIONI PER FAVORIRE IL SUPERAMENTO E L'ELIMINAZIONE DELLE BARRIERE ARCHITETTONICHE NEGLI EDIFICI PRIVATI”.</b></p> <p>La Legge 13/89 reca “disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati, ed interviene, quindi, nel tessuto normativo preposto ad assicurare l'utilizzazione degli spazi edificati e a quelli ad essi accessori, a una sempre più allargata fascia di individui, con particolare riguardo a chi, permanentemente o temporaneamente soffre di una ridotta o impedita capacità motoria.</p> <p>L'intervento consiste nell'erogazione di un contributo economico finalizzato all'eliminazione di barriere architettoniche che creano difficoltà di accesso alla propria abitazione (installazione ascensori, servoscala, rampe, rampe di accesso) oppure di utilizzo della propria abitazione (adeguamento spazi interni: bagno, cucina, o adeguamento percorsi orizzontali o verticali).</p> <p><b>SERVIZIO DI TRASPORTO</b></p> <p>Il servizio consiste nel trasporto delle persone disabili non autonome negli spostamenti presso servizi diurni e riabilitativi. Il servizio potrà essere gestito appoggiandosi anche alle Associazioni presenti nel territorio e che già erogano tale prestazione che garantiscono il servizio con mezzi propri, oppure consentire all'utente di poter scegliere l'erogatore del servizio, mediante l'acquisto di un “bonus” per usufruire del servizio.</p>
TEMPI	<p>Stima dei tempi di attuazione dell'azione:</p> <p><b>I Servizi sopra indicati saranno garantito per il triennio 2007/2009, con verifica a cadenza annuale.</b></p>

## RISORSE

### **Risorse Umane e Professionali:**

- Operatori sociali dei Comuni dell'ambito del Distretto;
- Operatori del Cento di salute Mentale;
- Operatori del Servizio di Neuropsichiatria infantile;
- Operatori scolastici;
- Operatori del Privato sociale (cooperative, associazioni di volontariato, AIAS)

### **Risorse finanziarie:**

Il Servizio verrà garantito per il triennio 2007/2009 con i seguenti trasferimenti:

- Quota parte dei comuni di cui al fondo per servizi integrati alla persona – L.R 23/95;
- Contribuzione utenza;
- Legge 162/98;
- L.R. 20/97;
- Delibera n. 42/11 del 4/10/2006 – programma sperimentale “Ritornare a casa”.

## Dipendenze Patologiche

Nel territorio di riferimento, il problema delle dipendenze, fino a qualche anno fa, era circoscritto prevalentemente, all'abuso e consumo di alcool, anche nei giovanissimi.

I modelli culturali dominanti tolleravano, almeno per la componente maschile, l'assunzione di alcool in eccesso, che diveniva anche una modalità dello stare in società, mentre ne disapprovavano il consumo da parte della componente femminile, il cui abuso era generalmente limitato all'ambito domestico ed in solitudine.

Negli ultimi anni è cresciuto in maniera esponenziale anche il numero di giovani/giovanissimi che consumano sostanze stupefacenti, sono cambiati i contesti, le sostanze, le tipologie di consumatori, le modalità e, soprattutto i significati attribuiti all'uso.

La tabella riportata a pag. , meglio evidenzia il fenomeno di cui trattasi: 575 (333 maschi e 242 femmine) dipendenze conclamate su una popolazione di 15.162 unità, non risultano infatti pervenuti i dati di due medici di base che complessivamente hanno in carico 2.227 assistiti.

Di questi, 304 appartengono alla fascia d'età ricompresa tra i 19 e i 64 anni e 271 a quella oltre i 65 anni.

Altro dato significativo appare inoltre quello relativo alla voce "altre dipendenze", che conta, complessivamente, sempre con riferimento alle fasce di popolazione sopra indicate, 190 soggetti.

La mancanza di condivisione della scheda somministrata con i soggetti compilatori, fa presumere che a causa di interpretazioni soggettive, la dimensione del fenomeno in oggetto sia addirittura sottostimata.

L'ipotesi è che l'alcoolismo, in assenza di importanti patologie correlate, non rappresenti una patologia a sé stante, caratterizzandosi, più che altro, per i risvolti sociali piuttosto che come fenomeno complesso in cui si intersecano i vari ambiti di vita della persona, dove, al primo posto dovrebbe collocarsi lo stato di salute.

Oltre ad essere rilevante come valore assoluto, il numero dei soggetti indicati dai medici come portatori della problematica, se letto in relazione alla distribuzione della popolazione per patologie, nella fascia 19 – 64 anni, vede il fenomeno delle dipendenze, collocarsi al quarto posto dopo le malattie dell'apparato digerente, del diabete e delle malattie endocrine, connotandosi come emergenza.

I modelli teorici e clinici finora messi in campo dalle varie discipline, da soli, non sono serviti ad elaborare letture idonee a cogliere le caratteristiche di complessità e di dinamicità presenti nei vari aspetti del fenomeno delle dipendenze.

Appare, ormai, improcrastinabile la creazione della rete, intesa quale strumento per affrontare la complessità che, pur partendo da molteplici prospettive e con professionalità e modelli di riferimento diversi, lavora per il perseguimento di un obiettivo comune.

La programmazione di servizi ed interventi implica la strutturazione di una pluralità di azioni, che mirino innanzitutto ad approfondire la dimensione del problema e contestualmente consentano la predisposizione di protocolli e prassi operative che vadano ad incidere sul bisogno e sulle cause che lo determinano.

Seguendo l'approccio sistemico – relazionale, gli interventi programmati per prevenire, contrastare e/o riparare le problematiche trattate, si pongono quali obiettivi principali la prevenzione, l'informazione, la formazione, la socializzazione, il sostegno alla famiglia ed il reinserimento sociale e lavorativo.

Lavorare in un'ottica di prevenzione costituisce una preziosa risorsa per il futuro di ogni individuo e della società stessa.

Lavorare insieme per pensare, creare e programmare la prevenzione, quale strategia operativa vincente per evitare un domani l'investimento di risorse professionali, umane e finanziarie per riparare un danno, significa, soprattutto, sostenere i ragazzi, la famiglia, le agenzie educative e la comunità stessa nell'elaborazione di un progetto di vita che riguarda il singolo ma che, nella rete sistemico - relazionale, non può che riguardare tutti i componenti della medesima.

Gli operatori sono i primi attori di tale prevenzione che può avvenire solo attraverso un lavoro di rete tra tutte le istituzioni del territorio.

La legge n. 309 del 1990 (Testo Unico delle leggi in materia di tossicodipendenza) regola le modalità di svolgimento delle attività di prevenzione delle tossicodipendenze nelle scuole medie e superiori, prevedendo la possibilità di istituire Centri di informazione e consulenza e la prerogativa che gli studenti stessi, attuino autonomamente iniziative in tal senso (art. 106).

La stessa legge prevede che queste attività vengano svolte in collaborazione con il Ser.T. territoriale.

Al fine di farsi carico della problematica in oggetto, si rende necessario, potenziare i servizi esistenti (l'attuale struttura Ser.T è costituito da n. 1 neuropsichiatra e n. 1 infermiera, per complessive 8 ore settimanali) con ulteriori figure professionali (psicologo ed educatori/tutor), sviluppando nel territorio azioni di prevenzione primaria delle dipendenze patologiche e del disagio adolescenziale in generale, coinvolgendo i docenti, gli studenti della scuola secondaria di I e II grado e le famiglie.

Non si tratta tanto di istituire nuovi servizi, quanto di ottimizzare quelli esistenti con una distribuzione delle competenze più accurata e, soprattutto, con una ripartizione più attenta dei ruoli,

che condividendo un obiettivo comune, concorrono, ognuno per quanto di competenza, al perseguimento del benessere generale.

Pertanto, fermo restando, per gli aspetti sanitari, il potenziamento del Servizio Ser.T, e per la parte sociale il reperimento delle risorse per i percorsi di riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo (borse lavoro, tirocini ecc...), le restanti funzioni esplicitate dovranno essere svolte dai servizi a vario titolo chiamati in causa (Servizio igiene Pubblica dell'ASL n. 3, Scuola, Centri per l'impiego, CESILAV, azioni e interventi attuati ai sensi della 285/97, Misure del POR Sardegna 2000-2006, finalizzate all'inclusione sociale, progettazione integrata ecc...)

Si potrebbero ipotizzare "Sportelli di ascolto del disagio individuale", dislocati c/o i diversi istituti scolastici del territorio, gestiti dagli operatori Ser.t, dallo psicologo e dagli educatori con funzioni di ascolto, di informazione e di animazione, l'attivazione di progetti/laboratori sulle tematiche della salute (igiene degli alimenti e nutrizionale ecc) ma collegati anche, in maniera trasversale, ad altri aspetti della realtà scolastica e adolescenziale, quali la lotta alla dispersione e l'animazione culturale.

In quest'ottica la rete appare quale prerequisito essenziale per un approccio globale al problema, la strategia portante dell'intero processo, capace di organizzare e facilitare la comunicazione e la moltiplicazione di idee, di progetti e interventi, di proporre ai soggetti coinvolti nel processo, significati condivisi sulle tematiche del disagio adolescenziale e strumenti operativi comuni, utili per la lettura dei bisogni giovanili e per la progettazione delle attività conseguenti.

<b>Allegato allo schema di PLUS</b>	
<b>Area d'intervento</b>	<b>SOCIO - SANITARIO</b>
<b>Target</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Popolazione scolastica e giovanile in generale;</li> <li>▪ Cittadini del Distretto Sanitario di Sorgono che fanno uso, abuso e consumo di alcool e droghe.</li> <li>▪ Cittadini del Distretto Sanitario di Sorgono seguiti dal SERT.</li> </ul>
<b>Tipologia degli interventi</b>	<b>SERVIZI TERRITORIALI</b>
<b>Denominazione del PROGETTO:</b>	<b>DIPENDENZE PATOLOGICHE</b> <b>Rete integrata di servizi</b>
<b>OBIETTIVI STRATEGICI</b>	<p><b>Obiettivi strategici</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perseguire l'integrazione della rete territoriale dei servizi e degli interventi attraverso l'attuazione del PLUS, con un sistema continuo di monitoraggio e ripianificazione che garantisca la rispondenza ai bisogni espressi dalla popolazione secondo criteri di efficacia ed efficienza;</li> <li>▪ Potenziare e/o creare la rete interistituzionale dei soggetti pubblici e privati coinvolti nelle attività del settore, configurandola quale strategia portante del processo, capace di organizzare e facilitare la comunicazione e la moltiplicazione di idee, di progetti e interventi, di proporre ai soggetti coinvolti nel processo, significati condivisi sulle tematiche del disagio adolescenziale e strumenti operativi comuni, utili per la lettura dei bisogni giovanili e per la progettazione delle attività conseguenti.</li> <li>▪ Garantire l'accesso dei cittadini all'informazione e uniformità di trattamento per l'accesso ai servizi di riferimento.</li> </ul>

## OBIETTIVI SPECIFICI

La programmazione di servizi ed interventi nell'ambito delle dipendenze patologiche, implica la strutturazione di una pluralità di azioni, che mirino innanzitutto ad approfondire la dimensione del fenomeno e contestualmente consentano la predisposizione di protocolli e prassi operative che vadano ad incidere sul bisogno e sulle cause che lo determinano.

Seguendo l'approccio sistemico – relazionale, gli interventi programmati per prevenire, contrastare e/o riparare le problematiche trattate, si pongono quali obiettivi principali la prevenzione, l'informazione, la formazione, la socializzazione, il sostegno alla famiglia ed il reinserimento sociale e lavorativo.

### Scopi del servizio/intervento:

- Approfondire la conoscenza della dimensione del fenomeno e, contestualmente, predisporre protocolli e prassi operative comuni che vadano ad incidere sul bisogno e sulle cause che lo determinano.
- Strutturare percorsi di informazione e auto-informazione mediante la predisposizione di opuscoli informativi, incontri/dibattiti, seminari ecc...
- Strutturare azioni e interventi di prevenzione (primaria e secondaria) quale strategia operativa vincente per evitare un domani l'investimento di risorse professionali, umane e finanziarie per riparare un danno;
- Supportare le comunità nel percorso di assunzione di responsabilità proponendo momenti di confronto culturale, sociale ed educativo e predisponendo spazi di ascolto e accoglienza a valenza preventiva.
- Sostenere e accompagnare le famiglie dei soggetti interessati nella gestione delle dinamiche relazionali;
- Consolidare e aumentare la stima e la consapevolezza di sé e sviluppare la dimensione della socializzazione e della vita all'interno della comunità di appartenenza, intesa come momento centrale nei progetti di vita individuale;
- Favorire l'inserimento e/o il reinserimento nel contesto sociale degli utenti che a causa delle problematiche hanno perso il ruolo nei vari contesti di vita;
- Sviluppare le capacità residue delle persone sia per quanto riguarda l'ambito dell'autonomia personale, con particolare riguardo per tutto quanto attiene alla cura della persona e diversi ambiti nella gestione del quotidiano, quali per es. gestione degli spazi, del corpo, del denaro, sia per quanto riguarda la dimensione affettiva e relazionale;
- Consolidare e implementare le capacità lavorative delle persone con problemi di dipendenza patologica, sfruttando strategicamente le abilità possedute.
- Prevedere percorsi di riabilitazione sia lavorativi che sociali, diversificati sulla base delle attitudini e abilità di ogni singolo utente coinvolto.



<p><b>DEFINIZIONE DELLE ATTIVITA'</b></p>	<p><b>Attività previste</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interventi di sensibilizzazione rivolti all'intera comunità mediante la realizzazione di incontri/dibattiti, la predisposizione e diffusione capillare di opuscoli informativi e mappe dei servizi esistenti.</li> <li>▪ Attivazione di Centri di informazione, consulenza e accoglienza da istituirsi nei poliambulatori del Distretto di Sorgono (Consultorio familiare e Servizio Ser.T);</li> <li>▪ Attività laboratoriali e di animazione rivolte alla popolazione scolastica della scuola secondaria di I e II grado, collegate, in maniera trasversale, ad altri aspetti della realtà scolastica e adolescenziale, quali la lotta alla dispersione e l'animazione culturale</li> <li>▪ Attività laboratoriali e di socializzazione rivolte ai soggetti portatori di problematiche varie, finalizzate al recupero delle abilità sommerse e all'acquisizione di nuove competenze;</li> <li>▪ Supporti assistenziali flessibili alla domiciliarità (sostegno educativo, assistenza domiciliare);</li> <li>▪ Supporto attività formative anche mediante l'attivazione di tirocini lavorativi con contributo economico incentivante;</li> <li>▪ Incentivazione degli inserimenti lavorativi, mediante l'attivazione di borse lavoro.</li> <li>▪ Sportelli di ascolto del disagio individuale degli alunni, dislocati c/o gli istituti scolastici del territorio;</li> </ul>
<p><b>TARGET</b></p>	<p><b>Le attività sono rivolte a:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ popolazione scolastica e giovanile in generale;</li> <li>▪ cittadini del Distretto Sanitario di Sorgono che fanno uso, abuso e consumo di alcool e droghe.</li> <li>▪ cittadini del Distretto Sanitario di Sorgono seguiti dal SERT.</li> </ul>
<p><b>DEFINIZIONE STRUTTURA ORGANIZZATIVA</b></p>	<p><b>Rete di collaborazione fra servizi pubblici e del privato sociale e i soggetti coinvolti:</b></p> <p><b>La rete è costituita:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ dai Comuni di: Aritzo, Austis, Atzara, Belvì, Meana Sardo, Desulo, Gadoni, Ortueri, Ovodda, Sorgono, Teti, Tiana e Tonara;</li> <li>▪ Azienda Sanitaria locale (Servizio Igiene Pubblica, SERT e Consultorio Familiare);</li> <li>▪ Dagli Istituti comprensivi di Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado di Atzara, Desulo e Tonara.</li> <li>▪ dagli Istituti d'Istruzione Superiore: Liceo Scientifico di Sorgono, Istituto Professionale di Stato per l'Agricoltura di Sorgono, I.T.I. di Tonara, I.T.C. di Aritzo e I.P.S.S.C.T.A. di Desulo;</li> <li>▪ CESILAV.</li> </ul>

