

# P.L.U.S. AREA OVEST 2007 – 2009

## **Sommario**

<b>1. La parte Introduttiva</b>	
1.1. La Metodologia Partecipativa	pg. 3
1.2. I soggetti animatori	pg. 4
1.3. Gli stake holders coinvolti	pg. 5
1.4. Le procedure attivate per la predisposizione del PLUS	pg. 9
1.4.1 Gli incontri di lavoro per la realizzazione del PLUS	pg. 11
1.4.2 Gli incontri tematici	pg. 12
1.4.3 Criticità e punti di forza	pg. 12
<b>2. Profilo d'Ambito aggiornato</b>	pg. 14
Profilo ambientale	pg. 20
Il profilo sanitario	pg. 40
Offerta - posti letto anziani a.s. e n.a.s.	pg. 49
<b>3. I bisogni e le aree critiche: le aree tematiche</b>	
3.1. Area Famiglia, minori, donne	pg. 56
3.2. Area anziani, non autosufficienza e disabilità	pg. 58
3.3. Area sofferenti mentali	pg. 61
3.4. Area delle dipendenze	pg. 64
3.5. Area della accessibilità e continuità dell'assistenza	pg. 66
3.6. Area della criminalità, devianza, inclusione sociale	pg. 68
3.7. Area della multietnicità, immigrazione e mediazione culturale	pg. 70
<b>4. Le strategie e gli obiettivi per il triennio 2007- '09</b>	
4.1. Finalità	pg. 73
4.2. Obiettivi generali	pg. 73
4.3. Metodologia di integrazione dei Servizi alla Persona	pg. 74
4.3.1. Perché integrazione socio-sanitaria?	pg. 74
4.3.2. Come rendere effettiva questa integrazione socio-sanitaria?	pg. 74
4.3.3. Quali integrazione per il 2007?	pg. 75
4.4. Metodologia di gestione dei Servizi alla Persona	pg. 75
4.4.1. Obiettivo strategico specifico per il 2007: Ufficio di Piano ( UdP) – Centro di programmazione d'Ambito	pg. 75
4.5. Obiettivo programmazione 2008/2009	pg. 78
4.5.1. Modello di Gestione e di Piano economico – finanziario	pg. 78

<b>5. Le azioni per il 2007</b>	
5.1. Quali obiettivi operativi per l'anno 2007?	pg 84
<b>6. Il monitoraggio del PLUS e la valutazione</b>	
6.1 Creazione di un sistema di rilevazione di tipo integrato per il monitoraggio in itinere e la valutazione finale dei risultati	pg 85
6.1.1 Predisposizione, test ed attivazione del modello di monitoraggio in itinere	pg 85
6.1.2 Predisposizione, test ed attivazione del modello di valutazione finale	pg 88
6.1.3 Predisposizione del software di monitoraggio e valutazione	pg 89
<b>7. La progettazione socio-sanitaria integrata d'Ambito</b>	
7.1. Modello Economico	pg. 91
7.2. Criteri di gestione di Ambito	pg. 96
7.2.1 Meccanismi di riallineamento appalti	pg. 96
<b>8. La progettazione locale d'Ambito</b>	
8.1 Il POR Sardegna 2000/2006	pg. 97
8.2 La Legge 20/97	pg. 103
8.3 Progetti con altri finanziamenti	pg. 103
8.4 Progetti e servizi sociosanitari a cura della ASL 8 nell'Ambito Area Ovest	pg. 104
8.5 Progetti e servizi Assessorato Politiche Sociali della Provincia di Cagliari nell'Ambito Area Ovest	pg. 105
<b>9. La progettazione Associata d'Ambito</b>	
9.1 "Presenza in carico dell'utente"	pg. 107
9.2 "Pro.ssa familia" - Area Famiglia, minori, donna	pg. 113
9.3 "SOS-tenere" - Area Anziani e Disabili	pg. 125
9.4 "Educata...mente" - Area Sofferenti Mentali	pg. 138
9.5 "Progetto Icaro" - Area Dipendenze	pg. 149
Scheda dell' Offerta Servizi sociali, sanitari e socio-sanitari nell'Ambito	
Scheda dell' Offerta Servizi sociali, sanitari e socio-sanitari nell'Ambito - approfondita	
<b>10. Schede Piani Socio-assistenziali dei Comuni dell'Ambito</b>	

## **Allegati**

**Relazioni dei Sindacati**

**Materiali Osservatorio Politiche Sociali: Profilo di Salute**

**Lucidi Conferenza di Programmazione**

# 1. LA PARTE INTRODUTTIVA

## 1.1 La metodologia partecipativa

Il PLUS favorisce la realizzazione di un sistema socio-sanitario “integrato”, valorizza la rete dei servizi sociali essenziali, individua le strategie, le priorità, gli strumenti e i mezzi per la realizzazione degli interventi, secondo le indicazioni della L.R. 23/’05 e delle Linee Guida Regionali, nell’intento di rispondere adeguatamente ai bisogni delle persone (cittadini) e migliorare la capacità del sistema socio-sanitario locale di assolvere ai suoi compiti di promozione e garanzia del benessere e della tutela sociale,

La sfida del moderno planning sociale e sociosanitario ci orienta verso la promozione di processi di costruzione sociale in una logica complessa e articolata di governance localmente associata e integrata, agente secondo il principio di sussidiarietà.

La pianificazione diviene un processo interattivo, dialogico, centrato sulla comunicazione e la collaborazione tra Amministratori, Tecnici del sociale e del sanitario , rappresentanti del Privato sociale, del Volontariato e cittadini, che prende forma nella metodologia partecipativa.

Si rappresenta quindi come obiettivo prioritario il diffondere buone prassi, generare soluzioni innovative, definire progettualità locali e, soprattutto, favorire processi comunicativi e interattivi fra tutti i soggetti coinvolti. Tale obiettivo si consolida nella programmazione, nell’organizzazione e gestione del sistema di interventi e servizi sociali e sociosanitari in forma condivisa, integrata e partecipata.

Tutto ciò comporta una articolazione dei lavori che si aggiornano in un rimando continuo tra l’individuale ed il collettivo, tra il lavoro di equipe e l’incontro pubblico. Il risultato è una azione di sistema che implementa le conoscenze e le competenze del singolo attore sociale attraverso la discussione, la riflessione, l’esperienza condivisa e produce un reale lavoro di rete e una progettualità socio-sanitaria dell’offerta personalizzata al bisogno.

## **1.2 I soggetti animatori**

### **1.2.1 I componenti dell'Ambito n°2 (ex 20) - Area Ovest**

Comune di Assemini  
Comune di Capoterra  
Comune di Decimomannu  
Comune di Decimoputzu  
Comune di Domus De Maria  
Comune di Elmas  
Comune di Pula  
Comune di San Sperate  
Comune di Sarroch  
Comune di Siliqua  
Comune di Teulada  
Comune di Uta  
Comune di Villa San Pietro  
Comune di Vallermosa  
Comune di Villasor  
Comune di Villaspeciosa  
Provincia di Cagliari  
ASL 8 di Cagliari

### **1.2.2 I componenti del Gruppo tecnico di Piano**

Provincia di Cagliari	Dott.ssa Anna Di Martino
Comune di Teulada	A.S. Dott.ssa Cristiana Floris
Comune di Assemini	A.S. Dott.ssa Isabella Luconi
Comune di Decimomannu	A.S. Dott.ssa Silvana Argiolas
Comune di San Sperate	A.S. Dott.ssa Deborah Collu
ASL 8 di Cagliari	Dott. Giuseppe Frau
ASL 8 di Cagliari	A.S. Dott.ssa Paola Damasco

Supplenti partecipanti:

ASL8	Dott.ssa Carla Montixi
ASL8	Dott.ssa Rosanna Piras

### 1.2.3 Gli stake holders dell'ambito coinvolti

Si ringrazia tutti coloro che hanno partecipato ai tavoli tematici e che hanno presentato relazioni e progetti che il GtP mette agli atti dei lavori del PLUS:

Consorzio cooperativo sociale "Solidarietà" ar.l.  
Cooperativa "Albessedè"  
Cooperativa "Servizi Sociali"  
Cooperativa sociale "la Carovana" Onlus  
Cooperativa sociale psicopedagogica "il Quadrifoglio"  
Cooperativa sociale "i Girasoli" - Decimoputzu  
Cooperativa sociale "San Lorenzo".  
Cooperativa sociale Arca 88.  
Cooperativa sociale C.E.M.E.A. Sardegna.  
Cooperativa sociale CTR Onlus.  
Cooperativa sociale "Water cold"  
Società cooperativa sociale onlus "il Gabbiano".  
Società cooperativa sociale "Orsa Minore" Onlus  
Società cooperativa "Laboratorio sociale" a.r.l.  
Società cooperativa S.Giuseppe pescatori.  
Società cooperativa sociale AeBI Nzuri – Vallermosa  
Società cooperativa sociale Salus – Selargius

Associazione nazionale strutture terza età - ANASTE  
Associazione "S. Cristoforo" - Assemini  
Associazione "Auser " - Assemini  
Associazione "Gli amici del ballo –musica e cultura"  
Associazione "Luna Nera"  
Associazione "Paideia"  
Associazione "Pensiero libero"  
Associazione "Stelle e umanità"  
Associazione "Terzo Millennio" - Assemini  
Associazione "A Mani tese"  
Associazione "Fand - diabetici Italiani" - Assemini  
Associazione "I Talenti" Onlus - Vallermosa  
Associazione Bambini Celebrolesi ABC Sardegna.  
Associazione culturale "Sagra Mietitura" - Assemini  
Associazione culturale "Santa Lucia" - Assemini  
Associazione culturale "Su niu de su pilloni"  
Associazione culturale Studiodrama  
Associazione di solidarietà "libera la farfalla"  
Associazione "Arca Verde" Onlus - Cagliari  
Associazione "Janas" Onlus  
Associazione onlus OSIDEA  
Associazione Regionale Età Evolutiva - A.R.E.E.

Coordinamento volontariato giustizia Onlus.  
Comunità libanese in Sardegna  
Fondazione "Enzo Cagnacci" – Vallermosa  
Baby parking "La gabbianella" - Assemini

A.I.A.S. – Assemini  
Fondazione Stefania Randazzo - Assemini  
Centro Riabilitativo “Santa Lucia” – Assemini  
Studio Fisioterapico e Pedagogico - Cagliari  
Sa “Tanca Manna” srl  
“Nova G.S.A.” srl

Gruppo ballo liscio - Uta - c.t.associazione sportiva dilettantistica  
Gli amici del ballo – musica e cultura - Uta  
Coro polifonico - Uta.  
Pro loco - Uta.  
C.I.F. S. Sperate  
Caritas di Frutti D'Oro - Capoterra - Poggio dei Pini  
Caritas S. Sperate  
Missioni Somasche.  
ACR - Azione Cattolica.  
M.A.S.C.I.. sede di Assemini (Associazione scout adulti).  
A.G.E.S.C.I. sede di Assemini (Associazione guide scout cattolici italiani).  
Consulta Anziani - Assemini  
Consulta Donne - Assemini  
Consulta Donne - Uta

I.R.R.E. Sardegna  
Centro Informazione sulle risorse per le diverse Abilità - Provincia di Cagliari  
Centro Servizi per l'Immigrazione - Provincia di Cagliari  
Cesil S. - Sperate  
Provveditorato Regionale della Sardegna - Ufficio Esecuzione Penale Esterna  
Dipartimento di psicologia Università di Cagliari

S.I.M.G società italiana medicina generale.  
ASL 8 - Consultorio Familiare di Assemini  
ASL 8 - Consultorio Familiare di Capoterra  
ASL 8 - CSM  
ASL 8 – SER.T

F.N.P. CISL  
Confederazioni sindacali CGIL CISL UIL  
SPI CGIL  
ANOLF - Associazione Nazionale Oltre le Frontiere

Inoltre, si ringrazia per la partecipazione tutti i liberi professionisti del settore socio-sanitario che sono stati presenti ai Tavoli tematici.

### 1.3 Elenco materiali prodotti dal privato sociale e inserito agli atti

Si ringrazia tutti coloro che hanno collaborato ai lavori del PLUS consegnando ai Tavoli tematici relazioni e progetti inerenti le criticità d'Area. Si informa che tali documenti, di seguito elencati, sono agli atti.

Degli stessi è stato tenuto conto nella predisposizione dei progetti associati. L'assegnazione dei medesimi avverrà mediante le procedure di legge.

Area Tematica	Promotore	Titolo documento
Disabilità e anziani	Associazione "ABC" sardegna	Punti cruciali - proposte dell'ABC
	A.I.A.S. e Fondazione Randazzo	Proposta PLUS Area Ovest
	Coop. Salus – Selargius Centro Riabilitativo “Santa Lucia” – Assemini Studio Fisioterapico e pedagogico - Cagliari	A.D.I. – Centro intercomunale di assistenza socio-sanitaria domiciliare per non autosufficienti e malati di Alzheimer
	Associazione “Janas” onlus	Laboratorio di teatro
	Sa Tanca Manna srl / Anaste	Progetto RSA Domus De Maria
Dipendenze	Società cooperativa sociale onlus "Orsa Minore"	Servizio di prevenzione primaria delle tossicodipendenze - Educativa di strada
Sofferenti mentali	Cooperativa sociale "I Girasoli" Associazione onlus "Arca Verde" operatori sociali e liberi professionisti	Progetto S.M.A.I.L.
	Cooperativa “San Lorenzo”	Interventi di contrasto all'esclusione sociale
	Consorzio Cooperativo Sociale a.r.l."Solidarietà Consorzio"	Residenzialità per persone con disturbo mentale
	Assistenti Sociali	Formazione sociale
Criminalità	Associazione "I Talenti" onlus; Fondazione "Enzo Cagnacci"; Società Cooperativa Sociale "AeBi Nzuri"	Sensibilizzazione dell'Area Ovest alle problematiche del mondo carcerario e all'inserimento lavorativo dei giovani adulti detenuti ed ex detenuti
	Associazione "Pensiero Libero"	Progetto di mediazione dei conflitti in ambito penale minorile
	Caritas Frutti D'Oro, Poggio dei Pini, Sant'Efisio	Progetto Caritas
	Liberi Professionisti	Progetto sulla Prevenzione del Bullismo
	Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria – Provveditorato Regionale Sardegna	Progetto SP.IN. - Sportello informazione

Famiglia minori donne	Cooperativa sociale "I Girasoli" Operatori sociali e liberi professionisti	Erogazione integrata dei servizi destinati all'infanzia, alle donne, ai giovani, alle famiglie
	Cooperativa sociale "I Girasoli" Operatori socio-sanitari liberi professionisti	Progetto "Sostegno alla neo-genitorialità"
	Liberi professionisti	Progetti di formazione e sensibilizzazione sulla violenza su donne e minori
	Liberi professionisti	Progetto "Isola donna"
	Associazione "Janas" onlus	Rispondere ai nuovi bisogni delle famiglie e dei bambini
	Associazione "Janas" onlus	Sostegno genitorialità / Spazio famiglia
	Associazione "Pensiero Libero"	Progetto formativo per le relazioni interpersonali positive in ambito familiare, scolastico e di lavoro
	Associazione Culturale "Studiodrama"	Progetti di animazione teatrale e multimediale
Immigrati	Società cooperativa sociale "La Carovana" onlus	Inter.Medi.Azioni
		Proposte educative per le scuole
		Percorsi di educazione all'intercultura per gli insegnanti
	Associazione "I Talenti" onlus; A.R.E.E onlus	Ricerca-azione sulle problematiche degli operatori di ASL, servizi sociali comunali e scuole con l'utenza straniera
	Centro Servizi per l'Immigrazione - Provincia di Cagliari	La mediazione culturale
	Comunità libanese in Sardegna	Fairuz – sentro servizi interculturali

#### **1.4. Le procedure attivate per la predisposizione del PLUS**

Il PLUS è lo strumento privilegiato per conseguire forme di integrazione tra gli Enti coinvolti nell'Ambito di riferimento (Provincia, Comuni, Asl), con la collaborazione del privato sociale, e del volontariato, mediante l'analisi dei bisogni del territorio, la definizione delle criticità e quindi delle priorità di intervento, mediante azioni e progettualità associata.

Il GtP fin dall'inizio dei lavori ha scelto di incontrarsi presso la sede del capofila, la Provincia di Cagliari, da una a tre volte alla settimana.

Il lavoro di stesura del documento PLUS è stato pianificato in tre fasi:

##### **Prima fase: dalla Conferenza dei Servizi alla Conferenza di Programmazione: gg. 38**

Nella **Conferenza dei Servizi del 22/06/'06, e in seconda seduta 27/06/'06**, gli Amministratori (Comuni, Provincia, ASL) dell'Ambito, hanno eletto i rappresentanti del GtP.

**Il GtP ha iniziato i suoi lavori il 7/07/'06**, ed ha prodotto, innanzitutto, un primo Profilo d'Ambito, fotografia di un territorio ampio e differenziato. Tale documento è stato predisposto mediante l'analisi dei dati ISTAT relativi ad alcuni indicatori demografici estratti dal Profilo di Salute, a cura dell'Osservatorio dell'Ass. Politiche Sociali della Provincia di Cagliari.

Compito specifico del GtP è stata la raccolta, la discussione, la lettura ed analisi dei dati del territorio; la produzione e/o adattamento di schede operative di lavoro e la definizione di grafici di immediato impatto comunicativo, nonché la preparazione dell'evento di comunicazione al pubblico del lavoro svolto.

Al Profilo d'Ambito è stata allegata anche una raccolta di grafici a cura dell'Osservatorio e dello Studio di consulenza Studio Vega (ASL 8), nonché un documento di analisi ambientale del territorio, a cura dell'Ass. Ambiente della Provincia di Cagliari e un primo documento di raccolta dell'offerta dei servizi socio-sanitari presenti nell'area.

Il lavoro è stato presentato agli Amministratori, agli Operatori del settore, al Privato sociale ed ai Cittadini in **Conferenza di Programmazione il 29/07/'06 presso il T Hotel di Cagliari**. Tale incontro è stato ampiamente pubblicizzato tramite procedure di evidenza pubblica (affissione agli albo pretorio e comunicato stampa), ed inviti diretti ad Istituzioni pubbliche, oltre che a mezzo stampa locale e sito web della Provincia di Cagliari, della ASL 8 e di alcuni Comuni dell'Ambito.

##### **Seconda fase: dalla Conferenza di Programmazione al Tavolo di sintesi dei tavoli tematici: gg. 53**

A partire dal 30 luglio il GtP si è impegnato nella realizzazione dei Tavoli tematici sulle Aree tematiche emergenti, definite in Conferenza di

Programmazione. Per l'organizzazione dei singoli Tavoli il GtP ha scelto di realizzare 1 o 2 incontri per argomento, con sedi dislocate sul territorio.

Agli Operatori sociali pubblici e privati, del Volontariato ed associazionismo sociale che hanno partecipato ai lavori dei Tavoli tematici è stato chiesto l'approfondimento di alcune criticità. Il Tavolo tematico è stato la sede privilegiata per la definizione di criticità/priorità, azioni relative al tema in discussione, e la presentazione da parte di tutti i partecipanti di eventuali ipotesi di intervento, anche sistematizzate in relazioni sintetiche consegnate al GtP e messe agli atti di questo documento PLUS.

Compito specifico del GtP è stato l'animazione del territorio e la gestione delle discussioni prodotte nei tavoli tematici. I partecipanti sono stati incentivati e sostenuti dal GtP in un lavoro di riflessione sulle tematiche in argomento e di stesura di documenti correlati. Per realizzare ciò, il Privato sociale, i professionisti del settore, gli Operatori socio-sanitari del territorio e spesso anche privati cittadini, con l'ausilio di alcuni componenti del GtP, si sono organizzati, successivamente al Tavolo, con incontri di piccolo gruppo per approfondire la tematica ed offrire un loro contributo.

La sintesi dei lavori prodotti nei Tavoli Tematici, ossia per ogni Area tematica l'analisi delle criticità/priorità, e delle azioni proponibili, è stata presentata dal GtP agli Amministratori dell'Ambito nel **Tavolo di Sintesi che si è tenuto a Cagliari il 20 settembre '06**, alla presenza degli operatori e del privato sociale partecipante ai Tavoli.

### **Terza fase: dal Tavolo di sintesi alla presentazione del documento di bozza del LUS alla Conferenza dei Servizi: gg. 61**

A seguito del Tavolo di Sintesi il GtP ha proseguito, in accordo e confronto con gli Amministratori locali dell'Ambito, e in collaborazione con gli operatori del territorio, i lavori di stesura del PLUS e di definizione della progettualità associata.

Compito specifico del GtP è stato:

- La definizione di un modello socio-economico per la valutazione del bisogno sociale e sociosanitario che identificasse l'offerta dei servizi quale risposta al bisogno (vedi cap. 7, par. 1), progettato con l'ausilio di un consulente esterno.
- Il proprio coinvolgimento in un lavoro di confronto con gli Amministratori locali nell'applicazione del Modello socio-economico e nella definizione delle Aree prioritarie e delle modalità di intervento.
- L'attivazione di tutti gli Operatori del territorio (16 Comuni e ASL8) alla definizione delle azioni prioritarie da svolgere in forma associata, e alla successiva stesura dei progetti.
- La progettazione associata.
- La stesura del documento PLUS.

La prima bozza realizzata dal GtP viene consegnata agli Amministratori locali il 2 novembre '06. Segue il Tavolo di lavoro degli Amministratori del 10

novembre '06 in cui con la partecipazione del GtP vengono definite le specifiche e le correzioni necessarie alla bozza di PLUS per la stesura del documento finale che viene presentato alla Conferenza dei Servizi del 20 novembre '06.

#### **1.4.1 Gli incontri di lavoro per la realizzazione del PLUS**

##### **N°3 Conferenze di Servizio**

- 20 giugno 2006
- 27 giugno 2006
- 20 novembre 2006

##### **N°2 Incontri pubblici**

- 29 luglio 2006 - Conferenza di Programmazione
- 20 settembre 2006 - Tavolo di sintesi

##### **N°4 Partecipazione del GtP al Tavolo degli Amministratori**

- 20 settembre 2006
- 5 ottobre 2006
- 19 ottobre 2006
- 10 novembre 2006

##### **N°22 Riunioni GtP**

##### **N°3 Incontri GtP allargato agli operatori dell'Ambito**

##### **N°10 Incontri di piccolo gruppo operatori GtP e locali per la stesura dei progetti associati**

##### **N°9 Tavoli tematici**

- 2 agosto '06
- 3 agosto '06
- 31 agosto
- 4 settembre '06 (2 incontri)
- 5 settembre '06
- 6 settembre '06
- 11 settembre '06
- 12 settembre '06

## 1.4.2 Gli incontri tematici

Le aree tematiche trattate sono state le seguenti:

- **“Sofferenze mentali”**  
primo incontro 2 agosto '06,  
secondo incontro 11 settembre 2006, entrambi presso il Comune di San Sperate
- **“Famiglia, Minori, Donne”**  
primo incontro 3 agosto '06  
secondo 31 agosto 2006, entrambi presso il Centro di Aggregazione Sociale del Comune di Sarroch
- **“Multietnicità, Immigrazione e Mediazione culturale”**  
4 settembre '06, presso il Comune di Pula
- **“Accessibilità e continuità dell'Assistenza”**  
4 settembre '06, presso il Comune di Domus De Maria
- **“Disagio, Criminalità ed Inclusione sociale”**  
5 settembre '06, presso il Comune di Capoterra
- **“Dipendenze”**  
6 settembre '06, presso il Centro di Aggregazione sociale del Comune di Villa San Pietro
- **“Persone con disabilità e Anziani”**  
12 settembre '06, presso il Comune di Assemini

## 1.4.3 CRITICITA' E PUNTI DI FORZA

L'Ambito Area Ovest ha dovuto, innanzitutto, confrontarsi con la difficoltà insita nell'elaborazione di una azione di coinvolgimento di un territorio vasto, disomogeneo, articolato in 16 Comuni, con esperienze di lavoro associato solo in forma di sub-ambiti. I tempi ristretti di produzione del PLUS, scanditi da incontri ufficiali di consegna di documenti, e la non chiarezza delle procedure, o meglio la necessità di co-costruire, GtP ed Amministratori locali, secondo le Linee guida della Regione Sardegna, nuove procedure di applicazione e realizzazione del PLUS, hanno costretto gli operatori ad un lavoro di programmazione e progettazione pressante e spesso non sufficientemente approfondito, attraverso il dialogo e il confronto sulle problematiche trattate.

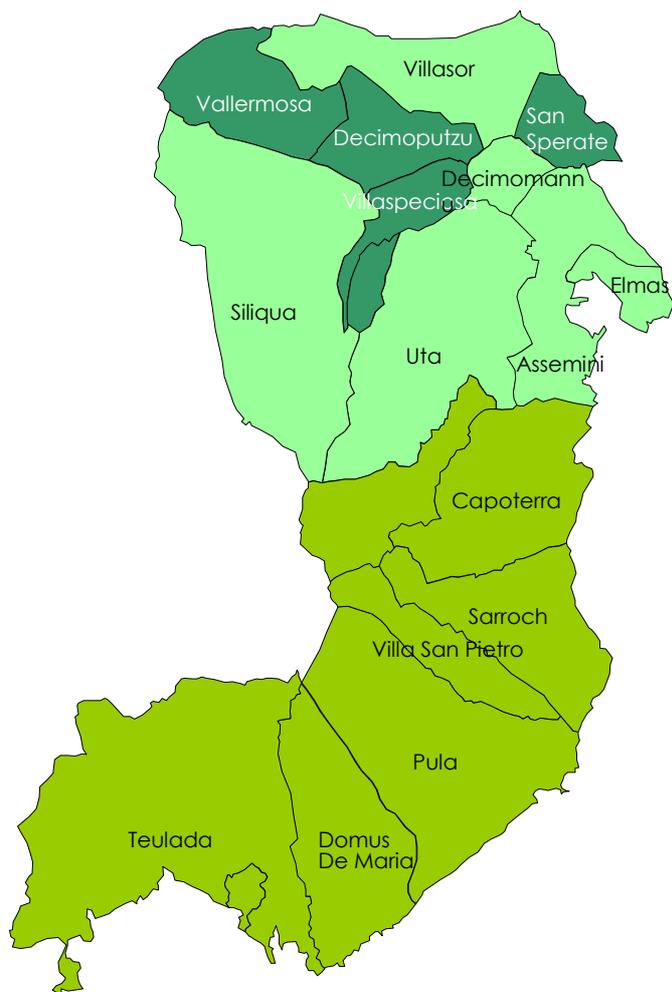
Inoltre, è da sottolineare che il numero degli incontri istituzionali svolti, e sopra elencati, non evidenzia sufficientemente l'impegno prodotto che ha comportato una attività di back-office considerevole. Molti operatori del GtP, provenienti sia dai Comuni, che dalla Provincia e dall'ASL 8, non hanno potuto partecipare al lavoro del PLUS in orario di servizio, e tutti hanno continuato a svolgere i loro compiti istituzionali presso le proprie Amministrazioni. Ciò ha comportato la presenza non continua di tutti gli operatori del GtP, in particolare, delle Assistenti sociali dei Comuni, mentre parte dei componenti del GtP hanno dovuto anche accumulare straordinari e/o ore di recupero a carico del proprio Ente di appartenenza.

Ulteriori difficoltà organizzative sono state prodotte dalla innovatività dell'intervento che ha comportato per l'Ente capofila e per i Comuni del territorio aspetti di tipo

esecutivo-amministrativo non sempre di facile attivazione (servizi di protocollo, stampe, utilizzo di ambienti...).

Peraltro, questa esperienza ha tradotto in positività anche le criticità sopra menzionate in quanto l'intensità degli impegni ai lavori da parte di tutti i soggetti partecipanti e in particolare del GtP, ha esitato in valori aggiunti rappresentati da: scoperta di nuovi processi di integrazione tra diversi operatori; nuove conoscenze su temi precedentemente possedute da singoli operatori; più qualificata attitudine al coinvolgimento su temi non propri, ma di interesse comune; acquisizione di nuove competenze in materia di integrazione. Soprattutto queste ultime rappresentano ormai patrimonio acquisito da parte degli Enti e dei soggetti partecipanti alla Pianificazione Integrata. Comuni, Provincia, ASL e risorsa complessiva, forse inaspettata, da mettere in campo da oggi e per il futuro al fine di rendere compiuto il processo di integrazione e di personalizzazione degli interventi nel settore sociosanitario a livello locale d'ambito, provinciale e regionale.

## 2. PROFILO D'AMBITO AGGIORNATO ( EX-USL 20 ) - AREA OVEST



## Il quadro legislativo

LEGGE	CONTENUTI
Legge Quadro n°266 del 1991	La legge riconosce "il valore sociale e la funzione dell'attività di volontariato come espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo" e stabilisce i principi fondamentali relativi agli organismi di volontariato.
Legge n°381 del 1991	La legge definisce cooperative e sociali quelle imprese associative che hanno "lo scopo di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini."
Legge n°104 del 1992	Riconosce e formalizza la dignità assoluta della persona, anche in condizione di disabilità.
Legge Regionale n°39 del 1993	La Legge disciplina l'attività di volontariato secondo i principi della Legge Quadro 11 agosto 1991 n°266 riconoscendo il principio di solidarietà sociale di cui all'articolo 2 della Costituzione, tutelando le relative organizzazioni come espressione della libera partecipazione dei cittadini, salvaguardandone l'autonomia e il pluralismo e favorendo il loro concorso al conseguimento delle finalità di carattere sociale, civile e culturale individuate dalle leggi regionali.
Decreto Legislativo n°460 del 1997	In vigore dal 1° gennaio 1998, stabilisce i principi relativi al riordino della disciplina tributaria degli enti non commerciali e delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale (ONLUS) prevedendo importanti agevolazioni di natura fiscale per le realtà del Terzo Settore
Legge Regionale n°16 del 1997	La Legge stabilisce le norme per la promozione e lo sviluppo della cooperazione sociale al fine di promuovere l'inserimento lavorativo e l'integrazione sociale delle persone svantaggiate, in attuazione della Legge 8 novembre 1991, n. 381, garantendo altresì la piena attuazione del principio di parità tra uomo e donna.
Legge Quadro n°328 del 2000	Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. La legge di riforma introduce il principio del superamento della logica assistenziale basata sulle "categorie". Infatti il sistema integrato di interventi e servizi sociali viene offerto a tutti i cittadini, ed in taluni casi anche agli stranieri ed agli apolidi, che versino in particolari situazioni di vita.
Legge n°383 del 2000	Legge Quadro che detta i principi fondamentali sull'associazionismo e per la cui attuazione sono necessarie specifiche leggi regionali. La Legge definisce le Associazioni di promozione sociale come una nuova categoria giuridica che si caratterizza per la forma (associazione, movimento, coordinamento o federazione), per lo scopo (attività di utilità sociale e nessuno scopo di lucro), per la partecipazione libera e prevalentemente volontaria.
Legge Regionale n°23 del 2005	Nelle more delle disposizioni della legge 328/00 adegua la precedente normativa (legge regionale 4/88), potenziando il sistema dei Servizi Sociali regionale.
Legge n. 2277 del 1925	Legge per la protezione e assistenza alla maternità ed infanzia (istituzione dell'OMNI).
R.D.L. n°798 del 1927	(G.U. 1 giugno 1927, n° 126) convertito in legge L. 6 dicembre 1928, n°2838. Norme sull'assistenza degli illegittimi, abbandonati o esposti all'abbandono
R.D. (T.U.L.C.P.) n°2316 del 1934	Testo Unico delle leggi sulla protezione ed assistenza della maternità ed infanzia
R.D. (T.U.L.C.P.) n°383 del 1934	Artt. 91 e 144 competenze per infanti illegittimi, assistenza non vedenti e non udenti, protezione maternità ed infanzia
R.D. (T.U.L.C.P.) n°826 del 1942	Artt. 91 e 144 - competenze infanti illegittimi, assistenza revisione testo del R.D.L. 8 maggio 1927 n°798
L. n°698 del 1975	Scioglimento OMNI
L. n°67 del 1993	Disposizioni in materia sanitaria e socio-assistenziale

---

**Quadro sinottico della normativa nazionale e regionale in ambito sanitario**

---

<b>LEGGE</b>	<b>CONTENUTI</b>
Legge n° 833 del 1978	Legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale che definisce la tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini. Nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività.
Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 febbraio 2001	Il decreto oltre a fornire le definizioni delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, stabilisce che l'assistenza socio-sanitaria viene prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati le cui modalità e i criteri di definizione saranno disciplinati dalle regioni.

---

## **Indice del Profilo d'Ambito**

### **Il quadro legislativo**

### **Gli attori coinvolti**

### **Premessa**

### **Il contesto di riferimento**

- *Il profilo ambientale*

### **La realtà socio-sanitaria**

- *Il profilo demografico e le sue implicazioni sociali*
- *Il profilo economico e storico-culturale*
- *Il profilo sanitario*

### **Il profilo dell'offerta dei servizi**

- *La risposta al bisogno*

### **Riflessioni per le priorità**

- *Criticità d'Ambito*
- *Opportunità d'Ambito*

### **Allegati**

- *Scheda integrata offerta servizi socio-sanitari aggiornata*

## Premessa

### **Cos'è il Profilo d'Ambito?**

Il primo profilo d'ambito è un documento di rappresentazione, analisi e descrizione del contesto territoriale di riferimento del PLUS, Piano Locale Unitario dei Servizi alla persona, così come stabilito dalle Linee guida approvate con deliberazione della Giunta regionale n°23/30 del 30 maggio 2006 .

### **Cos'è il PLUS?**

Il PLUS (ovvero Piano Locale Unitario dei Servizi alla persona) è uno strumento di programmazione integrata con cui i diversi Soggetti Sociali di ogni distretto (ASL, Comuni, Provincia, Soggetti Sociali e Solidali etc..) mettono a disposizione le proprie competenze ed esperienze al fine di definire assieme obiettivi, strategie e interventi per la prevenzione, tutela, cura e sviluppo della persona.

### **Perché nascono i PLUS?**

I PLUS nascono dall'esigenza di creare un lavoro coordinato e sinergico fra le strutture che operano nel sociale, le istituzioni e i cittadini, con lo scopo di poter mettere in rete nel territorio un servizio integrato di presa in carico della persona.

Il benessere del cittadino non può più essere inteso in modo frammentato nelle sue varie parti (sociali, psichiche, fisiche socio-economiche etc.), ma supportato tramite una rete di interventi coordinati, che rispondano alle sue reali esigenze.

### **Come operano i PLUS?**

Lo strumento operativo dei plus è il **Gruppo tecnico dei PLUS** composto da non più di 7 persone, prioritariamente individuate fra il personale dipendente delle Amministrazioni coinvolte. Il GtP ha il compito di rappresentare le condizioni di salute e di benessere sociale della popolazione, proporre obiettivi di salute e benessere, nonché proporre iniziative di coinvolgimento e rafforzamento della comunità locale, evidenziare possibili squilibri territoriali, identificare l'offerta dei servizi, progettare una pianificazione integrata degli interventi.

### **Come partecipano i cittadini, il privato sociale e le Istituzioni ai PLUS?**

Il cittadino, il privato sociale e le istituzioni hanno la possibilità di intervenire nel processo tramite la partecipazione alla **Conferenza di programmazione** indetta dalla Provincia insieme con i Comuni e con la ASL. La Conferenza di programmazione è la sede dove l'apporto e il contributo ai processi di interesse comune è necessario per poter condividere i patti locali di sviluppo del territorio.

La Conferenza di programmazione si articola in momenti di plenaria e in conferenze di settore finalizzate all'approfondimento tematico e alla predisposizione di contributi e di proposte per la definizione delle politiche per le singole aree di intervento del Plus.