RISORSE	<p><b>Risorse umane:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Operatori Servizio Ser.T;</li> <li>▪ Psicologo;</li> <li>▪ Operatori Consultorio Familiare;</li> <li>▪ Educatori/tutor;</li> <li>▪ Cesilav;</li> <li>▪ Insegnanti.</li> </ul> <p><b>Risorse finanziarie:</b></p> <p>I Comuni di Austis, Aritzo, Atzara, Belvì, Desulo, Meana Sardo, Ortueri, Teti, Tiana e Tonara hanno destinato parte delle risorse assegnate ai comuni, a valere sull'esercizio 2006, per la gestione associata dei servizi alla persona, per un importo complessivo di € <b>103.186,08</b>. Le azioni previste nell'ambito del Progetto "Dipendenze patologiche - Rete dei servizi" verranno sviluppate nel corso dell'anno 2007.</p> <p>Risorse necessarie in termini di strutture e attrezzature:</p> <p>Le strutture e gli spazi verranno messi a disposizione dai Comuni, dall'Azienda USL n. 3 e dalle Scuole.</p>
TEMPI	<p><b>Stima dei tempi di attuazione dell'azione:</b></p> <p>Le risorse a disposizione e la numerosità dell'utenza consentiranno di garantire i servizi previsti per un periodo massimo di 12 mesi.</p>
SISTEMA CONTROLLO/MONITORAGGIO	<p><b>SISTEMA CONTROLLO/MONITORAGGIO TEMPI</b></p> <p>Il monitoraggio sarà basato su un sistema di controllo dei tempi e della qualità dei servizi erogati.</p> <p><b>TEMPI EROGAZIONE SERVIZIO</b></p> <p>Il monitoraggio, basato su un sistema di verifiche, controllo e valutazione del processo di integrazione degli interventi, prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Verifiche in itinere ed ex post del livello di integrazione delle singole azioni;</li> <li>– Verifiche in itinere ed ex post del livello di integrazione dei servizi, verifiche periodiche per misurare il grado di soddisfazione dei fruitori degli stessi;</li> <li>– Verifiche in itinere ed ex post del grado di coordinamento e integrazione della rete.</li> </ul> <p>Monitoraggio complessivo dell'intero processo da parte dei soggetti attuatori del PLUS.</p>
COMUNICAZIONE	<p><b>Attività di comunicazione interna ed esterna:</b></p> <p><b>I: Comunicazione interna:</b> informale, riunioni organizzative e di programmazione mensili, riunioni trimestrali ed annuali per l'analisi e la verifica dei risultati.</p> <p><b>E: Comunicazione esterna:</b> pubblicizzazione dell'azione, informazione alla comunità locale, incontri con i responsabili degli enti pubblici e privati, utilizzo della rete informatica</p>

## CONTROLLI E VALUTAZIONE

### **Valutazione dell'azione:**

Il controllo, la verifica e la valutazione del servizio si realizza su tre livelli

- Il monitoraggio e controllo esercitato dal Comune capofila;
- Verifica periodica e valutazione finale da parte dei Comuni firmatari del protocollo d'Intesa per la gestione in forma associata del servizio;
- Verifica e Valutazione da parte degli attori della rete, firmatari dell'Accordo di Programma per la gestione in forma associata del sistema dei servizi ricompresi nel PLUS.

**Tutto il monitoraggio sarà basato su un sistema di verifiche, controllo e valutazione del processo di integrazione degli interventi e prevede:**

- l'utilizzo di indicatori e strumenti adeguati ;
- verifiche periodiche per misurare il grado di soddisfazione dei fruitori del servizio;
- Valutazione integrata dell'azione in itinere ed ex post, effettuata dai tecnici dei Comuni coinvolti;
- Monitoraggio di questa specifica azione da parte dei soggetti attuatori del PLUS.

**Il controllo, la verifica e la valutazione del livello di integrazione si realizza su due piani:**

- Grado di integrazione delle azioni con gli altri servizi della rete territoriale;
- Grado di integrazione degli interventi con i servizi operanti nell'ambito socio - sanitario..

### **Professionalità coinvolte:**

- Operatori reclutati per il potenziamento del Ser.T;
- operatori Ser.T;
- operatori Servizio Igiene Pubblica;
- operatori servizio sociale professionale dei Comuni;
- Insegnati.

## **Politiche sociali per i minori e la famiglia**

I complessi mutamenti sociali e culturali hanno condotto a importanti cambiamenti strutturali della famiglia evidenziando, anche nel nostro territorio, nuove e talvolta più complesse problematiche.

Il venir meno della famiglia tradizionale/allargata che ha caratterizzato nel passato il contesto di riferimento e, come evidenziato nel profilo d'ambito, il progressivo invecchiamento della popolazione dovuto al bassissimo indice di crescita demografica (che negli ultimi decenni è stato pari o inferiore allo zero) con qualche eccezione in alcuni comuni del distretto si traduce in una maggiore debolezza della rete parentale/informale che assolveva un ruolo fondamentale nel processo di crescita, educazione e sviluppo dei minori. Il controllo sociale che tale struttura delle famiglie garantiva è venuto determinando la necessità che si strutturassero servizi atti a garantire e supportare la stessa nello svolgimento delle proprie funzioni.

E' possibile riassumere sinteticamente le problematiche relative al funzionamento di questo fondamentale gruppo primario:

- Molteplici impegni di lavoro, di cura ed educativi che si traducono spesso in mancanza di tempo da dedicare al rapporto di coppia e alla relazione genitori/figli;
- Carenza di reti di sostegno (parentali e non ) che crea incertezza nell'assolvimento della funzione educativa e di gestione delle dinamiche familiari. Particolare attenzione dovrà essere indirizzata ai nuclei familiari immigrati extracomunitari presenti nel territorio;
- Le difficoltà economiche, insufficienza del reddito che riguarda un crescente numero di famiglie;
- I problemi abitativi soprattutto con riferimento alle giovani coppie;
- Le nuove tipologie di famiglia che esprimono nuovi e più complessi bisogni.

E' necessario osservare che il benessere della famiglia è strettamente connesso al benessere dell'infanzia e dell'adolescenza, è quindi necessario pensare ad interventi unitari ed integrati.

Per molti anni i Comuni hanno organizzato i servizi senza un quadro di riferimento nazionale, per rispondere alle domande sociali emergenti, promuovendo in maniera disorganica interventi in relazione alle risorse disponibili nella comunità. Il risultato è un'offerta di servizi disomogenea.

A colmare il vuoto legislativo, il linea con i principi sanciti dalla Carta Costituzionale, dopo circa un secolo dalla riforma Crispi, si provvede con la Legge quadro 328/2000 che richiamando i diritti fondamentali, indica le strategie e le priorità di proprie di un moderno ed efficiente sistema di servizi. Il nuovo dettato normativo prevede il superamento della logica settoriale degli interventi, compresi quelli riguardanti specifiche problematiche, si pensi alla Legge 216/91, prefigurando un

approccio globale che pone al centro la famiglia e le esigenze che mutano nelle varie fasi del ciclo di vita.

I servizi locali finora disomogenei, devono uniformarsi, gli interventi riparativi e/o di tipo assistenzialistico, che mantengono il cittadino in uno stato di passività, devono trasformarsi in sostegno e accompagnamento nell'acquisizione della consapevolezza del proprio ruolo favorendo la crescita dei processi di responsabilizzazione e lo sviluppo delle capacità proprie di ogni persona, la promozione della partecipazione attiva del cittadino è una condizione indispensabile nella costruzione del nuovo Welfare. Pensare alla famiglia come unità complessa che esprime una molteplicità di bisogni significa pensare ad interventi volti a favorire il suo benessere in un'unica politica che veda l'integrazione tra i sistemi interagenti: sociale, sanitario, educativo, formativo, del tempo libero.

La partecipazione attiva del cittadino al processo di costruzione del nuovo sistema di servizi è stimolata a più riprese dalla legge 328/00 in particolare, all'art 16 comma 1: “ Il sistema integrato di interventi e servizi sociali riconosce e sostiene il ruolo peculiare delle famiglie nella formazione e nella cura della persona, nella promozione del benessere e nel perseguimento della coesione sociale; sostiene e valorizza i molteplici compiti che le famiglie svolgono sia nei momenti critici e di disagio, sia nello sviluppo della vita quotidiana; sostiene la cooperazione, il mutuo aiuto e l'associazionismo delle famiglie, valorizzando il ruolo attivo delle stesse nella formazione di proposte e di progetti per l'offerta dei servizi e nella valutazione dei medesimi. Al fine di migliorare la qualità, l'efficacia e l'efficienza dei servizi, gli operatori coinvolgono e responsabilizzano le persone e le famiglie.

Capita con molta frequenza che la crisi della coppia si riverberi sui figli, accade infatti che gli interessi dei minori non coincidono ma, al contrario, possono porsi in contrasto con quelli dei genitori generando uno stato di disagio dei più deboli, di chi si trova in una condizione sfavorevole, in questi casi è importante offrire ai minori e alla famiglia, dotate solo di risorse precarie o comunque insufficienti, dei servizi in grado di contenere e risolvere situazioni che diversamente possono sfociare in forme più gravi di disagio e/o devianza.

Quando si lavora con i minori e per i minori è necessario avere sempre presente la loro persona, il loro essere, la loro storia di sviluppo, la famiglia di appartenenza, il contesto sociale e relazionale di riferimento.

La conoscenza di tutti questi aspetti richiede diversi livelli di analisi e quindi un approccio multiprofessionale che potrà essere garantito solo attraverso la creazione di un lavoro di rete tra gli operatori incaricati (sociale, sanitario, scolastico etc). che dovrà condurre alla costruzione delle

arete di servizi finalizzata ad incidere positivamente sul benessere e sulla qualità di vita del minore e della sua famiglia.

La famiglia va valorizzata come principale pilastro di sostegno e di tutela dei diritti del minore, pertanto nelle azioni specifiche e nella programmazione di interventi indirizzati a minori si deve prevedere una partecipazione attiva del nucleo familiare, ma anche di tutte quegli enti che hanno mandato legislativo ad occuparsi di minori.

Le iniziative previste in questa area sono in linea con la vigente normativa a tutela dell'infanzia: - Legge nazionale sull' affido familiare - 183/84 "il minore ha diritto a vivere e crescere nella propria famiglia"; Legge nazionale 448 - "messa alla prova del minore in ambito penale"; Legge 285/97 - "disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza"- In particolare, tutte le iniziative previste, intendono realizzare progetti di "rete" in grado di avviare sul territorio un processo integrato che coinvolga i diversi operatori presenti sul territorio per promuovere azioni progettuali ed educative nelle quali la condizione dell'infanzia venga assunta come parametro di riferimento per misurare il livello di qualità della vita di tutti i cittadini.

Servizi in grado di offrire e sperimentare, in maniera flessibile e differenziata, nuove forme di sostegno ai compiti di cura e agli impegni educativi che ogni giorno caratterizzano la vita delle famiglie, Rivolte in particolare alle famiglie con minori, con attenzione alle giovani coppie e a tutti quei nuclei che per varie ragioni legate agli eventi e al succedersi delle diverse fasi di sviluppo proprie di ogni famiglia, si trovano ad affrontare difficoltà temporanee o che desiderino approfondire e risolvere determinati problemi.

Azioni che hanno come obiettivo prioritario quello di creare sul territorio buone prassi orientate a sostenere i ragazzi sull'uso corretto del tempo libero, attraverso la pratica del gioco e di alcuni laboratori formativi, e a promuovere la cultura della legalità e lo sviluppo di una coscienza civile.

<b>Allegato "A" allo schema di PLUS</b>	
<b>Area d'intervento</b>	<b>SOCIALE</b>
<b>Target</b>	<b>MINORI</b>
<b>Tipologia degli interventi</b>	<b>SERVIZI TERRITORIALI</b>
<b>DENOMINAZIONE DEL SERVIZIO:</b>	<b>PROGETTO "SERVIZIO EDUCATIVO TERRITORIALE" (SET)</b>
<b>OBIETTIVI STRATEGICI</b>	<p><b>Obiettivi strategici</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perseguire l'integrazione della rete territoriale dei servizi e interventi attraverso l'attuazione del PLUS, con un sistema continuo di monitoraggio e ripianificazione che garantisca la rispondenza ai bisogni espressi dalla popolazione secondo criteri di efficacia ed efficienza;</li> <li>▪ Potenziare la rete interistituzionale dei soggetti pubblici e privati coinvolti nelle attività dell'area;</li> <li>▪ Garantire pari opportunità di accesso e uniformità di trattamento, nonché eguali criteri per la determinazione della partecipazione del cittadino al costo del servizio.</li> <li>▪ Garantire l'accesso dei cittadini all'informazione, nello specifico, a quella inerente il sostegno alla famiglia, la formazione, l'educazione e l'inclusione sociale.</li> </ul>

<p><b>OBIETTIVI SPECIFICI</b></p>	<p><b>Scopi del servizio/intervento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promuovere i diritti dell’infanzia e dell’adolescenza mediante un adeguato sostegno alla famiglia;</li> <li>▪ Migliorare la qualità della vita, le capacità di relazione, di integrazione e di gestione delle difficoltà quotidiane dei contesti familiari in cui sono presenti minori;</li> <li>▪ Supportare la famiglia nel delicato compito di promuovere la crescita armonica e lo sviluppo psico – affettivo e relazionale del bambino/adolescente;</li> <li>▪ Promuovere maggiore consapevolezza del ruolo genitoriale;</li> <li>▪ Contrastare e prevenire i processi nei quali si sviluppino deficit di apprendimento e di relazione;</li> <li>▪ Promuovere ed incrementare positivi rapporti di collaborazione – comprensione tra la famiglia e la scuola;</li> <li>▪ Migliorare il rendimento scolastico;</li> <li>▪ Prevenire fenomeni di disagio e devianza giovanile (abbandono scolastico, uso di stupefacenti, delinquenza minorile);</li> <li>▪ Mantenimento e/o reinserimento dei minori in famiglia attraverso il recupero delle risorse potenziali della famiglia stessa ed il rafforzamento delle figura parentali e di riferimento;</li> <li>▪ Costruzione e utilizzo di “un alleanza” tra i diversi soggetti che interagiscono nella programmazione e realizzazione di servizi/interventi predisposti come risposta ai bisogni espressi dai minori (famiglia, istituzioni scolastiche, istituzioni pubbliche, privato sociale , volontariato ecc...)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Impostare azioni volte a produrre un cambiamento costante e coerente nei micro come nei macro sistemi di riferimento: nella rete di relazioni familiari e, contestualmente, nella comunità all’interno della quale tali famiglie sono inserite, al fine di promuovere e sviluppare un atteggiamento di apertura e di solidarietà nei confronti dei bisogni, delle esigenze e dei diritti dei minori.</li> </ul>



<p><b>OBIETTIVI SPECIFICI</b></p>	<p><b>Scopi del servizio/intervento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promuovere i diritti dell’infanzia e dell’adolescenza mediante un adeguato sostegno alla famiglia;</li> <li>▪ Migliorare la qualità della vita, le capacità di relazione, di integrazione e di gestione delle difficoltà quotidiane dei contesti familiari in cui sono presenti minori;</li> <li>▪ Supportare la famiglia nel delicato compito di promuovere la crescita armonica e lo sviluppo psico – affettivo e relazionale del bambino/adolescente;</li> <li>▪ Promuovere maggiore consapevolezza del ruolo genitoriale;</li> <li>▪ Contrastare e prevenire i processi nei quali si sviluppino deficit di apprendimento e di relazione;</li> <li>▪ Promuovere ed incrementare positivi rapporti di collaborazione – comprensione tra la famiglia e la scuola;</li> <li>▪ Migliorare il rendimento scolastico;</li> <li>▪ Prevenire fenomeni di disagio e devianza giovanile (abbandono scolastico, uso di stupefacenti, delinquenza minorile);</li> <li>▪ Mantenimento e/o reinserimento dei minori in famiglia attraverso il recupero delle risorse potenziali della famiglia stessa ed il rafforzamento delle figura parentali e di riferimento;</li> <li>▪ Costruzione e utilizzo di “un alleanza” tra i diversi soggetti che interagiscono nella programmazione e realizzazione di servizi/interventi predisposti come risposta ai bisogni espressi dai minori (famiglia, istituzioni scolastiche, istituzioni pubbliche, privato sociale , volontariato ecc...)</li> <li>▪ Impostare azioni volte a produrre un cambiamento costante e coerente nei micro come nei macro sistemi di riferimento: nella rete di relazioni familiari e, contestualmente, nella comunità all’interno della quale tali famiglie sono inserite, al fine di promuovere e sviluppare un atteggiamento di apertura e di solidarietà nei confronti dei bisogni, delle esigenze e dei diritti dei minori.</li> </ul>
<p><b>TARGET</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tutta la popolazione minorile del distretto, per quanto attiene le azioni di promozione e prevenzione;</li> <li>▪ Minori inseriti in contesti familiari vulnerabili;</li> <li>▪ Minori con problematiche psicologiche e relazionali;</li> <li>▪ Minori in situazioni di rischio di emarginazione rispetto al contesto familiare e/o sociale;</li> <li>▪ Minori segnalati e/o affidati al Servizio Sociale Comunale appartenenti a nuclei familiari già destinatari di interventi da parte del Tribunale per i Minorenni.</li> </ul>

## DEFINIZIONE DELLE ATTIVITA'

Sulla base delle disposizioni di cui alle deliberazioni della Giunta Regionale 29.12.2000 n. 55/68 e 09.06.2001 n. 21/13, il servizio educativo verrà espletato da una équipe multiprofessionale che strutturerà le strategie di intervento partendo da un approccio sistemico – relazione, fondamentale per una corretta lettura del bisogno e conseguentemente per porre in essere efficaci strategie operative.

La scelta di utilizzare l'approccio sistemico per affrontare e contrastare le problematiche legate al disagio giovanile deriva dalla consapevolezza che i bisogni espressi e non, di un determinato contesto, possono essere compresi e affrontati in modo incisivo solo osservando e operando sulle reti di relazione che quel determinato soggetto attua nella sua quotidianità e sul significato che nel contesto più ampio assume il deficit e/o disagio.

Le azioni che si intendono intraprendere, pertanto, poggiano su di una rappresentazione dinamica della realtà, che tiene conto della complessità dell'agire nelle sue relazioni con l'ambiente, costituite da strutture parentali, amicali, di vicinato etc...

La famiglia, nello specifico, rappresenta la risorsa primaria e fondamentale che, solo se opportunamente sostenuta e integrata in una rete più ampia, può arginare e contenere le situazioni di disagio dei minori.

**Dal punto di vista istituzionale, tuttavia, un'attenzione**

**particolare verrà riservata ai minori che, per fattori diversi,**

**incontrano difficoltà nella crescita e maturazione sociale e**

**culturale, elementi questi che costituiscono il presupposto**

**fondamentale per un inserimento naturale nel contesto sociale di**

**appartenenza.**

Il servizio educativo territoriale intende porsi come punto di osservazione privilegiato ove si incrociano, e/o possono essere verificate le strategie che le agenzie educative preposte mettono in atto a favore dei minori, nonché come luogo di scambio per la progettazione di interventi di supporto/rafforzativi per quei minori che non dispongono delle condizioni ottimali per un positivo processo di crescita.

### **Aree di intervento:**

- Familiare
- Scolastica
- Sociale

**In ambito familiare** l'équipe avrà il compito di sostenere i genitori nello svolgimento del proprio ruolo, nella cura del minore e nello sviluppo di prassi operative volte a garantire un sano contesto di crescita.

Il servizio avrà, inoltre, il ruolo di accompagnare e sostenere la famiglia nell'individuazione del servizio sociale e/o sanitario più appropriato al caso (Neuropsichiatria infantile, Consultorio e/o specialistica).

	<p><b><u>In ambito sociale</u></b></p> <p>Accanto alle azioni volte a realizzare interventi di tipo riparativo, di assistenza al minore e ai nuclei familiari di appartenenza, il presente progetto intende proporre strategie ed interventi che perseguano la finalità primaria di promuovere il benessere psico - fisico dell'intera popolazione minorile.</p> <p>In tal senso, l'equipe opera al fine di creare opportunità di integrazione dei minori in contesti strutturati o semi-strutturati mediante attività laboratoriali, momenti di animazione e/o giornate a tema presso i quartieri ritenuti ai margini o nei luoghi di incontro degli adolescenti.</p> <p>Nella rete dei servizi, il SET, avrà come strategia operativa quella di facilitare l'accesso del cittadino alla rete medesima, fornendo gli strumenti necessari per un appropriato utilizzo degli stessi e, nel contempo, fungendo da mediatore del processo.</p>
<p><b>DEFINIZIONE STRUTTURA ORGANIZZATIVA</b></p>	<p><b>Rete di collaborazione fra servizi pubblici e del privato sociale, i soggetti coinvolti, le modalità di coinvolgimento e di partecipazione:</b></p> <p>La rete è costituita:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dai Comuni di: <b>Aritzo, Austis, Atzara, Belvì, Desulo, Gadoni, Meana Sardo, Ortueri, Ovodda, Sorgono, Teti, Tiana e Tonara;</b></li> <li>▪ Famiglie;</li> <li>▪ Scuole del territorio;</li> <li>▪ Azienda USL n. 3 (Consultorio familiare, Servizio di Neuropsichiatria infantile)</li> <li>▪ C.M. n. 12 (Sistema Bibliotecario Territoriale e Progetto DI.TE.LO) ;</li> <li>▪ Privato Sociale;</li> <li>▪ Associazioni culturali e/o Volontariato;</li> <li>▪ Comunità.</li> </ul>

<p><b>RISORSE</b></p>	<p><b>Risorse Umane e Professionali:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Educatori in possesso del diploma di Educatore Professionale e/o Diploma di laurea in pedagogia e/o scienze dell'educazione;</li> <li>▪ <b>Psicologo in possesso del diploma di laurea in Psicologia, esperto in dinamiche di gruppo e di mediazione ;</b></li> <li>▪ <b>Animatore in possesso di qualifica di animatore socio – culturale e/o operatore culturale con esperienza biennale nel settore.</b></li> <li>▪ Operatore Sociali dei comuni.</li> </ul> <p><b><u>Risorse finanziarie:</u></b></p> <p>Nel Territorio di riferimento, attualmente sono operativi n. 3 progetti obiettivo comunali finanziati con fondi regionali straordinari che riguardano, nello specifico, i comuni di Austis, Desulo e Ortueri.</p> <p>I Comuni di Aritzo, Atzara, Belvì, Gadoni, Meana Sardo, Ovodda, Sorgono, Teti, Tiana e Tonara, hanno destinato parte della quota assegnata dalla RAS – Assessorato dell'Igiene e Sanità per la gestione dei servizi in forma associata, annualità 2006, per l'ampliamento del Progetto "Servizio Educativo" di Ortueri, avviato nel mese di Ottobre 2006.</p> <p>L'importo destinato ammonta a complessivi <b>€104.232,82</b>, che andranno a sommarsi a quelli già stanziata dal Comune di Ortueri, dell'importo di €47.200,00.</p> <p>I Comuni di Austis e Desulo entreranno nella gestione associata alla scadenza dei rispettivi contratti (marzo 2007 Desulo e Luglio 2007 Austis).</p> <p>Il Servizio verrà garantito per il triennio 2007/2009 con i trasferimenti di cui alla L.R. 25/93 (parte corrente), al Fondo Indistinto e alla Quota per la gestione Associata.</p> <p><b><u>Risorse necessarie in termini di strutture e attrezzature:</u></b></p> <p>Le Strutture presso cui verrà espletato il servizio verranno messe a disposizione dai Comuni aderenti e/o Istituzioni scolastiche coinvolte.</p> <p>Per quanto attiene le attrezzature e i materiali necessari verranno acquisiti mediante procedure di evidenza pubblica.</p>
<p><b>TEMPI</b></p>	<p>Stima dei tempi di attuazione dell'azione:</p> <p><b>Il SET verrà garantito per il triennio 2007/2009, con verifica a cadenza annuale.</b></p>

<p style="text-align: center;"><b>SISTEMA CONTROLLO/MONITORAGGIO</b></p>	<p><b>SISTEMA CONTROLLO/MONITORAGGIO TEMPI</b></p> <p><b>Il monitoraggio sarà basato su un sistema di controllo dei tempi e della qualità dei servizi erogati.</b></p> <p><b>TEMPI EROGAZIONE SERVIZIO</b></p> <p>Il monitoraggio, basato su un sistema di verifiche, controllo e valutazione del processo di integrazione degli interventi, prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Verifiche in itinere ed ex post del livello di integrazione delle singole azioni;</li> <li>– Verifiche in itinere ed ex post del livello di integrazione dei servizi,</li> <li>– verifiche periodiche per misurare il grado di soddisfazione dei fruitori degli stessi;</li> <li>– Verifiche in itinere ed ex post del grado di coordinamento e integrazione della rete.</li> </ul> <p>Monitoraggio complessivo dell'intero processo da parte degli attori del PLUS.</p>
<p style="text-align: center;"><b>COMUNICAZIONE</b></p>	<p><b>Attività di comunicazione interna ed esterna:</b></p> <p><b>I:</b> Comunicazione interna: informale, riunioni organizzative e di programmazione mensili, riunioni trimestrali ed annuali per l'analisi e la verifica dei risultati.</p> <p><b>E:</b> Comunicazione esterna: pubblicizzazione dell'azione, informazione alla comunità locale, incontri con i responsabili degli enti pubblici e privati, utilizzo della rete informatica</p> <p><b>Modalità di coinvolgimento dei cittadini e degli utenti e strategie che saranno utilizzate:</b></p>

## CONTROLLI E VALUTAZIONE

Valutazione dell'azione:

Il controllo, la verifica e la valutazione del servizio si realizza su tre livelli

- Il monitoraggio e controllo esercitato dal Comune capofila;
- Verifica periodica e valutazione finale da parte dei Comuni firmatari del protocollo d'Intesa per la gestione in forma associata del Servizio SET.
- Verifica e Valutazione da parte degli attori della rete, firmatari dell'Accordo di Programma per la gestione in forma associata del sistema dei servizi ricompresi nel PLUS.

**Tutto il monitoraggio sarà basato su un sistema di verifiche,**

**controllo e valutazione del processo di integrazione degli interventi**

**e prevede:**

- l'utilizzo di indicatori e strumenti adeguati ;
- verifiche periodiche per misurare il grado di soddisfazione dei fruitori del servizio;
- Valutazione integrata dell'azione in itinere ed ex post, effettuata dai tecnici dei Comuni coinvolti;
- Monitoraggio di questa specifica azione da parte degli attuatori del PLUS.

**Il controllo, la verifica e la valutazione del livello di integrazione si**

**realizza su due piani:**

- Grado di integrazione del Servizio SET con gli altri servizi della rete territoriale;
- Grado di integrazione interistituzionale tra le diverse agenzie educative chiamate in causa.

Soggetti e Professionalità coinvolte nella valutazione:

**Professionalità coinvolte:**

- Operatori SET;
- Servizio Sociale Professionale dei Comuni;
- Agenzie educative coinvolte;
- Azienda USL n. 3;
- Attuatori PLUS.

### Interventi di primo soccorso

Area di intervento	Sociale sanitario
Target	Minori nuclei familiari
Tipologia delle Prestazioni	Servizi sul territorio

<b>Denominazione</b>	Interventi di primo soccorso
<b>Bisogno rilevato</b>	Il minore inconsapevolmente per gioco o per appagare la propria curiosità spesso si espone a situazioni di pericolo, trovandosi anche ad affrontare da solo situazioni di emergenza. La mancanza di conoscenza delle regole basi da seguire in circostanze di questo tipo, possono peggiorare la situazione, pertanto la promozione di interventi educativi che hanno come obiettivo quello di spiegare come comportarsi in situazioni di pericolo può rilevarsi utili per ridurre i casi e episodi di esito dubbio.
<b>Destinatari</b>	Minori e comunità
<b>Obiettivo</b>	Spiegare ai piccoli come comportarsi e come fronteggiare situazioni di emergenza, quale numero chiamare, quale informazione dare agli operatori preposti ad interventi di emergenza (118, 113ect) cosa fare in attesa che arrivino i soccorsi, può risultare utile al fine di ridurre i casi di avvenimenti rischiosi dove siano coinvolti in prima persona minori.
<b>Strategie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coinvolgimento di tutte le categorie pubbliche e del privato sociale che hanno competenza ad intervenire in circostanze di emergenza in modo da far conoscere ai bambini le regole di comportamento cui attenersi.</li> </ul>
<b>Azioni/attività</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Attivare un programma educativo all'interno della scuola, con il coinvolgimento degli operatori sanitari del territorio, e dei soggetti che a diverso titolo intervengono nelle situazioni di emergenza (esempio Vigili del fuoco, forze dell'ordine, operatori del 118 ect).</li> <li>- Realizzare a fumetti, manifesti, poster che raffigurino i vari casi in cui il bambino potrebbe trovarsi in difficoltà e spiegando in maniera semplice ed immediata, cosa fare per fronteggiare una situazione di emergenza, da divulgare in tutti gli ambienti frequentati da minori.</li> <li>- Organizzare giornate dove vengono simulate azioni di pronto intervento.</li> </ul>
<b>Tempi</b>	Annuale

Risorse sociali	
<b>Operatori Pubblici</b>	-Promozione e programmazione del servizio, ivi comprese tutte le procedure amministrative, da parte degli operatori dei Comuni, Provincia e Asl. -Personale del 118, corpo docente scuole elementari e medie. - Vigili del fuoco, corpi di polizia ect. - Istituzioni scolastiche;
<b>Privato sociale</b>	Individuazione di personale qualificato che fornisca supporto e integrazione agli operatori pubblici nell'erogazione del servizio
<b>Volontari</b>	Organizzazione di giornate dimostrative di pronto intervento
<b>Servizio civile</b>	Simulazioni di azioni di intervento

Azioni di miglioramento	
<b>Azioni di miglioramento</b>	- diffondere la conoscenza delle regole di sicurezza da seguire nei casi di emergenza.

<b>Problemi di criticità</b>	-
<b>Progetti Correlati</b>	- Servizio Educativo Territoriale – Progetto Ditelo POR misura 3.4 -

<b>Valutazione</b>	
<b>Risultati attesi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accrescere la responsabilità e la sicurezza del minore riducendo i rischi, gli incidenti e situazioni di pericolo.</li> <li>- Coinvolgimento e creazione di una rete di comunicazione tra le diverse istituzioni preposte ad interventi di emergenza.</li> </ul>
<b>Indicatori di verifica e di risultato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- raffronto dei numeri dei casi di incidenti verificatisi nel precedente anno prima dell'attivazione del servizio e dopo</li> </ul>
<b>Strumenti di valutazione utilizzati</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- conteggio degli interventi effettuati e risultati positivi registrati</li> </ul>



## Mediazione Familiare

Area di intervento	Sociale
Target	Minori nuclei familiari
Tipologia delle Prestazioni	Servizi sul territorio

<b>Denominazione</b>	Mediazione familiare
<b>Bisogno rilevato</b>	Le nuove tipologie di famiglie, monoparentali, ricostituite, separazioni conflittuali tra coniugi, difficoltà economiche, carenza di adeguate reti parentali di sostegno, sono espressione di nuovi e più complessi bisogni, che inevitabilmente si ripercuotono sulla qualità e sul livello di benessere del minore.
<b>Destinatari</b>	Minori e nucleo familiare di appartenenza.
<b>Obiettivo</b>	<p>Sostenere la famiglia, la genitorialità significa favorire l'infanzia e l'adolescenza in un'ottica di prevenzione di possibili disagi, permettendo alla situazione di crisi di evolvere in modo positivo.</p> <p>L'apertura di un servizio di mediazione familiare, finalizzato alla ricomposizione delle situazioni conflittuali della coppia, al recupero, al sostegno e alla responsabilità del ruolo genitoriale è pertanto uno degli obiettivi da perseguire, attraverso interventi atti a garantire i diritti primari dei minori di poter vivere, crescere ed essere educato nell'ambito della propria famiglia.</p>
<b>Strategie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coinvolgimento dei diversi servizi che in ambito territoriale hanno competenza ad intervenire a favore di minori e a supportare la coppia nel momento di crisi, creando una rete di servizi integrati.</li> <li>- Avvicinare la comunità a partecipare attivamente alle azioni e alla programmazione di servizi da destinare ai nuclei in difficoltà.</li> <li>- Favorire esperienze di mutuo aiuto, forme di associazionismo e interventi di solidarietà tra le famiglie.</li> </ul>
<b>Azioni/attività</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ottimizzazione del servizio consultoriale del distretto sanitario attraverso l'attivazione di uno sportello che potrà, all'occorrenza, essere supportato da una figura professionale esperta in problematiche giuridiche e di mediazione familiare. Tale servizio raccordato, in raccordo con il servizio di educativa territoriale offrirà consulenza alle famiglie, ai minori, che vivono una situazione di disagio;</li> <li>- Creazione di una rete di famiglie disponibili a fornire solidarietà e sostegno, con ruolo di accompagnamento e di supporto alle famiglie in difficoltà, in particolare a quelle con figli minori da 0 ai 12 anni;</li> </ul>
<b>Utenti coinvolti</b>	2006:

Risorse sociali	
<b>Operatori Pubblici</b>	Promozione e programmazione del servizio, ivi comprese tutte le procedure amministrative, coordinamento e reperimento dei dati del servizio reso.
<b>Privato sociale</b>	Mediatore familiare professionista a supporto degli operatori dei consultori e dei comuni nell'erogazione del servizio.
<b>Volontari</b>	Collaborazione
<b>Servizio civile</b>	

<b>Azioni di miglioramento</b>	
<b>Azioni di miglioramento</b>	- Sviluppo della cultura della solidarietà e del auto e mutuo aiuto
<b>Problemi di criticità</b>	
<b>Progetti Correlati</b>	- SET – DITELO POR misura 3.6. – Progetti Legge 285/97.