## Come si predispose il primo profilo d'ambito?

Il GtP ha predisposto il documento potendo disporre di:

- dati messi a disposizione dall'Osservatorio alle Politiche Sociali della Provincia di Cagliari, rielaborati da fonte Istat;
- dati forniti dagli operatori socio-sanitari dell'ambito, relativi ai servizi socio-sanitari presenti nel territorio;
- dati raccolti e forniti dall'Azienda Sanitaria Locale n°8, con la collaborazione dello Studio VEGA Sardegna

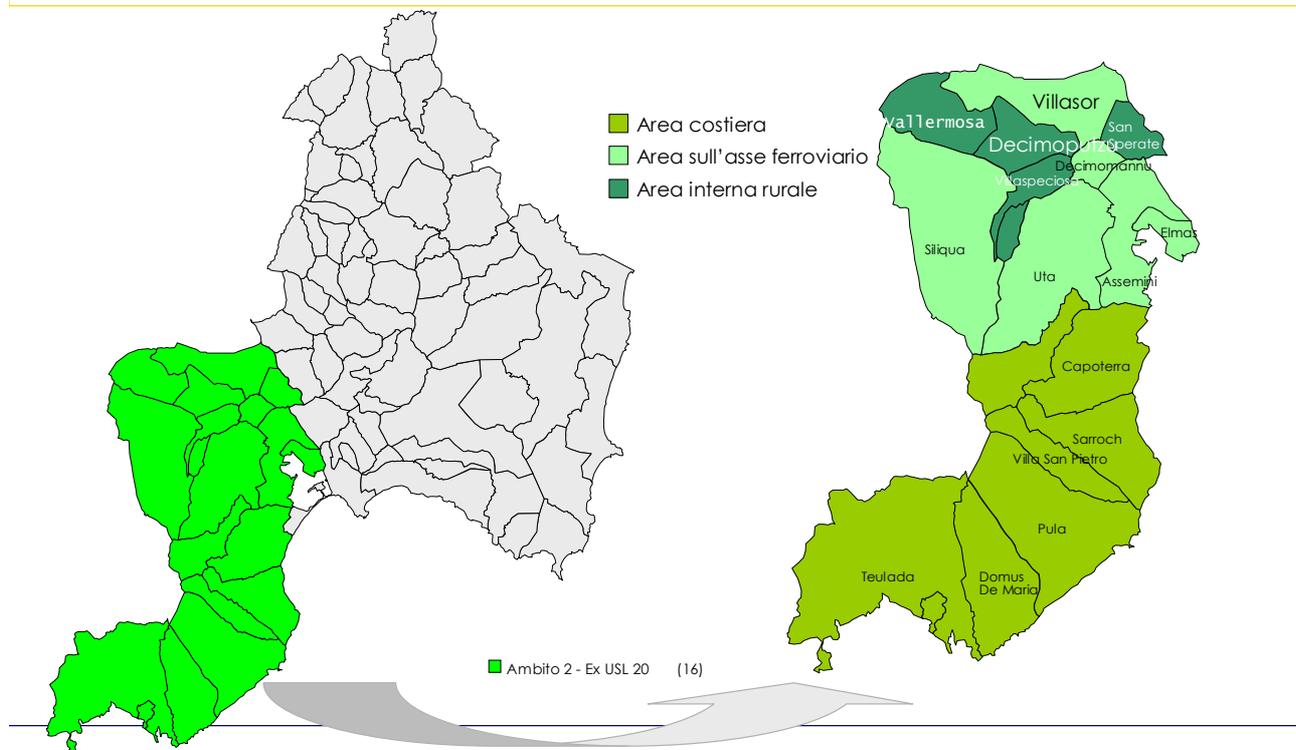
Questo primo profilo d' Ambito vuole rappresentare una prima fotografia del territorio a partire da dati oggettivi demografici, epidemiologici, sociali ed ambientali, letti attraverso la lente della ricerca sociale, ma anche dell'esperienza diretta degli operatori socio-sanitari che in questo ambito operano da tempo accanto ai cittadini.

Il GtP ritiene importante introdurre il lavoro di presentazione di questo primo profilo d'ambito riprendendo le parole del Ministro Livia Turco (tratte da Linee del programma di governo per la promozione ed equità della salute dei cittadini – Roma, 27 giugno 2006). La parola chiave è **Fiducia**. *“Dobbiamo ricreare il rapporto di fiducia tra i cittadini ed il sistema sociosanitario (n.d.r). Ciò significa avere come inderogabile punto di riferimento il cittadino, la sua dignità, la sua concreta condizione di vita. Il cittadino come portatore di diritti e doveri, come protagonista del suo benessere, che ha il diritto alle prestazioni essenziali, ma anche il “dovere” di partecipare attivamente .. ( omissis) ”* alla programmazione e progettazione dei servizi a lui destinati.

L'importanza di far incontrare punti di vista complementari tra operatori e cittadini è fondamentale per il rispetto del principio di sussidiarietà e di governo condiviso dei servizi, che si realizza, inoltre, attraverso il porre in essere forme effettive di integrazione socio-sanitaria.

## Il profilo ambientale

### Ambito 2 (ex USL 20) – CAGLIARI OVEST



L'ambito territoriale al quale ci riferiamo, comprende 16 Comuni, dell'area ad ovest e nord-ovest della città di Cagliari distribuiti su una superficie vasta e variegata, (si tratta dell'ambito più complesso della Provincia). Le caratteristiche di questi Comuni si diversificano per quanto riguarda gli aspetti morfologici del territorio (comuni situati in pianura, in prossimità della montagna, lungo la costa), demografici, economici, sociali, ecc, e sembrano talmente disomogenei da farci interrogare se sia opportuno parlare di "comunità" nel vero senso della parola.

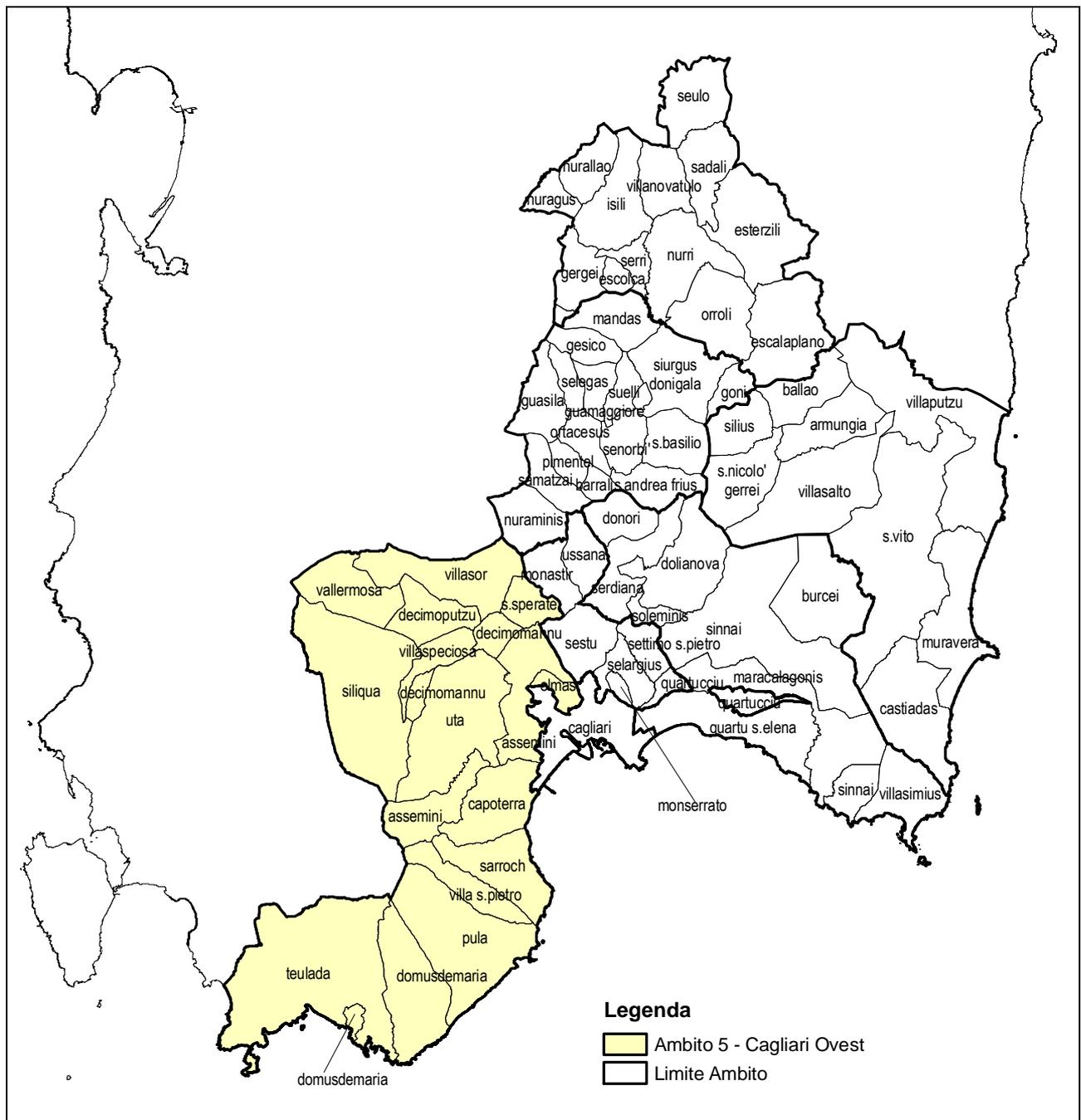
Possono essere individuati tre raggruppamenti o aree abbastanza omogenee:

1. **Area costiera** (Capoterra, Sarroch, Pula, Villa San Pietro, Domusdemaria, Teulada)
2. **Area sull'asse ferroviario** (Villasor, Uta, Siliqua, Decimomannu, Assemini, Elmas)
3. **Area interna rurale** (San Sperate, Vallermosa, Villaspeciosa, Decimoputzu)

## Quadro territoriale di riferimento

(a cura dell'Assessorato Ambiente – Provincia di Cagliari)

Il territorio del PLUS Area Ovest si estende da Teulada fino alla bassa valle del Cixerri ed al Campidano di Cagliari. L'ambito comprende il settore costiero fra Capo Teulada e Ponte Maramura a Capoterra, i versanti del sistema orografico del massiccio del Sulcis, le piane costiere di Pula e Capoterra, le piane alluvionali del basso corso del Cixerri, Flumini Mannu e Rio Mannu di San Sperate. L'ambito comprende i territori comunali di Assemini, Capoterra, Decimomannu, Decimoputzu, Domus de Maria, Elmas, Pula, San Sperate, Sarroch, Siliqua, Teulada, Uta, Vallermosa, Villa San Pietro, Villasor, Villaspeciosa.



L'organizzazione dello spazio insediativo si struttura in riferimento alla direttrice viaria della SS 195 nel settore costiero sud-occidentale, alla direttrice infrastrutturale (SS 130, vecchia sulcitana, ferroviaria) ed ambientale (terminale del Cixerri e Flumini Mannu) fra Cagliari-Decimomannu, alle piane agricole del Campidano di Cagliari e del basso Cixerri.

#### Dati territoriali

<b>Comune</b>	<b>densità ab/Kmq</b>	<b>superficie Kmq</b>
Assemini	204	117,5
Capoterra	313	68,25
Decimomannu	244	28,05
Decimoputzu	90	44,81
Domus de Maria	16	96,78
Pula	47	138,79
San Sperate	261	26,15
Sarroch	77	67,88
Siliqua	22	190,25
Teulada	16	245,59
Uta	50	134,46
Vallermosa	33	61,81
Villa San Pietro	45	39,61
Villasor	82	86,61
Villaspeciosa	71	27,35
Elmas	579	13,7

## Geografia ambientale

La geografia fisico-ambientale del territorio individua due grandi ambiti: il sistema costiero e il sistema territoriale interno.

Il sistema costiero è articolato nelle seguenti grandi componenti ambientali complesse:

### 1. Il sistema della Costa del Sud

Il sistema territoriale della Costa del Sud si estende da Capo Spartivento fino a comprendere ad ovest il settore roccioso di Guardia Desogus, oltre la Punta di Cala Piombo. L'arco costiero si sviluppa, inoltre, tra il Promontorio di Capo Teulada a ovest e quello di Capo Malfatano a est. Verso l'entroterra il limite di individuazione dell'area in esame coincide, in linea generale, con lo spartiacque del bacino idrografico che racchiude i corsi d'acqua con deflusso verso il settore costiero. Il substrato geologico della regione è rappresentato, nel settore orientale, dalla successione metasedimentaria paleozoica, mentre in quello occidentale predominano rocce granitiche.

Il sistema costiero ha uno sviluppo prevalentemente roccioso ed il suo profilo è caratterizzato da profonde insenature, piccoli archi di spiaggia ubicati nel fondo di baie poco pronunciate, ripe d'erosione e falesie attive. Tutti i sistemi di spiaggia rintracciabili all'interno del Golfo di Teulada devono la loro origine a particolari situazioni geomorfologiche costiere ed alle locali dinamiche riscontrabili nel settore sommerso, tipiche dell'evoluzione della coste a rias. Ne derivano sistemi estremamente complessi e sensibili i cui equilibri sedimentari possono essere facilmente alterati dall'introduzione di interventi attuati sia nei settori sommersi, sia in quelli emersi.

Le aree interne facenti parte dell'ecologia individuata sono caratterizzate da un articolato complesso orografico che vede la sue culminazioni principali nel Monte di Chia (803 m s.l.m.) e nel Monte Perdosu (615 m s.l.m.), situati nella parte nord-orientale. Da qui i rilievi, sempre con morfologie movimentate e strette incisioni fluviali, degradano progressivamente verso il settore costiero.

In particolare l'estensione di alcuni bacini idrografici, il manifestarsi di eventi meteorici rilevanti ed eccezionali, l'elevata energia del rilievo ed il degrado del manto vegetale, rappresentano fattori predisponenti l'attivazione di fenomeni di dissesto idrogeologico sia nel settore costiero, sia in quello continentale. Questi processi sono in parte legati alle condizioni climatiche che caratterizzano il settore sud-occidentale della Sardegna. Quest'ultimo rientra, infatti, nel sistema morfoclimatico sub-tropicale semiarido con precipitazioni molto ridotte e concentrate in eventi meteorici particolarmente intensi che seguono generalmente periodi stagionali di siccità.

## **2. Il sistema costiero di Chia e del bacino del Rio Mannu – Rio di Chia**

Racchiude l'estremo settore costiero sud-occidentale del Golfo di Cagliari e comprende l'articolato sistema sabbioso di Chia ed il complesso montuoso e collinare che racchiude il bacino idrografico del Rio Mannu – Rio di Chia e di altri corsi d'acqua secondari che alimentano piccole zone umide costiere. Gli elementi di transizione tra questi ambiti fisiografici così diversificati, quello costiero e quello montano, sono la vasta piana colluvio-alluvionale di Su Pranu Spartivento e la Piana costiera del Rio di Chia. Tali superfici fungono da raccordo tra il complesso sistema orografico ed il settore costiero caratterizzato dalle depressioni stagnali di su Stangioni de su Sali e dallo Stagno di Chia nonché dagli articolati sistemi dunari di retrospiaggia.

## **3. Il sistema costiero tra Punta de su Scovargiu e Punta d'Agumu e bacino idrografico del rio Palaceris**

Si estende nel settore sud-orientale del Sulcis e comprende l'ampio tratto di costa, esteso circa 12 chilometri, compreso tra la costa rocciosa di Punta de su Scovargiu a sud ed il promontorio andesitico di P.ta d'Agumu a nord, ed il sistema orografico granitico che racchiude il bacino idrografico del Rio Palaceris.

Il settore costiero mostra una sostanziale continuità di urbanizzazione specie a ridosso delle ampie falcate sabbiose di Foxi 'e Sali (oggi Santa Margherita) a nord e di Forte Village a sud.

#### **4. Il sistema della piana di Pula e del settore costiero di Nora**

Comprende il settore orientale del Sulcis e racchiude l'ampio tratto costiero compreso tra Punta Zavorra a nord e Punta d'Agumu a sud, e la retrostante piana colluvio-alluvionale di Pula.

Il territorio in esame è soggetto ad un forte sfruttamento delle risorse naturali conseguenti le due più importanti attività economiche che in esso si esplicano: quella agricola e quella turistica. L'attività agricola interessa gran parte della piana e sfrutta la media e buona fertilità dei suoli che sulle formazioni colluvio-alluvionali pleistoceniche ed attuali si sono sviluppati. Tra i processi che regolano le dinamiche del settore costiero grande rilevanza riveste il progressivo arretramento della linea di costa evidenziato dall'erosione nei litorali sabbiosi e dal rapido scalzamento dei tratti costieri a sviluppo roccioso.

#### **5. Il sistema della piana di Capoterra e del bacino idrografico del rio Santa Lucia**

Comprende il settore sud-occidentale dell'area vasta cagliaritana e comprende la vasta piana colluvio-alluvionale di Capoterra, il tratto di costa a sviluppo prevalentemente ciottoloso e roccioso compreso tra Punta Zavorra e la spiaggia di La Maddalena, ed il complesso sistema orografico che racchiude il bacino idrografico del Rio Santa Lucia e del Rio San Gerolamo.

La piana di Capoterra è attraversata da alcuni importanti corsi d'acqua, cui è associata una elevata dinamica fluviale specie in concomitanza di eventi meteorologici importanti. Il Rio Santa Lucia, il più importante corso d'acqua della regione, dopo aver solcato la piana, sfocia nell'estremo settore meridionale dello Stagno di Cagliari, mentre il più modesto Rio San Gerolamo, che scorre nel settore centrale dell'ecologia in esame, dopo la confluenza del Rio Masoni 'e Ollastu, sfocia direttamente a mare in località Su Loi.

Il sistema territoriale interno è articolato nelle seguenti grandi componenti ambientali complesse:

##### **1. Il sistema della corona paleozoica occidentale del massiccio del Sulcis**

Comprende i versanti interni del massiccio montuoso del Sulcis, i cui assi drenanti convergono verso lo sprofondamento tettonico della piana del Campidano-Cixerri. L'assetto pedo-forestale è caratterizzato da dense coperture boschive insediate su suoli profondi che vengono sostituiti, nelle culminazioni orografiche, da esigue coltri pedogeniche e dal substrato roccioso affiorante.

Il pattern idrografico costituisce un altro importante sistema di relazione con il bacino interno del Sulcis e con la piana del Campidano-Cixerri, legato all'insieme delle dinamiche idrologiche che caratterizzano il complesso drenante montano. In riferimento a tale contesto il reticolo idrografico appartiene ai bacini montani convergenti verso i sistemi fluviali Cixerri sud-orientale, contribuendo in modo sostanziale alla morfogenesi e all'evoluzione delle conoidi alluvionali poste all'interfaccia con i suddetti ambiti.

L'importanza geoambientale di tale sistema orografico risiede nelle relazioni spaziali che i processi idrogeologici assumono con il bacino imbrifero del lago artificiale di Medau Lirimilis e le falde settentrionali del massiccio di Monte Arcosu, con la fossa del Cixerri e del Campidano sud-occidentale.

## **2. Il sistema orografico del bacino idrico montano del riu Monte Nieddu**

Bacino idrografico montano afferente alla piana di Pula e al sistema costiero di Nora, coincidente in buona parte con quello del bacino idrografico del Rio Monte Nieddu.

I sistemi boschivi ad elevata naturalità costituiscono la principale peculiarità di questo ambito sia in termini costitutivi che funzionali al complesso sistema geo-ambientale, rappresentando un'efficace protezione idraulico-forestale dei versanti utile alla prevenzione di eventuali fenomeni di instabilità gravitativa delle pendici oltre che ad esercitare una azione efficace nella regimazione degli afflussi meteorici, favorendo da un lato l'infiltrazione nel sottosuolo e contenendo dall'altra eventuali deflussi di rilevante entità che evolverebbero nel settore pedemontano e nei bassopiani alluvionali verso manifestazioni di estrema criticità. Gli elementi strutturali principali del sistema sono il sistema orografico di Punta Sa Caxia - Punta Tiriaxeddu – Punta De Su Seinargiu, ed il sistema orografico di Punta Monti Longu – Punta Sebera, Is Cannoneris – Punta Triaxu Mannu.

## **3. Il sistema della Campidano meridionale**

Rappresenta il sistema geo-strutturale riconducibile alla "fossa tettonica del Campidano", che si estende con andamento nord-ovest sud-est dal Golfo di Oristano a quello di Cagliari, che comprende i bassopiani alluvionali del Riu Cixerri e del Flumini Mannu.

### ***Insedimenti e infrastrutture***

Dal punto di vista della caratterizzazione insediativa si individuano tre distinti sistemi di organizzazione dello spazio.

La struttura insediativa organizzata in riferimento al settore costiero sud-occidentale ed al sistema di piane costiere ed incisioni vallive che insistono sul sistema orografico del massiccio del Sulcis. Gli insediamenti si dispongono in relazione all'infrastruttura viaria della SS 195 che attraversa interamente il settore costiero, nell'ordine Capoterra, Sarroch, Villa San Pietro, Pula, Domus de Maria, Teulada. In riferimento al tracciato della SS 195 si organizza inoltre il vasto comparto industriale del petrolchimico di Sarroch e la trama infrastrutturale produttiva e dei servizi territoriali (termovalorizzatore, depuratore, ecc.) del consorzio industriale del CASIC in località Macchiareddu.

La struttura insediativa e infrastrutturale risulta organizzata in riferimento alla direttrice viaria della SS 130, della vecchia sulcitana e del tratto ferroviario Cagliari-Decimomannu ed in riferimento alla direttrice del sistema ambientale di Santa Gilla,

Cixerri e Flumini Mannu. L'insediamento di Elmas, Assemini e Decimomannu sono organizzati in relazione al tracciato viario storico della vecchia sulcitana, della SS 130 e della linea ferroviaria. Nella porzione meridionale, al confine con il comune di Cagliari, è presente un vasto tessuto infrastrutturale per servizi generali, logistica e attività commerciali localizzato in relazione alla SS 130 ed in prossimità dell'aeroporto civile di Cagliari Elmas.

L'organizzazione dei centri agricoli di Decimoputzu, San Sperate, Uta, Villasor, Villaspeciosa e di Siliqua e Vallermosa, localizzati in riferimento alla piana del Campidano di Cagliari e del basso Cixerri.

La dimensione infrastrutturale rappresenta un elemento portante del territorio, che pone questioni rilevanti in ordine alle prospettive di sviluppo del territorio e allo stesso tempo di qualità ambientale. Si tratta di alcune questioni che attengono la mobilità nell'area vasta e l'accessibilità territoriale, che si associano a problemi legati al rapporto tra assetto infrastrutturale e insediamenti residenziali, per servizi e attività produttive.

### ***Economia delle attività***

Sono ben evidenti in tale ambito le direttrici esterne di specializzazione funzionale rispetto al capoluogo. Tale processo di attrazione si esplica nella formazione di ben definite funzioni:

- La funzione industriale è demandata ad una sorta di anello esterno che comprende le aree industriali di Sarroch, Capoterra, Assemini, Uta, Elmas e che si dirama quindi lungo le principali arterie di comunicazione. La realizzazione del porto canale, del parco scientifico e tecnologico, l'ampliamento dell'aeroporto rafforzano la specializzazione industriale della direttrice occidentale. - La funzione agricola è mantenuta dal retroterra produttivo con i sistemi agricoli del basso Campidano, dal corridoio produttivo del Cixerri e dal sistema costiero fino a Teulada.

- La funzione turistica viene infine esercitata da Villa San Pietro, Pula, Domus de Maria e Teulada che rappresentano un importante polo di attrazione turistica non solo per i residenti dell'area urbana cagliaritana, ma anche per i flussi turistici esterni. La presenza di questo polo di agglomerazione dei flussi turistici costituisce una fonte di ricchezza per tutto il sistema economico dell'area vasta.

## La realtà socio-sanitaria

### Il profilo demografico e le sue implicazioni sociali

#### *Chi vive in questo Ambito ?*

Stiamo parlando di circa 116.000 persone di cui 57.738 femmine e 58.230 maschi (al 2004), si tratta dunque della fotografia di una società abbastanza equamente suddivisa tra maschi e femmine (tab.1A).

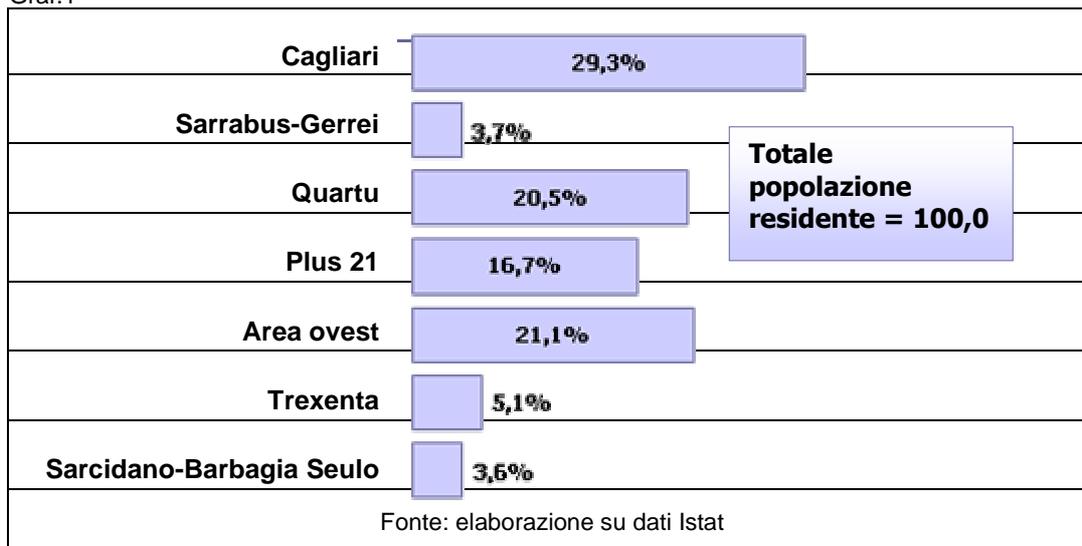
Tab 1A

Ambito	Popolazione residente		
	M	F	MF
Cagliari	75.272	86.193	161.465
Sarrabus-Gerrei	10.168	10.034	20.202
Quartu	56.111	57.051	113.162
Plus 21	45.268	46.935	92.203
<b>Area ovest</b>	<b>58.230</b>	<b>57.738</b>	<b>115.968</b>
Trexenta	13.968	14.095	28.063
Sarcidano-Barbagia Seulo	9.950	9.684	19.634
<b>Provincia</b>	<b>268.967</b>	<b>281.730</b>	<b>550.697</b>

Fonte: elaborazione su dati Istat

L'area risulta essere, la zona più popolate della Provincia di Cagliari (graf.1),dopo quella urbana di Cagliari,seguita dagli ambiti di Quartu e Settimo.,

Graf.1



La distribuzione della popolazione evidenzia come la massima e prevalente concentrazione insiste nei comuni di Assemmini e Capoterra che presentano una dimensione di tipo urbano, sopra i 20.000 abitanti; gli altri centri abitati mantengono la struttura raccolta della piccola comunità come Domus De Maria, Vallermosa, Villa San Pietro, Villaspeciosa, e che non sempre raggiungono i 2000 abitanti (tab.1B).

Tab.1B

<b>Stato della popolazione al 31 dicembre 2004</b>						
<b>Area ovest</b>						
Comune e ambito	Popolazione residente				Tasso di femminilità	% stranieri residenti
	M	F	MF			
			v.a	% di colonna		
Assemmini	<b>12.587</b>	<b>12.756</b>	<b>25.343</b>	1370,6%	50,3%	1,0%
Capoterra	<b>11.370</b>	<b>11.096</b>	<b>22.466</b>	1215,0%	49,4%	1,1%
Decimomannu	3.563	3.479	7.042	380,9%	49,4%	0,5%
Decimoputzu	2.035	2.030	4.065	219,8%	49,9%	1,5%
Domus de Maria	813	766	1.579	85,4%	48,5%	1,6%
Elmas	4.190	4.285	8.475	458,4%	50,6%	1,0%
Pula	3.511	3.426	6.937	375,2%	49,4%	<b>2,6%</b>
San Sperate	3.503	3.479	6.982	377,6%	49,8%	0,5%
Sarroch	2.679	2.598	5.277	285,4%	49,2%	0,9%
Siliqua	2.032	2.045	4.077	220,5%	50,2%	0,3%
Teulada	1.983	1.922	3.905	211,2%	49,2%	0,4%
Uta	3.511	3.404	6.915	374,0%	49,2%	1,5%
Vallermosa	1.005	990	1.995	107,9%	49,6%	1,3%
Villa San Pietro	929	920	1.849	100,0%	49,8%	0,9%
Villasor	3.508	3.514	7.022	379,8%	50,0%	<b>5,4%</b>
Villaspeciosa	1.011	1.028	2.039	110,3%	50,4%	0,3%
<b>Totale ambito</b>	<b>58.230</b>	<b>57.738</b>	<b>115.968</b>	<b>6271,9%</b>	<b>49,8%</b>	<b>1,1%</b>

Fonte: elaborazione su dati Istat

La popolazione straniera immigrata corrisponde alla media provinciale (1,1%), con una presenza ancora contenuta e, presumibilmente poco coinvolta, nella vita sociale locale (tab.1B).

Spiccano soprattutto il 2,6% di popolazione immigrata straniera nel Comune Pula e il 5,4% nel Comune di Villasor. Pula da circa 60 anni ospita una comunità tunisina che da sempre è punto di riferimento per ulteriori movimenti immigratori, e recentemente si è sviluppata una comunità bosniaca. A Villasor si è insediata, da circa 10 anni, una comunità marocchina, anch'essa accogliente per nuovi nuclei familiari, che sta ricostruendo localmente il proprio tessuto culturale e sociale e di tradizioni, infatti in paese è stata allestita una moschea per il rito religioso.

### ***Che caratteristiche possiede questo ambito?***

La popolazione è organizzata in 41.220 famiglie concentrate soprattutto nei Comuni di Capoterra e Assemmini e in misura meno considerevole negli altri Comuni. La famiglia tipo presente nel territorio ha le caratteristiche della famiglia nucleare composta in genere da coppie o nuclei di tre componenti (tab.2).

Tab.2

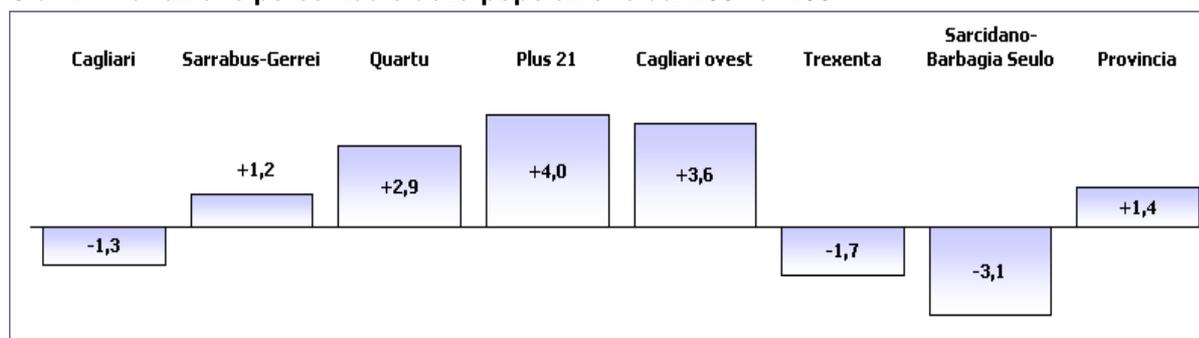
N. medio componenti delle famiglie - al 31 dicembre 2004			
Area ovest			
Comune e ambito	Popolazione residente in famiglia	Numero di famiglie	N. medio componenti famiglie
Assemini	25.321	9.119	2,78
Capoterra	22.434	8.107	2,77
Decimomannu	7.003	2.359	2,97
Decimoputzu	4.065	1.373	2,96
Domus de Maria	1.573	636	2,47
Elmas	8.475	3.083	2,75
Pula	6.930	2.729	2,54
San Sperate	6.941	2.401	2,89
Sarroch	5.266	1.817	2,90
Siliqua	4.077	1.445	2,82
Teulada	3.893	1.531	2,54
Uta	6.915	2.283	3,03
Vallermosa	1.983	607	3,27
Villa San Pietro	1.847	630	2,93
Villasor	6.963	2.415	2,88
Villaspeciosa	2.039	685	2,98
<b>Totale ambito</b>	<b>115.725</b>	<b>41.220</b>	<b>2,81</b>
<b>Provincia</b>	<b>548.566</b>	<b>206.343</b>	<b>2,66</b>

Fonte: elaborazione su dati Istat

La popolazione è in crescita (tab.3A e 3B) in quasi tutto l'ambito, con valori superiori alle altre aree provinciali. Solo Siliqua, Teulada e Villasor mantengono un trend migratorio negativo. Teulada, ancora oggi, risente di un isolamento territoriale, aggravato dalla scarsità dei mezzi di trasporto e dalla mancanza di una rete stradale efficiente, che la rende "distante" dai centri maggiori di attività formative e/o produttivo-economiche, e costringe i sui residenti, spesso i più giovani, a pendolarismo o emigrazione.

La variazione di popolazione (tab.3A) ha ridisegnato le realtà locali di questo territorio, soprattutto nel ventennio 1981/2001: in questo periodo, infatti, si sono avuti i maggiori flussi in spostamento, sia in negativo per i comuni che hanno avuto decremento di abitanti, sia in positivo, per le aree che si sono accresciute. Tendenzialmente i paesi che nel decennio '91/'01 hanno iniziato a perdere (Sarroch, Siliqua, Teulada, Vallermosa, Villasor) o ad accrescere (tutti gli altri paesi del distretto) popolazione, seguono tutt'oggi il loro trend anche se con minor forza percentuale, mentre Decimoputzu e Sarroch stanno lievemente recuperando le perdite degli anni '90.

Graf. 2 - Variazione percentuale della popolazione dal 2001 al 2004



Fonte: elaborazione su dati Istat

Tab. 3A

<b>Variazione della popolazione in diversi periodi</b>				
<b>Area ovest</b>				
Comune e ambito	variazione % 1981-1991	variazione % 1991-2001	variazione % 2001-2004	variazione % 1991-2004
Assemini	21,8	17,0	5,6	23,7
Capoterra	34,6	30,2	5,0	36,8
Decimomannu	13,3	8,0	3,2	11,2
Decimoputzu	8,2	-2,1	1,1	-1,2
Domus de Maria	3,7	7,0	2,4	9,3
Elmas	27,3	7,9	6,8	15,3
Pula	9,0	11,6	6,5	18,4
San Sperate	9,3	5,5	2,5	7,9
Sarroch	8,3	-2,5	0,6	-1,9
Siliqua	3,9	-6,3	-1,4	-8,0
Teulada	-7,6	-15,2	-1,9	-17,0
Uta	10,9	5,9	3,4	9,5
Vallermosa	9,4	-3,9	-0,5	-4,6
Villa San Pietro	34,1	13,0	3,8	17,5
Villasor	3,2	-3,1	-0,8	-3,7
Villaspeciosa	6,0	11,1	5,0	16,3
<b>Totale ambito</b>	<b>15,0</b>	<b>9,7</b>	<b>3,6</b>	<b>13,7</b>
Cagliari	-7,0	-10,6	-1,3	-12,1
Sarrabus-Gerrei	0,1	-1,9	1,2	-0,7
Quartu	27,8	10,2	2,9	13,5
Plus 21	18,8	11,6	4,0	16,3
Area ovest	15,0	9,7	3,6	13,7
Trexxenta	0,2	-1,2	-1,7	-2,9
Sarcidano-Barbagia Seulo	-8,0	-7,1	-3,1	-10,1
<b>Provincia</b>	<b>5,3</b>	<b>1,4</b>	<b>1,4</b>	<b>2,8</b>

Fonte: elaborazione su dati Istat

Tab.3B

<b>Saldo migratorio nel triennio 2002 - 2004</b>				
<b>Area ovest</b>				
Comune e ambito	Saldo migratorio nel 2002	Saldo migratorio nel 2003	Saldo migratorio nel 2004	Saldo migratorio nel triennio
Assemini	321	292	245	858
Capoterra	336	202	103	641
Decimomannu	64	45	29	138
Decimoputzu	14	12	0	26
Domus de Maria	-10	21	19	30
Elmas	171	106	165	442
Pula	191	97	144	432
San Sperate	52	45	43	140
Sarroch	36	-30	4	10
Siliqua	-10	-7	-38	-55
Teulada	-6	-14	-17	-37
Uta	68	11	81	160
Vallermosa	5	-2	4	7
Villa San Pietro	28	7	3	38
Villasor	15	-9	-52	-46
Villaspeciosa	37	3	37	77
<b>Totale ambito</b>	<b>1312</b>	<b>779</b>	<b>770</b>	<b>2861</b>

Fonte: elaborazione su dati Istat

La dinamica di crescita della popolazione di questo ambito e l'urbanizzazione di centri come Assemini e Capoterra è in linea con la tendenza dei nuovi nuclei familiari a trasferirsi nell'interland del capoluogo. Si tratta di coppie giovani, con o senza figli (tab.4), che vengono ad abitare in questo ambito, dove trovano condizioni abitative economicamente vantaggiose, ma anche possibilità di scegliere tra cittadine di media dimensione e zone rurali.