<b>Valutazione</b>	
<b>Risultati attesi</b>	- Superamento di situazioni di crisi familiari e riduzione dei casi di emarginazione e solitudine di nuclei familiari dove sono presenti minori
<b>Indicatori di verifica e di risultato</b>	- Numero di interventi effettuati e casi risolti positivamente
<b>Strumenti di valutazione utilizzati</b>	- Conteggio degli interventi effettuati e risultati positivi registrati - Elaborazione di un documento annuale che riassume i punti di forza del programma e eventuali modifiche da apportare

## Interventi per ridurre la dispersione scolastica

Area di intervento	Sociale
Target	Minori
Tipologia delle Prestazioni	Servizi sul territorio

<b>Denominazione</b>	Dispersione scolastica
<b>Bisogno rilevato (valore attuale)</b>	Il fenomeno della dispersione scolastica, dell'abbandono, è in aumento sia con riferimento ai dati regionali e provinciali che a quelli del distretto sanitario di Sorgono. Non si hanno dati numerici ma segnali importanti sull'andamento del fenomeno. La crisi dell'istituzione scolastica nell'assolvimento della funzione educativa e formativa va letta simmetricamente alla crisi della famiglia e, pertanto, il bisogno non è relativo solo al minore che abbandona ma all'intero sistema di offerta di servizi formativi.
<b>Destinatari</b>	Minori, adolescenti, giovani – famiglie.
<b>Obiettivo (valore atteso)</b>	Ridurre il numero dei casi di abbandono scolastico.
<b>Strategie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percorsi di formazione, sostegno e supporto in favore di insegnanti e genitori volti all'elaborazione di strategie adeguate per contenere il fenomeno dell'abbandono scolastico e promuovere l'innalzamento della qualità del percorso formativo;</li> <li>- Favorire una rete di comunicazione più intensa tra scuola famiglie e servizi sociali territoriali;</li> <li>- Azioni forti di promozione della cultura della legalità e del rispetto delle regole di civile convivenza;</li> </ul>
<b>Azioni/attività</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programmazione di seminari che coinvolgano i genitori, gli insegnanti e gli operatori dei servizi territoriali a vario titolo chiamati in causa;</li> <li>- Attività di formazione atte a trasferire le competenze necessarie per una lettura più puntuale del bisogno e delle difficoltà dei ragazzi al fine di prevenire il fenomeno della dispersione e stimolare l'interesse nei confronti delle istituzioni formative;</li> <li>- Attivazione di punti di ascolto all'interno della scuola, garantendo la riservatezza del problema manifestato.</li> </ul>
<b>Tempi</b>	Triennale

Risorse sociali	
<b>Operatori Pubblici</b>	Operatori sociali dei Comuni, del consultorio familiare, docenti delle scuole.
<b>Privato sociale</b>	Cooperative sociali.
<b>Volontari</b>	Associazioni di volontariato .
<b>Servizio civile</b>	

Azioni di miglioramento	
<b>Azioni di miglioramento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adeguate forme di pubblicità del servizio che si vuole offrire e azioni finalizzate alla promozione della partecipazione della famiglia</li> </ul>
<b>Problemi di criticità</b>	
<b>Progetti Correlati</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Servizio Educativo Territoriale, POR misura 3.6 Diteco – Legge 285/97</li> </ul>

Valutazione
-------------

<b>Risultati attesi</b>	- riduzione dei casi di dispersione scolastica in particolare degli studenti delle scuole medie superiori
-------------------------	---

## Asili nido e micronidi

Area di intervento	Sociale
Target	Minori
Tipologia delle Prestazioni	Servizi sul territorio

<b>Denominazione</b>	Asili nido e micro-nido
<b>Bisogno rilevato (valore attuale)</b>	<p>Cambiano gli stili di vita, cresce la libertà, ma non mutano i valori di sempre famiglia, figli, lavoro restano le principali fonti di serenità e di benessere psico fisico per le donne di ogni età e generazione, quando i diversi impegni richiesti riescono a conciliarsi con i ritmi frenetici della quotidianità. Spesso però la mancanza o la carenza di servizi atti ad alleggerire la responsabilità e gli impegni portano i genitori a dovere fare delle rinunce o dovere ricorrere a sacrifici per far conciliare il ruoli familiari con quelli del lavoro. La necessità di garantire pari opportunità e di conciliare i tempi di vita con i tempi di lavoro, facendosi carico del bisogno delle donne/madri che a causa del carico familiare non trovano una collocazione nel mondo del lavoro.</p> <p>Il bisogno è quello di sostenere la famiglia in generale e in particolar modo le famiglie in difficoltà. In linea con le nuove disposizioni regionali si prevede l'apertura di micronidi aziendali e nidi a gestione familiare.</p>
<b>Destinatari</b>	Minori da 0 a 3 anni –
<b>Obiettivo</b>	<p>Il nido e il micro-nido d'infanzia accolgono le bambine e i bambini aventi un'età compresa tra i tre mesi e i tre anni, dando priorità all'ammissione di bambini disabili o in situazione di svantaggio socio-culturale.</p> <p>Il servizio assicura l'educazione, la cura e la socializzazione dei bambini avendo come finalità principali il loro benessere psico-fisico e lo sviluppo delle loro potenzialità cognitive, affettive e sociali.</p> <p>Grande attenzione viene posta al rapporto con la famiglia con l'obiettivo di condividere le responsabilità educative e nella consapevolezza di poter costituire un supporto formativo per i genitori</p>
<b>Strategie</b>	
<b>Azioni/attività</b>	<p>Si prevede l'apertura del servizio per una durata non inferiore alle 46 settimane, con il periodo di chiusura più lungo concentrato prevalentemente tra luglio ed agosto.</p> <p>L'attività del servizio si svolge per cinque giorni alla settimana, dal lunedì al venerdì.</p> <p>L'unità organizzativa del nido d'infanzia è la sezione, definita in base all'età dei bambini: i gruppi dei piccoli sono formati da bambini di età tra i 3 e i 18 mesi e sono costituiti indicativamente da 5 o 6 bambini;</p> <p>I gruppi dei medi e dei grandi sono formati da bambini di età superiore ai 18 mesi e sono costituiti indicativamente da 8 o 9 bambini.</p> <p>Ogni gruppo ha un educatore di riferimento che instaura con i bambini un rapporto significativo e individualizzato, potendo in tal modo soddisfare i loro bisogni di cura e proponendo un ambiente ed esperienze di gioco adatte ai loro interessi e ai loro potenziali di sviluppo.</p> <p>Accanto alle figure di riferimento operano nel nido altri educatori che si occupano principalmente delle attività pomeridiane. Insieme agli addetti alle funzioni ausiliarie e alla cucina essi costituiscono il gruppo degli operatori del nido d'infanzia, il quale ha la funzione di elaborare il progetto educativo del servizio e di definire le linee organizzative dello stesso.</p> <p>Nella maggior parte dei casi il servizio viene offerto alle famiglie residenti in comuni limitrofi al comune sede di nido o micro-nido d'infanzia. I criteri di accesso al servizio e i regolamenti dovranno essere uniformi in tutto il territorio di riferimento.</p>

<b>Tempi</b>	L'attivazione del servizio in oggetto sarà successiva alla fase necessaria per la determinazione del fabbisogno.
--------------	--

<b>Risorse sociali</b>	
<b>Operatori Pubblici</b>	Comuni che gestiscono i nidi e micro-nidi d'infanzia in forma diretta o attraverso l'affidamento a cooperative, enti e associazioni
<b>Privato sociale</b>	
<b>Volontari</b>	
<b>Servizio civile</b>	

## LE POLITICHE GIOVANILI

Il termine “politiche giovanili” comprende l’insieme delle azioni e degli interventi progettati *con e per* i giovani: si pensi quindi ad una molteplicità di azioni mirate ad una precisa fascia di popolazione, diversificate per finalità e settori di intervento quali il lavoro, la salute, la cultura, l’istruzione, la formazione professionale, l’informazione, la casa, la mobilità, i fenomeni di devianza, ecc.

In Italia ogni ambito è oggetto di specifici interventi pubblici in cui l’attenzione per la dimensione giovanile convive con problematiche di carattere più generale che coinvolgono l’intera popolazione.

Titolari di questi interventi sono, a seconda della situazione, attori pubblici - di livello nazionale (Governo e Ministeri) e locale (Regioni, Province e Comuni) - insieme a soggetti di natura privata e non-profit (Associazioni, Cooperative giovanili, organizzazioni non governative, Fondazioni, ecc.).

La delega per le politiche giovanili è attualmente attribuita al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, anche se, altre competenze in materia di giovanj, sono diffuse tra diversi Ministeri (es. quello della pubblica istruzione, dell’università e della ricerca scientifica e tecnologica, degli affari esteri, dell’Interno).

Il più importante riferimento giuridico in materia è costituito dalla Carta Costituzionale, che all’articolo 31 (II comma) recita: "La Repubblica protegge la maternità, l’infanzia, la gioventù".

Nonostante l’autorevolezza del principio costituzionale, il nostro paese vive in materia di infanzia e giovani una situazione di arretratezza rispetto ad altri Paesi europei. Non si è, infatti, sviluppata tra i diversi attori (pubblici e privati) la capacità di creare sinergie atte a promuovere le necessarie interconnessioni tra i diversi settori interessati: istruzione, educazione, formazione e politiche del lavoro.

E’ venuta, pertanto, a mancare la possibilità per i giovani di avere, rispetto ai diversi percorsi formativi e di studio effettuati, un riscontro nel mondo del lavoro che, d’altro canto, si è evoluto secondo logiche privatistiche e di libero mercato senza valorizzare ed investire nei settori della ricerca e della formazione.

Agli inizi degli anni 90, il governo italiano ha varato due leggi (il T.U. 309/90 e la legge 216/91) che, nonostante i limiti riscontrati in sede di attuazione, hanno avuto il pregio di focalizzare l’attenzione sul mondo giovanile.

Entrambe queste leggi, pur riguardando investimenti reali da destinare in favore dell'infanzia e dell'adolescenza, con riferimento al nostro territorio, si sono tradotte operativamente in interventi di tipo riparativo a discapito di strategie fondate sulla prevenzione.

Questo quadro era però insostenibile, in quanto le istituzioni non potevano vivere grazie a leggi di emergenza e a denaro stanziato per la marginalità e l'esclusione: il rischio e, nel contempo, il limite della *razio* che sottendeva ai dispositivi normativi sopra richiamati, era quello di considerare la realtà del mondo giovanile come un problema e mai come una risorsa.

Un passo avanti è stato fatto con l'approvazione della Legge n° 285/97 "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza" che istituisce un Fondo nazionale per stimolare interventi a livello nazionale, regionale e locale, favorire la promozione dei diritti, la qualità della vita, la realizzazione individuale e la socializzazione dell'infanzia e dell'adolescenza, privilegiando l'ambiente più naturale per i bambini: la famiglia biologica o, in alternativa, quella adottiva o affidataria.

Alle logiche di separatezza caratterizzanti i precedenti interventi, la nuova legge, contrapponeva il lavoro di rete e la progettazione comune, costringendo gli Enti destinatari ad adottare una modalità di lavoro diversa, finalizzata alla creazione della rete sociale territoriale.

L'esperienza del progetto "La Soglia", scaturito dall'Accordo di Programma stipulato tra la Provincia di Nuoro, Il Provveditorato agli Studi di Nuoro, l'Azienda USL n. 3 e i Comuni del Distretto di Sorgono, ha fatto emergere forti criticità inerenti, in principal modo, l'incapacità manifestata dai partners di mettere in rete le competenze necessarie per il perseguimento di obiettivi comuni.

La criticità evidenziata deriva principalmente dalla scarsa propensione a gestire fenomeni complessi che richiedono maggiore integrazione e l'acquisizione di linguaggi comuni.

La presa d'atto di quello che è stato il processo di sperimentazione della 285/97 nel triennio 1999/2001, conduce ad ipotizzare, per il triennio 2004/2006, ancora da programmare, una diversa strategia d'azione che, partendo da un approccio unitario dei fenomeni in causa, costruisca la rete formale ed informale di scambio e di lavoro comune, al fine di consentire la circolazione dell'informazione tout court, la partecipazione attiva e consapevole dei destinatari/protagonisti alla costruzione e realizzazione delle politiche giovanili.

Con apposita proposta progettuale si procederà alla destinazione delle risorse afferenti il fondo sociale nazionale per le politiche giovanili, Legge 285/97, stanziate a valere sulle annualità 2004, per un importo pari a €116.029,00. Le azioni e gli interventi ipotizzati saranno coerenti con la strategia progettuale e operativa definita all'interno del PLUS.



Parimenti, con riferimento alle politiche di contrasto al fenomeno sulla dispersione scolastica che nel nostro territorio assume una dimensione rilevante, si procederà all'attuazione delle azioni contenute nel progetto "DI.TE.LO", finanziato con i fondi di cui alla misura P.O.R. 3.6, per un importo pari a €130.050,00.

Il progetto vede la partecipazione di tutti i comuni del Distretto, delle istituzioni scolastiche ed è coordinato dalla Comunità Montana n. 12.

Al fine di realizzare gli obiettivi trasversali di cui si è detto in premessa, la direttrice comune a tutte le azioni sarà quella del coordinamento e della complementarietà delle competenze, delle conoscenze e delle informazioni già esistenti in capo agli operatori del Centro dell'Impiego, del CESILAV, dell'Informagiovani, del SIL, dell'Agenzia Sviluppo Italia, del Servizio Educativo Territoriale, del Progetto Tutela Salute Mentale e Dipendenze, delle Amministrazioni Scolastiche e dell'Università – Sede staccata di Sorgono, dell'Azienda USL, del terzo settore e del volontariato.

Doverosa appare, inoltre, l'assunzione di responsabilità da parte dei partners della rete sul tema della prevenzione e del reinserimento sociale dei giovani che abusano di sostanze (droga, alcool, farmaci).

La presa in carico di persone con problemi di dipendenza richiede percorsi condivisi, che comprendono certamente trattamenti sanitari, a volte estremamente specialistici, ma anche un importante coinvolgimento della componente sociale.

Negli ultimi anni si è riscontrato che, con particolare riferimento ai fenomeni dell'alcooldipendenza e delle droghe leggere, diffuso su tutto il territorio distrettuale, si è verificato un allargamento dell'area del disagio soprattutto nelle fasce dei soggetti più giovani.

Tale vasta popolazione di consumatori di sostanze di fatto non accede ai Servizi in quanto non in grado di percepirsi bisognosa di una qualche forma di aiuto.

Da tale quadro emerge l'opportunità di orientare gli interventi dell'Area Dipendenze Patologiche tanto sul versante del sostegno a percorsi di reinserimento sociale e lavorativo di individui con problematiche di alcool e tossicodipendenza, utenti "storici" dei Servizi, quanto sul versante della prevenzione primaria, tramite interventi nei luoghi di aggregazione, nella scuola e attraverso punti di ascolto specificatamente dedicati ad intercettare forme di disagio nella fase iniziale e precoce della loro espressività.

In ultimo, non bisogna tralasciare il valido apporto del Servizio Civile Nazionale, che oltre a costituire un importante momento di crescita e responsabilizzazione dei giovani nei confronti della comunità di riferimento, rappresenta un'importante risorsa per la rete dei servizi ai cittadini.

Le esperienze maturate nel territorio (AVOS Tonara, AVS Meana Sardo, Croce Verde Austis, CIF Sorgono) evidenziano tali benefici stimolando gli attori della rete ad ampliare le possibilità di utilizzo dello stesso in diversi settori.