Inoltre, emerge anche in questo ambito un fenomeno di "giovani adulti" che convivono con genitori anziani che, nonostante l'indice di ambito sia inferiore alla media provinciale, spicca per valori particolarmente alti nei paesi in cui è più pregnante la presenza di popolazione anziana.

Così come è importante rilevare la presenza di anziani soli, la cui percentuale, sebbene inferiore alla media provinciale, assume in ogni caso un valore sensibile di 7,1%, che a Teulada raggiunge il 16%. Se da un lato questo territorio è giovane e trainante rispetto ad uno sviluppo demografico locale, dall'altro è comunque presente una problematica di rischio di isolamento di soggetti vulnerabili attorno ai quali costruire una rete di servizi di socializzazione e supporto.

Il tasso di dipendenza giovanile (tab. 5), quindi di presenza di minori, è superiore a quello di dipendenza senile ed anche l'indice di vecchiaia (pari ad 89,8) segnala un territorio dove ci sono mediamente più giovani che anziani.

L'ambito, pertanto, è complessivamente un'area ad alta presenza giovanile, anche se esistono differenze locali e, in particolare Teulada e Siliqua, in modo marcato, ma anche Villasor, Vallermosa, Domus De Maria, come segnalato rispetto ad altri indicatori, presentano una popolazione più anziana.

Tab.4

Indicatori sulla tipologia delle famiglie								
Area ovest								
Comune e ambito	% famiglie unipersonali non in coabitazione < di 35 anni	% coppie senza figli con età della donna < 35 anni	% coppie con figli con età della donna < 35 anni	% monogenitoriali con età del genitore < di 35 anni	% famiglie unipersonali oltre 64	% coppie senza figli con età della donna oltre 64 anni	% coppie con figli con età della donna oltre 64 anni	% monogenitori ali con età del genitore oltre 64 anni
Assemini	4,3	5,8	10,1	0,6	5,7	3,8	2,5	2,0
Capoterra	4,5	5,0	9,7	0,7	4,8	3,8	2,1	2,3
Decimomannu	2,0	4,7	9,4	0,6	6,6	3,9	3,5	3,5
Decimoputzu	1,2	3,9	9,7	0,5	8,9	5,5	3,9	3,8
Domus de Maria	3,5	2,1	6,6	0,5	8,5	7,5	4,0	4,5
Elmas	3,6	3,4	7,7	0,7	7,0	5,2	3,4	2,5
Pula	3,3	3,4	8,2	0,9	7,9	4,4	2,8	3,5
San Sperate	2,2	3,8	8,5	0,4	7,9	4,5	4,8	3,7
Sarroch	3,3	2,4	7,2	0,6	7,3	5,8	4,0	2,9
Siliqua	0,9	3,0	8,8	0,1	10,4	6,5	4,2	5,2
Teulada	1,5	2,1	4,9	0,1	16,0	7,8	4,9	7,6
Uta	1,9	3,4	12,0	0,5	6,7	5,4	3,0	3,2
Vallermosa	1,5	1,0	7,5	0,1	11,2	6,1	4,2	6,6
Villa San Pietro	1,9	3,5	9,7	0,5	5,7	4,4	3,5	2,1
Villasor	1,5	3,1	7,8	0,6	8,3	5,9	3,8	3,7
Villaspeciosa	2,3	3,7	12,4	0,6	7,6	3,7	2,9	3,7
<b>Totale ambito</b>	<b>3,1</b>	<b>4,2</b>	<b>9,1</b>	<b>0,6</b>	<b>7,1</b>	<b>4,7</b>	<b>3,2</b>	<b>3,1</b>
<b>Provincia</b>	<b>3,7</b>	<b>3,2</b>	<b>7,0</b>	<b>0,6</b>	<b>8,9</b>	<b>5,4</b>	<b>3,4</b>	<b>3,9</b>

Fonte: elaborazione su dati Istat

Tab.5

Indicatori demografici al 31 dicembre 2004			
Area ovest			
Comune e ambito	Dipendenza giovanile	Dipendenza senile	Indice di vecchiaia
Assemini	20,6	13,7	66,5
Capoterra	21,5	13,9	64,6
Decimomannu	20,0	16,7	83,3
Decimoputzu	18,9	21,1	111,3
Domus de Maria	16,0	24,2	151,7
Elmas	19,1	16,4	85,9
Pula	16,9	18,2	108,0
San Sperate	18,1	20,9	115,4
Sarroch	16,5	19,5	118,4
Siliqua	18,9	24,9	131,7
Teulada	14,3	35,0	244,9
Uta	21,9	17,6	80,2
Vallermosa	18,7	29,6	157,9
Villa San Pietro	18,2	13,9	76,5
Villasor	17,6	22,0	124,8
Villaspeciosa	21,5	17,1	79,7
<b>Totale ambito</b>	<b>19,6</b>	<b>17,6</b>	<b>89,8</b>
<b>Provincia</b>	<b>18,2</b>	<b>22,1</b>	<b>121,3</b>

Fonte: elaborazione su dati Istat

E ancora, tutti gli indicatori che analizzano la popolazione per classi di età (tab.6) ci segnalano una distribuzione della stessa che fino ai 54 anni presenta valori superiori alla media provinciale, mentre le percentuali tendenzialmente diminuiscono dopo i 65 anni (tranne nei comuni già segnalati) rispetto agli altri territori, che presentano quote superiori di popolazione anziana.

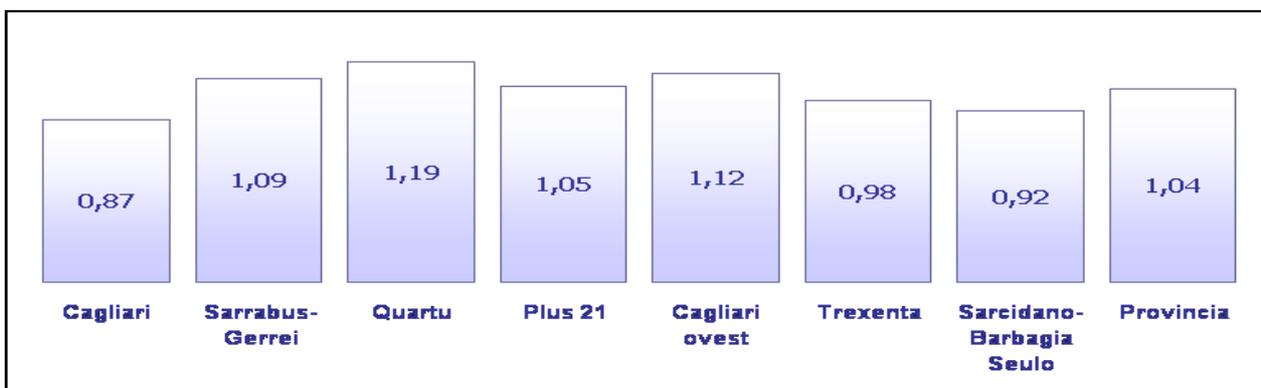
Tab.6

Popolazione per classi d'età al 31 dicembre 2004 (valori percentuali)											
Area ovest											
Comune e ambito	0-2	3-5	6-10	11-13	14-18	19-24	25-34	35-54	55-64	65-74	75-84
Assemini	3,3%	3,1%	4,9%	3,0%	5,8%	7,9%	17,7%	34,1%	10,1%	6,4%	3,1%
Capoterra	3,3%	3,1%	5,1%	3,2%	5,9%	7,8%	17,0%	33,3%	11,0%	6,4%	3,0%
Decimomannu	3,0%	2,9%	4,6%	3,0%	5,7%	7,7%	17,3%	31,7%	12,0%	7,4%	3,7%
Decimoputzu	2,4%	2,4%	4,5%	3,2%	5,8%	8,6%	16,3%	30,6%	11,2%	8,8%	5,0%
Domus de Maria	2,5%	2,0%	3,1%	2,7%	5,3%	7,0%	14,2%	32,8%	13,0%	9,5%	5,9%
Elmas	2,6%	2,5%	4,5%	3,5%	5,8%	7,7%	17,1%	33,4%	10,8%	6,9%	4,3%
Pula	2,0%	2,6%	4,1%	2,7%	5,0%	8,0%	17,1%	31,3%	13,6%	8,2%	4,1%
San Sperate	2,7%	2,5%	4,2%	2,6%	5,2%	7,7%	16,1%	31,8%	12,0%	8,3%	5,2%
Sarroch	2,3%	2,3%	3,5%	3,0%	5,0%	9,1%	17,2%	30,3%	12,9%	8,9%	4,0%
Siliqua	2,2%	2,4%	3,9%	3,4%	6,1%	8,3%	14,6%	30,4%	11,4%	10,0%	5,7%
Teulada	2,0%	1,2%	3,0%	2,8%	4,5%	6,6%	13,6%	31,6%	11,3%	11,4%	9,4%
Uta	2,8%	2,9%	5,0%	3,8%	6,4%	9,1%	15,2%	31,5%	10,7%	7,7%	3,6%
Vallermosa	2,1%	2,2%	4,4%	2,8%	6,0%	7,7%	13,9%	27,8%	13,2%	10,4%	7,3%
Villa San Pietro	2,9%	2,2%	4,9%	2,5%	6,0%	8,7%	18,6%	29,6%	14,1%	6,5%	3,2%
Villasor	2,2%	2,3%	4,0%	3,0%	5,7%	8,0%	16,5%	29,7%	12,8%	9,3%	5,2%
Villaspeciosa	3,1%	3,2%	5,1%	3,0%	6,0%	9,1%	15,9%	31,6%	10,5%	7,5%	3,9%
<b>Totale ambito</b>	<b>2,8%</b>	<b>2,7%</b>	<b>4,5%</b>	<b>3,1%</b>	<b>5,7%</b>	<b>8,0%</b>	<b>16,7%</b>	<b>32,3%</b>	<b>11,4%</b>	<b>7,6%</b>	<b>4,1%</b>
<b>Provincia</b>	<b>2,4%</b>	<b>2,5%</b>	<b>4,2%</b>	<b>2,8%</b>	<b>5,2%</b>	<b>7,5%</b>	<b>16,2%</b>	<b>31,4%</b>	<b>12,0%</b>	<b>8,9%</b>	<b>5,3%</b>

Fonte: elaborazione su dati Istat

Il tasso di fecondità (tab.7), ci conferma, insieme al saldo naturale della popolazione (tab.8), che questo ambito è tendenzialmente giovane e in crescita ed è presente una discreta natalità.

Graf.3 - Tasso di fecondità nell'anno 2003



Fonte: elaborazione su dati Istat

Tab. 7

Saldo naturale nel triennio 2002 - 2004				
Area ovest				
Comune e ambito	Saldo naturale nel 2002	Saldo naturale nel 2003	Saldo naturale nel 2004	Saldo naturale nel triennio
Assemini	166	161	165	492
Capoterra	154	152	120	426
Decimomannu	21	26	35	82
Decimoputzu	8	7	4	19
Domus de Maria	1	6	0	7
Elmas	34	28	39	101
Pula	-1	0	-8	-9
San Sperate	16	-6	17	27
Sarroch	2	22	-3	21
Siliqua	1	-3	1	-1
Teulada	-14	-17	-6	-37
Uta	20	13	36	69
Vallermosa	-8	-6	-3	-17
Villa San Pietro	12	9	9	30
Villasor	1	-9	-1	-9
Villaspeciosa	8	5	8	21
<b>Totale ambito</b>	<b>421</b>	<b>388</b>	<b>413</b>	<b>1222</b>
<b>Provincia</b>	<b>428</b>	<b>425</b>	<b>355</b>	<b>1208</b>

Fonte: elaborazione su dati Istat

L'economia locale presenta un tasso di attività, quindi di potenziale forza lavoro (tab.8), mediamente più alto (51,2,4%) rispetto alla media provinciale (49,6%). Anche il tasso di occupazione (tab.9) è più alto rispetto al dato provinciale, soprattutto nelle attività relative all'agricoltura (tab. 11), e all'industria. Pare emergere una certa carenza di occupazione nell'area del terziario, dei servizi in genere, in contrasto con la presenza di una popolazione giovane attiva con potenzialità occupative in questo settore, e l'implementarsi di una domanda di servizi che segue la crescita della popolazione locale.

Tab.8

<b>Tasso di attività per genere e totale</b>			
<b>Area ovest</b>			
Ambito	Maschi	Femmine	Totale
Cagliari	59,0%	40,2%	48,9%
Sarrabus-Gerrei	56,8%	29,4%	43,0%
Quartu	64,6%	37,3%	50,7%
Plus 21	65,2%	40,4%	52,5%
<b>Cagliari ovest</b>	<b>64,7%</b>	<b>37,8%</b>	<b>51,2%</b>
Trexenta	58,9%	30,1%	44,5%
Sarcidano-Barbagia Seulo	54,3%	28,5%	41,4%
<b>Provincia</b>	<b>62,1%</b>	<b>37,9%</b>	<b>49,6%</b>

Fonte: elaborazione su dati Istat censimento 2001

Tab.9

<b>Tasso di occupazione per genere e totale</b>			
<b>Area ovest</b>			
Comune e ambito	Maschi	Femmine	Totale
Assemini	56,3%	28,7%	42,3%
Capoterra	56,6%	30,4%	43,4%
Decimomannu	52,0%	25,5%	38,6%
Decimoputzu	51,0%	22,6%	36,5%
Domus de Maria	49,3%	23,0%	36,8%
Elmas	57,5%	30,8%	43,9%
Pula	54,0%	25,5%	39,9%
San Sperate	48,0%	24,8%	36,3%
Sarroch	51,3%	22,0%	36,8%
Siliqua	49,1%	19,5%	34,2%
Teulada	44,2%	20,3%	32,5%
Uta	50,0%	18,2%	34,3%
Vallermosa	40,1%	20,4%	30,3%
Villa San Pietro	55,3%	23,6%	39,2%
Villasor	51,2%	18,7%	34,9%
Villaspeciosa	52,3%	22,8%	37,2%
<b>Totale ambito</b>	<b>53,2%</b>	<b>25,7%</b>	<b>39,4%</b>
<b>Provincia</b>	<b>50,9%</b>	<b>27,5%</b>	<b>38,8%</b>

Tab. 10

<b>Tasso di disoccupazione per genere e totale</b>			
<b>Area ovest</b>			
Comune e ambito	Maschi	Femmine	Totale
Assemini	16,2%	31,9%	22,4%
Capoterra	16,0%	27,2%	20,3%
Decimomannu	19,5%	33,5%	24,7%
Decimoputzu	22,9%	42,6%	30,4%
Domus de Maria	21,6%	36,4%	26,7%
Elmas	15,4%	28,3%	20,5%
Pula	18,2%	29,4%	22,1%
San Sperate	20,7%	28,7%	23,6%
Sarroch	17,8%	32,2%	22,7%
Siliqua	15,8%	31,2%	20,9%
Teulada	21,8%	29,5%	24,4%
Uta	21,4%	42,8%	28,4%
Vallermosa	23,3%	32,3%	26,6%
Villa San Pietro	18,1%	40,1%	26,4%
Villasor	16,6%	39,4%	24,2%
Villaspeciosa	19,6%	37,7%	26,4%
<b>Totale ambito</b>	<b>17,8%</b>	<b>32,0%</b>	<b>23,0%</b>
<b>Provincia</b>	<b>17,9%</b>	<b>27,3%</b>	<b>21,6%</b>

Fonte: elaborazione su dati Istat censimento 2001

Tab. 11

Percentuale occupati per attività			
Area ovest			
Comune e ambito	% occupati in agricoltura	% occupati nell'industria	% occupati altre attività
Assemini	5,5%	26,5%	68,0%
Capoterra	4,1%	26,6%	69,2%
Decimomannu	7,3%	25,6%	67,1%
Decimoputzu	32,0%	19,8%	48,2%
Domus de Maria	12,5%	23,5%	64,0%
Elmas	1,8%	20,2%	78,0%
Pula	16,6%	24,0%	59,3%
San Sperate	11,4%	24,8%	63,8%
Sarroch	6,2%	49,2%	44,6%
Siliqua	14,4%	26,9%	58,7%
Teulada	11,5%	23,3%	65,2%
Uta	16,8%	26,7%	56,5%
Vallermosa	17,9%	23,9%	58,2%
Villa San Pietro	18,2%	34,6%	47,2%
Villasor	12,4%	27,1%	60,5%
Villaspeciosa	13,8%	32,3%	53,9%
<b>Totale ambito</b>	<b>9,0%</b>	<b>26,6%</b>	<b>64,4%</b>
<b>Provincia</b>	<b>5,3%</b>	<b>21,9%</b>	<b>72,8%</b>

Fonte: elaborazione su dati Istat censimento 2001

Peraltro, anche il tasso di disoccupazione (23,3%) è più alto della media provinciale (tab.10). La lettura di questo dato per differenza di genere ci permette di cogliere che sono proprio le donne in questa area a risultare maggiormente disoccupate (32%). Donne che mediamente allevano più figli, rispetto ad altri territori e forse non sempre hanno a disposizione servizi di supporto alla famiglia, al lavoro femminile, al pendolarismo, né possono usufruire di una rete familiare estesa, perchè spesso originarie di altre aree territoriali.

Il tasso di disoccupazione giovanile (tab. 12 - dato Istat: range 15/24 anni), invece è lievemente inferiore alla media provinciale, e segnala come le nuove generazioni siano al passo dei loro pari, anche nell'area femminile.

Tab. 12

Tasso di disoccupazione giovanile per genere e totale			
Area ovest			
Comune e ambito	Maschi	Femmine	Totale
Cagliari	53,42	63,06	57,76
Sarabus-Gerrei	45,83	61,49	51,97
Quartu	51,52	66,54	57,92
Plus 21	51,03	62,31	56,01
<b>Cagliari ovest</b>	<b>47,77</b>	<b>65,88</b>	<b>55,46</b>
Trexenta	42,50	67,45	52,35
Sarcidano-Barbagia Seulo	40,98	62,89	49,95
<b>Provincia</b>	<b>49,75</b>	<b>64,53</b>	<b>56,11</b>

Fonte: elaborazione su dati Istat censimento 2001

In generale in questo ambito si sceglie come condizione abitativa l'affitto, in misura ridotta (10,7%), in linea con altre aree dell'interland di Cagliari. Presumibilmente le

giovani coppie scelgono di acquistare la prima casa in alcuni Comuni di questo territorio in considerazione dei costi ancora abbastanza contenuti delle abitazioni. Le abitazioni, peraltro risultano essere quasi tutte fornite di impianto di riscaldamento e confort igienici (tab. 13A e B).

Tab. 13A

Condizione abitativa Area ovest		
Comune e ambito	% abitazioni in affitto	MQ per occupante
Cagliari	21,8%	38,2
Sarrabus-Gerrei	10,0%	38,1
Quartu	13,8%	35,8
Plus 21	10,0%	35,5
<b>Cagliari ovest</b>	<b>10,7%</b>	<b>36,3</b>
Trexenta	6,9%	38,0
Sarcidano-Barbagia Seulo	7,5%	39,0
<b>Provincia</b>	<b>14,5%</b>	<b>36,9</b>

Fonte: elaborazione su dati Istat censimento 2001

Tab. 13B

Abitazioni occupate per servizio installato Area ovest				
Comune e ambito	% abitazioni senza doccia o vasca	% abitazioni senza gabinetti	% abitazioni senza acqua calda in bagno o cucina	% abitazioni senza riscaldamento
Cagliari	0,52	0,18	2,30	23,36
Sarrabus-Gerrei	4,26	0,54	7,53	4,68
Quartu	0,96	0,24	4,72	14,10
Plus 21	0,61	0,27	3,23	12,29
<b>Cagliari ovest</b>	<b>0,65</b>	<b>0,30</b>	<b>3,24</b>	<b>6,71</b>
Trexenta	3,34	1,03	9,04	3,70
Sarcidano-Barbagia Seulo	5,17	1,40	12,61	3,99
<b>Provincia</b>	<b>1,11</b>	<b>0,33</b>	<b>4,03</b>	<b>14,11</b>

Fonte: elaborazione su dati Istat censimento 2001

Il livello di istruzione della popolazione è sensibilmente inferiore rispetto agli altri ambiti dell'area di Cagliari (tab.14), sebbene sia da sottolineare come parte di questo territorio risenta di gravi problemi di trasporto (zona costiera), e parte di livelli socio-culturali legati a variabili da approfondire. Peraltro, questo dato non può che preoccupare ed essere un segnale di una fascia di popolazione forse troppo poco supportata dalle politiche socio-culturali e della formazione scolastica e professionale. In particolare emerge il problema dell'orientamento scolastico e professionale come sostegno personalizzato alle fasi di transizione, soprattutto nel passaggio alla scuola superiore, e la necessità di riattivare la motivazione allo studio con obiettivi a breve e lungo termine che nel mondo del lavoro i giovani oggi possano vantaggiosamente porsi.

Inoltre, è forse possibile sottolineare che non a caso in questo ambito l'occupazione, più frequentemente di quanto in genere non accada nelle altre zone dell'hinterland cagliaritano (area di Quartu e Settimo), è legata ad una attività lavorativa non qualificata (titolo di studio non valorizzato o non posseduto), piuttosto che qualificata (tab.15).

Tab. 14

Indicatori di istruzione Area ovest					
Comune e ambito	indice di non conseguimento scuola dell'obbligo nella popolazione da 15 a 52 anni	Incidenza laureati e diplomati su popolazione > 29 anni	Incidenza di persone che si spostano abitualmente fuori dal comune per motivi di studio	% di spostamenti per studio fuori comune fra 30 e 60 minuti	% di spostamenti per studio fuori comune oltre 60 minuti
Assemini	11,8	41,7	67,0	37,2	9,4
Capoterra	10,5	50,3	58,2	45,9	5,2
Decimomannu	14,9	39,9	38,0	55,3	9,8
Decimoputzu	19,5	21,1	39,5	42,4	29,3
Domus de Maria	18,0	22,5	34,7	32,3	43,1
Elmas	9,6	46,4	56,2	32,8	2,6
Pula	16,5	32,9	33,9	50,3	41,4
San Sperate	12,7	33,1	47,8	48,9	5,4
Sarroch	15,5	39,0	48,6	60,5	12,1
Siliqua	13,6	35,1	47,2	46,7	17,7
Teulada	13,7	24,8	30,7	65,4	17,0
Uta	17,8	28,0	47,1	42,3	13,4
Vallermosa	14,5	31,0	42,6	54,4	37,5
Villa San Pietro	19,0	32,3	47,1	60,6	11,0
Villasor	17,5	27,0	44,3	48,2	18,1
Villaspeciosa	14,3	31,9	50,4	35,0	9,6
<b>Totale ambito</b>	<b>13,5</b>	<b>32,0</b>	<b>51,0</b>	<b>44,4</b>	<b>11,8</b>
<b>Provincia</b>	<b>10,8</b>	<b>40,2</b>	<b>47,9</b>	<b>37,2</b>	<b>8,1</b>

Fonte: elaborazione su dati Istat

Tab.15

Percentuale di occupati in attività qualificata e non qualificata Area ovest		
Comune e ambito	% occupati in attività lavorativa qualificata*	% occupati in attività lavorativa non qualificata
Cagliari	33,9	13,0
Sarrabus-Gerrei	14,7	22,9
Quartu	19,6	19,6
Plus 21	18,8	19,8
Cagliari ovest	15,5	24,6
Trexenta	12,0	28,1
Sarcidano-Barbagia Seulo	14,4	25,8
<b>Provincia</b>	<b>22,5</b>	<b>19,3</b>

Fonte: elaborazione su dati Istat censimento 2001

Il profilo demografico di questo ambito che abbiamo voluto tinteaggiare con alcune note di colore fa emergere un quadro ricco di elementi di omogeneità (età giovanile, tipologia di famiglia, tasso di attività ed occupazione, tipologie di attività) in cui spiccano talvolta punti di discontinuità (preponderanza di popolazione anziana, tendenza allo spopolamento), diversità che aprono la via ad interventi differenziati e personalizzati in un ambito che in prevalenza mostra caratteri di forte cambiamento in atto.

## Il profilo economico e storico-culturale

### **Come possiamo descrivere questo ambito ?**

Come abbiamo anticipato, la sfida per questo distretto sta nel confronto tra le diversità, che si rintracciano non solo nelle differenze geografiche e ambientali, ma anche nelle caratteristiche più legate alla cultura, agli usi e ai costumi locali. In questa scheda presenteremo solo alcuni accenni ad elementi di realtà locale che di volta in volta possono essere letti come limite o risorsa per questo Ambito territoriale.

L'Ambito si presenta disomogeneo e pertanto ricco di differenze sotto molteplici punti di vista:

- a. **Storico/economico** – Si distinguono tre aree : una costiera, a cui appartengono i Comuni con prioritaria vocazione agro-pastorale, salvo Pula che solo di recente ha valorizzato la propria vocazione turistica, e Sarroch che ha convertito la sua originale vocazione agro-pastorale in dipendenza dall'industria; una sull'asse ferroviario, che ha vissuto fenomeni di crescita molto rapida, dovuta alla migrazione dalla città verso i centri dell'hinterland, dove soprattutto si distinguono Assemini e Capoterra che, da soli, ospitano oltre il 40% della popolazione dell'ambito; una interna rurale, che vive consistenti problemi di isolamento e mantiene la propria tradizione di comunità rurale (Vallermosa, Villaputu, Villaspeciosa, Sa, Sperate)
- b. **Geografico** - Il territorio dell'Ambito comprende una zona costiera, una collinare, una pianeggiante e una montuosa, con conseguente ripercussioni sugli stili di vita locali. Ad esempio, benché le popolazioni non vivano "in montagna", la montagna condiziona fortemente la vita della comunità, poiché interferisce con l'assetto idrogeologico spesso inserendo elementi di rischio per la popolazione (rischio di alluvione per diversi Comuni dell'ambito e di incendio).
- c. **Trasporti e viabilità** – Esistono ripercussioni a partire dall'organizzazione dei trasporti e dalla presenza di collegamenti tra i Comuni, più o meno significative a seconda delle zone. Vi sono territori che fruiscono di una discreta viabilità, ben serviti dai mezzi di trasporto pubblici (treno e linee urbane ed extraurbane), che tuttavia non sempre sono organizzati in modo funzionale per quel territorio, ad esempio vari comuni, sebbene molto vicini, non sono direttamente collegati tra loro (es. Capoterra con Pula o con Assemini, o San Sperate con Decimomannu), ma ad un unico centro di smistamento che raddoppia le distanze e i tempi di trasferimento.

**Ambientale** – Esistono alcune aree a forte pressione ambientale dovute prevalentemente alla presenza di insediamenti industriali, che hanno prodotto negli anni, una alterazione degli equilibri. Alcuni di questi, come l'agglomerato industriale del comune di Assemini, e quello di Sarroch, sono stati inseriti, dal Decreto n. 468 del 18/09/2001, tra i siti da bonificare di interesse nazionale, e sottoposti a monitoraggio sotto diretto controllo del Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio. Le analisi di caratterizzazione di tali siti, hanno evidenziato una elevata concentrazione di inquinanti che, date le caratteristiche

geologiche locali, possono subire un'azione di trasferimento alle zone circostanti e un loro possibile inserimento nella catena alimentare, con conseguente rischio sanitario. Il settore agricolo, con coltivazioni intensive, sia in campo che in serra, impatta sull'ambiente per l'uso diffuso di concimi e antiparassitari.

La zona di Teulada presenta, inoltre, una particolarità: la presenza di servitù militari che comportano limitazioni nell'uso del territorio, problemi di limitazione nella pesca durante le esercitazioni militari, inquinamento acustico e anche di altro tipo dovuto ai proiettili sparati.

- d. **Caratteristiche culturali e di integrazione sociale** - Diverse sono le caratteristiche che contraddistinguono le realtà locali presenti in questo ambito, con differenti modalità di esprimere riservatezza e chiusura relazionale, accanto ad accoglienti note di apertura sociale. Coscienza di comunità, senso di appartenenza ed identità locale, sono presenti in molti comuni dell'ambito che conservano ancora la dimensione locale del paese.

L'attuale tendenza generale di tutti i comuni è quella di valorizzare le proprie tradizioni che, riproposte sulla scena pubblica divengono eventi di grande richiamo turistico, ma anche accorati momenti di incontro tra fedeli.

Esempio ne sono: S.Efisio per Pula, Sante Maria per Uta, S. Greca per Decimomannu, Santa Vitalia per Villasor e S.Sperate, che conta anche la concomitante sagra delle pesche, e poi tante altre...

In questo ambito sono presenti importanti attività artigianali, come ad es. la ceramica ad Assemini e la produzione di dolci tipici sardi, la cui arte sopravvive grazie a piccole attività a prevalente conduzione familiare.

Inoltre, alcuni Comuni mostrano non solo buona capacità imprenditoriale, ma anche, come ad esempio San Sperate, una soddisfacente connessione locale che permette alla comunità di proporsi con buone capacità di problem solving sociale.

## Il profilo sanitario

Formulare un profilo sanitario dell'ambito non è impresa facile in considerazione delle diverse variabili che possono concorrere a determinarlo. Tra le principali variabili di natura epidemiologica in termini di incidenza e prevalenza che generalmente vengono considerate, alcune sono abbastanza condivise in letteratura:

la **mortalità** ( principali cause di morte) e la **morbilità** ( dati di ricovero ospedaliero, registri di patologia, etc.), e, in particolare i problemi di salute noti e generalmente condivisi come le malattie dell'apparato circolatorio, i tumori, le malattie , il diabete, la salute mentale, le malattie infettive, gli incidenti stradali gli infortuni sul lavoro, gli incidenti, domestici.

Altre variabili vengono ugualmente considerate per lo studio del profilo sanitario di una popolazione e sono legate ai **determinanti della salute**: genetica, età, sesso, stili di vita, condizioni socio-economiche, condizioni ambientali, stili di vita, accesso ai servizi . Ancora utili sono le considerazioni legate a particolari Altre considerazioni ancora potrebbero riguardare le condizioni dei **soggetti** universalmente considerati **vulnerabili**: gli anziani, i minori, le persone con disagio mentale, le persone con disabilità, etc.

Infine l'esame dei **fattori di rischio** offre spunti molto utili per determinare un profilo sanitario di una popolazione: fumo di tabacco, ipertensione arteriosa, alcool, obesità, uso di droghe, etc.

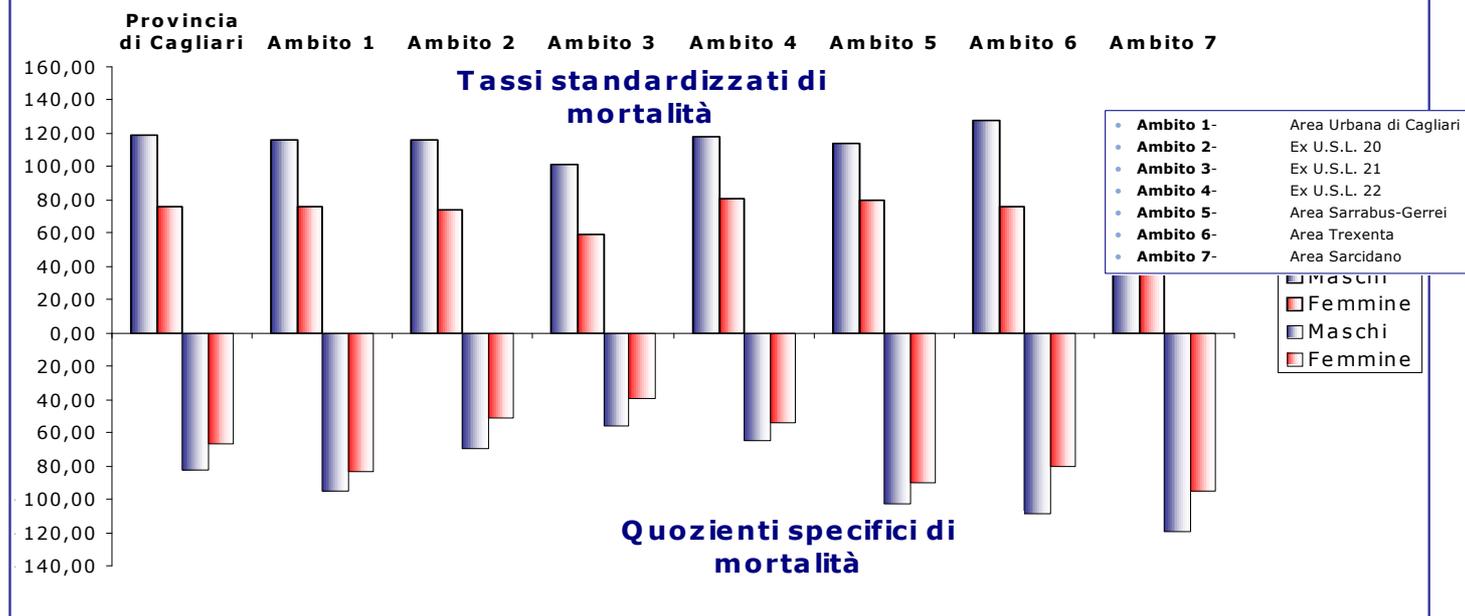
L'indisponibilità , al momento presente di tutti i dati riferiti ai fattori e alle variabili sopra menzionate, soprattutto raggruppati per la popolazione riferita a questo ambito, rende difficoltosa, al momento, la ricostruzione di un profilo sanitario d'ambito esaustivo . Ciò nonostante l'esame dei dati attualmente disponibili collegabili con quelli demografici permette di esplicitare alcuni spunti di riflessione i cui approfondimenti nelle fasi successive (conferenza di programmazione, tavoli tecnici tematici, etc) permetteranno di completare il quadro.

### ***Mortalità: quanto si muore?***

I dati di mortalità generale riguardanti il periodo 1997-2001, evidenziano un andamento sulla mortalità della popolazione di questo ambito in linea con quello regionale e provinciale: ed è interessante rilevare come, negli anni considerati, la Regione Sardegna presenta tassi di mortalità mediamente inferiori rispetto al dato nazionale I 87 per mille contro quello nazionale del 98,0 per mille.