Rispetto alla programmazione futura è nostro intendimento utilizzare come *modus operandi* corrente, quello di concepire le azioni rivolte ai giovani come unitarie, costruendo quella rete a cui fare costante riferimento, privilegiando le azioni di promozione e prevenzione piuttosto che quelle riparative, valorizzando la famiglia e la comunità quali sistemi di relazione e di vita significativi, promuovendo la creatività e la progettualità dei giovani, creando momenti di incontro/confronto e di socializzazione.

Sarà compito della rete attivare le sinergie necessarie affinché tutte le opportunità finanziarie e normative offerte dalla comunità europea, dallo stato, dalla regione, nonché della rete locale medesima, vengano recepite al fine di garantire la prosecuzione dei servizi esistenti, lo sviluppo di nuovi e l'attuazione di quelli programmati.

L'ambito normativo entro cui le azioni del PLUS si muoveranno è il seguente:

a livello europeo

- **Il Libro Bianco** che rappresenta la base per una nuova progettazione in campo giovanile. L'elaborazione del Libro Bianco ha visto protagonisti ragazzi di tutta Europa, coinvolti in un percorso di ricerca di criteri per il lavoro con i giovani.
- **La Carta di partecipazione dei giovani alla vita municipale e regionale** (21 maggio 2003) questo testo è la riedizione del documento originale pubblicato nel 1990 dal Consiglio d'Europa
- **La Carta Europea dell'informazione** (Bratislava 19 novembre 2004)

a livello nazionale e regionale

- **L. 441/1998 - Diffusione e valorizzazione dell'imprenditoria giovanile in agricoltura**
- **Legge Regionale della Sardegna n. 11/99 "Iniziative e coordinamento delle attività a favore dei giovani".**
- **Legge 17 marzo 1999, n. 144, art. 68 "Obbligo di frequenza di attività formative";**
- **Regolamento di attuazione dell'articolo 68 della legge 17 maggio 1999, n. 144, concernente l'obbligo di frequenza di attività formative fino al diciottesimo anno di età;**

- **Legge Regionale della Sardegna n. 1/2002 - Imprenditoria giovanile: provvedimenti urgenti per favorire l'occupazione;**
- **D. Lgs. N. 77/2002 – Disciplina del servizio civile nazionale**
- **L.R. 20/2005 – Norme in materia di promozione dell'occupazione, sicurezza e qualità del lavoro. Abrogazione della L.R. 9/2003.**
- **L.R. n. 13/2003 “interventi in favore dei giovani”**
- **Deliberazione della Giunta Regionale - Sardegna n. 42/10 del 04.10.2006 “Linee di indirizzo per l'avvio del programma sperimentale di inclusione sociale. L.R. maggio 2006, n. 4, art. 17”.**

<b>Allegato "A" allo schema di PLUS</b>	
<b>Area d'intervento</b>	<b>SOCIALE</b>
<b>Target</b>	<b>GIOVANI</b>
<b>Tipologia degli interventi</b>	<b>SERVIZI TERRITORIALI</b>
<b>DENOMINAZIONE DEL SERVIZIO:</b>	<b>CESILAV - CENTRO SERVIZI PER L'INSERIMENTO E IL REINSERIMENTO LAVORATIVO DEI SOGGETTI SVANTAGGIATI</b>
<b>OBIETTIVI STRATEGICI</b>	<p><b>Obiettivi strategici</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perseguire l'integrazione della rete territoriale dei servizi e interventi attraverso l'attuazione del PLUS, con un sistema continuo di monitoraggio e ripianificazione che garantisca la rispondenza ai bisogni espressi dalla popolazione secondo criteri di efficacia ed efficienza;</li> <li>▪ Potenziare la rete interistituzionale dei soggetti pubblici e privati coinvolti nelle attività dell'area;</li> <li>▪ Garantire pari opportunità di accesso e uniformità di trattamento, nonché eguali criteri per la determinazione della partecipazione del cittadino al costo del servizio.</li> <li>▪ Garantire l'accesso dei cittadini all'informazione, nello specifico, a quella legate alle politiche attive sul lavoro .</li> </ul>
<b>TARGET</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tutti coloro che abbiano difficoltà ad entrare nel mercato del lavoro;</li> <li>▪ Giovani che non hanno ancora ottenuto il primo impiego;</li> <li>▪ I disoccupati;</li> <li>▪ Disabili, invalidi parziali/totali;</li> <li>▪ Immigrati;</li> <li>▪ Emigrati di ritorno;</li> <li>▪ Detenuti ed ex detenuti;</li> <li>▪ Donne che intendono inserirsi nel mondo del lavoro;</li> <li>▪ Chiunque abbia interesse ad intraprendere o riprendere un'attività lavorativa;</li> <li>▪ Chiunque intenda inserirsi nel mondo del lavoro;</li> <li>▪ Realtà economiche operanti nel territorio;</li> <li>▪ Istituzioni ed Enti Pubblici.</li> </ul>

<p><b>OBIETTIVI SPECIFICI</b></p>	<p><b>Scopi del servizio/intervento:</b></p> <p>I Centri di inserimento lavorativo dei soggetti svantaggiati, finanziati con i fondi europei afferenti alla misura 3.4 del P.O.R Sardegna 2000-2006, hanno come obiettivo quello di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ incentivare il tasso di attività lavorativa;</li> <li>▪ diffondere la cultura dell'inclusione sociale dei soggetti svantaggiati;</li> <li>▪ migliorare le capacità di inserimento professionale;</li> <li>▪ rafforzare i canali di incontro tra domanda e offerta di lavoro in un contesto di consulenza alle persone e alle imprese;</li> <li>▪ gestire tutte le fasi previste dalla normativa vigente (accoglienza, informazione, orientamento, incontro tra domanda e offerta) finalizzata allo sviluppo di politiche attive di intervento.</li> </ul>
<p><b>DEFINIZIONE DELLE ATTIVITA'</b></p>	<p><b>Attività previste e processo di erogazione</b></p> <p><b><u>Attività di “Accoglienza”</u></b></p> <p>La capacità degli operatori del CESILAV di accogliere e orientare il cittadino nella fase di primo approccio al servizio è determinante per l'instaurazione di un positivo processo di interscambio e di aiuto.</p> <p>In questa fase, gestita prevalentemente dagli operatori di sportello (direttamente, per via telefonica o tramite posta elettronica), vengono fornite ai cittadini informazioni sul funzionamento e sulle caratteristiche dei servizi offerti e sulle modalità da seguire per accedervi.</p> <p>In questo contesto vengono, inoltre, offerti percorsi strutturati di autoconoscenza e autoconsultazione mediante la messa a disposizione di materiale informativo (sul mercato del lavoro e della formazione, testi per la corretta stesura di un curriculum o per affrontare in maniera adeguata un colloquio di lavoro, la raccolta delle Gazzette Ufficiali, gli indirizzari delle aziende presenti sul territorio e le raccolte di periodici locali e nazionali che trattano di mercato del lavoro etc...) ed informatico (accesso ad internet per la consultazione delle fonti informative sul mercato del lavoro, di banche dati e siti utili).</p>

### **Orientamento e Consulenza**

Il servizio di orientamento e consulenza sarà in grado di:

**Fornire un servizio di orientamento di base** rivolto a giovani che hanno appena conseguito un titolo di studio e che si affacciano per la prima volta nel mondo del lavoro. La consulenza è mirata a comprendere quelli che potrebbero essere i futuri sbocchi occupazionali offerti dal loro titolo, le caratteristiche e le attitudini richieste per le diverse tipologie di lavoro, l'eventuale necessità di un ulteriore processo di formazione.

**Valutare le attitudini** e le ambizioni e, sulla base di queste informazioni, tracciare un possibile percorso lavorativo.

**Costruire e aggiornare archivi e database**

Il servizio di incontro domanda-offerta fornito dal Cesilav si basa fondamentalmente sull'utilizzo di banche dati che verranno costantemente aggiornate dal personale operante al fine di garantire un servizio sempre efficiente.

**Organizzare corsi brevi sulle tecniche di ricerca attiva del lavoro**

Uno dei compiti principali dell'equipe è quello di farsi promotori di brevi corsi mirati ad abilitare gli utenti alla ricerca attiva ed efficiente di un lavoro.

Tali corsi insegnano ad esempio a sostenere un colloquio di selezione, rispondere correttamente ad un annuncio e compilare un Curriculum Vitae efficace.

**Organizzare seminari**

Si tratta di un servizio offerto sia ai cittadini in cerca di occupazione sia alle imprese. I relatori dei seminari, esperti del mondo del lavoro, della formazione professionale e dell'imprenditoria, vengono scelti per facilitare gli utenti nell'acquisizione di nuove competenze e informazioni

**Fornire una consulenza mirata e l'accompagnamento degli utenti**

Si tratta di un servizio che le figure specialistiche presenti in seno al team di lavoro, offrono, su appuntamento, ai singoli utenti. Durante l'incontro il cittadino espone le proprie necessità e le criticità riscontrate nel rapporto col mercato del lavoro. L'operatore lo indirizza nella ricerca di informazioni e offerte e nell'individuazione di un progetto professionale.

Il servizio rappresenta idealmente la fase conclusiva di un percorso svolto dall'utente all'interno del Centro che lo ha portato a passare attraverso colloqui di gruppo ed eventuali corsi.

Si tratta in sostanza di sondare ulteriormente le motivazioni dell'utente a proporsi in modo attivo nel mercato del lavoro.

**Promuovere l'autoimpiego**

Questo particolare servizio è dedicato a quegli utenti che intendono avviare attività economiche "in proprio". A questi cittadini il Centro fornisce informazioni di base sul mercato nel quale intendono inserirsi e sulle leggi di finanziamento delle nuove imprese.

Gli operatori possono inoltre indirizzare l'utente verso strutture capaci di fornire maggiori informazioni (es. Sviluppo Italia) e si fanno promotori di corsi brevi mirati alla formazione in materia di autoimpiego. Il servizio offerto consente all'utente di essere guidato ed indirizzato nelle fasi più critiche dell'avvio di attività di tipo autonomo.

## DEFINIZIONE DELLE ATTIVITA'

### **Rafforzare i canali di incontro tra domanda e offerta:**

Questa fase operativa è interamente dedicata al potenziamento di tutti i canali resi disponibili dalla rete per favorire l'incontro tra coloro che cercano un'occupazione e le realtà economiche del territorio in cerca di personale

Attività finalizzate al perseguimento del suddetto obiettivo:

- **Diffondere le richieste e offerte di lavoro**
- All'interno del CESILAV le aziende e i cittadini possono rendere pubbliche le proprie offerte/richieste di lavoro in spazi appositamente attrezzati. Le offerte/richieste vengono opportunamente ordinate in modo da renderne semplice la consultazione da parte dei diversi utenti. Gli operatori del centro, oltre ad occuparsi dell'aggiornamento continuo di dati, saranno in grado di fornire, su richiesta, maggiori delucidazioni sul materiale a disposizione.
- **Effettuare ricerche per le imprese**
- Il CESILAV è dotato di una banca dati che raccoglie informazioni sui cittadini in cerca di un lavoro. L'impresa alla ricerca di personale può chiedere un primo elenco di candidati il cui profilo sia idoneo alla figura ricercata, in un secondo momento l'impresa potrà scegliere se procedere alla selezione in autonomia o chiedere al Centro di poter utilizzare i suoi spazi per i colloqui, eventualmente con il supporto di un esperto in selezione del personale.
- **Effettuare ricerche per i lavoratori**  
Anche in questo caso il supporto utilizzato dal CESILAV consiste in una banca dati che contiene informazioni sulle figure professionali ricercate dalle imprese. Oltre alle offerte di lavoro direttamente presentate al CESILAV dalle imprese, vengono raccolte offerte di lavoro provenienti dai più svariati canali (internet, annunci sui periodici locali e nazionali, etc.). Il lavoratore può richiedere che venga fatta una ricerca sulla base delle sue aspettative e conoscenze; nel caso in cui l'esito fosse negativo l'operatore fisserà, a distanza di qualche giorno, un ulteriore incontro in modo da poter effettuare la ricerca in maniera più approfondita.
- **Stipulare protocolli di intesa** con gli Enti Istituzionali e gli operatori privati per l'avvio di borse lavoro e/o tirocini formativi;
- **Tutoraggio per la realizzazione dei Piani di Inserimento Professionale**

<p><b>DEFINIZIONE STRUTTURA ORGANIZZATIVA</b></p>	<p><b>Rete di collaborazione fra servizi pubblici e del privato sociale, i soggetti coinvolti, le modalità di coinvolgimento e di partecipazione:</b></p> <p>La rete è costituita:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comuni di: <b>Aritzo, Austis, Atzara, Belvì, Meana Sardo, Desulo, Gadoni, Ortueri, Sorgono, Teti, Tiana e Tonara;</b></li> <li>▪ Centri per l’Impiego della Provincia di Nuoro;</li> <li>▪ SIL della Regione Sardegna;</li> <li>▪ Realtà economiche del territorio;</li> <li>▪ Azienda USL n. 3</li> <li>▪ Amministrazioni Scolastiche del Territorio;</li> <li>▪ L’Università – Sorgono;</li> </ul> <p>Soggetto gestore – capofila: Comune di Atzara.</p>
<p><b>RISORSE</b></p>	<p><b><u>Risorse umane:</u></b></p> <p><b>n. 1 Coordinatore</b></p> <p><b>n. 1 Psicologa del Lavoro</b></p> <p><b>n. 1 Esperto in Mercato del Lavoro e consulenza aziendale</b></p> <p><b>n. 1 esperto in informatica</b></p> <p><b>n. 3 Operatori si sportello</b></p> <p><b><u>Risorse finanziarie:</u></b></p> <p><b>Il Progetto è finanziato con i fondi del POR Sardegna 2000-2006, Misura 3.4 per un importo pari a €128.962,24.</b></p> <p><b><u>Risorse necessarie in termini di strutture e attrezzature:</u></b></p> <p>Le risorse e le strutture utilizzate sono in parte già esistenti e in parte di nuova acquisizione</p> <p>Le risorse disponibili per l’acquisizione di nuova strumentazione ammontano a complessivi <b>€3.905,22.</b></p>



**SPESA**

Costi progetto per singola voce:

Risorse umane:	€64.127,40
Spese gestione personale 1%	€929,62
Rimborso viaggi operatori	€2.000,00
Cancelleria	€1.000,00
Seminari, incontri altro	€6.000,00
Collegamenti telematici	€3.000,00
Spese di gestione del servizio (telefono)	€4.000,00
Spese postali	€3.000,00
Tirocini, borse lavoro	€5.000,00
Strumentazioni	€3.905,22
<b>TOTALE SPESA</b>	<b>€92.962,24</b>

Somme da programmare, in quanto non ancora trasferite  
dall'Assessorato Regionale competente €36.000,00.

TEMPI	<p>Stima dei tempi di attuazione dell'azione:</p> <p><b>La seconda annualità del progetto, avviata nel mese di Agosto 2006, proseguirà fino alla concorrenza delle somme disponibili, presumibilmente entro un anno dall'avvio.</b></p>
<p><b>SISTEMA CONTROLLO/MONITORAGGIO</b></p>	<p>SISTEMA CONTROLLO/MONITORAGGIO TEMPI</p> <p><b>Il monitoraggio sarà basato su un sistema di controllo dei tempi e della qualità sei servizi erogati.</b></p> <p>TEMPI EROGAZIONE SERVIZIO</p> <p>Il monitoraggio, basato su un sistema di verifiche, controllo e valutazione del processo di integrazione degli interventi, prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Verifiche in itinere ed ex post del livello di integrazione delle singole azioni;</li> <li>– Verifiche in itinere ed ex post del livello di integrazione dei servizi, verifiche periodiche per misurare il grado di soddisfazione del fruitori degli stessi;</li> <li>– Verifiche in itinere ed ex post del grado di coordinamento e integrazione della rete.</li> </ul> <p>Monitoraggio complessivo dell'intero processo da parte del GtP.</p>
COMUNICAZIONE	<p><b>Attività di comunicazione interna ed esterna:</b></p> <p><b>I:</b> Comunicazione interna: informale, riunioni organizzative e di programmazione mensili, riunioni trimestrali ed annuali per l'analisi e la verifica dei risultati.</p> <p><b>E:</b> Comunicazione esterna: pubblicizzazione dell'azione, informazione alla comunità locale, incontri con i responsabili degli enti pubblici e privati, utilizzo della rete informatica</p> <p><b>Modalità di coinvolgimento dei cittadini e degli utenti e strategie che saranno utilizzate:</b></p>

## CONTROLLI E VALUTAZIONE

Valutazione dell'azione:

Il controllo, la verifica e la valutazione del servizio si realizza su tre livelli :

- Il monitoraggio e controllo esercitato dal Comune capofila;
- Verifica periodica e valutazione finale da parte dei Comuni firmatari del protocollo d'Intesa per la gestione in forma associata del Servizio CESILAV
- Verifica e Valutazione da parte degli attori della rete, firmatari dell'Accordo di Programma per la gestione in forma associata del sistema dei servizi ricompresi nel PLUS.

**Tutto il monitoraggio sarà basato su un sistema di verifiche,**

**controllo e valutazione del processo di integrazione degli interventi e prevede:**

- l'utilizzo di indicatori e strumenti adeguati ;
- verifiche periodiche per misurare il grado di soddisfazione dei fruitori del servizio;
- Valutazione integrata dell'azione in itinere ed ex post, effettuata dai tecnici dei Comuni coinvolti;
- Monitoraggio di questa specifica azione da parte dei soggetti attuatori del PLUS.

**Il controllo, la verifica e la valutazione del livello di integrazione si**

**realizza su due piani:**

- Grado di integrazione del Servizio CESILAV con gli altri servizi della rete territoriale;
- Grado di integrazione del Servizio CESILAV con i servizi operanti nell'ambito delle politiche attive del lavoro (gli altri cesil regionali, il SIL, i Centri per l'Impiego etc...)

Soggetti e Professionalità coinvolte nella valutazione:

**Professionalità coinvolte:**

- Equipe CESILAV;
- Servizio Sociale Professionale dei Comuni;
- Professionalità del privato sociale del privato sociale

[D.P.R. 1026/1976](#) - **Tutela delle lavoratrici madri**

[Legge 407/1990](#) - **Disposizioni diverse (tra cui l'assunzione agevolata di cassintegrati e disoccupati di lungo periodo)**

[Legge 381/1991](#) - **Disciplina delle cooperative sociali**

[Legge 223/1991](#) - **Norme in materia di cassa integrazione, mobilità, trattamenti di disoccupazione, attuazione di direttive della Comunità Europea, avviamento al lavoro ed altre disposizioni in materia di mercato del lavoro**

[Legge 104/1992](#) - **"Legge - quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate"**

[Legge 488/1992](#) - **Disciplina organica dell'intervento straordinario nel Mezzogiorno**

[Legge 215/1992](#) - **Azioni positive per l'imprenditoria femminile**

[Legge 236/1993](#) - **Imprenditorialità giovanile**

[Legge Regionale 16/1997](#) - **Norme per la promozione e lo sviluppo della cooperazione sociale**

[Legge 196/1997](#) - **Norme in materia di promozione dell'occupazione**

[Decreto 142/1998](#) - **“Regolamento recante norme di attuazione dei principi e dei criteri di cui all'articolo 18 della legge 24 giugno 1997, n. 196, sui tirocini formativi e di orientamento**

[Legge Regionale 37/1998](#) - **Norme concernenti interventi finalizzati all'occupazione e allo sviluppo del sistema produttivo regionale**

[Legge 68/1999](#) - **“Norme per il diritto al lavoro dei disabili”**

[Legge 45/1999](#) - **“Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze”**

[Legge 17 marzo 1999, n. 144, art. 68](#) **“Obbligo di frequenza di attività formative”**

[Decreto PDR n. 257/2000](#) - **Regolamento di attuazione dell'articolo 68 della legge 17 maggio 1999, n. 144, concernente l'obbligo di frequenza di attività formative fino al diciottesimo anno di età**

## **NORMATIVA DI RIFERIMENTO**

[Legge 30/2003](#) - **Delega al Governo in materia di occupazione e mercato del lavoro**

[Decreto Legislativo 276/2003](#) - **Attuazione delle deleghe in materia di occupazione e mercato del lavoro, di cui alla legge 14 febbraio 2003, n. 30**

[Legge Regionale 9/2003](#) - **Lavoro e servizi all'impiego**

[Accordo quadro 19 giugno 2003](#) tra il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano

[Legge 28 marzo 2003 n. 53](#) - "Riforma Moratti"

[Decreto legislativo n. 59 del 19 febbraio 2004](#) "Definizione delle norme generali relative alla scuola dell'infanzia e al primo ciclo dell'istruzione, a norma dell'articolo 1 della legge 28 marzo 2003, n. 53"

[Conferenza Stato Regioni 15 gennaio 2004](#) sulla definizione degli standard definitivi

[Protocollo d'intesa del 20/02/2002](#) tra Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e Inail

[Legge Regionale 5 dicembre 2005, n. 20](#) - "Norme in materia di promozione dell'occupazione, sicurezza e qualità del lavoro. Disciplina dei servizi e delle politiche per il lavoro. Abrogazione della legge regionale 14 luglio 200, n. 9"

**P.I.P.** - Piani di Inserimento Professionale

<b>Allegato "A" allo schema di PLUS</b>	
<b>Area d'intervento</b>	<b>SOCIALE</b>
<b>Target</b>	<b>GIOVANI</b>
<b>Tipologia degli interventi</b>	<b>SERVIZI TERRITORIALI</b>
<b>Denominazione del PROGETTO:</b>	<b>DI.TE.LO: LOTTA ALLA DISPERSIONE SCOLASTICA TERRITORIALE – 2^ ANNUALITA'</b>
<b>OBIETTIVI STRATEGICI</b>	<p><b>Obiettivi strategici</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perseguire l'integrazione della rete territoriale dei servizi e degli interventi attraverso l'attuazione del PLUS, con un sistema continuo di monitoraggio e ripianificazione che garantisca la rispondenza ai bisogni espressi dalla popolazione secondo criteri di efficacia ed efficienza;</li> <li>▪ Potenziare la rete interistituzionale dei soggetti pubblici e privati coinvolti nelle attività di area;</li> <li>▪ Garantire pari opportunità di accesso e uniformità di trattamento, nonché eguali criteri per la determinazione della partecipazione del cittadino al costo del servizio.</li> <li>▪ Garantire l'accesso dei cittadini all'informazione, nello specifico, a quella inerente la formazione, l'educazione e l'inclusione sociale.</li> </ul>
<b>OBIETTIVI SPECIFICI</b>	<p><b>Scopi del servizio/intervento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contribuire a migliorare gli esiti scolastici degli alunni del territorio;</li> <li>▪ Contrastare e ridurre l'abbandono scolastico e formativo, l'interruzione dei percorsi di studio;</li> <li>▪ Indurre nuove occasioni di sviluppo, migliorando la qualità delle risorse umane;</li> <li>▪ Ridurre la marginalità sociale;</li> <li>▪ Sperimentare nuove modalità didattiche e di confronto con la realtà locale;</li> <li>▪ Promuovere una maggiore sinergia tra istituzioni scolastiche, gli Enti locali, la famiglia, l'ASL e i soggetti a diverso titolo interessati.</li> <li>▪ Far conoscere il territorio e le tradizioni per esortare un maggiore rispetto dell'ambiente in cui si vive.</li> </ul>

<b>RISULTATI ATTESI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Accrescere la consapevolezza della necessità di portare a termine, positivamente il percorso scolastico.</li> <li>▪ Favorire la consapevolezza da parte dei ragazzi, delle risorse e potenzialità presenti nel nostro territorio;</li> <li>▪ Definire strategie che consentano ai giovani di affrontare con motivazione positiva il mondo del lavoro;</li> <li>▪ Realizzare occasioni di scambio e confronto con altri territori regionali e nazionali</li> </ul>
<b>DEFINIZIONE DELLE ATTIVITA'</b>	<p><b>Attività previste e processo di erogazione</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Attività di Formazione</b> (iniziale, in itinere e finale) mirate a sostenere l'organizzazione progettuale e rivolte ai docenti e operatori coinvolte nelle iniziative.</li> <li>▪ <b>Attività di animazione culturale</b> rivolta alla popolazione scolastica delle Scuole del territorio e ai drop-out dei 13 comuni ( Laboratori di arti e mestieri).</li> <li>▪ <b>Attivazione di Centri di recupero scolastico</b>, anche di tipo individuale, che agiscono all'interno delle fasce disagiate attraverso percorsi formativi di ralfabetizzazione, potenziamento delle capacità relazionale e comunicative e recupero della motivazione, rivolta alla popolazione scolastica e ai drop-out.</li> <li>▪ <b>Esperienze di incontri con</b> le classi di altre scuole dello stesso ordine e grado di altre realtà territoriali.</li> </ul>
<b>TARGET</b>	<p><b>Le attività sono rivolte a:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ tutti i giovani del territorio;</li> <li>▪ a popolazione scolastica;</li> <li>▪ ai drop-out.</li> </ul>
<b>DEFINIZIONE STRUTTURA ORGANIZZATIVA</b>	<p><b>Rete di collaborazione fra servizi pubblici e del privato sociale e i soggetti coinvolti:</b></p> <p><b>La rete è costituita:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ dalla C.M. n. 12</li> <li>▪ dai Comuni di: Aritzo, Austis, Atzara, Belvì, Meana Sardo, Desulo, Gadoni, Ortueri, Ovodda, Sorgono, Teti, Tiana e Tonara;</li> <li>▪ degli Istituti Comprensivi di scuole materne, elementari e medie di Atzara, Desulo e Tonara;</li> <li>▪ dagli Istituti d'Istruzione Superiore: Liceo Scientifico di Sorgono, Istituto Professionale di Stato per l'Agricoltura di Sorgono, I.T.I. di Tonara, I.T.C. di Aritzo e I.P.S.S.C.T.A. di Desulo.</li> </ul> <p>Soggetto gestore – capofila: <b>Comunità Montana n. 12 “Barbagia Mandrolisai”</b></p>

## **RISORSE**

### **Risorse umane:**

- n. 1 Esperto in comunicazione e dinamiche di gruppo (Psicologo)
- n. 1 Sociologo
- n. 1 Pedagogista;
- Diversi Tutor per i vari laboratori (insegnanti, operatori sociali);
- Operatori culturali;
- Operatori multimediali;
- Esperti in arti e mestieri della tradizione locale.

### **Risorse finanziarie:**

La seconda annualità del Progetto è finanziato con i fondi afferenti al Fondo Sociale Europeo (F.S.E) – POR SARDEGNA 2000-2006, Misura 3.6. “Prevenzione della dispersione scolastica e formativa” per un importo pari a **€116.990,00**, pari al 90% della spesa ammessa.

Il progetto verrà cofinanziato, per complessivi **€13.050,00**, pari al 10% del contributo ammesso, dalla C.M. n. 12.

Risorse necessarie in termini di strutture e attrezzature:

Le strutture e gli spazi verranno messi a disposizione dai Comuni e dalle Scuole.



<b>SPESA</b>	<b>Costi progetto per singola voce:</b>	
	Risorse umane:	
	Spese docenze, coordinamento e operatori	€58.522,50
	Rimborsi viaggi studenti fuori sede per le attività del progetto	€24.276,00
	Altre spese studenti (assicurazione ecc.)	€1.734,00
	Spese gestione e funzionamento	€3.468,00
	Affitto,leasing, manutenzione attrezzature	€8.670,00
	Personale amministrativo, tecnico ed ausiliario	€4.335,00
	Spese generali (telefono, luce, posta etc...)	€3.034,50
	Spese Progettazione, organizzazione e sensibilizzazione	€10.404,00
	Monitoraggi e valutazioni	€4.335,00
	Azioni informative e pubblicitarie	€5.202,00
	Attività di formazione a supporto del progetto	€6.069,00
	<b>TOTALE SPESA</b>	<b>€130.050,00</b>
<b>TEMPI</b>	<b>Stima dei tempi di attuazione dell'azione:</b> La seconda annualità del progetto avrà durata di 12 mesi dalla data di avvio dei lavori.	

<p style="text-align: center;"><b>SISTEMA CONTROLLO/MONITORAGGIO</b></p>	<p><b>SISTEMA CONTROLLO/MONITORAGGIO TEMPI</b></p> <p>Il monitoraggio sarà basato su un sistema di controllo dei tempi e della qualità sei servizi erogati.</p> <p><b>TEMPI EROGAZIONE SERVIZIO</b></p> <p>Il monitoraggio, basato su un sistema di verifiche, controllo e valutazione del processo di integrazione degli interventi, prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Verifiche in itinere ed ex post del livello di integrazione delle singole azioni;</li> <li>– Verifiche in itinere ed ex post del livello di integrazione dei servizi, verifiche periodiche per misurare il grado di soddisfazione dei fruitori degli stessi;</li> <li>– Verifiche in itinere ed ex post del grado di coordinamento e integrazione della rete.</li> </ul> <p>Monitoraggio complessivo dell'intero processo da parte del GtP</p>
<p style="text-align: center;"><b>COMUNICAZIONE</b></p>	<p><b>Attività di comunicazione interna ed esterna:</b></p> <p><b>I: Comunicazione interna:</b> informale, riunioni organizzative e di programmazione mensili, riunioni trimestrali ed annuali per l'analisi e la verifica dei risultati.</p> <p><b>E: Comunicazione esterna:</b> pubblicizzazione dell'azione, informazione alla comunità locale, incontri con i responsabili degli enti pubblici e privati, utilizzo della rete informatica</p> <p>Modalità di coinvolgimento dei cittadini e degli utenti e strategie che saranno utilizzate:</p>

## CONTROLLI E VALUTAZIONE

### **Valutazione dell'azione:**

Il controllo, la verifica e la valutazione del servizio si realizza su tre livelli :

- Il monitoraggio e controllo esercitato dal Comune capofila;
- Verifica periodica e valutazione finale da parte dei Comuni firmatari del protocollo d'Intesa per la gestione in forma associata del servizio;
- Verifica e Valutazione da parte degli attori della rete, firmatari dell'Accordo di Programma per la gestione in forma associata del sistema dei servizi ricompresi nel PLUS.

**Tutto il monitoraggio sarà basato su un sistema di verifiche, controllo e valutazione del processo di integrazione degli interventi e prevede:**

- l'utilizzo di indicatori e strumenti adeguati ;
- verifiche periodiche per misurare il grado di soddisfazione dei fruitori del servizio;
- Valutazione integrata dell'azione in itinere ed ex post, effettuata dai tecnici dei Comuni coinvolti;
- Monitoraggio di questa specifica azione da parte dei soggetti attuatori del PLUS.

**Il controllo, la verifica e la valutazione del livello di integrazione si realizza su due piani:**

- Grado di integrazione delle azioni con gli altri servizi della rete territoriale;
- Grado di integrazione degli interventi con i servizi operanti nell'ambito delle politiche dell'Istruzione.

**Professionalità coinvolte:**

- Equipe Progetto DI.TE.LO;
- Segreteria C.M. n. 12;
- Servizio Sociale Professionale dei Comuni;
- Scuola.

<b>Allegato allo schema di PLUS</b>	
<b>Area d'intervento</b>	<b>SOCIALE</b>
<b>Target</b>	<b>GIOVANI</b>
<b>Tipologia degli interventi</b>	<b>SERVIZI TERRITORIALI</b>
<b>DENOMINAZIONE DEL SERVIZIO:</b>	<b>CENTRO INFORMAGIOVANI</b>
<b>OBIETTIVI STRATEGICI</b>	<p><b>Obiettivi strategici</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perseguire l'integrazione della rete territoriale dei servizi e interventi attraverso l'attuazione del PLUS, con un sistema continuo di monitoraggio e ripianificazione che garantisca la rispondenza ai bisogni espressi dalla popolazione secondo criteri di efficacia ed efficienza;</li> <li>▪ Potenziare la rete interistituzionale dei soggetti pubblici e privati coinvolti nelle attività dell'area;</li> <li>▪ Garantire l'accesso dei cittadini all'informazione, nello specifico, a quelle inerenti le politiche attive sul lavoro, sulla formazione scolastica, universitaria e professionale.</li> </ul>
<b>TARGET</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ giovani di età compresa tra i 14 e i 29 anni con esigenze di supporto per la ricerca di lavoro, orientamento scolastico (post diploma) e universitario;</li> <li>▪ gruppi e/o singoli cittadini che presentano esigenze informative sui temi trattati dall'Informagiovani (lavoro, istruzione, formazione professionale, tempo libero e cultura)</li> <li>▪ agenzie educative del territorio</li> </ul>
<b>OBIETTIVI SPECIFICI</b>	<p><b>Scopi del servizio/intervento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ supporto informativo e di primo orientamento che consenta agli adolescenti e ai giovani di compiere le scelte più opportune e consapevoli rispetto al futuro</li> <li>▪ informazione, documentazione e consulenza su scuola, università, formazione professionale, lavoro e orientamento professionale, imprenditoria giovanile, educazione permanente, mobilità giovanile, diritti e vita sociale, attività culturali e del tempo libero</li> </ul>

DEFINIZIONE DELLE ATTIVITA'  
DEFINIZIONE DELLE ATTIVITA'

**Attività previste e processo di erogazione**

L'attività del Centro si realizza secondo le seguenti direttrici :

▪ **attività di informazione-orientativa sui temi di interesse giovanile**

(Ricerca dei dati e delle informazioni di ambito locale il loro trattamento, organizzazione e aggiornamento. Gestione dei materiali in autoconsultazione da parte dell'utenza e di consultazione sostenuta dal supporto dell'operatore. Accoglienza del pubblico, ascolto ed identificazione delle esigenze informative, predisposizione delle risposte con l'ausilio della banca Dati, della rete Internet e dei materiali cartacei , comunicazione della risposta all'utenza. Attività di orientamento individuale e di gruppo sui temi del lavoro, della scuola e della formazione professionale. Attivazione e mantenimento di un canale di comunicazione continuo ( scambi di informazione, invii di materiale, rimandi agli utenti) con tutti i settori delle Amministrazioni Comunali, Enti, Istituzioni e realtà produttive. Elaborazione e predisposizione di materiali di informazione con vari supporti informatici e cartacei.