Nello specifico il tasso di mortalità generale per la Provincia di Cagliari (74,7) è più basso rispetto a quello regionale (87,0) e quello dell'ambito 2 ha **valori ancora più bassi rispetto anche a quello provinciale**, come evidenzia il grafico seguente:

## Quozienti specifici di mortalità e Tassi di mortalità standardizzati nel periodo 1997 - 2001



Nell'ambito 2 dunque si muore di meno rispetto al complesso della Provincia e della Regione Sardegna oltre che rispetto al resto dell'Italia.

Si muore principalmente per *malattie del sistema circolatorio*, per *tumori*, per *malattie dell'apparato respiratorio*, per *traumatismi e avvelenamenti*, per *malattie infettive (comprensivo del dato relativo all'AIDS)*, per *malattie dell'apparato digerente*. Queste principali cause di morte rispecchiano i dati nazionali, regionali e provinciali per entrambi i sessi, ma con alcune specificità d'ambito.

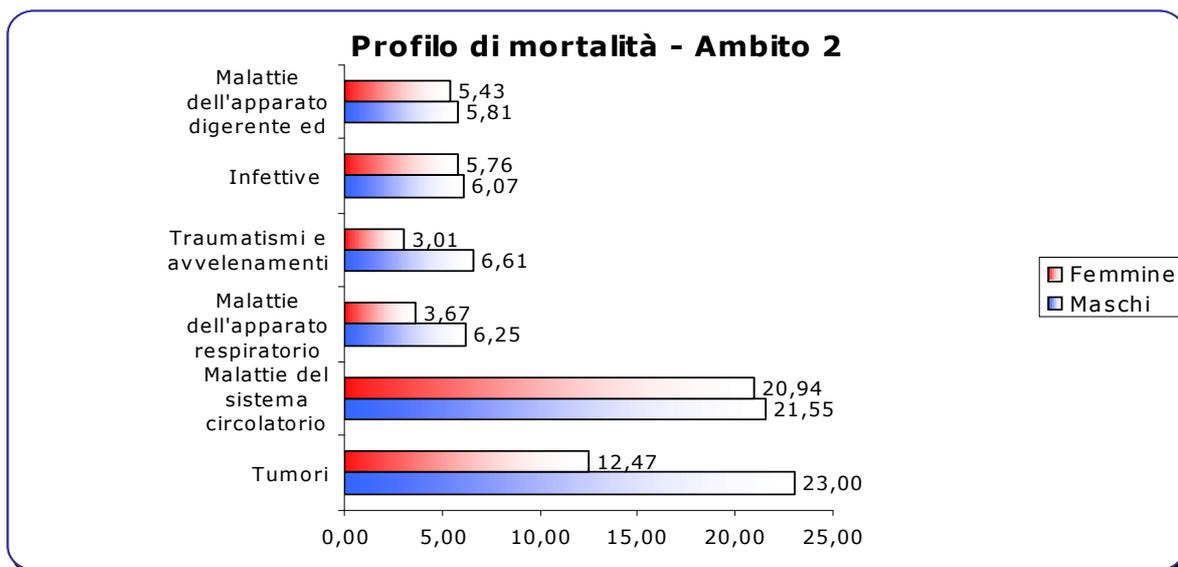
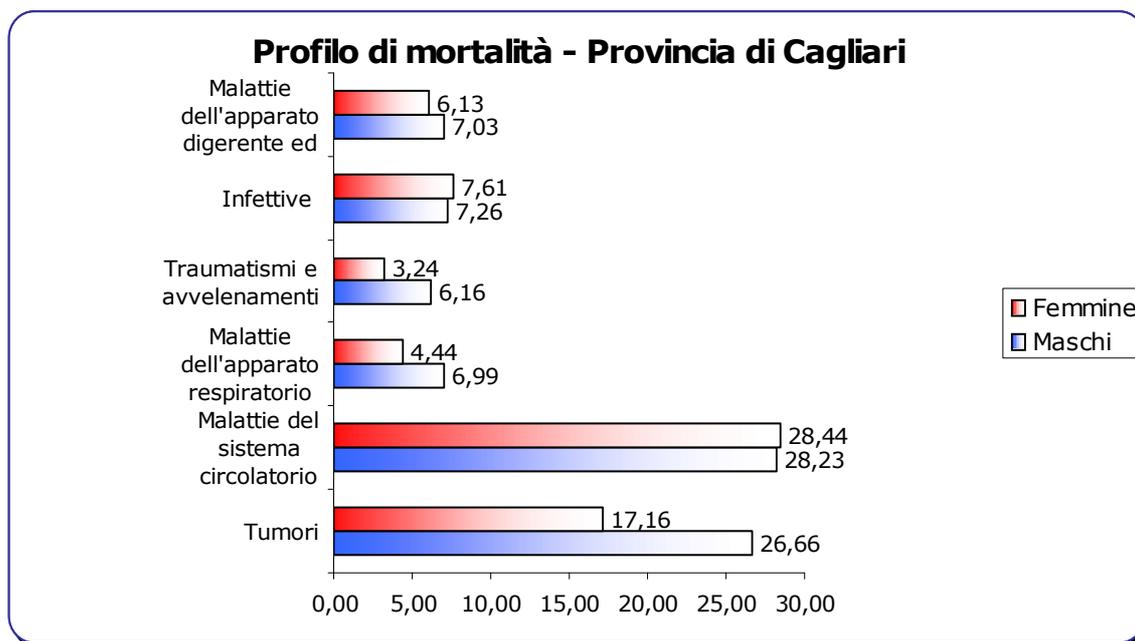
### Quozienti specifici di mortalità per età per 10.000 abitanti Confronto Provincia/Ambito Area Ovest (ex-20) 1997-2001

Causa di morte	Quozienti specifici per causa di morte			
	maschi		femmine	
	Provincia	Ambito 2 (Area Ovest)	Provincia	Ambito 2 (Area Ovest)
Tumori	26,66	23,00	17,16	12,47
Malattie del sistema circolatorio	28,23	21,55	28,44	20,94
Malattie dell'apparato respiratorio	6,99	6,25	4,44	3,67
Traumatismi e avvelenamenti	6,16	6,61	3,24	3,01
Infettive	7,26	6,07	7,61	5,76
Malattie dell'apparato digerente ed altre	7,03	5,81	6,13	5,43
<b>Quozienti per età</b>	<b>82,34</b>	<b>69,29</b>	<b>67,01</b>	<b>51,28</b>

Fonte elaborazione su dati ISTAT

Il confronto con i dati provinciali dei tassi standardizzati di mortalità per 10.000 abitanti e per causa, infatti, denota una notevole prevalenza delle cause di morte per **tumori** e per **patologie del sistema circolatorio** in entrambi i sessi ma con diverse differenze tra i due sessi: infatti mentre in Provincia prevalgono le morti per malattie del sistema circolatorio sia nel sesso maschile che in quello femminile, nell'Ambito c'è una **frequenza di cause di morte per tumori nel sesso maschile rispetto al sesso femminile**, per il quale invece prevalgono le cause di morte riferite a patologie del sistema circolatorio: gli uomini dunque nell'ambito muoiono di più per tumori.

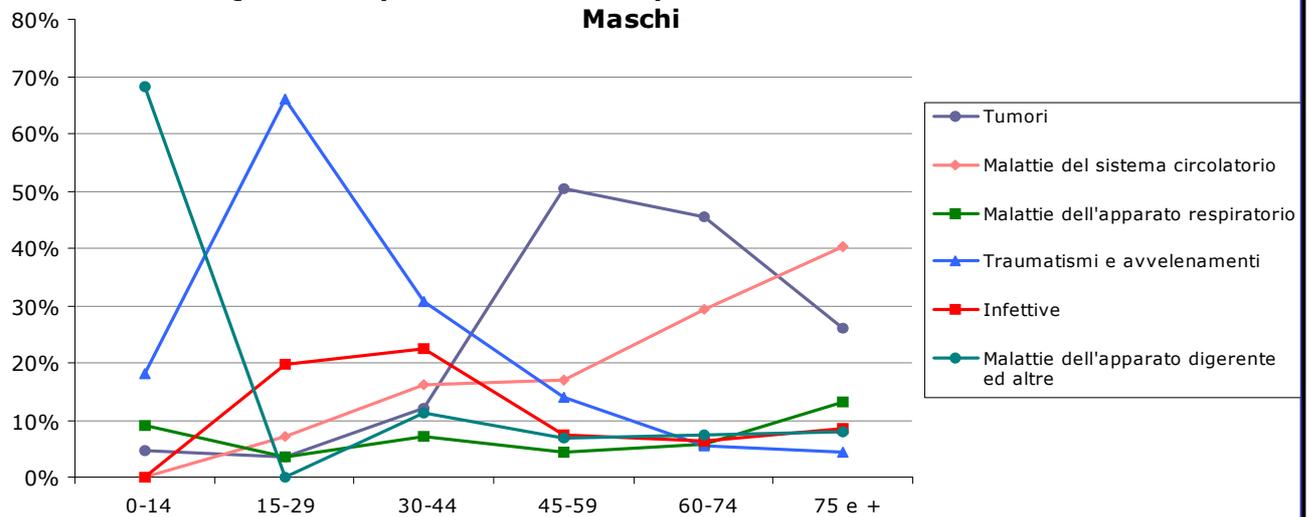
Le morti per **traumatismi e avvelenamenti** sono più frequenti tra gli uomini rispetto alle donne: 6,61 (uomini) contro 3,01 (femmine): si potrebbe pensare che gli uomini muoiono per incidenti sul lavoro più delle donne o per incidenti stradali? O per overdose?



Fonte da elaborazione dati ISTAT

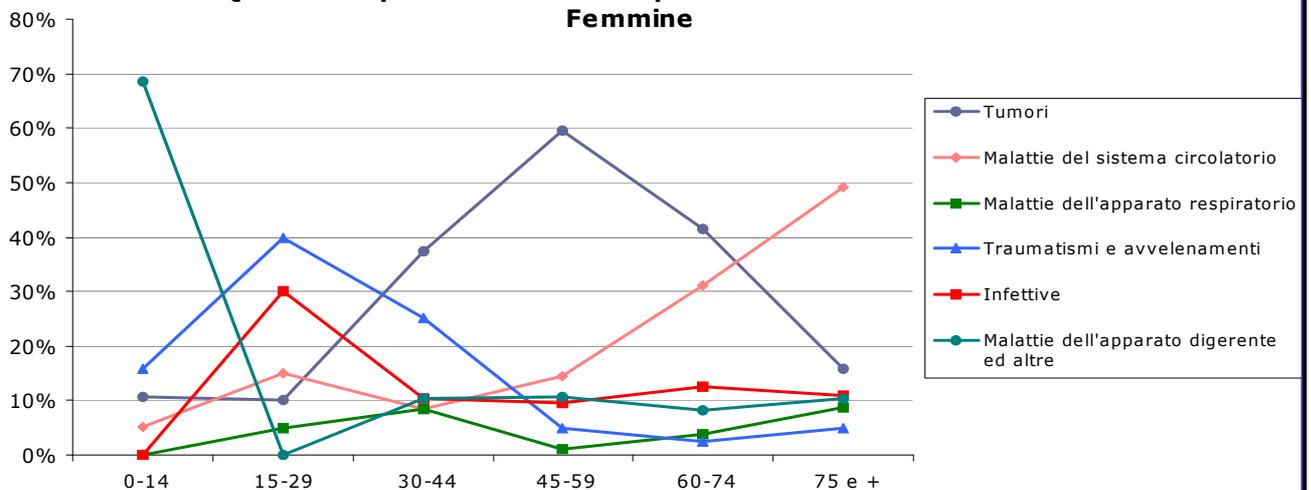
L'osservazione delle principali cause di morte **per fasce d'età** evidenzia che nella fascia da 0-14 prevalgono le malattie dell'apparato digerente in entrambi i sessi, nella fascia 15-29 prevalgono i traumatismi e gli avvelenamenti con netta prevalenza nel sesso maschile (suicidi?), nella fascia 30-44 comincia a strutturarsi una prevalenza diversa tra i due sessi, infatti nei maschi la prima causa di morte è rappresentata dai traumatismi e avvelenamenti (incidenti sul lavoro e automobilistici, overdose?, suicidi?) e la seconda dalle malattie infettive (AIDS?), mentre nel sesso femminile la prima causa di morte in questa fascia d'età è rappresentata dai tumori, e i traumatismi e gli avvelenamenti si insediano al secondo posto. Nella fascia 45-59 si comincia a riposizionare un andamento in linea con le osservazioni generali espresse sopra. Nella fascia 60-74 anni si assesta l'andamento generale espresso prima. Si può riassumere che nella popolazione fra i 15 e i 44 anni la prima causa di morte sono i traumatismi e gli avvelenamenti, nella popolazione fra i 45 e 74 anni prevalgono le cause di morte per tumori mentre dopo i 74 anni prevalgono le morti per malattie cardiovascolari.

**Quozienti specifici di mortalità per età - dati % - Ambito 2**  
**Maschi**



Fonte elaborazione su dati ISTAT

**Quozienti specifici di mortalità per età - dati % - Ambito 2**  
**Femmine**



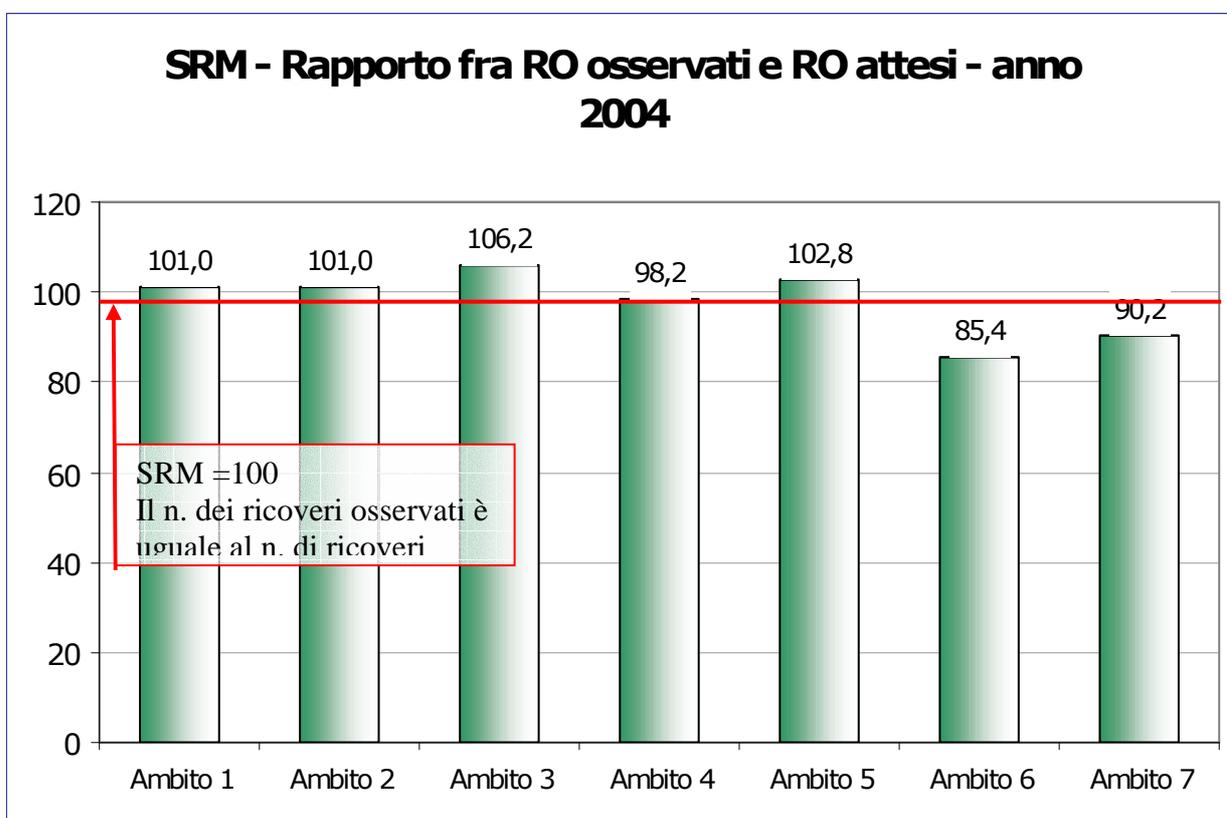
Fonte elaborazione su dati ISTAT

### Morbilità: di che cosa ci si ammala?

L'elaborazione delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) riguardanti i ricoveri ordinari (RO) dell'anno 2004 presso la ASL8 di Cagliari e relative ai cittadini residenti sono riportate nella tabella seguente:

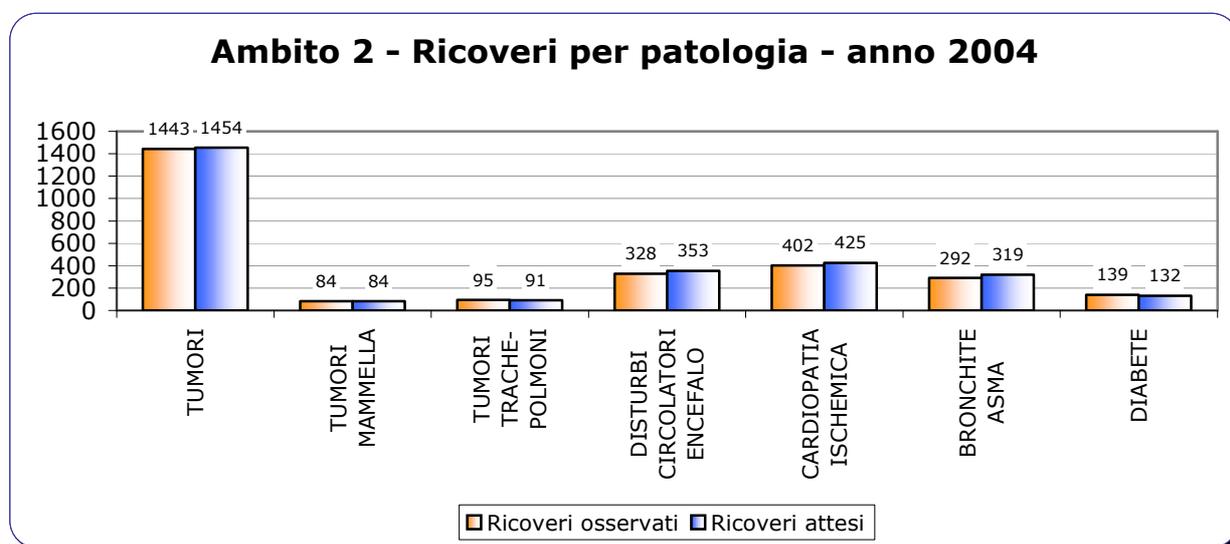


Per l'Ambito 2-Area Ovest si evidenzia un tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti **sui ricoveri ordinari** di circa 160 per 1000: tassi lievemente inferiore a quello degli altri ambiti della ASL 8. Il rapporto standardizzato di ricovero, SRM ( rapporto tra n.ricoveri osservati e n. ricoveri attesi), per il nostro Ambito è uguale a 101,0 e quindi abbastanza vicino a 100 come si evidenzia dal grafico seguente.



L'elaborazione delle SDO relative alle maggiori patologie di impatto sociale sono rappresentate nelle tabelle seguenti

AMBITO OVEST ex-Usl 20	Elaborazione schede SDO ( RO) - Anno 2004		
Patologie	Ricoveri ordinari osservati	Ricoveri ordinari attesi	SRP
TUMORI	1.443	1.454	99,3
TUMORI MAMMELLA	84	84	100,0
TUMORI POLMONI	95	91	104,9
DISTURBI CIRCOLATORI ENCEFALO	328	353	92,88
CARDIOPATIA ISCHEMICA	402	425	94,5
BRONCHITE ASMATICA	292	319	91,6
DIABETE	139	132	105,1
<b>Totale</b>	<b>2.783</b>	<b>2.858</b>	



La lettura della Tabella evidenzia che, **per ricoveri ordinari (RO)** riguardo a queste patologie, si sono avuti (osservati) complessivamente circa 2.783 ricoveri di cittadini residenti in questo Ambito. Si tratta di ricoveri per tumori, disturbi dell'apparato cardiocircolatorio, disturbi dell'apparato respiratorio e per diabete. Occorre segnalare che alla rilevazione mancano i dati relativi ai ricoveri diurni in day hospital (DH) e in day surgery (DS).

I ricoveri in regime ordinario per tumori sono stati circa 1.443, quelli per disturbi dell'apparato circolatorio circa 730, per l'apparato respiratorio circa 292 e per diabete i ricoveri sono stati 139.

Questi dati confrontati con quelli di mortalità dianzi esposti sembrano rispecchiare le stesse tendenze delle diverse cause di morte per patologia in relazione alle diverse incidenze di morbosità ossia sembrerebbe che in questo Ambito ci si ammalasse delle stesse patologie per le quali si muore.

Appare comunque molto importante sottolineare e osservare la peculiarità dei comuni afferenti all'agglomerato industriale di Sarroch - Assemini. Lo stato di salute delle popolazioni residenti in questo polo è stato analizzato nel recente "*Rapporto sullo stato di salute delle popolazioni residenti nelle aree interessate da poli industriali, minerari e militari della Regione Sardegna*", commissariato dall'Assessorato Regionale all'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale della Regione Sardegna. Tale studio ha mostrato nella popolazione maschile residente nell'area circostante lo stabilimento petrolchimico, un eccesso di mortalità e di prevalenza per neoplasie del polmone e per linfomi non Hodgkin. Nessun eccesso di mortalità per tumori è stato osservato nella popolazione femminile.

Queste aree sono stati inserite, dal Decreto n. 468 del 18/09/2001, tra i siti da bonificare di interesse nazionale, e sottoposti a monitoraggio sotto diretto controllo del Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio. Le analisi di caratterizzazione di tali siti, hanno infatti evidenziato una elevata concentrazione di inquinanti che, date le caratteristiche geologiche locali, possono subire un'azione di trasferimento alle zone circostanti e un loro possibile inserimento nella catena alimentare, con conseguente rischio sanitario. Il settore agricolo, con coltivazioni intensive, sia in campo che in serra, impatta sull'ambiente per l'uso diffuso di concimi e antiparassitari.

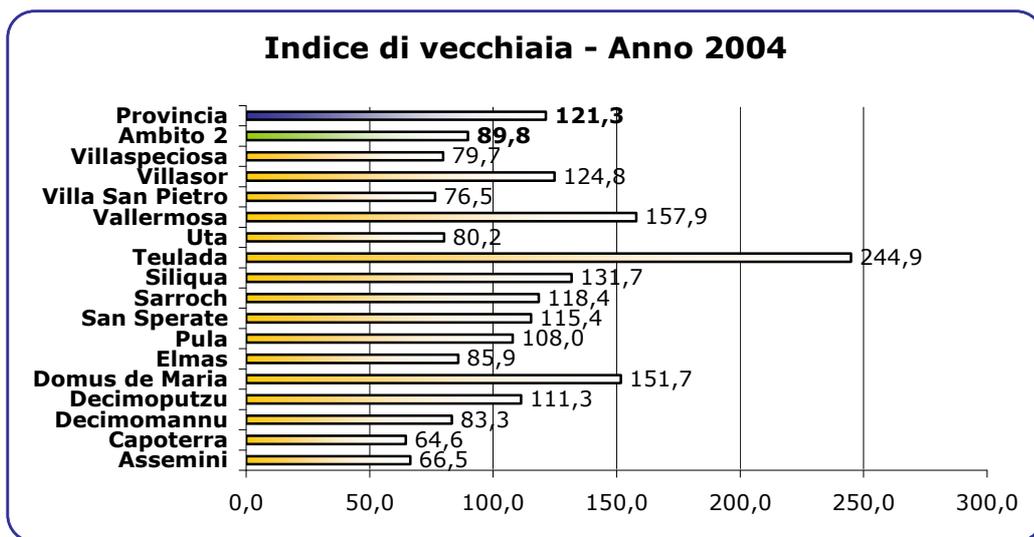
### **Area anziani e persone con disabilità'**

Sull'Area Anziani e Disabilità è stato possibile effettuare uno studio più approfondito in base ai dati in possesso della ASL 8 relativi all'Assistenza Riabilitativa erogata a persone con disabilità e all'Assistenza erogata alle persone anziane in Residenze Sanitarie Assistite (RSA) e in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

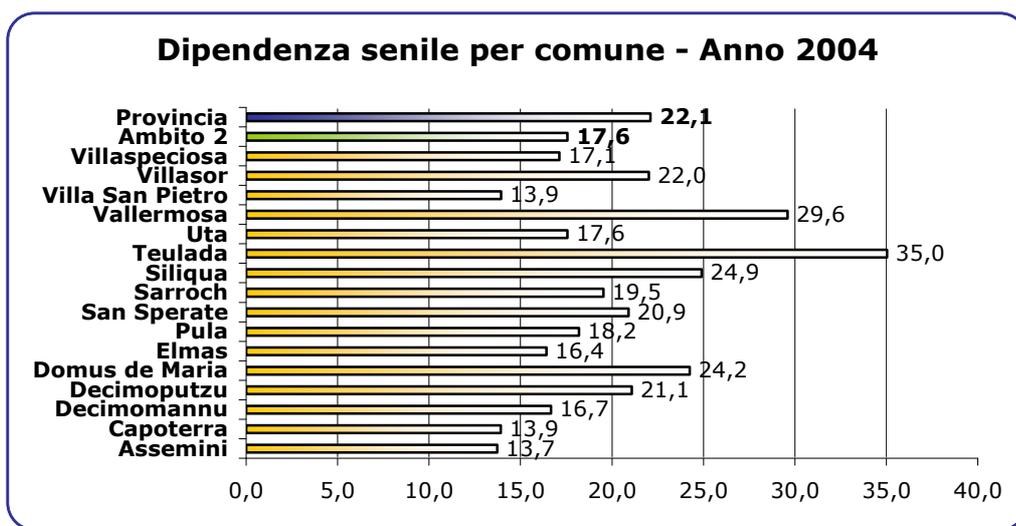
### **Versante dei bisogni**

Benché complessivamente la struttura demografica della popolazione dell'intero ambito si configuri come una realtà giovanile, la popolazione anziana assume significati importanti in alcuni comuni. Infatti, fatta eccezione dei comuni più grossi di Assemini e Capoterra e del comune di Villa S.Pietro dove la popolazione ultra 65-enne si attesta intorno al 10%, gli altri Comuni presentano valori percentuali superiori al 12% con punte interessanti a Teulada (oltre il 23%), Vallermosa (circa 20%), Siliqua e Domusdemaria (oltre il 17%).

Gli stessi indici di vecchiaia sono nettamente superiori in questi ultimi comuni rispetto a quelli medi dell'ambito (89,8) e superano addirittura quelli medi della Provincia (121,3)



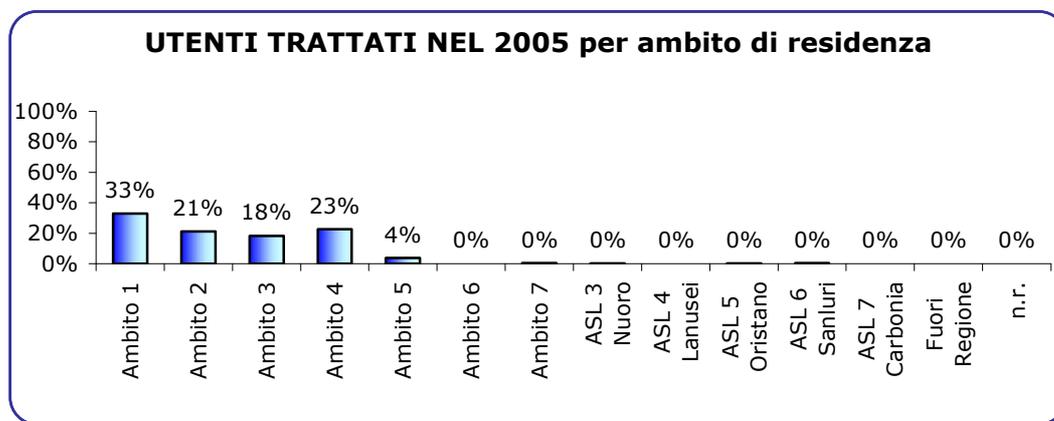
In questi ultimi comuni si attestano anche indici di **dipendenza senile** abbastanza superiori rispetto al valore medio dell'ambito (17,6).



Gli stessi comuni presentano una **variazione della popolazione** in diversi periodi su valori negativi rispetto alla media dell'ambito e ai comuni cosiddetti "giovani".

Variazione della popolazione in diversi periodi Ambito OVEST				
Comune e ambito	1981-1991	1991-2001	2001-2004	variazione % 1991-2004
Assemini	21,8	17,0	5,6	23,7
Capoterra	34,6	30,2	5,0	36,8
Decimomannu	13,3	8,0	3,2	11,2
<b>Decimoputzu</b>	<b>8,2</b>	<b>-2,1</b>	<b>1,1</b>	<b>-1,2</b>
Domus de Maria	3,7	7,0	2,4	9,3
Elmas	27,3	7,9	6,8	15,3
Pula	9,0	11,6	6,5	18,4
San Sperate	9,3	5,5	2,5	7,9
Sarroch	8,3	-2,5	0,6	-1,9
<b>Siliqua</b>	<b>3,9</b>	<b>-6,3</b>	<b>-1,4</b>	<b>-8,0</b>
<b>Teulada</b>	<b>-7,6</b>	<b>-15,2</b>	<b>-1,9</b>	<b>-17,0</b>
Uta	10,9	5,9	3,4	9,5
<b>Vallermosa</b>	<b>9,4</b>	<b>-3,9</b>	<b>-0,5</b>	<b>-4,6</b>
Villa San Pietro	34,1	13,0	3,8	17,5
<b>Villasor</b>	<b>3,2</b>	<b>-3,1</b>	<b>-0,8</b>	<b>-3,7</b>
Villaspeciosa	6,0	11,1	5,0	16,3
<b>Ambito 2</b>	<b>15,0</b>	<b>9,7</b>	<b>3,6</b>	<b>13,7</b>

Riguardo alle **persone con disabilità**, dai dati di frequenza delle persone assistite presso i Centri di Riabilitazione globale dell'ASL 8 nell'anno 2005 risulta che la popolazione dell'ambito 2 accede ai servizi di riabilitazione per il **21%** rispetto al totale dell'ASL 8 di Cagliari. Questo dato, apparentemente insignificante necessita di essere confrontato con altri dati in relazione all'offerta complessiva, all'accessibilità, alle patologie e ai risultati di salute attesi.



In termini assoluti si tratta di **1.078** persone con disabilità (circa l'**1%** della popolazione) che hanno avuto accesso ai centri di Riabilitazione globale sia presso le strutture della ASL8 che presso quelle convenzionate con la ASL8 o con altre ASL.

DISTRIBUZIONE UTENTI TOTALI TRATTATI PER AMBITO DI RESIDENZA PER TIPO SERVIZIO							
Utenti Presidi ASL8	Centri Convenzionati adulti	Centri Convenzionati minori	Centro Cardiopatici	S.M.B.	Casa Protetta	Extra regione	<b>Totali</b>
101	675	203	47	30	21	1	<b>1.078</b>

### Versante dell'offerta

Le Strutture di Riabilitazione globale presenti nell'Ambito sono **9** , di cui 2 direttamente gestite dalla ASL 8 pubbliche e 7 private convenzionate

STRUTTURE Riabilitazione globale Ambito 2 Ovest			
200004	PUBBLICO	Centro di Riabilitazione	Pula
200003	PUBBLICO	Centro di Riabilitazione	Decimomannu
200144	PRIVATO	Centro AIAS-Via Carducci, 7	Decimomannu
200165	PRIVATO	C. Riab. Santa Lucia-Via Madrid, 18	Assemini
200140	PRIVATO	Centro AIAS - Via Marconi, 17	Assemini
200143	PRIVATO	Centro AIAS -Via La Marmora, 10	Capoterra
200146	PRIVATO	Centro AIAS-Via delle Palme	Pula
200090	PRIVATO	Centro AIAS - Via Brigata Sassari	Teulada
200152	PRIVATO	Centro AIAS-Via Torino, 12	Uta

L'utilizzo di tali strutture nel corso dell'anno 2005 è così distribuito

DISTRIBUZIONE UTENTI RESIDENTI NELL'AMBITO OVEST TRATTATI NEI CENTRI DELLA REGIONE SARDEGNA	
Ambito	%
Ambito 2 - Ovest	5%
Cagliari 1	86%
Ambito 3	5%
Ambito 4	2%
Extra ASL	3%
<b>Totale</b>	<b>100%</b>

Appare abbastanza evidente che solo il 5% delle persone accede alle strutture insite nell'ambito, il restante 95% accede alle strutture di altri ambiti.

Per quanto riguarda l'assistenza agli **anziani**, nel corso dell'anno 2005 sono stati ospitati in RSA circa 28 anziani, si tratta peraltro di un numero abbastanza esiguo dovuto al fatto che le RSA hanno cominciato la loro attività solo a partire dal mese di agosto 2005 e successivi. Gli ospiti sono stati così distribuiti:

Ospiti in RSA residenti Ambito 2 -Ovest							
Assemini	Capoterra	Decimomannu	Elmas	Pula	S.Sperate	Sarroch	Uta
5	5	4	4	1	1	2	6
<b>28</b>							

Gli anziani assistiti in **ADI** nel 2005 sono stati 113 e sono stati concentrati nei due Comuni maggiori Assemini e Capoterra.

Anziani assistiti in ADI nel 2005	
Pula	13
Assemini	32
Capoterra	36
Decimomannu	9
Dcimoputzu	7
San Sperate	2
Sarroch	7
Villa San Pietro	4
Villaspeciosa	3
<b>Totale</b>	<b>113</b>

Non è stato peraltro possibile acquisire tempestivamente i dati sanitari relativi alla popolazione dei Comuni transitati nel 2006 da altre ASL: Teulada, Villasor, Siliqua, Vallermosa dove si presume che le attività rivolte agli anziani siano state consistenti.

## Il profilo dell'offerta dei servizi

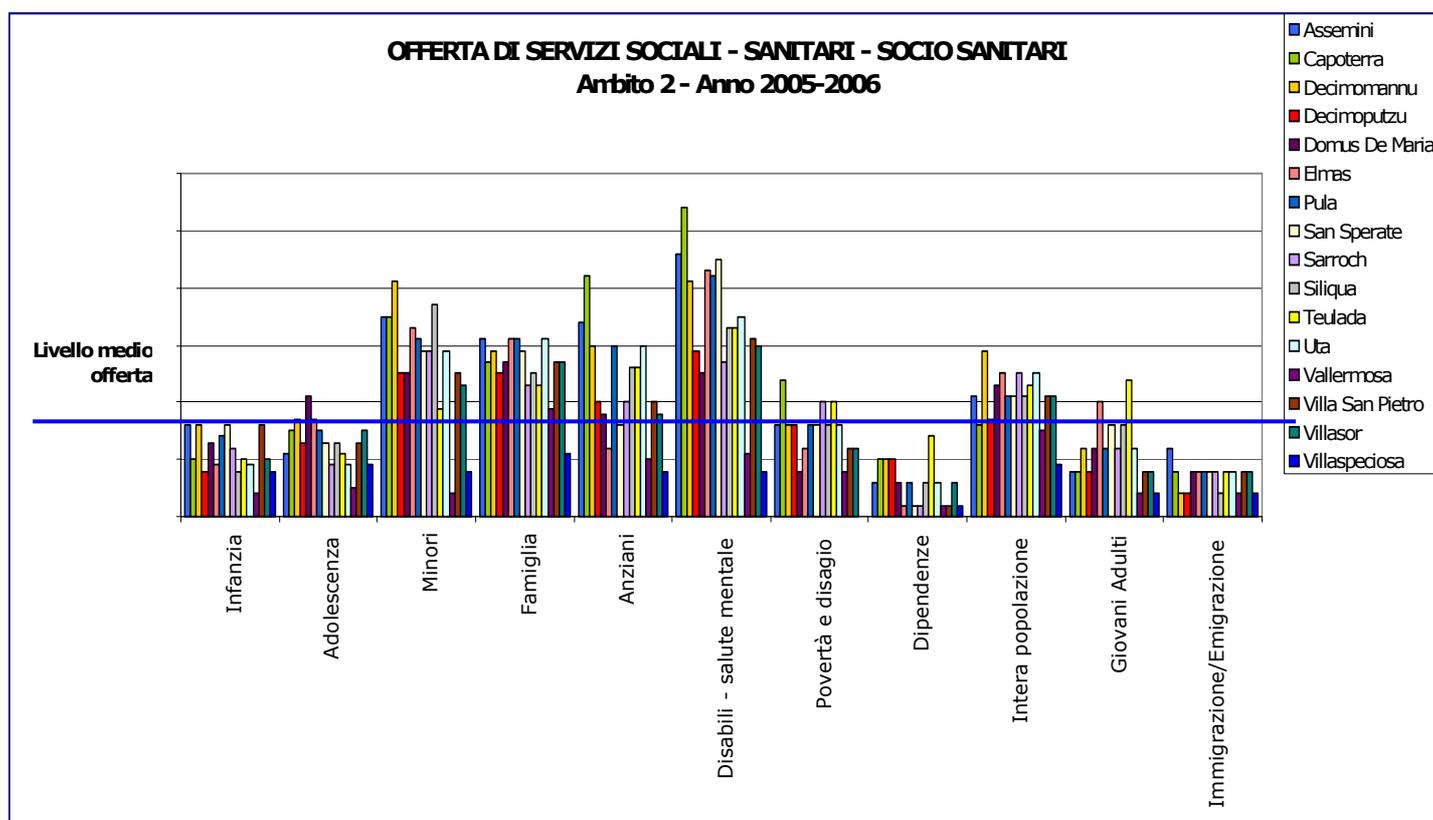
### La risposta al bisogno

(commento alla scheda di raccolta integrata)

La scheda allegata dell'offerta relativa ai servizi presenta una prima mappatura per ambito dei servizi socioassistenziali, sanitari e socio-sanitari esistenti sul territorio dell'ambito, non certo esaustiva e soprattutto carente sul versante della rete di interventi direttamente attivati dal privato sociale, anche se il privato accreditato è abbastanza ben rappresentato nell'offerta dei servizi sanitari.

La scheda è formulata per aree di bisogni e la mappatura è stata raccolta con l'obiettivo di rilevare per ogni area di bisogno la tipologia di offerta messa in campo per il suo soddisfacimento. Particolare attenzione è stata posta per rilevare l'entità dell'offerta in termini di presenza in sede in maniera totale o completa (T) o presente in maniera parziale in sede (ps), presente in maniera parziale fuori sede, ma nell'ambito (pf), presente in maniera parziale fuori ambito (pfa). Il gruppo tecnico ha provato anche ad accennare ad una possibile considerazione sulla sufficienza o insufficienza dell'offerta complessiva nell'ambito in riferimento all'intero ambito

I risultati sono stati elaborati attraverso un grafico di sotto riportato:



La distribuzione dell'offerta nei diversi comuni dell'ambito è abbastanza disomogenea sia in relazione al livello di offerta, sia in relazione alle diverse aree. La stessa disomogeneità

è presente in termini di livelli di offerta complessiva per le diverse aree. Le aree di bisogni che ottengono più attenzione (superiore al livello medio di offerta) dall'offerta complessiva riguardano quelle degli anziani e dei disabili con discrete attenzioni per quelle dei minori e della famiglia, nonostante l'ambito si caratterizza per la prevalenza di una popolazione abbastanza giovane. Risultano meno soddisfatte dall'offerta le altre aree, soprattutto quella dell'infanzia, dell'adolescenza, dei giovani adulti, dell'emigrazione/immigrazione e delle dipendenze.

La prima analisi sulla tipologia dell'offerta nel **settore sociale** in questo ambito, fa emergere che certamente le aree che ricevono maggiore attenzione dalle Amministrazioni locali sono quelle del sostegno alle famiglie con componenti anziani non autosufficienti e persone con disabilità fisica o psichica.

Sebbene questo territorio abbia una presenza inferiore di anziani rispetto ad altre zone della provincia, e la famiglia sia ancora una risorsa fondamentale per la protezione e la cura dei suoi componenti vulnerabili, la presenza di una persona non autosufficiente mette a rischio organizzazioni familiari impegnate contemporaneamente anche sul fronte del lavoro e della crescita dei figli: da qui la domanda di assistenza abbastanza frequente.

Accanto a *servizi di sollievo* come *l'assistenza domiciliare*, è conosciuta tra gli operatori del settore una domanda specifica, in molti comuni dell'ambito, di acquisire una propria *struttura residenziale* per anziani ben integrata nel cuore della comunità, per permettere ai propri cari di ricevere assistenza e cure in uno spazio specialistico, senza perdere il proprio ruolo sociale e mantenendo forti legami con la famiglia di origine.

Sono anche molto diffuse su questo territorio esperienze di *animazione*, *recupero di tradizioni locali*, *servizi di soggiorno estivo* o *attività di aggregazione per anziani autosufficienti*. In alcuni comuni si segnala la presenza di *consulte di anziani* molto attive sul versante sociale e culturale.

Complessa è la questione delle persone con disabilità fisica, o con disagio mentale, che pone, in alcune zone più spiccatamente che in altre, il problema del "dopo di noi", per fasce di popolazione che convivono con genitori molto anziani, o abitano ormai del tutto soli.

Per la disabilità grave il servizio sociale interviene soprattutto con *progettualità individualizzata* (L.162), mentre il minore disabile è solitamente supportato con *interventi educativi* specialistici presso le sedi scolastiche, o extrascolastiche di tipo domiciliare. Non di poco conto è il problema dell'inserimento sociale della persona con disabilità alla fine del percorso di integrazione scolastica, nonché la questione dell'inserimento lavorativo.

Emerge, inoltre, la necessità di attenzioni particolare nei confronti del disagio mentale presente nella fascia adolescenziale e dell'età giovanile, problematica per la quale non è stata ancora strutturata una tipologia di offerta di servizi.

I servizi per la prima infanzia non solo molto diffusi, e sono generalmente gestiti dal privato sociale. Questo comporta una difficoltà nel sostenere le politiche del lavoro femminile e nel supportare le famiglie nella crescita dei minori.

*Nell'area minori* alcune risposte socio assistenziali sono comunque garantite su tutto il territorio, come ad esempio i servizi educativi domiciliari e territoriali che, attraverso *interventi flessibili e personalizzati* accompagnano il minore e la sua famiglia nei processi evolutivi, di riorganizzazione familiare, di integrazione sociale e scolastica.

Nell'area ricreativa e della socializzazione la ludoteca risulta essere un servizio abbastanza diffuso, mentre più sporadici sono gli interventi di animazione artistica che si concentrano, in genere, nel periodo estivo, alternando laboratori creativi ad esperienze di spiaggia day o di colonia estiva.

Una particolare attenzione viene posta, da parte di alcuni servizi sociali, peraltro in maniera isolata e/o estemporanea, alla fascia dell'età adolescenziale, al supporto psicologico e alle iniziative di *contrasto al fenomeno del bullismo e all'uso di droghe e alcol*. Spesso si tratta di iniziative effettuate in collaborazione con gli Istituti scolastici.

E' poco diffusa l'esperienza di sportelli di consulenza psico-sociale per il disagio e/o maltrattamento in famiglia, e di mediazione familiare, sociale o penale.

Una parte consistente dell'intervento sociale è poi dedicato ai sussidi economici per particolari categorie di utenti.

Le risorse economiche in genere sempre ristrette, spesso non permettono la creazione di servizi effettivamente accessibili a tutta la popolazione, ed è necessario privilegiare le fasce vulnerabili o economicamente disagiate in modo da offrire una prima risposta laddove il bisogno è più sentito.

Alcuni interventi sociali, già da tempo, sono progettati in associazione di Comuni e sperimentati in più territori come risposta organizzata e condivisa dalla comunità più allargata ad un determinato fenomeno sociale, esempio ne sono alcune iniziative per minori sviluppate con la L.285 e progetti per l'area alcool-tossicodipendenze.

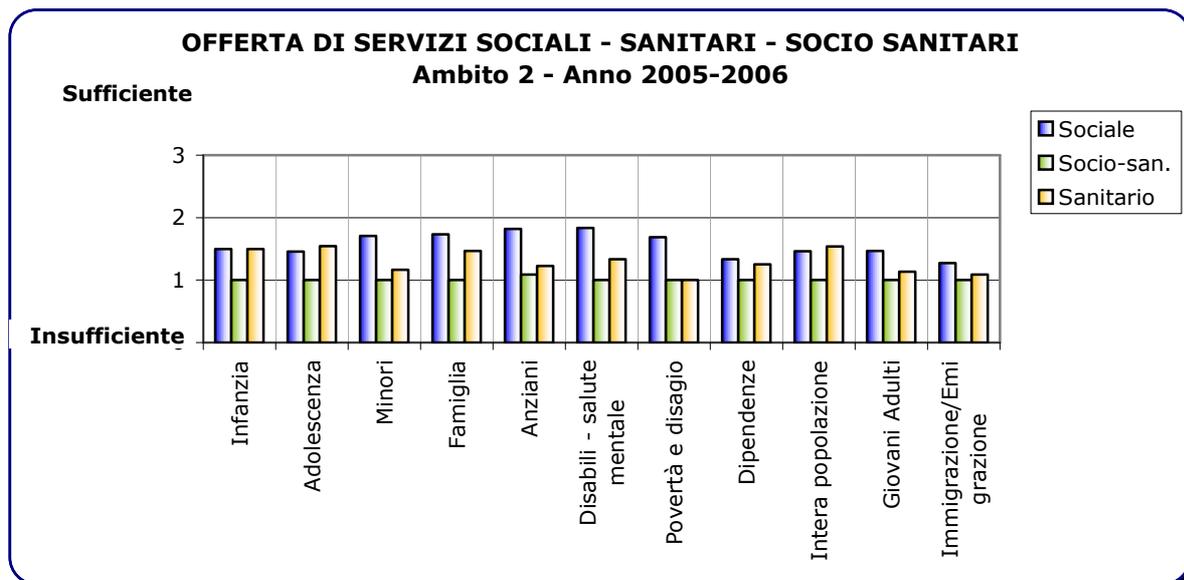
Per quanto riguarda l'**offerta sanitaria** finalizzata al soddisfacimento di bisogni attestati o emergenti si rileva la presenza di un'offerta generalizzata nel territorio, anche se con diverse intensità da comune a comune e particolarmente carente nei comuni estremi dell'ambito quali Teulada, Siliqua, Nuraminis, etc.

L'offerta sanitaria si differenzia naturalmente anche in relazione alle diverse aree di bisogni. Quella che appare più generalizzata è l'assistenza medica generale e pediatrica compresa la continuità assistenziale ( ex-guardia medica). Anche l'offerta riabilitativa è abbastanza presente, ma in maniera disomogenea e scoordinata nel territorio.

Volutamente non è stata effettuata un'analisi in termini di *servizi* offerti in quanto ritenuta abbastanza superata e comunque non corrispondente al paradigma bisogno/offerta. Da questo punto di vista infatti tale offerta, ad una prima disamina potrebbe apparire nel complesso abbastanza incoerente per la soddisfazione dei bisogni nelle aree analizzate. Tale incoerenza potrebbe essere legata sia a fenomeni di offerta parziale realizzata fuori sede, anche se nell'ambito sia a fenomeni di offerta generata fuori ambito e traslata nel territorio di riferimento, vedi ADI, Salute Mentale, SERT, etc..

Appare quindi necessario un approfondimento per dare significato a queste incoerenze analizzando più approfonditamente l'offerta in termini quantitativi oltre che qualitativi (e forse di costi?) e soprattutto attraverso un'analisi degli indicatori di bisogno, peraltro non sempre ben identificati.

Per quanto riguarda l'offerta sul versante dell'**integrazione sociosanitaria** si rileva infine la quasi assenza di offerta integrata. Infatti al di là delle definizioni normative relative all'integrazione per alcune aree di bisogni specifici: area materno-infantile, area anziani e disabili, etc, si tratta infatti di offerte sociali e sanitarie autonome anche quando queste dovrebbero essere realizzate in partenza in maniera integrata.



## Riflessioni per le priorità

Nonostante le profonde differenze nelle risorse e problematiche rintracciabili in questa ampia area, la sfida di questo ambito risulta essere proprio il tentativo di rendere risorsa la “**differenza**”, di dare voce alla “**minoranza**”, in un ambito in cui ogni specifico è minoranza, e di costruire le “**Comunità Locali**” come **sistema** di scelte e comunicazioni complesse.

### Criticità d’Ambito

Alcune criticità d’ambito appaiono importanti per le riflessioni in quanto ritenute abbastanza funzionali per il processo di pianificazione integrata sul versante sociosanitario. Tra queste possono trovare attenzioni le seguenti, ma non sono da ritenersi esaustive, bensì solo indicative:

1. Eterogeneità del territorio (tre ambiti)
2. Pendolarismo e rete trasporti poco efficiente
3. Problematiche legate all’urbanizzazione e alla perdita di identità locale
4. Bassa scolarità e dispersione scolastica
5. Carenza di servizi per l’area minori e adolescenti
6. Carenza di attività del terziario, basso e discontinuo sviluppo turistico
7. Inquinamento ambientale

.....  
 .....  
 .....

## **Opportunità d'Ambito**

Riflettere su “opportunità d'ambito”, anche trattenendoci su elementi di apparente criticità, ci sembra un percorso proponibile per provocare attenzioni positive e soprattutto ricercare nuovi strumenti per la soluzione di problemi e per la soddisfazione di bisogni e soprattutto per sperimentare l'utilizzo di nuove e inaspettate risorse:

- Eterogeneità del territorio (tre ambiti)
- Aumento della popolazione attiva e giovanile
- Buona condizione abitativa
- Nuove interazioni ed aperture sociali
- Tradizioni locali da valorizzare nei settori del turismo, artigianato, e nelle produzioni alimentari.

.....  
.....  
.....

## ***Quali tavoli tematici?***

I tavoli tecnici di lavoro successivo su alcune aree tematiche (**tavoli tematici**) potrebbero essere stimolati con ottiche di funzionalità e nuove opportunità di studio e di lavoro finalizzate, da una parte ad un approfondimento dovuto delle stese aree, dall'altra alla esplorazione di nuove integrazioni e globalità di bisogni emergenti per le peculiarità di questo quali ad esempio i nuovi bisogni globali della famiglia intergenerazionale , necessità di sollievo per carico eccessivo di assistenza come caregiver, etc., nuovi emergenti bisogni legati alla accessibilità ai servizi in termini di conoscenza, cultura, consapevolezza, e percorribilità.

Per questo alcuni *tavoli tematici integrati* potrebbero essere:

- Famiglia: anziani e famiglia
- Famiglia: aree non supportate (minori e donne con ridotte opportunità e visibilità)
- Accessibilità ai Servizi
- La domiciliarità
- Incontro tra generazioni
- Il Lavoro: poca qualificazione? Espulsione dal mercato del lavoro (lavoratori adulti)
- Disabilità e disagio mentale
- Ambiente: inquinamento ambientale

.....  
.....  
.....

### 3. I BISOGNI E LE AREE CRITICHE: LE AREE TEMATICHE

#### 3.1. Area Famiglia, minori, donne

##### 3.1.1. Quale realtà in questo territorio?

La famiglia tipo presente nel territorio di questo distretto (Area Ovest) ha, come già evidenziato nel profilo d'ambito, la caratteristica della famiglia nucleare composta in genere da coppie e nuclei di tre componenti.

Il tasso di fecondità, ha confermato, insieme al saldo naturale della popolazione, che questo ambito è tendenzialmente giovane, in crescita ed è presente una discreta natalità.

Famiglie giovani con figli piccoli, che hanno pochi sostegni parentali (aumento delle famiglie monogenitoriali, assenza di parenti o nonni), con limitata offerta di servizi per i minori e la prima infanzia, sia pubblici che privati, che siano di supporto al numero sempre maggiore di madri lavoratrici.

##### 3.1.2. Quali criticità emergono e quali priorità?

Dal lavoro svolto nei tavoli tematici, sono emerse alcune priorità di cui tener conto nell'attuale programmazione dei PLUS:

**Prevenzione primaria e famiglia** – emerge il bisogno di incrementare gli interventi del consultorio familiare di prevenzione sia primaria che secondaria, in particolare per gli adolescenti, tenuto conto che nell'ambito sono presenti solo 3 sedi per 16 Comuni con equipe incomplete. A ciò si accompagna un bisogno crescente di servizi di consulenza, ma anche di terapia psicologica soprattutto per donne, e per minori, adolescenti e famiglie, a cui i servizi pubblici non offrono sufficiente risposta, né esistono privati convenzionati a cui rivolgersi. Allo stesso modo si sottolinea l'esigenza di centri di mediazione familiare e dei conflitti (sola una esperienza in atto nell'ambito). Quest'area di intervento, inoltre, ben si configura come settore di confine, sensibile alla necessità di un solido lavoro di integrazione socio-sanitaria.

**Donna e maltrattamento in famiglia** – anche in questo territorio esiste un problema, spesso ancora sommerso, di maltrattamento in famiglia. La violenza contro le donne è un fenomeno in aumento e, trasformandosi nella maggior parte dei casi in violenza assistita, produce nei figli minori ripercussioni nell'età adulta. Emerge il bisogno di un Centro integrato negli aspetti psico-sociali, assistenziali, legali, di informazione e orientamento, che possa accogliere situazioni di maltrattamento o accompagnare a servizi specialistici.

**Area prima infanzia** – le coppie giovani con figli piccoli sono presenti e in aumento in questo ambito, ma nonostante ciò i servizi alla prima infanzia di tipo pubblico o convenzionato risultano estremamente carenti e sono presenti lunghe file in graduatoria per accedervi. Le ultime statistiche nazionali ci dicono che gli asili nido pubblici in Sardegna sono 64 e i posti per 100 bambini 0-2 anni sono 6,4.

### 3.1.3. Quali azioni proporre?

- Azioni di sostegno alla genitorialità e neogenitorialità attraverso equipe socio-sanitarie integrate tra consultori e servizi dei Comuni.
- Azioni di sostegno al disagio psico-sociale della donna, del minore e della famiglia con adolescenti.
- Azioni di potenziamento di asili nido o servizi per la prima infanzia di sollievo ai genitori che lavorano.
- Azioni di sensibilizzazione ed intervento sul maltrattamento e violenza in famiglia
- Azioni di orientamento ed informazione per le donne

### 3.1.4. Alcune progettualità d'Ambito

La programmazione per il 2007 prevede per questa area tematica interventi associati con la partecipazione di tutti i comuni dell'ambito.

Il progetto individuato è il Punto famiglia: **“Pro... sa familia”** che coordina interventi integrati di centro famiglia, mediazione dei conflitti, prevenzione ed intervento socio-educativo.

Gli obiettivi del progetto prevedono:

- Sostegno psico-sociale e legale ai componenti della famiglia per disagio/conflitto individuale, di coppia, familiare, con attenzione alle problematiche di separazione e alle problematiche adolescenziali.
- Servizio socio-educativo e di consulenza pedagogica
- Prevenzione nell'area della neogenitorialità e genitorialità e della prima infanzia in area scolastica.
- Procedure per l'idoneità per l'adozione nazionale ed internazionale.

### 3.1.5. Quali risorse

La quantificazione delle risorse necessarie per la realizzazione delle azioni programmate e la loro ripartizione tra i soggetti partecipanti alla realizzazione del Plus viene esplicitata nel Progetto specifico. Per il dettaglio di tale progetto si rimanda alla scheda tecnica allegata.

Le progettualità previste per la programmazione 2008/2009, oltre alla conferma ed implementazione degli interventi progettati per il 2007, riguardano:

- Progettazione di micronidi e servizi per la prima infanzia
- Completamento delle equipe consultoriali presenti nell'ambito (ASL)
- Predisposizione di un Centro antiviolenza
- Predisposizione di uno Sportello Informadonna

Per quanto riguarda gli interventi previsti dai singoli Comuni si rimanda alle schede Piano socio-assistenziale.

## 3.2. Area anziani, non autosufficienza e disabilità

### 3.2.1. Quale realtà in questo territorio?

Benché complessivamente la struttura demografica della popolazione dell'intero ambito si configuri come una realtà giovanile, la popolazione anziana assume significati importanti in alcuni comuni. Infatti, fatta eccezione dei comuni più grossi di Assemini e Capoterra e di Villa S.Pietro dove la popolazione ultra 65-enne si attesta intorno al 10%, gli altri Comuni presentano valori percentuali superiori al 12% con punte interessanti a Teulada (oltre il 23%), Vallermosa (circa 20%), Siliqua e Domus De Maria (oltre il 17%).

Gli stessi **indici di vecchiaia** sono nettamente superiori in questi ultimi comuni rispetto a quelli medi dell'ambito (89,8) e superano addirittura quelli medi della Provincia (121,3). In questi ultimi comuni si attestano anche indici di **dipendenza senile** abbastanza superiori rispetto al valore medio dell'ambito (17,6).

Riguardo alle **persone con disabilità**, dai dati di frequenza delle persone assistite dai Centri di Riabilitazione globale dell'ASL 8 risulta che la popolazione dell'ambito 2 accede ai servizi di riabilitazione per il **21%** rispetto al totale dell'ASL 8 di Cagliari. In termini assoluti si tratta di **1.078** persone con disabilità (circa l'**1%** della popolazione) che hanno avuto accesso ai centri di Riabilitazione globale, anche se solo il 5% delle persone accede alle strutture insite nell'ambito, il restante 95% accede alle strutture di altri ambiti.

*Anziani e persone con disabilità sono accomunati in un'unica tematica, ma in realtà le problematiche relative alle due condizioni, pur presentando elementi comuni, sono ben lungi dall'essere sovrapponibili.*

*Gli elementi comuni riguardano, ovviamente, le persone con gravi o gravissime disabilità, prevalentemente di tipo motorio, in condizioni di non autosufficienza, che necessitano di un accudimento costante; queste situazioni, pur richiedendo una notevole intensità assistenziale da parte dei servizi e dei care givers, (in quest'ultimo caso identificabili, nella quasi totalità, con i genitori), costituiscono solo una piccola parte all'interno "dell'universo della disabilità".*

*La problematica maggiore risulta essere infatti la definizione di percorsi che, a partire dal momento della diagnosi, siano finalizzati al perseguimento della massima autonomia possibile, attraverso la definizione di un "progetto di vita", concertato con la famiglia, governabile e governato all'interno del sistema dei servizi integrati.*

### 3.2.2. Quali criticità emergono e quali priorità?

Le maggiori criticità riguardante quest'area emerse durante gli approfondimenti nel tavolo tematico specifico hanno riguardato i seguenti temi:

- la *solitudine* dell'anziano e della persona disabile sia in termini di isolamento e non inclusione nel contesto sociale che in termini di "anziano solo" e/o "disabile solo" in quanto privo di una rete parentale di sostegno;
- la *continuità dell'assistenza* spesso assente a causa della parcellizzazione degli interventi e non coordinamento degli stessi in un sistema di rete di servizi; per alcuni casi, privi di rete di sostegno familiare viene rilevata la necessità di assistenza continua nelle 24 ore ;

- l'*accessibilità* spesso negata o comunque non equa a causa della non congrua dislocazione dei servizi, della mancanza di valida informazione sul funzionamento degli stessi e spesso dalla stessa solitudine di cui è circondato l'anziano
- la *rete* dei servizi e il lavoro in rete quasi inesistente
- la necessità di maggiore *consulenza geriatrica* nei livelli di assistenza di base;
- l'attenzione ai "bisogni di normalità" delle persone con disabilità , e la conseguente messa in opera di interventi orientati verso l'inclusione sociale e lavorativa e, più generalmente, verso il ben-essere.

### 3.2.3. Quali obiettivi proporre ?

Alla luce delle criticità, che peraltro potremo tradurre in bisogni, si individuano e definiscono alcuni obiettivi di sistema e specifici che possano soddisfare questi ultimi e che soprattutto possano incidere con impatto sensibile sulla salute della popolazione anziana e con disabilità dell'ambito.

#### *Obiettivi di sistema :*

- progettare e sostenere un sistema di *comunicazioni, relazioni, percorsi* che possano preludere alla creazione di un modello di servizi integrati in rete per l'area anziani e della disabilità
- migliorare l'*accessibilità ai servizi* con l'implementazione del sistema di relazioni a rete e attività in rete

#### *Obiettivi specifici:*

- sostenere la *domiciliarità* attraverso interventi integrati
- sostenere la *continuità assistenziale* sia implementando il sistema a rete delle comunicazioni, sia con azioni specifiche rivolte a taluni casi conclamati dove occorre garantire la presenza di operatori di assistenza nelle 24 ore (progetti personalizzati di assistenza)

### 3.2.4. Quali azioni proporre?

La descrizione delle *azioni* necessarie per il raggiungimento degli obiettivi identificati e dei rispettivi tempi viene esplicitata nel Progetto specifico dell'area. Esse riguarderanno:

- la creazione di *punti di accesso unitari integrati* per i servizi agli anziani e alle persone con disabilità
- la formulazione di *progettualità individuali* per persone anziane e/o non autosufficienti
- la creazione di un *sistema unitario gestionale* delle procedure inerenti la realizzazione delle progettualità integrate inerenti l'area
- formulazione di *interventi formativi e di sostegno a caregiver*
- *estensione delle azioni dell'area* in maniera omogenea su tutto il territorio dell'ambito

Per l'anno 2007, come si vedrà dalla scheda di progetto, si è intenzionalmente data la priorità di intervento alle situazioni più compromesse sul piano sociale o più impattanti sul piano del carico assistenziale, consapevoli, però, di essere ben lontani dall'aver fornito una risposta esaustiva alla molteplicità delle problematiche presentate dalla condizione di disabilità.

La definizione di interventi più mirati verso percorsi di autonomia e di inclusione sociale verranno esaminati nella programmazione 2008/2009, sulla base della priorità evidenziate con i Comuni dell'ambito.

### **3.2.5. Alcune progettualità d'Ambito**

La programmazione per il 2007 prevede per questa area tematica interventi associati e integrati con la partecipazione di alcuni comuni dell'ambito: San Sperate - Siliqua - Uta - Vallermosa – Villaspeciosa - Villasor - Teulada

Il progetto individuato è denominato “**SOS-tenere**” e si propone di creare un modello di interventi integrati sociosanitari in un sistema di rete a favore delle famiglie di persone anziane e/ o affette da disabilità, non autosufficienti finalizzati a:

- migliorare la qualità della vita delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie attraverso la sperimentazione di percorsi socio sanitari integrati e personalizzati,
- favorire la deistituzionalizzazione,
- prevenire la istituzionalizzazione,
- sostenere la domiciliarità

### **3.2.6. Quali risorse**

La quantificazione delle risorse necessarie per la realizzazione delle azioni programmate e la loro ripartizione tra i soggetti partecipanti alla realizzazione del Plus viene esplicitata nel Progetto specifico. Per il dettaglio di tale progetto si rimanda al capitolo sulla progettualità associata.

Le progettualità previste per la programmazione 2008/2009, oltre alla conferma ed implementazione degli interventi progettati per il 2007, riguardano:

- l'estensione del modello negli altri comuni dell'ambito,
- l'omogeneizzazione e la standardizzazione delle procedure sperimentate.

Per quanto riguarda gli interventi previsti dai singoli Comuni si rimanda alle schede Piano socio-assistenziale.

### **3.3. Area sofferenti mentali**

#### **3.3.1. Quale realtà in questo territorio?**

La realtà della salute mentale relativa all'Ambito 2 area –Ovest (ex U.S.L 20) comprende 16 Comuni, di cui 4 (Siliqua, Teulada, Vallermosa e Villasor) provenienti da altre ASL; il loro accorpamento alla ASL 8, risente ancora della “presa in carico” da parte dei servizi, attualmente afferenti tutti al Centro di Salute Mentale di Ca-Est, con la sola eccezione di Elmas, che fa riferimento a Ca-ovest.

L'offerta sanitaria prevista con la Bozza del Piano Strategico Triennale 2006/2008 della ASL 8, prevede la realizzazione di due CSM, di cui uno aperto sulle 24 h, ed uno sulle 12 h, entrambi da localizzare in località agevolmente accessibili da parte dei comuni dell'ambito.

Sono attualmente aperte tre strutture residenziali: Comunità di La Maddalena Spiaggia (16 posti), Casa Famiglia di Assemini e Casa Famiglia di Decimomannu (rispettivamente di 6 posti l'una).

L'offerta di Centro Diurno è localizzata ad Assemini, con progetto attivato dal Comune.

Sono presenti sul territorio associazioni e soggetti impegnati nell'abitare assistito (Consorzio Solidarietà e cooperativa il Girasole ad Elmas e Vallermosa di prossima apertura), e negli inserimenti lavorativi (Cesil, Cooperativa di San Lorenzo, Cooperativa dei Pescatori di Teulada).

Durante i due tavoli tematici tenutisi a S.Sperate è emerso il forte bisogno di ascolto, di accoglienza a “domicilio”, assieme all' esigenza cara agli operatori del settore, di inserimenti lavorativi quale risposta alla necessità di inclusione sociale di cui spesso si fa portavoce la famiglia.

Alla luce della normativa della L.R. n°23/2005, con la costituzione dei Distretti e degli Ambiti di PLUS, l'obiettivo dell'integrazione coinvolge, lungo un unico percorso, tutti gli enti, le associazioni le strutture anche private che operano sul territorio.

Fatti salvi gli specifici interventi di tipo sanitario legati a un' efficace operatività del Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.), vengono sottolineati in questa proposta alcuni aspetti fondamentali che si sono evidenziati durante i tavoli tematici per la programmazione sociosanitaria delle risorse/servizi all'interno del Plus.

#### **3.3.2. Quali criticità emergono e quali priorità?**

I tre punti di maggiore criticità individuati nel “tavolo tematico sofferenti mentali” istituito in sede di conferenza di programmazione, sono state:

1. Ascolto e famiglia
2. Inserimenti lavorativi
3. Domiciliarità-residenzialità

**Ascolto e famiglia** - La mancanza di ascolto ed il senso di isolamento degli individui, ma ancor più delle famiglie, come mancanza di risposta ai bisogni rilevati dal dato esperienziale dei servizi competenti, riguardano il bisogno di relazionalità personale e familiare e relazionalità sociale e culturale. I nuclei familiari con un sofferente mentale, hanno spesso la caratteristica della multiproblematicità, con numerosi bisogni a loro carico legati alla fascia d'età dei componenti della famiglia (genitori anziani) e altri componenti con problematica affine (talvolta di dipendenze). La difficoltà di coordinamento ed integrazione dei servizi, mette all'attenzione degli stessi la necessità di individuare snodi di raccordo, che facilitino non solo l'accesso ma la continuità della presa in carico globale, rendendo unitari e non frammentati gli interventi. A tal fine la famiglia può essere individuata sia come uno snodo che facilita la presa in carico integrata, attraverso il suo coinvolgimento e la responsabilizzazione nella co-progettazione dei progetti personalizzati, che come portavoce della esigenza di ascolto e compagnia.

La persona con disagio psichico presenta una difficoltà significativa nell'ambito della costruzione e del mantenimento delle relazioni. Tale difficoltà inizia, spesso, in famiglia; questa rappresenta per la persona, una risorsa molto importante ma, nello stesso tempo diventa essa stessa soggetto di bisogni per la peculiarità del ruolo che si trova a sostenere sia al suo interno che dal punto di vista sociale. Nasce la necessità di diminuire il carico percepito dai familiari, incentivare le loro abilità di comunicazione e soluzione dei problemi, migliorare la qualità della vita. Un problema ulteriore e specifico, in termini di necessità di intervento, si ha quando nella famiglia la persona con problemi mentali si trova a svolgere il ruolo di genitore.

**Inserimenti lavorativi** – Nelle persone che soffrono di disagio psichico, il ruolo lavorativo è tra i primi ad essere compromesso. Spesso le reazioni del mondo del lavoro sono nei loro confronti di rifiuto e questo spinge ancor più le persone in difficoltà al ritiro sociale. La risposta a questo bisogno deve articolarsi secondo progressivi, diversificati livelli di offerta e di supporto: dalla persona che necessita di un lungo sostegno per svolgere attività occupazionale a quella che va invece aiutata per poter entrare nel mondo del lavoro in modo più diretto, anche attraverso un adeguato spazio al privato sociale, alle cooperative alle agenzie al fine di favorire la reale espressione delle potenzialità lavorative di produzione e mantenimento di un reddito. Accanto a ciò si pone il problema dell'integrazione sociale intesa come rottura dell'isolamento in cui si trova il sofferente mentale, impossibilitato a stare ai tempi rigidi e veloci del mercato. Il lavoro, i luoghi del lavoro e di incontro dei lavoratori sono individuati come luoghi di normalità e quindi di naturale espressione della socialità.

Risulta quanto mai opportuno inoltre coinvolgere nella rete anche i CESIL (centri servizi per l'inserimento lavorativo dei soggetti svantaggiati) i quali, nella loro collocazione di "confine" tra sistema di servizi alla persona e sistema dei servizi per l'impiego, possono diventare preziosi interlocutori nella definizione di strategie e percorsi finalizzati all'inclusione sociale e lavorativa dei sofferenti mentali.

**Domiciliarità-residenzialità** - Sono stati individuati come aspetti critici del tema dell'abitare la domiciliarità e la residenzialità. L'abitare assistito e l'abitare condiviso, con familiari e non, pone il problema della continuità abitativa, come educazione al senso di appartenenza e di identità che si fonda sulla scelta del luogo in cui stare.

Non esiste al momento un censimento delle situazioni di abbandono, solitudine e non assistenza, né delle persone sofferenti mentali con genitori anziani.

### 3.3.3. Quali azioni proporre?

Gli interventi che insistono su alcune aree ritenute centrali sono:

- l'offerta di servizi residenziali e semiresidenziali che permettano il pieno svolgimento dei percorsi riabilitativi anche in casi di rilevante disabilità;
- l'integrazione con il mondo del lavoro, la formazione e la definizione di contesti adeguati e favorevoli all'inserimento lavorativo e di percorsi istituzionali;
- il superamento delle diverse forme di emarginazione e disabilità sociale grazie al rafforzamento della rete sociale e di opportunità ad essa collegate e di sostegno anche per la famiglia;
- l'attività di informazione e prevenzione

### 3.3.4. Alcune progettualità d'Ambito

La programmazione per il 2007 prevede per questa area tematica interventi associati e integrati con la partecipazione dei Comuni di Assemini, Decimomannu, Decimoputzu, Elmas, San Sperate e Teulada. Il progetto individuato è "**Educata-mente**".

### 3.3.5. Quali risorse?

La quantificazione delle risorse necessarie per la realizzazione delle azioni programmate e la loro ripartizione tra i soggetti partecipanti alla realizzazione del Plus viene esplicitata nel Progetto specifico. Per il dettaglio di tale progetto si rimanda alla scheda tecnica allegata.

Le progettualità previste per la programmazione 2008/2009, oltre alla conferma ed implementazione degli interventi progettati per il 2007, riguardano:

- Orientamento e formazione
- Inserimenti lavorativi

Per quanto riguarda gli eventuali interventi messi in atto dai singoli Comuni, essi sono indicati nelle schede Piano socio-assistenziale.