▪ **attività di informazione e orientamento** sui temi del lavoro dipendente.

Approfondimento su forme contrattuali, professioni, forme societarie, attività economiche locali, regionali e nazionali, supporto per ricerca di lavoro mediante autocandidatura, predisposizione di curriculum vitae e professionale.

▪ **promozione di percorsi per la diffusione della cultura di impresa e del lavoro autonomo**

Diffondere la cultura d'impresa fra i giovani del territorio di riferimento e fornire adeguate risposte informative e di sostegno di singoli e gruppi che si rivolgono al Centro perché interessati ad avviare una attività di lavoro autonomo e/o imprenditoriale.

▪ **promozione di confronto e sostegno all'iniziativa giovanile**

Promuovere percorsi di coinvolgimento e di partecipazione che interessino le giovani generazioni e favoriscono il protagonismo sociale dei giovani, che creino occasioni per "stare" e "fare insieme" anche attraverso il supporto dell'Associazionismo locale, Volontariato, gruppi informali, agenzie educative.

▪ **promozione di percorsi per la diffusione della cultura di impresa e del lavoro autonomo**

Diffondere la cultura d'impresa fra i giovani del territorio di riferimento e fornire adeguate risposte informative e di sostegno di singoli e gruppi che si rivolgono al Centro perché interessati ad avviare una attività di lavoro autonomo e/o imprenditoriale.

▪ **promozione di confronto e sostegno all'iniziativa giovanile**

Promuovere percorsi di coinvolgimento e di partecipazione che interessino le giovani generazioni e favoriscono il protagonismo sociale dei giovani, che creino occasioni per "stare" e "fare insieme" anche attraverso il supporto dell'Associazionismo locale, Volontariato, gruppi informali, agenzie educative.

<b>DEFINIZIONE STRUTTURA ORGANIZZATIVA</b>	<p><b>Rete di collaborazione fra servizi pubblici e del privato sociale, i soggetti coinvolti, le modalità di coinvolgimento e di partecipazione:</b></p> <p>Il servizio, attualmente attivo presso i Comuni di Desulo, Atzara, Meana Sardo e Tonara, lo si vuole estendere a tutti i Comuni del Territorio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Centri per l’Impiego della Provincia di Nuoro</li> <li>▪ SIL Sardegna</li> <li>▪ Università degli Studi di Cagliari, Sassari, Nuoro e Oristano</li> <li>▪ Istituzioni Scolastiche</li> <li>▪ Centri di Formazione Professionale</li> <li>▪ C.S.A. di Nuoro</li> <li>▪ ERSU</li> <li>▪ Realtà economiche e produttive territoriali ed extra territoriali</li> <li>▪ CESILAV</li> <li>▪ Patronati – C.A.F.</li> </ul>
<b>RISORSE</b>	<p><b>RISORSE UMANE</b></p> <p>n° 1 Operatore documentarista n° 3 Operatori di sportello</p> <p><b>RISORSE FINANZIARIE</b></p> <p>Il Servizio verrà finanziato con fondi ordinari.</p>
<b>TEMPI</b>	<p>Stima dei tempi di attuazione dell'azione:</p> <p><b>12 mesi in via sperimentale</b></p>
<b>SISTEMA CONTROLLO/MONITORAGGIO</b>	<p><b>SISTEMA CONTROLLO/MONITORAGGIO TEMPI</b></p> <p><b>Il monitoraggio sarà basato su un sistema di controllo dei tempi e della qualità dei servizi erogati.</b></p> <p><b>TEMPI EROGAZIONE SERVIZIO</b></p> <p>Il monitoraggio, basato su un sistema di verifiche, controllo e valutazione del processo di integrazione degli interventi, prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Verifiche in itinere ed ex post del livello di integrazione delle singole azioni;</li> <li>– Verifiche in itinere ed ex post del livello di integrazione dei servizi, verifiche periodiche per misurare il grado di soddisfazione dei fruitori degli stessi;</li> <li>– Verifiche in itinere ed ex post del grado di coordinamento e integrazione della rete.</li> </ul> <p>Monitoraggio complessivo dell’intero processo da parte degli attori del GtP.</p>

<p><b>COMUNICAZIONE</b></p>	<p><b>Attività di comunicazione interna ed esterna:</b>  <b>I:</b> Comunicazione interna: informale, riunioni organizzative e di programmazione mensili, riunioni trimestrali ed annuali per l'analisi e la verifica dei risultati.  <b>E:</b> Comunicazione esterna: pubblicizzazione dell'azione, informazione alla comunità locale, incontri con i responsabili degli enti pubblici e privati, utilizzo della rete informatica</p>
<p><b>CONTROLLI E VALUTAZIONE</b></p>	<p>Valutazione dell'azione:</p> <p>Il controllo, la verifica e la valutazione del servizio si realizza su tre livelli :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il monitoraggio e controllo esercitato dal Comune capofila;</li> <li>• Verifica periodica e valutazione finale da parte dei Comuni firmatari del protocollo d'Intesa per la gestione in forma associata del Servizio Informagiovani.</li> <li>• Verifica e Valutazione da parte degli attori della rete, firmatari dell'Accordo di Programma per la gestione in forma associata del sistema dei servizi ricompresi nel PLUS.</li> </ul> <p><b>Tutto il monitoraggio sarà basato su un sistema di verifiche, controllo e valutazione del processo di integrazione degli interventi e prevede:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ l'utilizzo di indicatori e strumenti adeguati ;</li> <li>▪ verifiche periodiche per misurare il grado di soddisfazione dei fruitori del servizio;</li> <li>▪ Valutazione integrata dell'azione in itinere ed ex post, effettuata dai tecnici dei Comuni coinvolti;</li> <li>▪ Monitoraggio di questa specifica azione da parte dei soggetti attuatori del PLUS.</li> </ul> <p><b>Il controllo, la verifica e la valutazione del livello di integrazione si realizza su due piani:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grado di integrazione del Servizio Informagiovani con gli altri servizi della rete territoriale;</li> <li>- Grado di integrazione del Servizio Informagiovani con i servizi operanti nell'ambito delle politiche attive del lavoro, dell'istruzione, formazione (ERSU, Università, Cesil regionali, il SIL, i Centri per l'Impiego etc...)</li> </ul> <p>Soggetti e Professionalità coinvolte nella valutazione:</p> <p><b>Professionalità coinvolte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe Centro informagiovani</li> <li>- Servizio Sociale Professionale dei Comuni;</li> </ul>

## POLITICHE DI SOSTEGNO AL REDDITO

Fino a qualche decennio, il concetto di povertà si riferiva a quella **fascia della popolazione al di sotto di un livello economico** calcolato sulla base di due distinte soglie convenzionali:

- una soglia "relativa", determinata annualmente rispetto alla spesa media mensile procapite per consumi delle famiglie;
- una soglia "assoluta", basata sul valore monetario di un paniere di beni e servizi essenziali aggiornato ogni anno tenendo conto della variazione dei prezzi al consumo.

Tale concetto veniva esteso ad alcune fasce di popolazione che per problematiche inerenti l'aspetto socio-sanitario vivevano situazioni di disagio: i **migranti deboli**, i portatori di **patologie con stigma** (tossicodipendenti, HIV, soggetti psichiatrici, ecc.), i **senza dimora** (barboni, ecc.), le fasce di popolazione a rischio d'esclusione sociale (per basso reddito, inaccessibilità alle risorse, ecc.).

Pur con caratteristiche profondamente diverse, questi gruppi sociali, venivano accomunati da alcuni comuni denominatori, facilmente identificabili: **scarsità o assenza di protezione sociale**, scarsa capacità dei servizi di rispondere efficacemente ai bisogni reali, difficoltà relazionali, forte dinamicità del processo di emarginazione sociale.

Attualmente la forbice delle persone che si trovano sulla soglia di povertà è ampiamente cresciuta ed il concetto di **nuove povertà** descrive la condizione secondo la quale una persona, all'interno di un contesto socio-economico e relazionale definito, vive i presupposti dell'**esclusione** di fronte alla difficoltà di un **pieno riconoscimento del diritto di cittadinanza**.

Partendo da tale assunto, il presente documento, intende promuovere, un'azione coordinata su tutto il territorio, volta a prevenire e fronteggiare condizioni di povertà e di esclusione sociale, ad evitare che condizioni contingenti di difficoltà e di disagio, che possono segnare momenti della vita delle famiglie, si stabilizzino e avviino processi di esclusione sociale.

**Tali misure, per avere un minimo di incisività, debbono essere accompagnate da politiche di sostegno e incentivazione alla formazione (per i giovani) e di riqualificazione (per gli adulti), di facilitazione all'accesso all'abitazione per le famiglie a basso reddito, (anche in collegamento alle misure nazionali), di facilitazione all'utilizzo dei servizi sociali, formativi e**



**sanitari, di politiche attive del lavoro e di sviluppo locale, di sostegno economico alla crescita dei figli e più in generale di accesso all'informazione.**

**Considerato che la povertà e l'esclusione sociale sono fenomeni multidimensionali, determinati da più deprivazioni ed eventi critici, quali l'insufficienza del reddito, la disoccupazione di lunga durata o ricorrente, relazioni non soddisfacenti nell'ambito della famiglia, il degrado abitativo, la malattia e l'accesso ai servizi sociali e sanitari, considerato inoltre che questi specifici eventi negativi possono riguardare fasce di popolazione molto diverse, che configurano quindi, esigenze di intervento sociale diverse, la presente azione prevede interventi trasversali quali:**

1. Interventi di natura economica, di carattere riparativo, rivolti al singolo e al nucleo familiare che si trovino in condizioni economiche tali da non consentire il soddisfacimento dei bisogni considerati primari per l'individuo. Tali interventi di carattere continuativo o straordinario, hanno lo scopo di garantire ai cittadini il "minimo vitale" promuovendone l'autonomia personale ed evitando l'emarginazione sociale.

Data la peculiarità delle singole situazioni di bisogno, si ritiene opportuno, mantenere la gestione di questa tipologia di interventi in capo ai comuni, fermo restando la necessità di disciplinare le modalità di accesso e i criteri di valutazione del bisogno comuni a tutto il territorio.

Il Comune di residenza, eroga le prestazioni economiche facendo riferimento ai Regolamenti attuativi della L.R. 23/2005.

2. Borse lavoro/Tirocini formativi

**Con tale intervento si intendono promuovere una serie di azioni idonee a favorire un fattivo processo di riabilitazione delle persone a *rischio* di emarginazione sociale.**

**Le borse lavoro hanno lo scopo di dare risposte concrete alle persone che, trovandosi al di sotto della soglia di povertà (minimo vitale stabilito annualmente con Delibera della Giunta Regionale), portatrici di problematiche socio – economiche e/o sanitarie varie, per la loro difficoltà ad integrarsi nella comunità di appartenenza, sono da considerarsi più vulnerabili.**

Al fine di contrastare e prevenire tali fenomeni e sostenere le potenzialità comunque presenti negli individui (in termini di occupabilità, di possibilità di instaurare relazioni significative e

di assunzione di responsabilità) verranno predisposti, per quei cittadini per i quali viene messo in *discussione il diritto di esercitare una piena cittadinanza*, dei piani di intervento individualizzati.

Il presente intervento parte dal presupposto che, il reinserimento a pieno titolo nella vita comunitaria passa attraverso diversi ambiti tra i quali, di fondamentale importanza, quello lavorativo.

### 3. Sostegno al reddito familiare

I complessi mutamenti economici, sociali e culturali in atto mettono in evidenza, anche nel nostro territorio, una realtà variegata e in continuo mutamento che si esprime in nuove e più complesse “fragilità” delle famiglie dovute in particolare:

- a) alla necessità di rispondere ai molteplici impegni di lavoro, di cura ed educativi che spesso si esprime in carenza di tempo da dedicare al rapporto di coppia e al rapporto genitori-figli;
- b) alla sempre maggiore carenza di reti parentali di sostegno (in particolare per le famiglie immigrate) che crea incertezza per mancanza di supporto alla funzione educativa e alla gestione dei figli;
- c) al problema abitativo ed economico che incide su un numero sempre maggiore di famiglie e sulle giovani coppie;
- d) alle nuove tipologie di famiglie (monoparentali, ricostituite, miste, ricongiungimenti familiari per gli immigrati) che esprimono nuovi e più complessi bisogni.

Pensando alla famiglia come una unità complessa che esprime molteplici bisogni, è necessario pensare agli interventi per favorire il suo benessere come parte di un'unica politica che veda l'integrazione tra politiche attive del lavoro, sociali, sanitarie, educative, formative, dell'abitare, dell'integrazione ecc..

In questi ultimi anni, le politiche nazionali e regionali, hanno posto l'attenzione proprio sulla famiglia, adottando provvedimenti legislativi in loro favore:

L. 448/98, art. 27 – Fornitura gratuita e semigratuita dei libri di testo;

L. 448/98, art. 65 – Assegno Nucleo Familiare;

L. 448/98, art. 66 – Assegno di maternità;

L. 431/98, art. 11 – Fondo Nazionale per il rimborso delle spese di locazione;

L. 62/2000 – Borse di studio a favore delle famiglie per le spese inerenti l'istruzione;

L.R. 31/84 – Diritto allo studio (rimborso spese di viaggio agli studenti pendolari, borse di studio, servizio mensa, spese convittuali ecc...);

L.R. 7/91, art. 20 - Rimborso spese di viaggio emigrati di ritorno;

L.R. 20/97 – Norme in favore dei sofferenti mentali e dei disabili psichici;

L.R. 27/83 – Provvidenze in favore dei talassemici, emolinfopatici e d emolinfopatici maligni;

L.R. 11/85 – Provvidenze a favore dei Nefropatici;

L.R. 9/2004 – Rimborso spese di viaggio e di soggiorno affetti da neoplasia maligna.

L.R. 1/2006 – Risorse integrative per il rimborso delle spese di viaggio agli studenti pendolari – Borse di studio.

L'esistenza della normativa non costituisce garanzia di accesso ai servizi e tutela dei diritti del cittadino, essa rappresenta il presupposto affinché un diritto possa essere esercitato ma non ne garantisce l'effettivo esercizio .

La gestione dell'informazione rappresenta uno degli aspetti più rilevanti e strategicamente più efficaci per tutelare tali diritti.

L'esistenza della rete dei servizi, invece, costituisce una garanzia, o almeno dovrebbe costituirla, affinché si realizzi il pieno esercizio dei diritti cittadini, facilitando l'accesso di questi ultimi ad una informazione qualificata e pertinente ai bisogni espressi.

## SERVIZI RESIDENZIALI

Tenendo presenti le dinamiche demografiche e sociali del Distretto Sanitario di Sorgono, quali: il rilevante aumento della popolazione anziana, presenza di anziani soli, nonché l' elevato numero di soggetti portatori di disabilità, si rende necessario procedere al consolidamento dell'attuale sistema della residenzialità e ad un suo significativo sviluppo.

Pur rimarcando l'importanza strategica degli interventi a favore della domiciliarità, si ritiene di dover dare risposte adeguate e differenziate ai soggetti che, a causa di condizioni particolari di salute e/o familiari non sono assistibili a domicilio.