## 3.4. Area delle dipendenze

### 3.4.1. Quale realtà in questo territorio?

Dal confronto tra operatori al Tavolo tematico “dipendenze” è emerso che nei piccoli comuni dell’Area Ovest è sommersa la problematica della tossicodipendenza, mentre è in crescita il problema dell’alcool dipendenza e dell’abuso di alcool, soprattutto a livello giovanile. Dall’esperienza di medici di base viene, tuttavia, sottolineato che la questione delle dipendenze da droghe, alcool, ma anche farmaco, è comunque grave nel territorio: le persone coinvolte hanno comportamenti di pluridipendenza e si tratta di un fenomeno che in genere non emerge.

Importante sottolineare che i fenomeni dell’abuso di sostanza seguono la mobilità giovanile. L’incidenza del fenomeno non è facilmente misurabile a livello di ambito, in quanto molti giovani dell’hinterland acquistano e fanno uso di droga a Cagliari. Luogo di spaccio è, in genere, l’arrivo dei bus in p.za Matteotti.

D’altra parte molti studenti, anche delle scuole medie, sono costretti a lunghe attese del bus o del treno, in strada nell’area della stazione e questo si traduce in una fragilità e in un rischio per loro. Pertanto, non è utile progettare interventi locali, ma bisognerebbe promuovere sempre interventi di rete e a livello di ambito.

Dal racconto dell’esperienza degli operatori di strada emerge un inquietante fenomeno giovanile per cui i ragazzi, anche giovanissimi, ancor prima di entrare in discoteca, fanno in strada consumo di alcool, cannabis, cocaina ed altro. Va sottolineato, inoltre, che alcune droghe, come la cocaina, sono ormai entrate nell’immaginario dei giovani come “droga pulita”: solo l’eroinomane oggi è associato al senso dispregiativo della droga.

Per concludere, una seppur parziale analisi della problematica, non possiamo dimenticare che in questo settore del disagio abbiamo a che fare con forti poteri economici, nonché interessi produttivi e di mass media connessi alla pubblicità di alcolici. L’immaginario personale è fin dall’infanzia educato ad una prospettiva di acquisizione di poteri attraverso l’uso di sostanze particolari o magiche: non a caso un personaggio amato dai bambini è braccio di ferro che diventa super eroe mangiando spinaci. Nella storia del cinema e dei fumetti troviamo innumerevoli esempi di forza connesse all’uso di sostanze magiche o speciali.

Rispetto agli interventi da mettere in atto vanno, dunque, privilegiati la prevenzione e l’informazione, senza tralasciare il sostegno volto al raggiungimento dell’autonomia, della capacità relazionale e dell’autostima nei ragazzi. Il fenomeno delle dipendenze, infatti, spesso è correlato ad immaturità e mancanza di autonomia.

Per la prevenzione, tuttavia, ci sono in genere poche risorse e le stesse sono coordinate in modo insufficiente.

Gli interventi di prevenzione non devono essere rivolti solo agli adolescenti, ma anche agli adulti per non rischiare che essi diano messaggi contraddittori, in particolare ai genitori e agli insegnanti. Il lavoro con gli adulti, per essere efficace, necessita però di strategie interistituzionali, per evitare di continuare a sensibilizzare solo gli adulti già informati ed attivi.

Nell'ambito della "cura" delle tossicodipendenze uno degli strumenti più adeguati di riscatto sociale è quello finalizzato all'inclusione sociale attraverso l'inserimento e il reinserimento lavorativo, adeguatamente supportato.

### **3.4.2. Quali criticità emergono e quali priorità?**

**Lavoro di rete** - Necessità di un lavoro integrato, socio-sanitario, tra operatori sociali, operatori di Ser.T. e medici di base, la Scuola e tutti gli attori del privato sociale coinvolti in azioni di prevenzione e di cura.

**Prevenzione** – Priorità per una progettazione che tenga conto della mobilità territoriale del fenomeno dipendenza e dell'importanza dei processi di sensibilizzazione /formazione degli adulti (in particolare insegnanti e genitori)

**Inserimento sociale** – Problematiche di Inclusione sociale e reinserimento lavorativo

### **3.4.3..Quali azioni proporre?**

- Azioni di prevenzione presso le Scuole
- Azioni di prevenzione mediante Operatori di strada
- Azioni di cura e di inclusione sociale

### **3.4.4. Alcune progettualità d'Ambito**

La programmazione per il 2007 prevede interventi associati a livello di sotto-ambito su questa area tematica. I comuni associati sono: Capoterra, Pula e Sarroch. L'intervento individuato è "**Progetto ICARO**"

### **3.4.5..Quali risorse**

La quantificazione delle risorse necessarie per la realizzazione delle azioni programmate e la loro ripartizione tra i soggetti partecipanti alla realizzazione del Plus viene esplicitata nel Progetto specifico.

Le progettualità previste per la programmazione 2008/2009, oltre alla conferma ed implementazione degli interventi progettati per il 2007, riguardano:

- Interventi di inserimento lavorativo

Per quanto riguarda gli interventi previsti dai singoli Comuni si rimanda alle schede Piano socio-assistenziale.

## 3.5. Area della accessibilita' e continuita' dell'assistenza assistenza

### 3.5.1. Quale realtà in questo territorio?

La discussione al tavolo tematico sulla “ Accessibilità e continuità dell'assistenza” tenutosi a Domus de Maria, ha posto in evidenza come questo sia un tema importante non solo a carattere locale, ma si riferisca a tutto il territorio.

Si è evidenziato, inoltre, come sia importante avere alcuni servizi essenziali dislocati sul territorio, più facilmente accessibili con notevole riduzione dei tempi di percorrenza (in particolare per alcuni centri dell'Area Ovest.). E' importante che l'operatore possa accogliere la richiesta di aiuto della persona, con un ascolto empatico e attento, e possa attivare invii e /o segnalazioni congrue e personalizzate ai servizi specialistici sanitari e/o sociali territoriali.

E' necessario, anche, attivare una banca dati dei servizi e della loro dislocazione, in quanto manca **l'informazione** e spesso la conoscenza delle risorse locali avviene attraverso il “passa parola”. E' quindi auspicabile un approccio multidisciplinare e una sinergia dei servizi presenti sul territorio per garantire una vera continuità dell'assistenza.

### 3.5.2. Quali criticità emergono e quali priorità?

Dal tavolo è emersa una attuale assenza di razionalizzazione dei servizi erogati sul territorio, talvolta realmente insufficienti, altre volte erogati in maniera sovrapponibile da più strutture, quindi non sempre dettati da:

- uno studio epidemiologico dei bisogni
- un ascolto del bisogno dell'utente
- un invio alle strutture più idonee a dare le risposte
- un'assenza di percorsi socio-sanitari prestabiliti e facilitati con conseguente scontento e disorientamento degli utenti e degli operatori
- un aumento dei disagi, degli accessi impropri e dei costi a carico della ASI e degli Enti Locali

Dalle criticità emerse si identificano alcune priorità:

- Mappatura dei servizi esistenti e/o la loro ubicazione strategica, e delle procedure di accesso
- Adeguata informazione sugli stessi, accompagnata da pubblicizzazione per rendere massima la visibilità
- Attivazione delle procedure da parte dei responsabili per la realizzazione ed il rispetto di eventuali protocolli d'intesa tra servizi socio-sanitari anche tra territorio ed ospedali.

E' evidente, quindi, che la problematica dell'accesso ai servizi è forse il nucleo centrale sul quale elaborare e sviluppare tutti i progetti e le azioni delle altre aree tematiche.

L'attivazione del Punto Unico di Accesso ai servizi alla persona e delle Unità di Valutazione Territoriale, è già avvenuta a Cagliari con delibera GR n°7/5 del 21

febbraio 2006. La problematica è molto simile a quella esistente per i piccoli ospedali, che danno una risposta immediata ai problemi sanitari dei cittadini, ma con un costo elevato per la sanità. Anche in questo caso la soluzione ovviamente potrebbe essere quella di costituire più punti di accesso sul territorio e più UVT, questo però farebbe lievitare i costi. Pertanto, è necessario indicare soluzioni strategiche che diano una risposta al bisogno primario del cittadini senza incidere ulteriormente sui costi. Questo problema è stato anche trattato nel territorio nella recente Progettazione integrata, da 9 Comuni dell'Ambito che si sono associati nel progetto "Insieme per crescere" con capofila il Comune di Assemini.

### **3.5.3. Quali azioni proporre?**

Sedici i comuni coinvolti nel Plus. Sedici quindi le necessità di dare ai propri cittadini una risposta al bisogno espresso.

E' ovviamente impensabile costituire 16 punti di accesso, la soluzione è quella di razionalizzare le risorse esistenti e di costituire una rete di rete, che abbia come obiettivo quello di consentire al cittadino di non doversi recare a Cagliari per risolvere i suoi problemi

Come abbiamo sopra esposto, la stessa considerazione può essere fatta per l'Unità di Valutazione Territoriale, è anche qui impensabile predisporre sedici, e non sempre per il cittadino arrivare in uno dei sedici comuni è più semplice che arrivare a Cagliari. Partendo dalla condivisione delle informazioni sull'offerta di servizi socio-sanitari, e dalla divulgazione, pubblicizzazione della Carta dei servizi, da parte di ogni soggetto erogatore di prestazioni, è auspicabile che l'accesso al sistema possa avvenire indifferentemente presso il Comune o presso la ASL.

### **3.5.4. Alcune progettualità d'Ambito**

La programmazione per il 2007 non prevede interventi associati nell'ambito su questa area tematica. Le progettualità previste per la programmazione 2008/2009 riguardano:

- **Il Progetto "Insieme per crescere"** – presentato in Progettazione Integrata con Comune Capofila: Assemini e Partner: Comuni di Elmas, Decimomannu, Decimoputzu, Villaspeciosa, Uta, Siliqua, Vallermosa, San Sperate, A.S.L. n°8 e soggetti del terzo settore.

In particolare di questo progetto è inerente la problematica dell'accessibilità e continuità dell'assistenza, nella parte relativa all'azione 1 che di seguito riportiamo:

#### **Azione 1 Progetto "Insieme per crescere":**

l'integrazione e la contaminazione tra mondi di norma separati: il sanitario e il sociale, al fine di favorire gli interventi domiciliari sulla persona e sulla famiglia

#### **Obiettivi:**

1. costruzione di strategie e di pratiche per favorire l'integrazione degli interventi domiciliari sulla persona e sulla famiglia, offerti dai Servizi Sanitari e dai Servizi Sociali dei Comuni (A.D.I. e Assistenza Domiciliare Comunale), al fine di favorire il permanere delle persone "fragili", in particolare gli anziani e le

persona con disabilità, negli ambienti naturali di vita, supportando altresì la famiglia per alleviarne il carico assistenziale.

2. Il potenziamento del Segretariato Sociale nei singoli Comuni aderenti al Patto e informatizzazione degli stessi, al fine di costruire un sistema di rete (anche informatica) di collegamento dei segretariati con il Punto Unico di Accesso locale. Il Punto Unico di Accesso verrà dislocato in uno dei Comuni aderenti al Patto, e permetterà la presa in carico integrata e in rete dei bisogni delle persone del territorio di riferimento.
3. la costruzione di strategie e pratiche nelle comunità locali, finalizzate a offrire momenti e occasioni di sollievo ai familiari dei soggetti fragili, anche attraverso la trasformazione di strutture, servizi, e altre tipologie di offerte locali, orientati verso una offerta di “servizi di tregua”.

- **Progettualità inerenti l'accessibilità ai servizi** attraverso l'istituzione nel territorio di punti unici di accesso collegati in rete (come da piano strategico triennale 2006/2008 della ASL 8).

N.B. Si ritiene che questa Area sia di fondamentale importanza per la realizzazione di un sistema socio-sanitario integrato e, sebbene per il 2007 non sia stato possibile attivare interventi specifici, si sottolinea la necessità che per il 2008 si operi in questo settore.

Per quanto riguarda gli interventi previsti dai singoli Comuni si rimanda alle schede Piano socio-assistenziale.

## **3.6. Area della criminalità, devianza, inclusione sociale**

### **3.6.1. Quale realtà in questo territorio?**

Dalla discussione svolta al Tavolo Tematico “criminalità, devianza e inclusione sociale” sono emersi, sia da parte degli addetti ai lavori, che dei cittadini, alcuni problemi che riguardano in maniera più o meno preponderante tutto il territorio appartenente all'Ambito Area Ovest.

Si sono rilevate diverse criticità che riguardano tre aree principali: **l'area detenuti, l'area del disagio giovanile e l'area delle azioni di sistema.**

Per quanto concerne **l'area detenuti**, un problema molto sentito nel territorio è quello dell'inclusione sociale dei soggetti ex detenuti. Questa problematica ha acquistato negli ultimi tempi maggior peso sociale con l'attuazione della legge sull'indulto, in virtù di questa legge, infatti, sono usciti dalle carceri di tutta la regione più di mille detenuti. Emerge la necessità di lavorare per il reinserimento sociale di queste persone attraverso interventi di inserimento lavorativo con percorsi di tutoraggio, ma anche la necessità di sensibilizzazione pubblica alle politiche di inclusione sociale, con interventi di restituzione alla vittima del “senso di protezione sociale”, per poter così trasversalmente combattere il fenomeno delle recidive.

Si sottolinea un altro problema che riguarda quei detenuti che, pur potendo usufruire delle pene alternative alla reclusione, non dispongono di strutture atte ad accoglierli,

perché in genere si tratta di extracomunitari che non hanno familiari in loco o sono stati sradicati dal loro territorio di residenza ed inviati in Sardegna e, benché esistano comunità che permettono di usufruire di misure alternative alla detenzione, queste risultano non essere in numero sufficiente a soddisfare le richieste.

Risulta importante anche l'aspetto della corretta informazione (di normative, di orientamento al lavoro...) che l'ex detenuto deve ricevere per tramite di operatori adeguatamente formati.

Per quanto concerne invece il reinserimento sociale e la prevenzione della reiterazione a delinquere per i minori autori di reato che escono dalle comunità per estinzione di pena, emerge come questi, anche se inseriti preventivamente in un tessuto lavorativo, tendono ad abbandonarlo una volta che escono dalle comunità. Questo fenomeno è presumibilmente da attribuirsi ad un passaggio troppo repentino da una situazione di estrema istituzionalizzazione, quindi in un certo qual modo protetta, ad una di responsabilizzazione ed autonomia, passaggio che non risulta affatto automatico, ma che necessita di un lavoro di tutoraggio e accompagnamento finalizzato.

Nell'area del **disagio minori** è stato posto in rilievo come le comunità alloggio locali per i minori non siano specializzate ad accogliere le differenti problematiche legate al disagio giovanile, che ha un forte carattere di eterogeneità e che necessita quindi di interventi specifici, come nel caso dei minori tossicodipendenti. Inoltre, si sottolinea la difficoltà dei minori, ospiti in case famiglia, nel rientrare nella propria famiglia d'origine o nell'affrontare una esperienza di autonomia personale al compimento dei 18 anni, età in cui devono essere dimessi dalla comunità.

Nel dibattito è stato da più parti sottolineata una forte correlazione fra territorio, emarginazione e disagio giovanile. La fortissima e repentina espansione dell'hinterland cagliaritano ha portato, infatti, ad una destabilizzazione nel territorio che ha generato processi di radicamento/sradicamento con importanti conseguenze sul disagio giovanile.

Si sono evidenziate, infine, anche delle criticità che riguardano vere e proprie azioni di sistema, come la necessità di trovare fra gli operatori del settore un linguaggio comune sulla definizione del fenomeno e sulle sue implicazioni sociali, ed un sistema di monitoraggio e valutazione nel territorio del reale impatto degli interventi socio-sanitari messi in atto nel corso delle progettualità.

### **3.6.2. Quali criticità emergono e quali priorità?**

Dalle discussioni e dal lavoro svolto, sono emerse alcune priorità di cui tener conto nell'attuale programmazione dei PLUS:

- Inclusione sociale ai fini della prevenzione delle recidive e sensibilizzazione nel territorio.
- Ascolto e consulenza nella fascia adolescenziale
- Comunità per adolescenti ed accompagnamento all'autonomia.

### **3.6.3. Quali azioni proporre?**

- Azioni di inserimento lavorativo per gli ex detenuti e di sensibilizzazione dell'opinione pubblica ai fine del riaccoglimento nel tessuto sociale e l'allontanamento dal reato accompagnate da azioni di informazione e di orientamento ben dislocati nel territorio.
- Azioni di ascolto del disagio per adolescenti e famiglie e di mediazione dei conflitti (trasversale all'Area donne, minori e famiglia)
- Azioni di tutoraggio e accompagnamento per sostenere i giovani nel passaggio da una situazione isituzionalizzata come la comunità a quella di autonomia e responsabilità.

### **3.6.4. Alcune progettualità d'Ambito**

La programmazione per il 2007 non prevede interventi associati nell'ambito su questa area tematica. Le progettualità previste per la programmazione 2008/2009 riguardano:

- a. Inserimento lavorativo ex detenuti
- b. Gruppi appartamento per giovani maggiorenni
- c. Comunità specialistiche per minori

Per quanto riguarda gli interventi previsti dai singoli Comuni si rimanda alle schede Piano socio-assistenziale.

## **3.7. Area della multietnicità, immigrazione e mediazione culturale**

### **3.7.1. Quale realtà in questo territorio?**

La discussione al Tavolo tematico sull'immigrazione ha posto in rilievo come in alcuni paesi dell'ambito, come Uta, Villasor e Assemini oggi risiede la maggior parte di cittadini stranieri che hanno usufruito della legge Bossi Fini per il ricongiungimento familiare. Si tratta soprattutto di famiglie cinesi, tunisine, marocchine, che in genere godono di rapporti lavorativi del capofamiglia solidi e continuativi. Anche nel loro caso, come in genere per le giovani coppie, è la necessità di affittare case a prezzi accessibili che li spinge a trasferirsi in questa nuova area dell'interland cagliaritano.

Il problema principale che emerge per le famiglie da poco ricongiunte, è quello dell'inserimento sociale di mogli e figli minori che non parlano la lingua italiana. I figli, in particolare hanno difficoltà nell'inserimento scolastico proprio per la carente conoscenza della lingua italiana e l'assenza o discontinuità di un servizio di mediazione interculturale che accompagni la loro integrazione.

La mediazione scolastica può assolvere questo compito di integrazione del minore in classe mettendo a punto un profilo dell'alunno ed un percorso personalizzato,

purtroppo spesso si tratta di interventi frammentati, informali, progetti deboli che non sono supportati da accordi interistituzionali.

Un altro problema dell'immigrato, anche in quest'area, riguarda la difficoltà ad ottenere in affitto una abitazione, in quanto i proprietari di casa rispondono con diffidenza al bisogno abitativo degli immigrati e ciò accade più per un problema culturale che economico.

Nell'assegnazione delle case popolari, invece, gli immigrati sono sempre svantaggiati perché il criterio è quello della residenza.

Carente è anche la presenza di punti informativi per gli immigrati sui diritti/doveri da assolvere in Italia, nonché sulle opportunità sociali, lavorative, di formazione, o di sanità. Sarebbe importante che fosse il servizio sociale di ogni Comune a poter assolvere a questo compito informativo così come lo svolge per tutti i suoi cittadini, usufruendo di interventi di intermediazione culturale solo là dove necessario. "L'integrazione sociale, infatti, non può avvenire se si continua a perseguire la politica del "doppio binario" (uno per i cittadini o per gli stranieri UE e uno per gli "extracomunitari"), che, oltre ad essere poco efficiente dal punto di vista economico, risponde nel migliore dei casi alla logica dell'ospitalità piuttosto che a quella della piena titolarità di diritti e doveri di cittadinanza degli immigrati (Coop. La Carovana)".

Tuttavia, è anche da sottolineare che, sia a causa di un sentimento di spaesamento, diffidenza, non integrazione, l'immigrato in genere non si rivolge volentieri ai servizi pubblici, anche quando questi stessi servizi sono gestiti da altri immigrati, diviene, pertanto, fondamentale sensibilizzare le differenti comunità etniche di appartenenza, affinché si realizzi una collaborazione con i servizi e una consuetudine degli immigrati a rivolgersi.

Esiste poi un problema di mancanza di posti di lavoro o di contratti regolari, ma è un problema specifico che coinvolge anche altri cittadini.

Per quanto riguarda la sanità il cittadino straniero regolare ha diritto ad accedere ai servizi sanitari come il cittadino italiano. Per i cittadini stranieri non titolari di un permesso valido o clandestini è prevista la tessera STP che da il diritto ad avere le prestazioni mediche in caso di necessità e di rischio alla salute. Anche in ambito sanitario si è verificata la necessità frequente del mediatore culturale nell'affiancare medici e infermieri nella relazione con lo straniero. Si segnala, inoltre, la difficile condizione degli stranieri senza lavoro o risorse economiche che si trovano costretti a pagare il ticket ed i farmaci prescritti.

Un problema emergente è quello degli stranieri in carcere, e riguarda soprattutto le pene alternative alla reclusione, in quanto queste persone non hanno una famiglia che può ospitarli e garantire per loro. Questo problema è gravissimo anche nel carcere minorile, il problema è sia quello della mancanza di strutture alternative al carcere, sia quello dell'assenza di visite familiari, in quanto spesso questi ragazzi non provengono dalla Sardegna, ma sono stati mandati qui a scontare la pena. Una soluzione sia per gli adulti che per i minorenni sarebbe aumentare il numero delle strutture/comunità che possano accoglierli.

Alcuni servizi di mediazione culturale sono presenti ad Assemini e forniti su richiesta presso il servizio sociale in altri comuni dell'area. La Provincia di Cagliari offre, su base provinciale, un Centro Servizi per l'Immigrazione che si occupa di informazione e orientamento ed è organizzato con la presenza di mediatori culturali di differenti nazionalità e lingua.

### 3.7.2. Quali criticità emergono e quali priorità?

Dalle criticità espresse nell'analisi della situazione esistente possono essere colte alcune priorità di cui tener conto nell'attuale programmazione del PLUS, priorità che investono tutto l'ambito territoriale e prevedono soprattutto azioni di integrazione interistituzionale:

- Informazione/orientamento
- Mediazione culturale.
- Sensibilizzazione/coinvolgimento delle comunità di immigrati

### 3.7.3. Quali azioni proporre?

- **Azioni di informazione e di mediazione interculturale presso i servizi sociali comunali.** Il mediatore è una risorsa a disposizione delle istituzioni e degli immigrati: le sue competenze integrano, ma non sostituiscono quelle degli operatori referenti del servizio per i cittadini italiani e stranieri.  
Questa nuova figura professionale facilita permette pari opportunità di accesso dei cittadini stranieri immigrati al contesto sociale locale in ambito socio-sanitario, giuridico, scolastico, ecc...Il mediatore facilita la relazione fra contesti culturali differenti, lavora per abbattere le barriere linguistiche e strutturali che ostacolano la fruibilità dei servizi e supporta la conoscenza da parte dell'immigrato dell'universo culturale e normativo del paese ospitante.
- **Percorsi personalizzati di mediazione interculturale per l'integrazione scolastica.** Sostenere la scuola nei suoi compiti formativi, educativi e sociali attraverso percorsi di classe di educazione all'intercultura, di valorizzazione della cultura locale e di provenienza, di sostegno linguistico e personalizzato al minore immigrato.
- **Azioni di sensibilizzazione e coinvolgimento delle comunità di immigrati.** Diviene importante un lavoro interistituzionale di rete che avvicini le comunità di immigrati e le coinvolga in interventi partecipati e condivisi.

### 3.7.4. Alcune progettualità d'Ambito

La programmazione per il 2007 non prevede interventi associati nell'ambito su questa area tematica. Le progettualità previste per la programmazione 2008/2009 riguardano:

- a. Mediazione interculturale nelle scuole
- b. Mediazione interculturale presso gli Enti locali

Per quanto riguarda gli interventi previsti dai singoli Comuni si rimanda alle schede Piano socio-assistenziale.

## 4. LE STRATEGIE E GLI OBIETTIVI PER IL TRIENNIO 2007 - 2009

### 4.1. Finalità

Il Gruppo Tecnico di Piano (GtP), nella predisposizione del PLUS d'Ambito, si è proposto ed ha condiviso le seguenti **finalità** che hanno riguardato i momenti procedurali per le fasi di pianificazione e l'individuazione delle relative azioni di programmazione:

1. La progettazione dell'offerta socio-sanitaria "personalizzata al bisogno"
2. La diffusione in tutto l'ambito di livelli essenziali di assistenza sociosanitaria
3. La ricerca e l'attenzione continua ai processi di integrazione

### 4.2. Obiettivi generali

Gli obiettivi generali del PLUS di questo Ambito sono stati individuati in coerenza con le finalità condivise sopra enunciate, ma soprattutto con le criticità emerse in ciascuna dei tavoli tematici relativi alle aree di interesse attivati che hanno rappresentato il momento del dibattito, dell'ascolto e della condivisione.

Le condivisioni realizzate in fase di discussione e ascolto hanno riguardato "i bisogni" scaturiti, le aspettative rappresentate dai vari soggetti interessati riguardo a possibili "offerte" di iniziative, azioni, servizi idonei al loro soddisfacimento.

Si è così rilevato che alcuni "temi" hanno attraversato quasi tutte le aree tematiche e quindi è apparsa ineludibile la riflessione su di essi al fine di trasformarli in obiettivi generali su cui fondare la pianificazione locale d'ambito (PLUS). Si tratta di una focalizzazione su obiettivi riguardanti :

- a. La "prevenzione" dei disagi e il miglioramento della qualità della vita
- b. L'accessibilità e la continuità dell'assistenza
- c. Il lavoro di rete "in rete"
- d. La permanenza dei soggetti "fragili" e/o "non autosufficienti"  
bisognosi di assistenza nel proprio ambiente di vita
- e. La creazione di nuove equipe integrate e il completamento di quelle già costituite nelle sedi dell'ambito ( vedi sedi equipe consultoriali)

## 4.3. Metodologia di integrazione dei Servizi alla Persona

### 4.3.1. Perché integrazione socio-sanitaria?

L'integrazione è un pensare olistico e progettuale su la... e con la... "persona" che esprime un bisogno, in modo che il benessere divenga una qualità dell'essere, in cui la salute sia espressione dell'incontro tra mente, corpo e relazione e cioè tra i sistemi cognitivi della singola persona le sue espressioni di vita corporea e le sue relazioni socio-ambientali.

L'integrazione da un lato è essenziale per ridurre la "sanitarizzazione" degli interventi, dall'altro accresce la responsabilità ed il coinvolgimento sociale degli operatori e della persona interessata attraverso interventi personalizzati.

Promuovere la "persona" nella sua unità significa, infatti, supportarne i processi di autodeterminazione e restituirle la libertà e la responsabilità delle proprie scelte, ricondurla nel suo "stato di diritto" anche quando affetta da menomazioni o minorazioni o quando in stato di squilibrio e sofferenza. Soprattutto il diritto di "cittadinanza" si impone in maniera forte in alcune persone "fragili" e "sofferenti" (sofferenti mentali, persone con disabilità, anziani non autosufficienti, minori in difficoltà) la cui fragilità è spesso oggetto di interventi "interessati" piuttosto che oggetto di attenzioni privilegiate per interventi di riguardo e tutela.

Ancora oggi, infatti, sulla persona/utente/paziente si giocano interessi economici e professionali che sostengono la frammentazione di analisi ed interventi, che scindono il benessere in aree di specializzazione, ma anche in ridondanze e sovrapposizioni e, perché no, in sprechi di risorse.

L'integrazione oltre che apparire come valore aggiunto rappresenta invece un valore essenziale e irrinunciabile per la diffusione a livello territoriale d'Ambito di livelli essenziali di intervento.

Inoltre, se l'integrazione socio-sanitaria può nascere dalla necessità di diversi soggetti istituzionali di razionalizzare ed unificare le risorse, raccoglie senz'altro il desiderio degli operatori del settore di non sentirsi più parziali, in solitudine, spesso impotenti rispetto a bisogni della persona che non sono né semplici, né lineari, ma sempre più spesso complessi e fuggevoli, bisogni sui quali diviene necessario intervenire in termini di sistema interdisciplinare, coordinato e collaborante, anche in modo critico.

Non basta infatti la multiprofessionalità e la multidisciplinarietà, più punti di vista, più strategie, più idee, ma è essenziale che la sommatoria di questi diversi elementi ed entità sia accompagnata da una loro **integrazione** nell'azione per accogliere ed offrire soluzioni capaci di accompagnare e supportare la crescita di salute e benessere delle persone.

Ma l'integrazione socio-sanitaria diviene solo il primo passo di un percorso che non può non incontrare e rendere partecipe il mondo della scuola, della formazione e della cultura, perché l'unità sia unità di mente, psiche, natura e cultura.

### 4.3.2. Come rendere effettiva questa integrazione socio-sanitaria?

Un primo passo consiste nel mettere a disposizione *idee e progettualità* diverse e comuni insieme con *risorse economiche* per realizzare queste progettualità partecipate e creare poi *azioni e servizi* in cui operano professionisti dei diversi settori che insieme organizzano l'intervento alla persona.

Il processo dell'integrazione esige anche azioni di *formazione* per gli operatori in modo da sviluppare un linguaggio socio-sanitario comune attento all'unitarietà della persona e dell'intervento.

Nelle ipotesi dell'ambito del PLUS Ovest si propone la definizione di una "entità" (agenzia) *socio-sanitaria* per la programmazione locale e per la gestione delle azioni .

#### **4.3.3. Quali integrazione per il 2007?**

Il GtP, nonostante le difficoltà che in questo momento accompagnano la realizzazione di un sistema socio-sanitario effettivamente integrato, a partire dalla messa in comune delle idee e delle risorse economiche, ritiene importante investire immediatamente in progettualità associata di Area socio-sanitaria dove, in via sperimentale, in attesa di una reale integrazione anche delle quote economiche ASL, si rilevano quali criteri per l'integrazione due momenti iniziali:

- 1. La progettazione condivisa delle attività-servizio-offerta (GtP-Equipe integrata socio-sanitaria – Equipe di Piano)**
- 2. L'esecuzione condivisa dell'intervento con organigrammi di servizio composti da personale ASL e dei Comuni**

Per la programmazione 2008/9 si auspica l'attivazione di un *fondo socio-sanitario associato distinto*.

#### **4.4. Metodologia di gestione dei Servizi alla Persona**

##### **4.4.1. Obiettivo strategico specifico per il 2007: Ufficio di Piano ( UdP) – Centro di programmazione d'Ambito**

Sulla base di input offerti al GtP dagli amministratori dell'Ambito negli incontri istituzionali svolti, il GtP conferma di condividere la necessità di dare continuità al lavoro svolto attraverso la costituzione di un Ufficio di Piano con compiti di programmazione del sistema dei servizi associati e di implementazione del processo di integrazione socio-sanitaria avviato, di raccordo e gestione delle progettualità d'ambito in atto nel territorio, di raccordo con le progettualità del territorio (progettazione integrata, progettazione dei Comuni...), di approfondimento della conoscenza del territorio e del rilevamento dei bisogni in collaborazione con l'Osservatorio delle Politiche sociali provinciale. All'Ufficio di piano si vuol riconoscere un ruolo culturale di riflessione sull'integrazione socio-sanitaria in modo da essere punto di riferimento, in tutto l'Ambito, per le azione e i processo connessi.

##### **Le funzioni dell'UdP:**

Con le assunzioni sopra descritte l'Ufficio di Piano assurge ad essere un Centro di programmazione d'Ambito con le seguenti funzioni specifiche :

1. Gestione funzionale e coordinamento della *progettazione associata*
2. Produzione di *procedure comuni* (regolamenti, capitolati, appalti...)

3. Prosecuzione dell'attività di programmazione, progettazione e *raccordo interistituzionale* connessa alla predisposizione del PLUS con le verifiche e le definizioni di dettaglio annuale
4. Analisi del bisogno e *mappatura dell'offerta socio-sanitaria* e dei relativi servizi in accordo con l'Osservatorio Politiche sociali
5. Consolidamento della *metodologia partecipativa* e del coinvolgimento del territorio mediante il lavoro dei tavoli tematici permanenti
6. Creazione ed implementazione di *metodologie formative* sull'integrazione socio-sanitaria
7. Produzione e diffusione di *documentazione socio-sanitaria*
8. Individuazione, applicazione e condivisione di metodologie e *modelli operativi innovativi*, comprese le buone prassi, e di gestione a forte integrazione socio-sanitaria
9. Applicazione di procedure di *monitoraggio e valutazione*
10. Sviluppo del *sistema di rete interistituzionale* con Enti ed Agenzie territoriali socio-sanitarie, educative e di orientamento formazione-lavoro
11. Utilizzo di finanziamenti di *progetti europei nazionali e regionali* riguardanti il socio-sanitario

#### **L' Equipe di lavoro integrata dell'UdP:**

Si ritiene che nell'UdP (Ufficio di Piano) debba operare una equipe integrata in maniera interprofessionale e interdisciplinare ed interistituzionale, organizzata in modo snello con flessibilità di intervento e modalità di lavoro per obiettivi. Si propone che sia composta da operatori degli Enti coinvolti, prioritariamente in ruolo presso tali Enti, con competenze professionali di programmazione e progettazione socio-sanitaria ed esperienza di lavoro nelle Aree tematiche di intervento.

#### **La composizione dell'Equipe integrata dell'UdP:**

- N°6 Operatori sociali dei Comuni (qualifica da D 1 a D4 - part time)
- N°3 operatori ASL (Dirigenti – Assistente social e - part time)
- N°2 operatori Provincia (qualifica da D1 a D4 - part time)
- N°2 amministrativi - di cui uno contabile (qualifica C/D - tempo pieno)
- Nucleo di coordinamento (4 operatori di progetto – qualifica D)
- Consulenze esterne (economico-finanziario; giuridico-amministrativo)

Si ritiene, inoltre che debba essere definito un monte ore annuo, opportunamente incentivato, di coinvolgimento degli operatori del Servizio Sociale dei Comuni del territorio nel perseguimento degli obiettivi dell'UdP.

#### **La sede e le attrezzature dell'UdP:**

Le spese di allestimento Ufficio di Piano c/o sede da definire riguardano:

- Uffici: 5 o più locali con arredi e sala riunioni
- Attrezzatura: Telefono – fax – stampante - computer con collegamento ad internet, portatile, scanner, fotocopiatrice .....- materiali di consumo da ufficio (cancelleria)
- Accesso ai servizi dell'Ente capofila: protocollo, posta, auto aziendale....

N.B. La sede potrebbe essere ubicata presso strutture territoriali attualmente in fase di riconversione come la ex-casa per l'anziano di Assemini.

## Costi dell'Ufficio di Piano

N.B.: ciò che riportiamo di seguito è una ipotesi di funzionamento dell'Ufficio di Piano che si ritiene ottimale in previsione dei compiti da svolgere. Resta inteso che il funzionamento dell'UdP richiede il preventivo reperimento dei finanziamenti necessari che non sono inclusi nel presente PLUS e che, allo stato attuale, non sono disponibili nei bilanci dei singoli Enti.

Si ritiene, pertanto, urgente conoscere quanto prima con quali modalità gli UdP debbano essere di fatto costituiti e su quali risorse sia possibile contare per la loro attivazione.

- N°6 operatori sociali dei Comuni (da D1 a D4 – part-time)
- N°2/3 operatori ASL (Dirigenti – Assistente sociale – part-time)
- N°2 operatori Provincia (da D1 a D4 – part-time)
- N°2 amministrativi - di cui uno contabile (C/D - tempo pieno)
- Nucleo di coordinamento (4 operatori di progetto – qualifica D)
- Consulenze esterne (economico-finanziario; giuridico-amministrativo)
- Spese di allestimento Ufficio di Piano c/o sede da definire

Costi Ufficio di Piano ( UdP)							
Denominazione costi	Nucleo di Coordinamento del PLUS						% sul totale
	operatore	n°	tempo	costo	Totali		
costi personale	operatori comunali (D2-D3-D4)	6	part-time	107.159	380.621	22%	79%
	operatore provincia (D2)	2	part-time	33.117		7%	
	operatori ASL	2	part-time	64.896		13%	
	amministrativo (C2-C3)	2	pieno	59.765		12%	
	operatori di progetto (D4)	4	part-time	75.684		16%	
	consulente economico finanziario	1	part-time	20.000		4%	
	consulente giuridico-amministrativo	1	part-time	20.000		4%	
altri costi	strumenti e attrezzature *	4 pc-collegam.internet, 4 scanner-stampanti-fax, 2 portatili, 1 fotocopiatrice, 5 telefoni		20.000	102.800	4%	21%
	sede *	arredi x 5 locali + sala riunioni		15.000		3%	
	utenze	energia elettrica, telefono, riscaldamento-condizionamento, acqua		12.000		2%	
	materiale consumo	cancelleria e stampati, lavanderia e pulizia, materiale informatico		3.000		1%	
	missioni	rimborsi spese auto		5.000		1%	
	spese generali	pulizie, fitti, assicurazioni, manutenzione ordinaria, formazione		47.800		10%	
<b>Totale costi UdP</b>						100%	
<b>483.421</b>							

Qualora l'Ufficio di PLUS debba essere investito del compito di Centro di Responsabilità (c.d.r.) – vedi allegato modello economico, è necessario prevedere la presenza di un Responsabile.

#### **4.5. Obiettivo programmazione 2008/2009:**

Obiettivo strategico della programmazione 2008/9 è l'ipotesi di applicazione di un modello economico-gestionale basato su gestione di *budget per Centri di responsabilità (c.d.r.)*.

##### **4.5.1. Modello di Gestione e di Piano economico – finanziario**

###### **Il Modello**

Le nuove aggregazioni dei comuni con il conseguente aumento delle dimensioni territoriali di riferimento, nonché le aggregazioni per aree tematiche (sotto ambiti) e l'incremento dei processi di integrazione tra i diversi soggetti istituzionali, richiedono un'azione direzionale, di coordinamento e di controllo che può essere impostata solo per mezzo di una attività di programmazione.

In mancanza di un modello economico-gestionale definito dalle Linee guida del PLUS, si decide di utilizzare, con i debiti accorgimenti, il modello di programmazione-gestione tipica delle aziende, comprese quelle pubbliche come le ASL, basato su gestione di *budget per obiettivi e centri di responsabilità (c.d.r.)*.

I c.d.r. sono da considerarsi come centri capaci di governare le risorse assegnate secondo criteri di economicità, intesa non come capacità di produrre profitti, ma come realizzazione di equilibri gestionali, fra efficienza nell'utilizzo delle risorse e efficacia a raggiungere gli obiettivi programmati, il tutto finalizzato a garantire il migliore risultato delle azioni gestionali.

Riportato nel nostro modello, ciò significa considerare *i bisogni come portatori di interessi* e quindi di risorse erogabili correlate, *l'area tematica come centro di responsabilità* a cui viene assegnata la risorsa e *l'offerta come l'esplicitazione della attività* che il c.d.r. mette in moto per raggiungere gli obiettivi gestionali dell'area.

Ciò nasce dalla necessità di tradurre in termini di gestione economica il paradigma bisogni – risorsa - offerta, tenendo conto dei principi di integrazione che il PLUS enfatizza.

Considerare, infatti, i bisogni (espressi da un'area tematica) come determinanti portatori di interessi e le aree tematiche come ambiti in cui operano soggetti attori (c.d.r.) responsabili di gestione di risorse, permette di superare la frammentarietà e l'individualità dei diversi soggetti (soprattutto istituzionali) gestori di interessi e la frammentarietà e l'individualità presente nell'offerta dei servizi.

Tale passaggio serve anche per invertire la passata tendenza di considerare *l'offerta come generatore* di bisogni, soprattutto nelle aree dei servizi sanitari e socio assistenziali di nostro interesse.

Ciò è anche in coerenza con il paradigma utilizzato nel nostro PLUS per il processo di pianificazione integrata che parte da bisogni individuati per costruire un sistema di offerta attraverso l'utilizzo delle risorse individuate e secondo obiettivi preposti.

## La descrizione del modello

### A) Gli attori apportatori di risorse

Gli attori coinvolti nel PLUS che assumono significato dal punto di vista della rilevanza economica, in qualità di apportatori di risorse, sono i 16 Comuni dell'ambito, l'ASL n.8 di Cagliari e la Provincia di Cagliari. Ognuno di questi soggetti partecipa in maniera diversa all'apporto:

- i 16 Comuni con la quota del Fondo associato 20%, con le risorse umane, l'organizzazione dei servizi socio-assistenziali e le strutture.
- la ASL n. 8 con servizi, strutture, risorse umane e finanziarie e la loro organizzazione nell'area sanitaria e in particolar modo sociosanitaria: consultori familiari, unità operative di Neuro Psichiatria Infantile, servizi afferenti al Dipartimento di salute mentale, servizi per le dipendenze, servizi per anziani e persone con disabilità (A.D.I., R.S.A., attività di riabilitazione)
- la Provincia di Cagliari con servizi, progetti, risorse umane e la loro organizzazione nell'area socio-assistenziale (vedi ....

Altri soggetti sono attori del PLUS in maniera particolare, come le associazioni di Comuni ed ASL, Comuni e soggetti del privato sociale, Comuni – ASL – Provincia che in vario modo hanno sottoscritto manifestazioni di interesse nell'ambito dei patti per il sociale riguardanti la progettazione integrata.

### B) I centri di responsabilità: soggetti attori per le aree tematiche

Le aree tematiche emerse in sede di conferenza di programmazione sono state individuate in base a bisogni sanitari, sociali e sociosanitari espressi dai soggetti partecipanti. I bisogni sono stati in seguito approfonditi, nei tavoli tematici, e analizzati in termini di priorità di interventi da sostenere per il loro soddisfacimento.

Il soddisfacimento dei bisogni richiede la formulazione di offerta di servizi e dunque l'individuazione di risorse finalizzate alla loro realizzazione.

L'area tematica diventa quindi in questo modello l'entità portatrice di responsabilità per la gestione delle risorse assegnate: i soggetti attori nell'area tematica sono i veri responsabili del governo delle risorse assegnate all'area tematica.

Ad esempio, in riferimento alla programmazione 2007, le aree tematiche individuate (aree di bisogni e di offerta) e approfondite sono in numero di 7, ma solo su 4 aree si decide di concentrare l'utilizzo del budget delle risorse associate (fondo 20%), attraverso la formulazione di progetti specifici: area famiglia, minori e donne, area anziani e disabilità, area salute mentale, area delle dipendenze.

L'allocazione delle risorse economiche all'interno delle 4 aree tematiche per il 2007 è la seguente:

ASSOCIAZIONE DELLE AREE CON RISORSE RIPARTITE, % E COMUNI ASSOCIATI				
AREE TEMATICHE	RISORSE X AREA	% RISORSE X AREA	COMUNI X AREA	N° COMUNI
FAMIGLIA -MINORI - DONNE	824.472	60,0%	TUTTI I COMUNI DELL'AMBITO	16
SOFFERENTI MENTALI	254.440	18,5%	ASSEMINI, DECIMOMANNU, DECIMOPUTZU, ELMAS, SAN SPERATE, TEULADA	6
ANZIANI E DISABILI	218.313	15,9%	SAN SPERATE, SILIQUA, TEULADA, UTA, VALLERMOSA, VILLASOR, VILLASPECIOSA	7
DIPENDENZE	76.734	5,6%	CAPOTERRA, PULA, SARROCH	3
<b>TOTALI</b>	<b>1.373.958</b>	<b>100,0%</b>		

La tabella è stata costruita tenendo conto dei bisogni espressi in termini percentuali dai Comuni nell'ambito delle 7 aree tematiche, si è provveduto quindi alla ripartizione della risorsa finanziaria di ogni Comune (fondo associato 20%) sulla base dei rispettivi bisogni individuati in termini percentuali, si è infine determinata la risorsa finanziaria, aggregata per area tematica, sulla base delle precedenti ripartizioni.

Sull'area famiglia, minori e donne tutti i Comuni dell'ambito si sono aggregati, nelle altre 3 aree si sono formate aggregazioni di Comuni interessati al soddisfacimento del bisogno individuato.

### C) Budget consolidato e per Centri di responsabilita'

Il budget viene redatto sia a livello di singolo Centro di responsabilità sia a livello consolidato come sommatoria dei precedenti c.d.r. individuati.

Il livello consolidato si impone in particolar modo al fine di ottemperare ad esigenze corrispondenti a *debiti informativi* dell'ambito verso la Regione/Provincia/altro Ente, oltre che per motivi di gestione delle risorse (rendicontazione economica), queste ultime demandate alle aree tematiche con i soggetti ivi aggregati.

L'efficace funzionamento del PLUS richiede dunque un sistema di controllo budgetario:

- a) articolato per *Centri di responsabilità*
- b) che guidi i responsabili di ogni centro verso obiettivi e programmi/progetti specifici
- c) che consenta la verifica sistematica, mediante *l'analisi degli scostamenti*
- d) che preveda adeguati *provvedimenti "correttivi"* nel caso in cui la verifica di cui al punto precedente segnali l'esistenza di disfunzioni gestionali o di programmi non più validi
- e) che nello stesso tempo garantisca il *coordinamento* tra suddetti Centri e tra i rispettivi obiettivi

Per la redazione e la realizzazione concreta del budget e per intraprendere le necessarie azioni correttive, compresa la modifica degli stessi programmi iniziali, è necessario effettuare *calcoli di convenienza economica*, cioè scelte alternative tra soluzioni diverse secondo criteri di convenienza economica.

Questi si basano su un'approfondita determinazione ed analisi dei costi al fine della migliore allocazione delle risorse.

I costi possono essere analizzati e classificati secondo più criteri in modo da evidenziare le informazioni veramente utili per un corretto controllo gestionale.

Nel nostro caso si decide di utilizzare la classificazione dei *costi per natura*, che è la più immediata ed ovvia, in quanto si basa sulle caratteristiche fisiche ed economiche dei fattori produttivi impiegati nella realizzazione dei progetti.

Si parla così di costi di materiale di consumo, del personale utilizzato, .....

Budget da PLUS (ipotesi di fattori produttivi – costi per natura)	
Personale	€
Servizi esterni	€
Materiali di consumo	€
Missioni	€
Spese generali	€
Totale	€

La realizzabilità di ciascun progetto che viene attivato in ogni c.d.r. (area tematica) è basata, *dal punto di vista economico*, sull'attitudine dei ricavi d'esercizio a reintegrare i costi d'esercizio programmati e, *dal punto di vista finanziario - monetario*, sull'attitudine delle entrate monetarie derivanti dai ricavi a coprire le uscite monetarie collegate con i costi.

La duplice evidenza economico – finanziaria, insieme alla consistenza patrimoniale, si riflette sull'utilizzo del budget come strumento operativo, che si può così articolare:

- budget economico (ricavi e costi)
- budget del personale
- budget degli investimenti
- budget delle fonti e degli impieghi
- budget di tesoreria articolato per mesi
- budget patrimoniale

L'utilizzo di tale strumento articolato consente, oltretutto, la compiuta e corretta valorizzazione di tutte le risorse che i soggetti dell'area tematica, a vario titolo, apportano e utilizzano nella gestione. Diversamente risorse importanti, come ad esempio il personale sanitario impiegato dalla ASL nell'erogazione dei servizi, sfuggirebbero ad una semplice considerazione delle sole risorse finanziarie. Ciò vale anche per le restanti risorse strumentali e organizzative che, comunque, occorrerebbe acquisire dall'esterno se nessuno le apportasse.

Un'ipotesi di budget economico potrebbe essere la seguente:

BUDGET ECONOMICO	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	TOTALE
<b>VALORE DELLA PRODUZIONE</b>					
Contributi da fondo associato 20%					
Altri contributi Comuni					
Contributi ASL					
Contributi Provincia					
Contributi fondi comunitari (progettazione integrata, ...)					
Compartecipazione al costo dei servizi					
Ricavi diversi					
<b>Acquisti materiali di consumo</b>	-				
Materiali per lavanderia e pulizia					
Cancelleria e stampati					
<b>Costi per servizi</b>	-				
Riscaldamento					
Energia elettrica					
Telefono					
Formazione e aggiornamento					
Premi di assicurazione					
Manutenzione e riparazione					
Consulenze amministrative e legali					
<b>Altri costi operativi</b>					
.....					
<b>Costi per il personale</b>	-				
Salari e stipendi					
Contributi previdenziali					
Accantonamento TFR					
<b>RISULTATO OPERATIVO</b>	-				
Proventi finanziari					
Oneri finanziari					
<b>RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE</b>	-				
Imposte sul reddito	-				
<b>UTILE/PERDITA NETTA</b>	-				

Il medesimo modello viene articolato al fine di esplicitare le diverse tipologie di servizi erogabili:

BUDGET ECONOMICO	SERVIZI SOCIALI	SERVIZI SANITARI	SERVIZI SOCIOSANITARI	TOTALE
<b>VALORE DELLA PRODUZIONE</b>				
Contributi da fondo associato 20%				
Altri contributi Comuni				
Contributi ASL				
Contributi Provincia				
Contributi fondi comunitari (progettazione integrata, ...)				
Compartecipazione al costo dei servizi				
Ricavi diversi				
<b>Acquisti materiali di consumo</b>	-			
Materiali per lavanderia e pulizia				
Cancelleria e stampati				
<b>Costi per servizi</b>	-			
Riscaldamento				
Energia elettrica				
Telefono				
Formazione e aggiornamento				
Premi di assicurazione				
Manutenzione e riparazione				
Consulenze amministrative e legali				
<b>Altri costi operativi</b>				
.....				
<b>Costi per il personale</b>	-			
Salari e stipendi				
Contributi previdenziali				
Accantonamento TFR				
<b>RISULTATO OPERATIVO</b>	-			
Proventi finanziari				
Oneri finanziari				
<b>RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE</b>	-			
Imposte sul reddito	-			
<b>UTILE/PERDITA NETTA</b>	-			

## 5. LE AZIONI PER IL 2007

### 5.1. Quali obiettivi operativi per l'anno 2007?

Considerata la novità dell'evento-PLUS e anche la esiguità della quota fondo associato 20% nonché la mancanza di consolidata prassi normativa anche in materia di budget sociosanitario si è ritenuto, per l'anno 2007, di provvedere a formulare interventi appropriati e compiuti per alcune aree tematiche di interesse ritenute prioritarie per i primi interventi.

Inoltre, per le stesse si è ritenuto di poter formulare ipotesi di interventi, progettualità e azioni che tenessero relative ai temi trasversali evidenziati in tutte le aree tematiche in corso di discussione nei tavoli tematici.

Le azioni per 2007 sono dunque le seguenti:

1. Formulazione di **Interventi socio-sanitari integrati** (servizi di confine) da sviluppare nelle 4 Aree prioritarie considerate
  - "Famiglia, minori, donna"
  - "Anziani e disabili"
  - "Sofferenti mentali"
  - "Dipendenze".
2. Realizzazione dell'**Ufficio di Piano – Centro di programmazione d'Ambito** (vedi capitolo precedente)

Per quanto riguarda il punto 1 sono stati predisposti 4 progetti integrati (vedi cap.9):

- **"Pro...sa familia"** . - **Area Famiglia, minori, donne**
- **"SOS... tenere"** - **Area Anziani e Disabilità**
- **"Educata...mente"** - **Area Sofferenti Mentali**
- **"Progetto Icaro"** - **Area Dipendenze**

## 6. MONITORAGGIO DEL PLUS E VALUTAZIONE

### 6.1 Creazione di un sistema di rilevazione di tipo integrato per il monitoraggio in itinere e la valutazione finale dei risultati

#### 6.1.1 Predisposizione, test ed attivazione del modello di monitoraggio in itinere

##### Metodologie

Il monitoraggio e la valutazione dei programmi di attività del PLUS sono di tipo “strategico” e si configurano come uno strumento volto a favorire la *governance* territoriale.

La valutazione strategica infatti è un’attività di analisi di coerenza (interna ed esterna), di priorità, di efficienza e di efficacia degli obiettivi e delle azioni del piano allo scopo di supportare il processo decisionale e l’attività di consenso (trasparenza, partecipazione, negoziazione) e aumentare la probabilità di successo del piano<sup>1</sup>.

Analisi di coerenza	Coerenza del programma rispetto agli indirizzi del governo regionale Coerenza del programma con la visione strategica del territorio Completezza degli strumenti selezionati Coerenza tra i progetti del programma
Analisi di priorità	Condivisione delle priorità previste dal programma e quelle degli attori sociali
Analisi di efficienza	Realizzabilità del programma (verifica degli ostacoli e dei conflitti)
Analisi di efficacia	Capacità dei progetti inseriti nel programma al raggiungimento degli obiettivi.

Le Linee guida per l’avvio dei piani locali unitari dei servizi alla persona (L.R. 23 dicembre 2005, n. 23) prevedono la costruzione di un sistema di monitoraggio e di valutazione dei risultati. Le citate linee guida dispongono inoltre che la Provincia rediga annualmente un rapporto sullo stato di attuazione dei PLUS.

Queste attività devono avvalersi dei criteri indicati dallo stesso PLUS, perché non rispondano ad una logica di controllo penalizzante, ma piuttosto all’obiettivo prioritario di facilitare l’adozione delle decisioni da parte dei soggetti che

<sup>1</sup> Cfr. Ciciotti, E.-Rizzi, P. (2005), *Politiche per lo sviluppo territoriale. Teorie, strumenti, valutazione*, Carocci, Roma.

intervengono nella definizione del Piano sia nella fase di elaborazione, che in quella di realizzazione del programma di attività.

Per questo motivo assume un ruolo fondamentale l'attività di valutazione *in itinere*, in quanto consente di stabilire se una determinata strategia è adatta al contesto ed eventualmente di adottare azioni correttive. Durante la valutazione *in itinere*, il monitoraggio diviene lo strumento di base per verificare lo stato delle cose e di attuazione del programma, perché, di fatto, impone un continuo raffronto fra quanto programmato e ciò che si è effettivamente realizzato.

Il monitoraggio *in itinere* sarà eseguito nel corso dell'attuazione del programma redatto dal Plus e secondo le direttive del Collegio di verifica, di cui all'art. 11 dell'Accordo di Programma. In questa fase si valutano i primi risultati della strategia individuata e degli interventi in corso di realizzazione. Si verifica inoltre la gestione finanziaria degli interventi, se gli obiettivi prefissati in sede di redazione del programma sono ancora significativi e in quale misura sono stati raggiunti. Poiché gli interventi sono ancora in corso, durante questa fase *in itinere*, il monitoraggio si qualifica come un intervento ad "ampio raggio" i cui principali contenuti possono così individuarsi:

- ✓ analisi del grado di efficienza delle attività realizzate
- ✓ tempistica della realizzazione degli interventi previsti
- ✓ analisi della probabilità che il programma raggiunga gli obiettivi prefissati
- ✓ correzione di eventuali anomalie e disequilibri
- ✓ verifica del grado di realizzazione di ciascun indicatore impiegato per ogni progetto e degli indicatori di sintesi del programma, ove presenti.

Nell'attività di monitoraggio e valutazione saranno utilizzati indicatori di realizzazione, di risultato ed impatto previsti e quantificati per l'attività da svolgere. La definizione degli indicatori di misurazione dell'efficacia del progetto sarà concordata tra i soggetti firmatari dell'Accordo di programma nella fase di progettazione esecutiva, tenendo presente quanto proposto dai singoli partecipanti al Plus. In ogni caso, saranno definiti quattro tipi di standard di performance:

- ✓ fisici (numero di enti locali coinvolti, numero di iniziative esaminate, numero utenti, ecc.)
- ✓ monetari (confronto tra costi previsti per l'esecuzione delle diverse attività)
- ✓ temporali (tempi di esecuzione delle diverse fasi, scadenze, ecc.)
- ✓ qualitativi, in termini di grado di soddisfazione degli utenti coinvolti.

Il procedimento sarà teso a misurare e valutare i risultati raggiunti rispetto a quanto previsto dai tavoli tematici del PLUS e gli indicatori saranno quindi economici, sociali e ambientali, sia per quanto riguarda la domanda che l'offerta dei servizi socio sanitari. Dal lato dell'offerta potranno inoltre essere valutati: l'incremento di strutture, i dati relativi alla frequenza e ai flussi dei servizi, ecc. Si valuteranno la risposta delle popolazioni coinvolte e gli effetti che il programma in corso di realizzazione/realizzato avrà prodotto sulla qualità della vita. Rispetto alla domanda si dovranno raccogliere dati quali l'incremento delle presenze e della permanenza media, per meglio mettere a fuoco le attività e impostare future integrazioni o miglioramenti dello stesso piano di sviluppo.

## Strumenti

Gli strumenti che si prevede di utilizzare per la fase di monitoraggio e valutazione sono diversi a seconda della fase.

<b>Fase</b>	<b>Strumenti metodologici</b>
Fase preliminare di definizione del modello	analisi SWOT
Raccolta dei dati	interviste individuali, focus group, raccolta schede di monitoraggio ed invio di questionari
Analisi dei dati	Delphi
Test, validazione e giudizio valutativo	Rilevazione opinioni presso i soggetti interessati, expert panel e Provincia

Sarà predisposta una scheda di progetto per la rilevazione delle informazioni, composta da più sezioni.

<b>Scheda di progetto</b>	<b>Contenuto</b>
Sezione anagrafica	codice progetto, anno inizio e fine, tipologia, descrizione del progetto, cronoprogramma delle attività
Localizzazione	sede delle iniziative previste
Sezione finanziaria	spesa prevista, spese ammissibili, finanziamento erogato
Sezione soggetto proponente	denominazione, recapiti, referente
Sezione indicatori procedurali	indicatori, distinti per tipologia di intervento, previsti nel progetto e quelli effettivi registrati in fase di realizzazione
Sezione indicatori fisici	indicatori, distinti per tipologia di intervento, previsti nel progetto e quelli effettivi registrati in fase di realizzazione
Indicatori di risultato e impatto	informazioni necessari per la definizione degli indicatori di risultato e impatto sia in termini di previsione che di realizzazione

## **Output**

I risultati dell'attività saranno riportati in un rapporto periodico di monitoraggio.

## **Tempi di realizzazione**

La costruzione dell'interfaccia software presso l'Assessorato provinciale alle Politiche sociali richiederà circa due mesi.

Il sistema di indicatori verrà sottoposto entro tale termine alla validazione da parte dei tavoli tematici.

### **6.1.2 Predisposizione, test ed attivazione del modello di valutazione finale**

#### **Metodologie**

Nella valutazione finale si analizzeranno l'effettivo conseguimento degli obiettivi previsti e gli effetti prodotti dall'attuazione del programma.

In questa fase del lavoro si esprimerà un giudizio finale sull'intervento previsto in merito a:

- ✓ raggiungimento degli obiettivi
- ✓ determinazione e analisi (con individuazione delle possibili cause) degli eventuali scarti tra valori osservati e valori attesi
- ✓ grado di soddisfazione delle attese espresse in sede di pianificazione.

Lo schema delle fasi in cui articolare la valutazione finale sono le stesse viste per il monitoraggio in itinere:

- ✓ Fase preliminare di definizione del modello
- ✓ Raccolta dei dati
- ✓ Analisi dei dati
- ✓ Giudizio valutativo

Anche in questo caso si misureranno e si valuteranno i risultati raggiunti rispetto a quanto previsto nel Plus e sulla base degli indicatori economici, sociali e ambientali, sia per quanto riguarda la domanda che l'offerta di servizi socio assistenziali.

#### **Output**

- modello di valutazione finale

#### **Tempi di realizzazione**

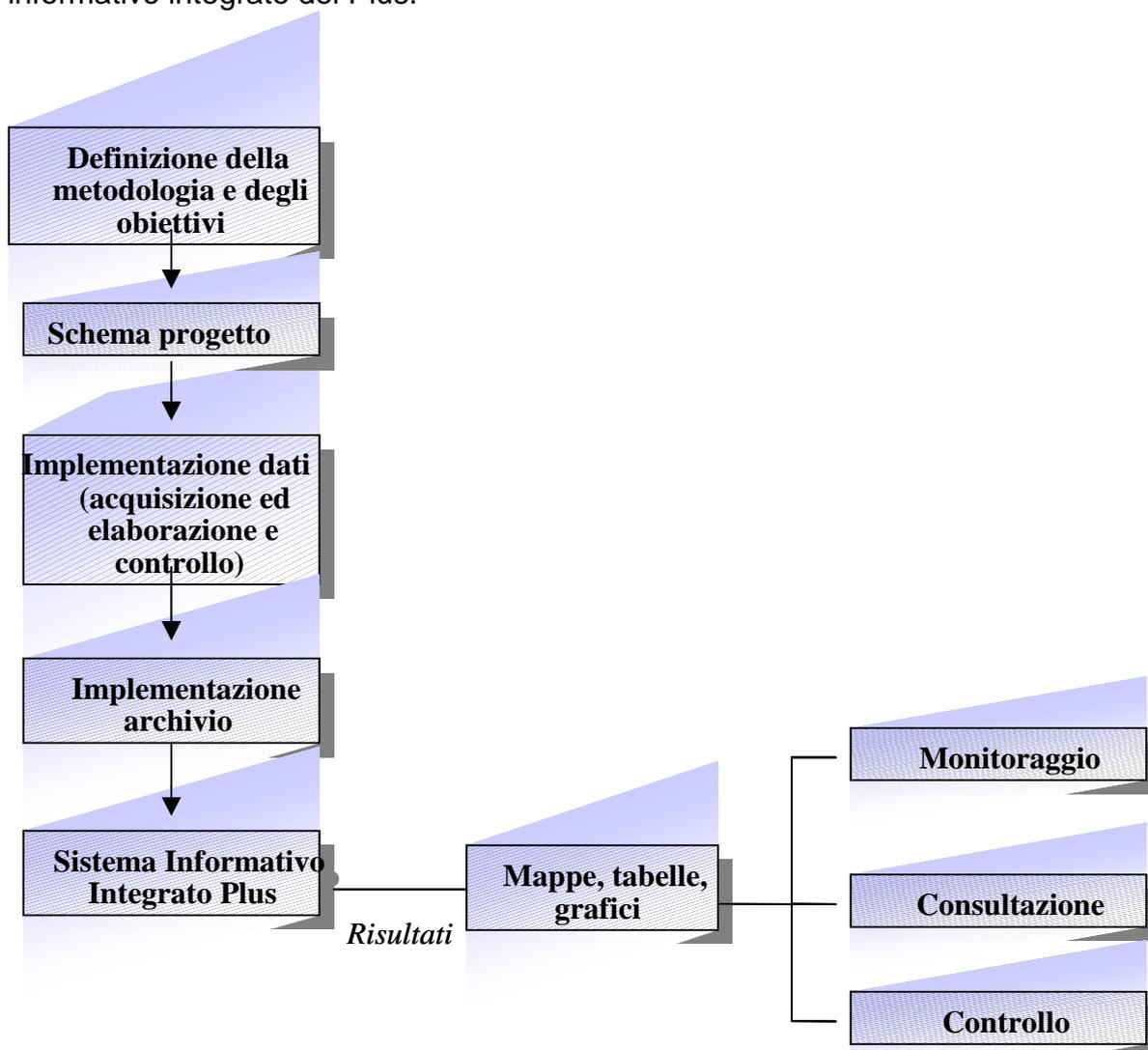
Il modello di valutazione finale sarà predisposto entro due mesi dalla fine del progetto.

### 6.1.3 Predisposizione del software di monitoraggio e valutazione

#### Metodologie

Si prevede un modello di implementazione del sistema, che consenta il confronto dei dati rilevati in fase progettuale, con quelli derivanti dal monitoraggio durante la fase di realizzazione con riguardo agli aspetti economico-finanziari, tipologici, dimensionali, gestionali.

Dovrà essere inizialmente allestito un *database* degli interventi inseriti nel Plus (obiettivi e strategie dei progetti) e delle singole operazioni. Nella seconda fase, si procederà all'implementazione del sistema informativo esistente attraverso il caricamento dei dati relativi agli indicatori prescelti e all'eventuale ampliamento del numero e della tipologia delle variabili esaminate. Si procederà quindi alla verifica e, se necessaria, ad una ridefinizione degli obiettivi e delle metodologie in modo da coordinare lo schema di progetto. Successivamente si passerà all'implementazione dei dati attraverso l'acquisizione e l'elaborazione degli stessi. Tali procedure saranno svolte in stretta collaborazione con l'Osservatorio Provinciale per le Politiche Sociali e costituiranno una sezione del sistema informativo integrato del Plus.



L'aggiornamento avverrà in tempo reale in modo da consentire la ricerca ed una migliore attività di controllo, nonché per verificare e valutare le trasformazioni (valutazione dei progetti, analisi di impatto, ecc.). Il sistema integrato consentirà pertanto di elaborare in breve tempo mappe tematiche, tabelle e grafici. Attraverso un motore di ricerca sarà possibile effettuare ricerche semplici e avanzate sia sulle mappe che sul database alfanumerico.

Il sistema sarà consultabile anche sulle reti Internet/Intranet, attraverso prestabiliti sistemi di protezione e sicurezza, secondo i diversi livelli di accesso.

### **Output**

Il prodotto finale sarà costituito da un sistema informativo continuo, aggiornato ed affidabile, anche al fine di individuare tempestivamente l'insorgere di eventuali problemi e consentire un monitoraggio continuo e sistematico e la valutazione degli impatti (sociali, sanitari, economici).

## 7. LA PROGETTAZIONE SOCIO-SANITARIA INTEGRATA D'AMBITO

### 7.1. MODELLO ECONOMICO

#### Premessa

Il modello vuole innanzitutto porre in primo piano la valutazione del bisogno sociale e sociosanitario e identificare l'offerta di servizi quale risposta al bisogno.

Il paradigma è costituito da un' area tematica che rappresenta i *bisogno* dell'area, una *offerta* che deve essere proposta per soddisfare i bisogni dell'area tematica specifica e una *risorsa* che deve essere individuata per ogni area tematica coerente per organizzare tale offerta.

Il filo conduttore del modello è dunque costituito dal binomio BISOGNO – OFFERTA con una RISORSA finanziaria che sostiene l'offerta.

Il bisogno viene espresso da ogni Comune in due differenti modi:

1. % di bisogno per area tematica
2. % di bisogno per trasversalità

Innanzitutto le % dei bisogni evidenziate dai Comuni vengono ripartite tra le aree tematiche individuate come prioritarie nell'Ambito (Anziani e disabili, Minori e famiglia, dipendenze.....), quindi viene calcolato come ripartire le risorse economiche in base alla % di bisogno complessivamente indicata dai Comuni per ogni area tematica.

In questo modo connettiamo le due variabili:

- % bisogni espressa per ogni area tematica
- quota di risorse investita e ripartita per ogni area tematica

L'associazione dei Comuni, per area tematica, permette di attribuire risorse alle Aree tematiche, secondo una distribuzione più razionale legata al peso % individuato da ogni Comune.

A questo punto sono possibili due modi per distribuire le risorse alle Aree tematiche e tra i vari Comuni in rapporto alle % di bisogno e alle fasce di appartenenza:

1. ripartizione matematica delle risorse del fondo associato, che restituisce al singolo Comune la quota investita nel fondo del 20%, equamente distribuita in base alle sue esigenze di bisogno. In questo caso i Comuni decidono di associare le rispettive risorse alle varie aree tematiche dei bisogni con una "ripartizione diretta", la Provincia e la ASL partecipano alla progettualità con risorse in personale, servizi, organizzazione. Ed è questo il Modello utilizzato per le risorse PLUS 2007.
2. un modello di effettiva gestione associata che vede l'Ambito quale territorio condiviso e distribuisce le risorse alle Aree tematiche in base alle % di bisogno espresso senza tener conto delle quote iniziali versate dal singolo Comune nel 20% di quota associata: questa è l'ipotesi che potrebbe essere attuata nel 2009.

Il modello di valutazione di % di bisogno, come abbiamo anticipato, potrà essere ulteriormente specificato prevedendo l'associazione dei Comuni in fasce di bisogno

relative alle Trasversalità appartenenti a differenti Aree Tematiche. Esempi di trasversalità prioritarie di intervento nell'Ambito Area Ovest sono tematiche quali: la prevenzione, la domiciliarità, la mappatura delle risorse. Per l'anno 2007 si è scelto di intervenire nei settori della Prevenzione e della Domiciliarità, ma è intenzione del GtP sostenere per il 2009 interventi di Accessibilità e continuità dell'assistenza.

Per concludere, le risorse potranno, quindi, essere ulteriormente pensate come rispondenti ad un programma che evidenzia alcune aree tematiche e le incrocia con linee trasversali di intervento, come ad esempio interventi di domiciliarità nell'area anziani, disabili e sofferenti mentali. Questo modello incrociato "Are/trasversalità" permette di superare il concetto di categoria sociale: anziani, minori, ... e di cogliere alcune modalità di offerta al bisogno quali risposta prioritaria a più bisogni sociali

### **Le schede del modello economico bisogno/risorse/offerta**

#### **Tab. 1 – Risorse finanziarie fondo associato 20%**

La tabella evidenzia le quote del fondo associato 20% per ciascun comune dell'ambito

#### **Tab.2 – Aree tematiche / % dei bisogni per comune**

La tabella riporta la fotografia dei soli bisogni evidenziati dai Comuni, ripartiti nell'ambito delle aree tematiche.

#### **Tab.3 - Distribuzione risorse del fondo associato 20% con % risorse x area**

La sequenza che si imposta con l'attuale ragionamento è la seguente:

- a. bisogni espressi dai Comuni
- b. ripartizione della risorsa finanziaria di ogni Comune (fondo associato 20%) sulla base dei rispetti bisogni
- c. individuazione della risorsa finanziaria per area tematica sulla base delle precedenti ripartizioni

Questa tabella tiene conto del *peso della popolazione e delle relative risorse associate* ad ogni Comune, pertanto nella individuazione della risorsa finanziaria di ogni area assumono un peso notevole le decisioni dei comuni più grandi.

Ad esempio, Assemmini e Capoterra decidono di non assegnare % di bisogni all'area anziani, mentre il comune di Assemmini attribuisce il 40% della sua quota finanziaria all'area sofferenti mentali, determinando di fatto una maggiore quota finanziaria all'area sofferenti mentali rispetto all'area anziani (a differenza dei ragionamenti delle precedenti versioni)

Anche se questa tabella è stata costruita tenendo conto dei bisogni espressi dai comuni, risente della ripartizione matematica delle risorse del fondo associato e non mette in evidenza lo stretto collegamento che dovrebbe esserci tra bisogni evidenziati e l'area tematica. D'altro canto introduce il fattore della popolazione pesata con la rispettiva risorsa finanziaria.