Dalla ricognizione delle strutture residenziali per anziani e disabili esistenti ed operative al 2006 nel Distretto di Sorgono si rileva quanto segue:

**Tab. 1 RESIDENZE PER ANZIANI e DISABILI**

TIPOLOGIA STRUTTURA	SEDE	PROPRIETÀ	TIPOLOGIA UTENZA
Comunità Alloggio "Naeli"	Tiana	Comunale	Anziani con differenti patologie quali demenze, deficit psicomotori, sofferenti mentali
Comunità Alloggio	Atzara	Comunale	Anziani autosufficienti o parzialmente non autosufficienti e
n. 2 Comunità Alloggio in fase di ristrutturazione	Sorgono	Comunale	Anziani autosufficienti o parzialmente non autosufficienti
R.S.A.	Sorgono	Comunale	Utenti affetti da malattie croniche o da patologie invalidanti non autosufficienti che non necessitano di un ricovero in strutture ospedaliere o di riabilitazione globale.
Casa di Riposo	Desulo	Privata	Accoglie solo utenti di sesso femminile con patologie psichiche e fisiche
Comunità Alloggio "Le Ginestre"	Aritzo	Privata	Sofferenti mentali, demenze, ritardo mentale, deficit psicomotori
n. 3 nuclei di Comunità Alloggio "S. Ignazio"	Aritzo	Privata	Sofferenti mentali, demenze, ritardo mentale, deficit psicomotori

**Tab. 2 RESIDENZE PER DISABILI**

TIPOLOGIA STRUTTURA	SEDE	PROPRIETA'	SERVIZI EROGATI
A.I.A.S.	Aritzo	Privata	Riabilitativi e socializzanti
Struttura per sofferenti Mentali	Tonara	Pubblica	Momentaneamente chiusa per ristrutturazione

#### SERVIZI EROGATI PRESSO LA STRUTTURA A.I.A.S.

Tipologia	Tipologia utenza	N° posti	Servizio erogato	
Sem internato	Disabili neurologici	6 utenti	Riabilitazione e socializzazione	
Internato	Disabili psicofisici	25	Fisiochinesi terapia (F.H.T)	
Casa Protetta	Pazienti non autosufficienti	16	Assistenza continuativa alla persona	
Ambulatoriali	Pazienti in trattamento	Accessi giornalieri per circa 25 utenti	Fisioterapia	
Domiciliari	Pazienti in trattamento	Accessi giornalieri per circa 55 utenti	Fisioterapia a domicilio	

La struttura A.I.A.S. opera prevalentemente attraverso le convenzioni con l'Azienda Sanitaria locale. A seguito dell'applicazione della L. R. 162/98 la struttura ha attuato un discreto numero di ricoveri di sollievo in collaborazione con i servizi sociali comunali.

## STRUTTURE E POSTI

Presso le strutture di cui sopra vengono individuati i seguenti posti

<b>Strutture per anziani</b>	<b>Capacità Ricettiva</b>	<b>Posti disponibili al 30/11/2006</b>	<b>N° utenti in lista d'attesa</b>
Comunità Alloggio "Naeli" - Tiana	<b>12+4</b>	<b>3</b>	<b>6</b>
Comunità Alloggio "_____" Atzara	<b>16</b>	<b>4</b>	<b>10</b>
n. 2 Comunità Alloggio Sorgono	<b>16 + 16</b>	<b>21*</b>	<b>11</b>
R.S.A. Sorgono	<b>15</b>	<b>13</b>	<b>no</b>
Casa di Riposo Desulo	<b>16 (solo donne)</b>	<b>13</b>	<b>no</b>
Com. Alloggio "Villa delle Ginestre" Aritzo	<b>16 +16</b>	<b>7</b>	<b>no</b>
N 3 nuclei di Com. Alloggio "S. Ignazio" Aritzo	<b>8 solo uomini</b> <b>17 solo donne</b> <b>18 solo donne</b>	<b>0</b> <b>2</b> <b>2</b>	<b>no</b>
<b>Totale</b>			
<b>Strutture per disabili</b>			
AIAS	<b>25</b>	<b>0</b>	

\* Gli 11 ospiti della Comunità alloggio di Sorgono sono momentaneamente inseriti presso l'R.S.A. in attesa del completamento dei lavori di ristrutturazione prevista per il mese di Dicembre.

Come possiamo osservare nel territorio è presente un numero elevato di Comunità Alloggio, che ai sensi del D.P.G.R. n. 12/99 dovrebbe ospitare prevalentemente soggetti autosufficienti e/o parzialmente autosufficienti. In realtà un numero consistente di ospiti inseriti nelle Comunità Alloggio, in prevalenza anziani, non è rispondente ai requisiti stabiliti dalla normativa. Questa incongruenza è dovuta al fatto che, spesso gli anziani che vengono inseriti nella struttura in condizioni di parziale autosufficienza, a causa della loro condizione di fragilità, sono esposti ad un progressivo decadimento psico fisico.

A fronte di un elevato numero di Comunità Alloggio sono assenti altre tipologie di strutture residenziali con livelli di protezione diversificati che rispondano anche alle esigenze di persone affette da Alzheimer, sofferenti mentali e soggetti in gravi condizioni di non autosufficienza dovuta a malattie o traumi, che necessitano di interventi riabilitativi integrati.

L'unica struttura presente nel territorio che da sempre ha operato nel campo della salute mentale e che costituisce una valida risorsa per il territorio, è lo stabile ubicato nel Comune di Tonara; lo stesso è momentaneamente chiuso per lavori di adeguamento e ristrutturazione, ma si prevede una imminente riapertura.

Si rileva inoltre la carenza di Centri Diurni Integrati che offrono un supporto, durante la giornata, a soggetti disabili e non autosufficienti, attraverso attività di socializzazione, di animazione, di mensa, di assistenza infermieristica e riabilitativa.

Data la carenza di residenze in grado di rispondere a un bisogno diversificato, si intende ampliare l'offerta di soluzioni residenziali a diverso livello di protezione, capaci di promuovere il recupero e il mantenimento dell'autonomia e l'integrazione sociale della persona in condizioni psico fisiche precarie.

A seguito della pubblicazione del Bando a valere sulla misura 5.2, azione 5.2 a - Bando 2006, i Comuni del Distretto Sanitario di Sorgono hanno presentato le istanze di finanziamento per migliorare e differenziare l'offerta delle strutture residenziali e semiresidenziali nel territorio con l'obiettivo di:

- Aumentare nel territorio il numero di posti per anziani e persone disabili prive di un sostegno familiare;
- dare risposte adeguate e differenziate ai soggetti che, a causa di condizioni particolari di salute e/o familiari non sono assistibili a domicilio
- rientro nel territorio di persone attualmente inserite in strutture socio – assistenziali finalizzati a sviluppare percorsi di vita adulta e indipendente;
- Promuovere la cultura della territorialità dei servizi

A conclusione di un'analisi non esaustiva del bisogno, si ritiene, comunque, dare qualche indicazione in merito alla necessità di mettere in rete le strutture esistenti al fine di garantire criteri unici di accesso ai servizi e uniformità di trattamento, nonché eguali criteri per la determinazione della partecipazione del cittadino al costo del servizio.

Per tutte le strutture esistenti vi è, inoltre, la necessità di uniformare i costi di gestione e la dotazione organica del personale in funzione della tipologia di utenti.

Si ritiene, altresì, necessario prevedere procedure standardizzate per garantire e verificare i livelli di qualità delle prestazioni fornite.

Attualmente la Regione Sardegna - Assessorato Igiene e Sanità e Assistenza sociale- ha in atto una complessiva riorganizzazione dell'offerta dei servizi residenziali, sanitari, socio sanitari e socio assistenziali che tiene conto della necessità di strutture in grado di ospitare tipologie diverse di utenza. E' in fase di approvazione il regolamento di attuazione della L.R. n. 23/2005 "Sistema Integrato dei servizi alla persona. Abrogazione della Legge Regionale n. 4/88" che, definisce i requisiti minimi strutturali ed organizzativi delle strutture residenziali e a ciclo diurno, nonché la tipologia di utenza.

## GESTIONE ASSOCIATA DEI SERVIZI SOCIALI COMUNALI

Il servizio sociale comunale svolge funzioni di programmazione, valutazione, verifica, gestione, coordinamento e promozione del sistema dei servizi e interventi rivolti alla comunità.

Prima dell'avvio del processo di riforma e fino all'anno in corso, i servizi sociali pur avendo la prerogativa di promuovere interventi ed azioni integrate, agivano prevalentemente avendo a riferimento la comunità locale del comune presso il quale espletavano servizio.

Le esperienze maturate nel territorio, frutto di accordi sporadici tra singole amministrazioni e operatori incaricati, limitate a specifici settori d'intervento, non costituiscono esempio per strutturare azioni future in materia di gestione associata.

**Nel perseguimento dell'obiettivo di integrazione dei servizi, si rende necessario promuovere e coordinare interventi territoriali volti a dare una risposta unitaria e globale ai bisogni dei cittadini in quanto componenti di un sistema, mettendo in campo tutte le risorse professionali, umane, solidaristiche ed economiche esistenti.**

La complessità derivante dall'attuazione delle nuove direttive in materia di programmazione impone una seria riflessione in merito alle alternative possibili sulla forma giuridica/amministrativa più adeguata per la gestione della stessa.

Dovendo obbligatoriamente fare riferimento agli istituti disciplinati dal Decreto Legislativo 267/2000 e, contestualmente, tener conto delle indicazioni contenute nelle linee guida per la stesura del PLUS, è necessario individuare la forma giuridica che valorizzi maggiormente le caratteristiche positive della struttura organizzativa già esistente, implementando le azioni e i momenti di confronto tra i tecnici chiamati a strutturare l'organizzazione dei servizi, a ridefinire criteri, parametri e regolamenti in linea con i LEA (provvedimento non ancora adottato dalla G.R.) e con i principi di cui alla L.R. 23/2005 nel perseguimento degli obiettivi di efficacia, efficienza, uniformità ed equità sociale.

La fase successiva, vede i tecnici dei servizi impegnati nella predisposizione di sintetiche ma esaustive **Carte dei Servizi**, per le quali sarà poi necessario attivare meccanismi di divulgazione e condivisione con le parti interessate

Il percorso verso l'integrazione dovrà, poi, proseguire con i soggetti designati dall'Azienda Sanitaria con i quali bisognerà condividere gli strumenti, le metodologie e i regolamenti per i servizi ricompresi nell'area socio – sanitaria.

Al fine di soddisfare un **prerequisito per il funzionamento della rete** dei servizi, si ipotizza quale strategia principale e portante del processo, **la gestione associata dei servizi sociali comunali.**

Si ritiene, infatti, che l'integrazione possa essere perseguita solo a seguito dell'esistenza di un linguaggio comune e dell'adozione di strumenti e metodi di lavoro uniformi che ottimizzino le risorse professionali in campo e accrescano il valore universalistico dei servizi alla persona.

In questa fase di transizione appare opportuno ipotizzare quale forma amministrativa per la gestione in forma associata dei servizi e interventi alla persona, l'Accordo di Programma disciplinato all'art. 34 del Decreto Leg.vo 267/2000, prevedendo l'istituzione di un ufficio di piano, a cui destinare un



congruo numero di operatori per un tempo da definire, che possa trovare ubicazione in una struttura di carattere sovra-comunale.

E' necessario puntualizzare che ciascun operatore rimarrà assolutamente dipendente del comune presso il quale ha operato fino alla data odierna con la consapevolezza, però, che il proprio lavoro non sarà orientato solo al soddisfacimento dei bisogni del proprio comune ma sarà indirizzato a tutti i cittadini del distretto.

Da ciò deriva che ciascun operatore dovrà conoscere l'universo dei servizi nella sua globalità ma avrà specifiche responsabilità rispetto all'area di intervento per la quale è stato chiamato ad operare all'interno della rete di servizi nel processo dell'integrazione sociale e sanitaria.

**FINANZIAMENTO SISTEMA INTEGRATO DEI SERVIZI ALLA PERSONA  
ANNO 2007**

<b>FONTI DI FINANZIAMENTO</b>	<b>TOTALE</b>
<b>Fondo regionale per il sistema integrato dei servizi alla persona ex art. 26 della L.R. 23/2005</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trasferimenti Enti Locali €968.936,80</li> <li>▪ Quota indistinta €287.105,04</li> <li>▪ Quota per la gestione associata €348.227,35</li> </ul> <b>L.R. 20/97 – Progetto “Azioni innovative per la Salute Mentale”</b> €535.409,50*	<b>€2.139.678,69</b>
<b>Fondi Statali per il sistema integrato dei servizi alla persona ex art. 26 della L.R. 23/2005</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Risorse Statali per i servizi socio assistenziali</li> <li>▪ L. 285/1997 “Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l’infanzia e l’adolescenza” -Anno 2004</li> </ul>	€136.867,60 <b>€116,029,00</b>
<b>Risorse derivante dai Bilanci Comunali (Ex art. 25 comma 3 della L.R. 23/2005)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quota Servizio sociale Professionale</li> </ul>	<b>€77.038,81*</b>
<b>Compartecipazione dei destinatari (Ex art. 27 della L.R. 23/2005)</b> La contribuzione utenza prevista è stata calcolata sulla base dell’esistente (anno 2005) applicando la percentuale minima del 36% dei costi dei servizi.	<b>€ 250.000,00</b>
<b>Fondi Azienda USL per la gestione dell’assistenza socio - sanitaria</b>	<b>€?</b>
<b>Fondi della Provincia</b>	<b>€24.000,00*</b>
<b>Fondi della Comunità Europea</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ POR Sardegna 2000-2006, Misura 3.4 “Inclusione Sociale”</li> <li>▪ POR SARDEGNA 2000-2006 (F.S.E), Misura 3.6. “Prevenzione della dispersione scolastica e formativa”</li> <li>▪ POR SARDEGNA 2000-2006 – Progettazione integrata “Prospettiva Azione Integrata per la Persona”</li> </ul>	€128.962,24 €116.990,00 €*
<b>Fondi dei soggetti solidali firmatari dell’accordo, di cui all’art. 10 della L.R. 23/2005</b>	<b>€*</b>
<b>TOTALE</b>	<b>€ 2.989.566,34</b>

**Note**

**\*1.** Per il finanziamento del Progetto “Azioni innovative per la Salute Mentale”, i Comuni del Distretto e l’Azienda USL n. 3, firmatari dell’Accordo di Programma, hanno presentato apposita richiesta di finanziamento a valere sui fondi di cui alla L.R. 20/9, art. 3 – Biennio 2006/2007. Il finanziamento richiesto ammonta a complessivi **€1.070.819,00**;

**\*2.** Le risorse previste derivanti dai Bilanci comunali tengono conto delle quote, pari al 20%, della spesa complessiva, dovute per il servizio sociale professionale. Ulteriori risorse potranno essere stanziare dai Comuni per il finanziamento della spesa complessiva.

**\*3.** La Provincia ha stanziato la somma complessiva di **€ 519.822,75** per l’attuazione del PLUS nei quattro Distretti di pertinenza. Il 50% della suddetta somma, pari a **€259.911,38**, è stata ripartita tra i quattro distretti in misura proporzionale alla spesa storica maturata nel 1° semestre 2006. Sulla base del predetto criterio, al distretto di Sorgono, è stata attribuita, per l’anno 2007, la somma di **€ 24.118,44**. Il restante 50% dello stanziamento iniziale andrà a costituire il **Fondo Indistinto** che verrà ripartito sulla base delle istanze presentate dai quattro distretti della provincia.

**\*4.** Il finanziamento richiesto, in fase di presentazione della manifestazione di interesse, per la realizzazione delle azioni previste nell’ambito del Patto per l’inclusione Sociale “Prospettiva Azione Integrata per la Persona” – Distretto di Sorgono, ammonta a complessivi **€ 4.500.000,00**. Nel Prospetto finanziario del PLUS, annualità 2007, verranno inseriti gli importi effettivamente ammessi

a finanziamento a seguito dell'espletamento delle pratiche istruttorie inerenti le Misure POR interessate.

**\*5.** Pur avendo partecipato al processo di costruzione del PLUS, i soggetti solidali che hanno presentato manifestazioni di interesse, non hanno prodotto manifestazione di intenti in merito all'apporto e all'entità delle risorse umane, professionali e finanziarie da destinare all'attuazione dello stesso.

S

i ritiene inopportuno, in questa fase, ipotizzare la predisposizione del piano economico per le annualità successive al 2007, per fare ciò, infatti, sarebbe necessario conoscere gli intendimenti delle Amministrazioni locali, dell'ASL e dei soggetti interessati, rispetto alla partecipazione al processo di integrazione e gestione associata dei servizi.