#### Tab.4 – Associazione delle aree con risorse ripartite, % e comuni associati

La tabella riporta gli stessi risultati della tabella precedente con i soli dati di sintesi:

- a. risorse per area tematica
- b. % risorse per area tematica
- c. comuni associati alle aree tematiche

**Tab. 1**

	<b>AREA OVEST</b>	<b>20% fondo associato</b>	<b>2% per GtP</b>	<b>20% - 2%</b>
1	ASSEMINI	287.640,39	5752,8078	
2	CAPOTERRA	247.661,29	4953,2258	
3	DECIMOMANNU	84.059,24	1681,1848	
4	DECIMOPUTZU	46.935,90	938,718	
5	DOMUS DE MARIA	23.812,00	476,24	
6	ELMAS	98.155,24	1963,1048	
7	PULA	85.078,16	1701,5632	
8	SAN SPERATE	98.339,31	1966,7862	
9	SARROCH	58.759,83	1175,1966	
10	SILQUA	63.483,40	1269,668	
11	TEULADA	46.243,14	924,8628	
12	UTA	86.262,57	1725,2514	
13	VALLERMOSA	29.388,45	587,769	
14	VILLA SAN PIETRO	25.773,65	515,473	
15	VILLASOR	89.695,45	1793,909	
16	VILLASPECIOSA	30.709,69	614,1938	
	<b>TOTALE</b>	<b>1.401.997,71</b>	<b>28039,9542</b>	<b>1.373.957,76</b>

**Tab. 2**

AREE TEMATICHE / % DEI BISOGNI PER COMUNE	MINORI - DONNE E FAMIGLIE	ANZIANI E DISABILI	SOFFERENTI MENTALI	DIPENDENZE	TOT
Assemini	60	0	40	0	100
Capoterra	80	0	0	20	100
Decimomannu	60	0	40	0	100
Decimoputzu	60	0	40	0	100
Domus de Maria	100	0	0	0	100
Elmas	60	0	40	0	100
Pula	80	0	0	20	100
San Sperate	35	30	35	0	100
Sarroch	80	0	0	20	100
Siliqua	20	80	0	0	100
Teulada	20	40	40	0	100
Uta	50	50	0	0	100
Vallermosa	45	55	0	0	100
Villa san Pietro	100	0	0	0	100
Villasor	45	55	0	0	100
Villaspeciosa	50	50	0	0	100
ASL8					
<b>Totali bisogni area</b>	<b>945</b>	<b>360</b>	<b>235</b>	<b>60</b>	<b>1600</b>

**Tab. 3**

DISTRIBUZIONE RISORSE DEL FONDO ASSOCIATO CON % RISORSE X AREA	MINORI - DONNE E FAMIGLIE	SOFFERENTI MENTALI	ANZIANI E DISABILI	DIPENDENZE	Totale 20% fondo associato	%
Assemini	169.132,5	112.755,0	0,0	0,0	281.887,6	<b>20,5</b>
Capoterra	194.166,5	0,0	0,0	48.541,6	242.708,1	<b>17,7</b>
Decimomannu	49.426,8	32.951,2	0,0	0,0	82.378,1	<b>6,0</b>
Decimoputzu	27.598,3	18.398,9	0,0	0,0	45.997,2	<b>3,3</b>
Domus de Maria	23.335,8	0,0	0,0	0,0	23.335,8	<b>1,7</b>
Elmas	57.715,3	38.476,9	0,0	0,0	96.192,1	<b>7,0</b>
Pula	66.701,3	0,0	0,0	16.675,3	83.376,6	<b>6,1</b>
San Sperate	33.730,4	33.730,4	28.911,8	0,0	96.372,5	<b>7,0</b>
Sarroch	46.067,7	0,0	0,0	11.516,9	57.584,6	<b>4,2</b>
Siliqua	12.442,7	0,0	49.771,0	0,0	62.213,7	<b>4,5</b>
Teulada	9.063,7	18.127,3	18.127,3	0,0	45.318,3	<b>3,3</b>
Uta	42.268,7	0,0	42.268,7	0,0	84.537,3	<b>6,2</b>
Vallermosa	12.960,3	0,0	15.840,4	0,0	28.800,7	<b>2,1</b>
Villa san Pietro	25.258,2	0,0	0,0	0,0	25.258,2	<b>1,8</b>
Villasor	39.555,7	0,0	48.345,8	0,0	87.901,5	<b>6,4</b>
Villaspeciosa	15.047,7	0,0	15.047,7	0,0	30.095,5	<b>2,2</b>
ASL8		0,0	0,0	0,0		<b>0,0</b>
<b>TOTALI</b>	<b>824.471,5</b>	<b>254.439,7</b>	<b>218.312,7</b>	<b>76.733,9</b>	<b>1.373.957,8</b>	<b>100,0</b>
<b>%</b>	<b>60,01</b>	<b>18,52</b>	<b>15,89</b>	<b>5,58</b>	<b>100,00</b>	

**Tab. 4**

<b>ASSOCIAZIONE DELLE AREE CON RISORSE RIPARTITE, % E COMUNI ASSOCIATI</b>				
<b>Aree Tematiche</b>	<b>Risorse per area</b>	<b>% Risorse per area</b>	<b>Comuni per area</b>	<b>N° Comuni</b>
<b>Famiglia- minori,donne</b>	824.472	60,0%	Tutti i Comuni dell'Ambito	<b>16</b>
<b>Salute Mentale</b>	254.440	18,5%	Assemini, Decimomannu, Decimoputzu, Elmas, San Sperate, Teulada	<b>6</b>
<b>Anziani e Disabilità</b>	218.313	15,9%	San Sperate, Siliqua, Teulada, Uta, Valdermosa, Villasor, Villaspeciosa	<b>7</b>
<b>Dipendenze</b>	76.734	5,6%	Capoterra, Pula, Sarroch	<b>3</b>
<b>TOTALI</b>	1.373.958	100,0%		

Progettazione associata:

- **“Pro...sa familia”** - Area Famiglia, minori, donne
- **“SOS-tenere”** - Area Anziani e Disabili
- **“Educata...mente”** - Area Sofferenti Mentali
- **“Progetto Icaro”** - Area Dipendenze

Si rinvia al relativo cap. 9

## **7.2 Criteri di gestione di Ambito**

### **7.2.1 Meccanismi di riallineamento appalti**

Sarà compito dell'Ufficio di Piano predisporre azioni di coordinamento d'ambito che permettano la definizione di un modello di riallineamento.

Azioni prioritarie:

- a. Ricognizione di tutte le scadenze di appalto dei singoli Comuni dell'ambito
- b. Individuazione dell'ultima scadenza d'appalto presente nel territorio per ogni tipologia di progetto
- c. Ciascun Comune, per ogni singolo progetto alla scadenza dell'appalto potrà intervenire con proroghe, brevi appalti, rinnovi, per uniformarsi all'ultima scadenza individuata per l'intero Ambito

## 8. LA PROGETTAZIONE LOCALE NELL'AMBITO

### Progetti locali

I comuni dell'ambito hanno elaborato i seguenti progetti relativi all'area sociale e sociosanitaria

N.B.: l'elenco che segue non è esaustivo delle progettualità del territorio e può presentare qualche imprecisione.

### 8.1 POR Sardegna 2000/2006 – Progettazione integrata – Progetti Ambito Area Ovest

#### Comune di Assemini

Il Comune di Assemini è Ente capofila del Patto territoriale:

#### **Progetto “Insieme per crescere” –**

Partner: Comuni di Elmas, Decimomannu, Decimoputzu, Villaspeciosa, Uta, Siliqua, Vallermosa, San Sperate, A.S.L. n°8 e soggetti del terzo settore.

#### **Strategie del Patto “Insieme per crescere” in sintesi:**

1. Mantenimento delle persone nel proprio ambiente di vita;
2. formulazione del budget di salute/progetto terapeutico riabilitativo individuale
3. sviluppo di pratiche integrate con il riconoscimento, la promozione, il sostegno del protagonismo della comunità locale
4. integrazione fra “mondi” di norma separati, il sanitario e il sociale.

#### **Obiettivi:**

1. sviluppare la capacità di lavorare in rete;
2. razionalizzazione di tutti i servizi, volta alla condivisione della presa in carico dell'utenza;
3. individuazione di eventuali possibilità di sviluppo e crescita del tessuto socio-economico dei territori coinvolti, al fine di favorire l'inclusione lavorativa delle categorie svantaggiate.

#### Comune di Capoterra

Il Comune di Capoterra è Ente capofila del Patto territoriale:

#### **Progetto “Inserimento lavorativo soggetti svantaggiati”**

**Misura 3.4 “Centro per l'inserimento e il reinserimento lavorativo di soggetti svantaggiati.** Enti coinvolti: Comuni di Capoterra e Sarroch. E' in corso l'estensione del servizio a favore dei comuni di Pula, Villa San Pietro e Domus De Maria.

#### Comune di Decimomannu

Il Comune di Decimomannu è Ente capofila del Patto tematico:

#### **Progetto Integral “mente” – con Associazioni locali**

Il Comune di Decimomannu partecipa a:

**Progetto “Insieme per crescere”** – Ente capofila Comune di Assemini

**Patto sociale “Sa Domu”** – Ente proponente Comune di Villasor

**Progetto “Ingresso e/o reinserimento lavorativo di donne over 45”**; Patto Tematico Ente proponente Provincia di Cagliari - Assessorato Affari Generali e Istituzionali, Personale, Formazione, Lavoro, Informazione e e-government .

**Patto per il sociale “Pro Gentes”** - Ente proponente Provincia di Cagliari, Assessorato Politiche Sociali.

### **Comune di Pula**

Il Comune di Pula è Ente capofila del Patto tematico:

**Progetto “B. eS. bellezza e superamento dello stigma”** – Partner: Comuni di Decimomannu, Villa San Pietro, Dolianova, Isili, Muravera, Senorbì.

### **Comune di Elmas**

Il Comune di Elmas è Ente capofila del Patto tematico:

**Progetto “Comunità Partecipata”**– Completamento struttura per la realizzazione di un Centro socio culturale – Partner: soggetti del terzo settore.

Il Comune di Elmas partecipa a:

**Progetto “Insieme per crescere”** – Ente proponente Comune di Assemini  
Adeguamento strutture da mettere in rete per l'accoglienza residenziale e/o semiresidenziale dei soggetti svantaggiati. Nello specifico per Elmas, adeguamento della struttura del centro semiresidenziale all'interno del quale, con il coinvolgimento del CESIL, si realizzeranno laboratori per la formazione di soggetti svantaggiati, la realizzazione di n°2 cooperative di tipo B per l'inserimento lavorativo degli stessi nell'ambito della ristorazione e lavanderia.

Partner: Comuni di Assemini, Decimomannu, Decimoputzu, Villaspeciosa, Uta, Siliqua, Vallermosa, San Sperate, A.S.L. n°8 e soggetti del terzo settore.

**Progetto “Ingresso e/o reinserimento lavorativo di donne over 45”**; Patto Tematico Ente proponente Provincia di Cagliari - Assessorato Affari Generali e Istituzionali, Personale, Formazione, Lavoro, Informazione e e-government .

**Progetto “Riduzione di alcuni fenomeni criminogeni quali il Bullismo, l'Alcolismo, la Dispersione scolastica e la debolezza dell'associazionismo giovanile”** - Assessorato Pubblica Istruzione Provincia di Cagliari .

**Progetto “A.LE.SI Linguaggi artistici per una cultura della legalità”** - Patto tematico Ente proponente Associazione culturale musicale Ennio Porrino di Elmas.

**Progetto “A.P.E.S. Agenzia per l'economia sociale”**- Patto tematico per il Sociale Ente proponente Consorzio Nazionale di Cooperative Sociali NOVA per l'innovazione sociale di Bari

**Progetto “Area penale minori e adulti”** - Patto tematico Ente proponente Consorzio Cooperative Sociali Cagliari e Comune di Cagliari.

**Progetto “SperimentarSi”** – Patto Tematico Ente proponente Suore Somasche con Partner principali: Centro di Giustizia Minorile, Provveditorato Regionale dell’Amministrazione Penitenziaria, Università degli Studi di Cagliari, Università degli Studi di Ferrara.

### **Comune di San Sperate**

Il Comune di San Sperate è Ente capofila del Patto sociale col Progetto denominato: **“Progetto Sole”** in collaborazione con: Asl 8, Istituto IPSAR “A. Gramsci” di Monserrato, Istituto Tecnico Agrario “Duca degli Abruzzi” di Elmas, Soc. Cooperativa “Il Gabbiano” di San Sperate, la Comunità Cristiana “La Porta”, Cps. Srl. di San Sperate.

Obiettivi del progetto:

- favorire l’autonomia e l’integrazione nel contesto sociale di provenienza di persone con diverso svantaggio attraverso il rientro a casa di sofferenti mentali attualmente in struttura
- consolidamento delle autonomie di base e professionali
- inserimento in attività lavorativa

Il Comune di San Sperate partecipa a:

**Progetto “Insieme per crescere”** – Ente capofila Comune di Assemini

### **Comune di Sarroch**

Il Comune di Sarroch è soggetto proponente del Patto per il sociale:

**Progetto “Tandem”** - Partner coinvolti: Comuni di Capoterra, Domus De Maria, Pula, Villa San Pietro, Teulada, Istituti Comprensivi di Sarroch, Pula e Teulada, Cooperativa sociale AS.GE.SA. Cooperativa sociale CTR, Cooperativa sociale San Lorenzo, Associazione di volontariato AVOS.

il progetto prevede le seguenti **tipologie d’azione**:

1. inserimento lavorativo soggetti svantaggiati;
2. interventi per l’inclusione sociale a favore delle famiglie e dei minori;
3. assistenza domiciliare integrata;
4. creazione di gruppi appartamento per sofferenti mentali (abitare assistito)

Il Comune di Sarroch partecipa a:

**Misura 3.4 “Centro per l’inserimento e il reinserimento lavorativo di soggetti svantaggiati.**

Ente capofila Comune di Capoterra. Enti coinvolti: Comuni di Capoterra e Sarroch . E’ in corso l’estensione del servizio a favore dei comuni di Pula, Villa San Pietro e Domus De Maria.

**Progetto “Ingresso e/o reinserimento lavorativo di donne over 45”;** Patto Tematico Ente proponente Provincia di Cagliari - Assessorato Affari Generali e Istituzionali, Personale, Formazione, Lavoro, Informazione e e-government .

**Progetto “Riduzione di alcuni fenomeni criminogeni quali il Bullismo, l’Alcolismo, la Dispersione scolastica e la debolezza dell’associazionismo giovanile”**.- Assessorato Pubblica Istruzione Provincia di Cagliari .

### **Comune di Siliqua**

Il Comune di Siliqua partecipa a:

**Progetto “Insieme per crescere”** – Ente proponente Comune di Assemini  
Partner: Comuni di Assemini, Decimomannu, Decimoputzu, Villaspeciosa, Uta, Siliqua, Vallermosa, San Sperate, A.S.L. n°8 e soggetti del terzo settore.

**Progetto “Ingresso e/o reinserimento lavorativo di donne over 45”**; Patto Tematico Ente proponente Provincia di Cagliari - Assessorato Affari Generali e Istituzionali, Personale, Formazione, Lavoro, Informazione e e-government .

**Progetto pilota locale “sicurezza e legalità”** - Assessorato Pubblica Istruzione Provincia di Cagliari .

**Progetto “A.P.E.S. Agenzia per l’economia sociale”**- Patto tematico per il Sociale Ente proponente Consorzio Nazionale di Cooperative Sociali NOVA per l’innovazione sociale di Bari

### **Comune di Villasor**

Il Comune di Villasor è Ente proponente di:

**Patto sociale “Sa Domu”** – con Comuni di Decimomannu e Monastir e soggetti del Terzo settore  
Promuovere azioni di integrazione sociale dei soggetti a rischio di esclusione e promuovere azioni di inserimento lavorativo dei soggetti svantaggiati

### **Comune di Uta**

Il Comune di Uta partecipa a:

**Progetto “Insieme per crescere”** – Ente proponente Comune di Assemini

### **Provincia di Cagliari**

**Il Patto Territoriale per il Sociale PRO.GENTE.S** è frutto di una azione di concertazione tra gli attori locali che operano nel territorio della Provincia di Cagliari. Tale concertazione ha dato vita ad un progetto che mira al soddisfacimento dei “bisogni sociali” maggiormente carenti nel territorio di riferimento.

Il processo politico che ha portato alla stesura di questo Patto è basato su un approccio **bottom up**: la Provincia non solo si è fatta promotrice di numerose azioni del patto ma, attraverso **l’animazione territoriale**, ha creato condivisione, integrazione e complementarietà sui progetti presentati da alcuni enti locali. La maggior parte di questi, infatti, nasce sulla base di specifici bisogni locali; l’azione svolta dalla Provincia è stata quindi orientata in modo da ottimizzare gli interventi proposti e di strutturarli non più in funzione di un solo ambito territoriale specifico ma in maniera da poter essere operativi su più fronti territoriali caratterizzati dai medesimi fabbisogni.

Le **finalità del Patto** sono:

- definire i servizi sociali sulla base dei reali bisogni degli utenti
- coordinare l'offerta di servizi all'interno della Provincia
- monitorare l'attuazione dei PLUS distrettuali
- raccordare l'offerta di servizi tra la periferia rurale della Provincia e il centro amministrativo della stessa

Le **priorità di attuazione** divise per obiettivi specifici sono:

- Facilitare la conciliazione dei tempi delle famiglie quale strumento per favorire una inversione di tendenza della natalità
- Sostenere la permanenza degli anziani nel proprio ambiente di vita stimolando la vita attiva all'interno della comunità e la vita di relazione
- Offrire un supporto alla quotidianità, al superamento di alcune fasi critiche dell'anno, alla vita di relazione e a facilitare la trasmissione delle conoscenze
- Favorire l'inclusione sociale e valorizzare l'abilità e le competenze dei soggetti disabili:
- Garantire la presa in carico personalizzata di sofferenti mentali ed il sostegno alle famiglie, attraverso interventi di assistenza domiciliare e sostegno per la riduzione del carico assistenziale:
- Promuovere forme di inclusione sociale ed economica attraverso azioni di accoglienza, di informazione, di servizi abitativi e di cura
- Aggiornamento delle competenze degli operatori del terzo settore
- Prevenzione delle alcool-tossicodipendenze
- Protezione dei minori a rischio e non
- Attuare specifici progetti integrati di inserimento o reinserimento lavorativo e sociale

La Provincia di Cagliari, Assessorato Politiche Sociali, è Ente Proponente del **Patto per il sociale "Pro Gentes"**, a cui partecipano in questo ambito e per le seguenti Azioni i Comuni di:

<b>Assemini</b>	Conciliazione tempi lavoro famiglia, Sostenere la genitorialità, Centro Affidi, Diritto di giocare, Solidarietà alimentare, Animazione arte terapia terza età
<b>Capoterra</b>	Banca del tempo, Centro Affidi, Centro contro la violenza domestica, Prevenzione alcool e tossicodipendenze, Prevenzione nuove dipendenze, Sostenere la genitorialità, Sistema micronidi, Prevenzione maltrattamento e abuso in danno a minore, Mediazione dei conflitti, Prevenzione e supporto giovani a rischio devianza, Fattorie sociali, Spazio H, Sostegno alle famiglie di insufficienti mentali, Prevenzione depressione in soggetti in età di pensionamento, Affidi anziani
<b>Decimomannu</b>	Educare alla sessualità, Pedagogia della genitorialità, Centro Affidi, Mediazione dei conflitti, Telecardiologia, Centro recupero condannati in esecuzione penale esterna, Prevenzione alcool e tossicodipendenze, Prevenzione nuove dipendenze, Animazione arte terapia terza età, Punto anziani

<b>Domus de Maria</b>	Banca del tempo, Diritto di giocare, Educare alla sessualità, Sistema micronidi, Sostenere la genitorialità, Mediazione dei conflitti, Prevenzione alcool e tossicodipendenze, Prevenzione nuove dipendenze, Pet therapy, Sostegno alle famiglie di insufficienti mentali, Progetto zona argento, Arte terapia terza età
<b>Elmas</b>	Centro Affidi
<b>Pula</b>	Centro Affidi, Sostenere la genitorialità, Sistema micronidi, Mediazione dei conflitti, Banca del tempo, Pedagogia della genitorialità, Educare alla sessualità, Prevenzione alcool e tossicodipendenze, Prevenzione delle nuove dipendenze, Sostegno dei figli dei tossicodipendenti, Sostegno alle famiglie di insufficienti mentali, Inserimento lavorativo insufficienti mentali, Solidarietà alimentare, Progetto zona argento, animazione arte terapia terza età.
<b>San Sperate</b>	Centro Affidi
<b>Sarroch</b>	Banca del tempo, Diritto di giocare, Educare alla sessualità, Centro contro la violenza domestica, Centro affidi, Sistema micronidi, Asilo intercomunale micronidi, Sostenere la genitorialità, Prevenzione maltrattamento e abuso in danno minori, Prevenzione alcool e tossicodipendenze, Prevenzione nuove dipendenze, Sostegno ai figli dei tossicodipendenti, Mediazione dei conflitti, Centro recupero condannati in esecuzione penale esterna, Pet therapy, Spazio H, Sostegno alle famiglie di insufficienti mentali, Inserimento lavorativo insufficienti mentali, Biblioteca disabili, Trasporto disabili, Progetto zona argento, Affidi anziani, Animazione arte terapia terza età.
<b>Siliqua</b>	Osservatorio delle politiche sociali – Genitorialità e adolescenza – Supporto ai PLUS – Centro affidi
<b>Teulada</b>	Banca del tempo, Centro affidi, Diritto di giocare, Educare alla sessualità, Centro contro la violenza domestica, Asilo intercomunale micronidi, Sistema micronidi, Sostenere la genitorialità, Mediazione dei conflitti, Prevenzione maltrattamento e abuso in danno ai minori, Prevenzione alcool-tossicodipendenze, Prevenzione nuove dipendenze, Centro recupero condannati in esecuzione penale esterna, Pet therapy, Spazio h. sostegno alle famiglie di insufficienti mentali, Inserimento lavorativo insufficienti mentali, Solidarietà alimentare, Zona argento, Affidi anziani, Animazione arte terapia terza età
<b>Uta</b>	Mediazione dei conflitti, Sostenere la genitorialità, Pedagogia della genitorialità, Centro affidi, Diritto di giocare, Centro contro la violenza domestica, Fattorie sociali, Inserimento lavorativo minori inseriti nel circuito penale, Prevenzione nuove dipendenze, Sostegno ai figli dei tossicodipendenti, Prevenzione della depressione in soggetti in età di pensionamento, Affidi anziani, Animazione arte terapia terza età, Sostegno alle famiglie di insufficienti mentali, Inserimento lavorativo insufficienti mentali, Pet Therapy.

<b>Villa S Pietro</b>	Prevenzione alcool e tossicodipendenze, Monitoraggio e valutazione servizi alla persona, Spazio H Dopo di Noi, Progetto zona argento Mediazione dei conflitti, Banca del tempo, Centro affidi, Sostegno della genitorialità, Sostegno alle famiglie di insufficienti mentali.
<b>Villaspeciosa</b>	Centro Affidi, Diritto di giocare, Educare alla sessualità

## 8.2 Progetti legge 20/97

**Progetto “Sollievo”** – Comune capofila Decimomannu con i comuni di: Decimoputzu, S.Sperate, Siliqua, Vallermosa, Villaspeciosa.

Attività previste: Centro di Ascolto per le famiglie – Assistenza educativa, di socializzazione e animazione – Sostegno alla domiciliarità – Inserimenti lavorativi – Interventi di tutela ed assistenza legale – Abitare assistito (struttura residenziale “Il giardino”).

## 8.3 Progetti con altri finanziamenti

### Comune di Sarroch

**Progetto obiettivo anno 2005 “Attività multidimensionali per sofferenti mentali”**, in corso di realizzazione.

Ente capofila Comune di Sarroch. Enti coinvolti: comune di Pula, comune di Sarroch, comune di Villa San Pietro, comune di Domus De Maria, CSM ASL 8 Cagliari

Le attività del progetto si articolano su tre livelli di intervento:

- sostegno familiare;
- integrazione sociale dei sofferenti mentali;
- inserimento lavorativo.

**Progetto obiettivo anno 2006 “Attività multidimensionali per sofferenti mentali”**.Ente capofila Comune di Sarroch. Enti coinvolti: comune di Teulada, comune di Pula, comune di Sarroch, comune di Villa San Pietro, comune di Domus De Maria, Comune di Capoterra, CSM ASL 8 Cagliari

Gli interventi previsti dal progetto si articolano su diversi livelli di intervento:

- Servizio socio educativo per sofferenti e famiglie;
- Inserimento lavorativo;
- Attività di socializzazione;
- Sostegno all’abitare (Gruppi appartamento);

**Progetto centro per la famiglia** - Il progetto nasce a seguito della sottoscrizione di un accordo di programma tra I comuni di Capoterra, Domus de Maria, Pula, Sarroch, Teulada, Villa San Pietro, la Provincia di Cagliari e la ASL 8 per la realizzazione di un sistema integrato a livello territoriale delle politiche sociali, progettualità all’area della famiglia attraverso l’elaborazione del progetto Centro per la famiglia. Il progetto pur volendo dare uno spazio privilegiato alle donne, è rivolto ai genitori, alla coppia, ai figli.

## Comune di Vallermosa

Il Comune di Vallermosa ha ancora in atto dei progetti intercomunali con l'ambito di riferimento da cui proviene ( ASL n°6 Medio Campidano), nello specifico :

- n° 1 sportello CESIL ( Centro servizi di inserimento lavorativo soggetti svantaggiati – POR Sardegna Misura 3.4) in intercomunale con Villacidro capofila;
- n° 1 Progetto obiettivo L.R. 20/97 Annualità 2003 “Reinserimento sociale attraverso laboratori e attività equestre” in intercomunale con i Comuni afferenti alla Provincia del Medio Campidano con capofila il Comune di Gonnosfanadiga;
- n° 1 Progetto obiettivo Affidato in intercomunale con i Comuni afferenti alla Provincia del Medio Campidano con capofila il Comune di San Gavino Monreale.

### 8.4 Progetti e servizi sociosanitari a cura della ASL 8 nell’Ambito Area Ovest

Progetto/ Servizio	Tipologia dell'intervento	Tipologia dei Destinatari	Obiettivi	Azioni	Accesso	Gestione	Sede
Consultorio Familiare	Interventi sanitari e sociosanitari in favore di minori, donne e famiglie	Minori Adolescenti Donne Famiglia	Presa in carico della persona e della famiglia	Accoglienza Prevenzione Consulenza	Spontaneo	Diretta	Assemini Decimomannu Pula
Centro Salute Mentale	Interventi sanitari e sociosanitari in favore di sofferenti mental	Adulti sofferenti mentali Famiglie	Presa in carico della persona e della famiglia	Accoglienza Prevenzione Consulenza Diagnosi e Cura	Spontaneo e/o su segnalazione	Diretta	Assemini Pula Teulada
Punto Unico d'Accesso ( PUA)	Accesso Unitario ai servizi	Soggetti fragili con bisogni complessi sociosanitari ( anziani e persone con disabilità)	Presa in carico della persona e della famiglia	Accoglienza VMD Indirizzo Assegnazione a servizi di rete	Spontaneo e/o su segnalazione	Diretta	Cagliari
SERT	Assistenza sociosanitaria tossicodipendenti	Giovani adulti	Presa in carico della persona e della famiglia	Accoglienza Prevenzione Consulenza Diagnosi e Cura	Spontaneo e/o su segnalazione	Diretta	Cagliari
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata	Anziani e non autosufficienti	Presa in carico della persona e della famiglia	Assistenza Sanitaria di base e specialistica	Su segnalazione al PUA	Diretta	Cagliari con dislocazione servizio a domicilio
Centro di Riabilitazione	Assistenza riabilitativa sanitaria	Persone con disabilità	Presa in carico della persona e della famiglia	Interventi di riabilitazione globale ambulatoriale e domiciliare	Spontaneo e/o su segnalazione al PUA	Diretta e Indiretta	Decimomannu Assemini, Capoterra, Teulada, Uta
Istituto di Riabilitazione	Assistenza riabilitativa	Persone con disabilità	Presa in carico della	Interventi di riabilitazione	Diretta e/o su segnalazione	Indiretta	Decimomannu

	sanitaria e socio-sanitaria residenziale		persona e della famiglia	globale residenziale	al PUA		
RSA	Assistenza socio-sanitaria residenziale	Anziani e non autosufficienti	Presenza in carico della persona e della famiglia	Interventi socio-sanitari residenziali	Su segnalazione al PUA	Indiretta	Capoterra

## 8.5 Progetti e servizi della Provincia di Cagliari inerenti l'Ambito Area Ovest

La Provincia di Cagliari si inserisce nella costruzione del PLUS, al di là dei compiti istituzionali conferitile dalla L.R. 23/2005, con una serie di azioni, qui di seguito elencate, che hanno principalmente le seguenti funzioni:

- fornire azioni di sistema che si integrino funzionalmente con quelle già attivate dal Comune. E' il caso specifico dell'Osservatorio per le Politiche Sociali e della sua attività di ricerca;
- offrire servizi "di secondo livello", cioè di supporto agli operatori e alle azioni intraprese dal Comune, come nel caso dell'integrazione della banca dati e della campagna pubblicitaria per gli affidi eterofamiliari;
- offrire servizi alla persona in situazioni specifiche, in integrazione con quanto offerto dai Comuni (asili-nido)
- mettere a disposizione dell'Ambito servizi ad alta specificità, quale, per esempio, il Centro di informazione sulle risorse per le disabilità.

### 8.5.1 Azioni inerenti l'Ambito Area Ovest :

Progetto/ Servizio	Tipologia Intervento	Tipologia dei Destinatari	Obiettivi	Azioni	Accesso	Gestione	Sede	Costi
<b>Asili Nido Pedagogici</b>	Residenziale	Minori dai 3 mesi ai 3 anni d'età	Favorire lo sviluppo della personalità del bambino e sostenere le famiglie nella cura dei figli e nelle scelte educative	Interventi offerti a categorie più deboli e genitori lavoratori pendolari	Richiesta individuale	Diretta	Cagliari	in base al numero dei destinatari
<b>Centro Affidi (centro sperimentale)</b>	Residenziale	Famiglie o singoli	Pervenire alla formulazione ed applicazione di un modello integrato e condiviso di interventi in merito all'affidamento	Sensibilizzazione, formazione e accompagnamento famiglie, 'albo degli affidatari, abbinamento affidatari/minore, sostegno e monitoraggio degli affidi	SSP su domanda individuale	Protocollo d'Intesa	Cagliari	20% € 22.914,40  costo complessivo € 114.572,00
<b>Osservatorio provinciale delle Politiche Sociali</b>	Residenziale	Enti pubblici Territoriali	Rilevazione dei bisogni espressi dal territorio - mappatura dei servizi esistenti - realizzazione di ricerche con particolare rilevanza sociale	Raccolta ed elaborazione statistica delle informazioni che concorrono alla programmazione dei servizi nel territorio		Diretta	Cagliari	Costo totale €109.082,0 0  15% € 16.362

<b>Biblioteca Tematica</b>	Residenziale	Operatori e studenti del settore sociale	Offrire un servizio bibliotecario specializzato nel settore dei servizi sociali	Centro di documentazione e prestito opere dell'area psicologica, pedagogica, del servizio sociale e di legislazione socio-sanitaria	Domanda individuale	Diretta	Cagliari	Da quantificare
<b>Programma ricerca/azione genitorialità</b>		Famiglie	Ricerca sulle problematiche genitoriali: neogenitorialità e genitorialità di adolescenti	Ricerca/azione per un sostegno ai genitori	Da definire	appalto	Sul territorio della provincia	Costo complessivo Lotto 1+2 €196.800 10% € 19.680
<b>Centro informazione sulle risorse per le persone con disabilità</b>	Residenziale	Cittadini con disabilità, loro famiglie, insegnanti, operatori socio-sanitari, altri operatori e studenti	Promuovere lo "sviluppo della persona" a partire dalle sue potenzialità e qualità, favorire l'attività e la partecipazione attiva dei disabili ai servizi e l'accesso alle risorse del territorio	Offre informazioni e consulenza sulla disabilità e sulle risorse del territorio esistenti	SSP su domanda individuale	Diretta	Cagliari	Da quantificare
<b>Amministratore di Sostegno (L.6/2004)</b>	Domiciliare	Anziani, cittadini non autosufficienti privi di sostegno familiare	Istituzione dell'ufficio e dell'albo della figura dell'amministratore di sostegno	Sostegno a tutti i cittadini momentaneamente non in grado di espletare la propria autonomia	SSP su domanda individuale	Protocolli d'Intesa	Cagliari	Da quantificare
<b>Coordinamento Nazionale enti Locali per il sostegno a distanza (ELSAD)</b>	Residenziale	Sostegno a distanza a famiglie e minori stranieri in difficoltà	Facilitare l'interscambio fra le Istituzioni per stimolare nei cittadini la solidarietà internazionale, monitorare bisogni e risorse e sensibilizzare l'opinione pubblica	Organizzazione di gruppi di lavoro in seno a tavoli tematici gestiti con le Associazioni di volontariato. Formazione costante degli operatori del volontariato		Protocollo d'Intesa	Cagliari	Da quantificare
<b>Coordinamento P.L.U.S. (L.R. n° 23/05)</b>	Residenziale	Comuni, A.S.L.	Facilitare e partecipare alla creazione e gestione integrata e condivisa del Piano Locale Unitario dei Servizi alla persona	Promozione/condivisione delle competenze tecniche per favorire la conoscenza dei bisogni e delle risorse del Territorio		Diretta		Da quantificare
<b>Servizio di Progettazione Integrata (D.L. 127/97)</b>	Residenziale	Enti Pubblici Associazioni	Promozione di interventi integrati non di gestione ordinaria				Cagliari	Da quantificare
<b>Monitoraggio e valutazione del PLUS</b>	Residenziale	PLUS	Procedure di monitoraggio e valutazione degli interventi	1- Progettazione delle procedure  2- Software di gestione		appalto	Cagliari	1- 1/7 del valore € 857  2- dato da quantificare

## 9. La progettazione Associata d'Ambito

**N.B.:** i progetti di seguito presentati non sono di tipo esecutivo. Il lavoro di progettazione esecutiva sarà ratificato con Conferenza dei Servizi

### 9.1 Progetto Associato-Integrato di "Presenza in carico della persona"

<b>PLUS Cagliari Ovest – anni 2007-2008-2009</b> <b>SCHEDA PROGETTO Anno 2007</b> <b>Progetto Associato trasversale di</b> <b>"Presenza in carico della persona"</b>
---

<b>Arete di intervento</b>
<input type="checkbox"/> <i>Area tematica specifica</i> <input type="checkbox"/> Area di sistema <input checked="" type="checkbox"/> <b>Area delle trasversalità</b>

<b>Area tematica di intervento</b>
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Famiglia, minori, donne</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Anziani e Disabilità</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Salute Mentale</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Dipendenze</b> <input type="checkbox"/> Accessibilità e continuità dell'assistenza <input type="checkbox"/> Disagio e criminalità

<b>Soggetti proponenti</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Comuni di:</b> Tutti e 16 i Comuni dell' Ambito Area Ovest	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Provincia di Cagliari</b>
<input checked="" type="checkbox"/> <b>ASL 8 ( Ambito Cagliari Ovest)</b>	

<b>Gruppo di lavoro coinvolto nel progetto</b>			
<i>Nome e Cognome</i>	<b>Anna Di Martino</b>	<i>Qualifica</i>	<b>Psicologa Provincia</b>
<i>Nome e Cognome</i>	<b>Cristiana Floris</b>	<i>Qualifica</i>	<b>A.S. Comune Teulada</b>
<i>Nome e Cognome</i>	<b>Giuseppe Frau</b>	<i>Qualifica</i>	<b>Dirigente Medico ASL 8</b>

## Contenuti del progetto

### Denominazione del progetto

**“Presa in carico della persona”**

### Struttura e articolazione del progetto

#### ***Cos'è la “presa in carico” ?***

La “presa in carico” nel contesto delle **attività socio-sanitarie** fa parte di un **processo** di negoziazione sociale, tenuto conto che non vi è offerta “completa” come risposta al bisogno se non c'è una “presa in carico” :

- del bisogno stesso
- del soggetto/soggetti portatori del bisogno

La presa in carico può essere definita, dunque, come “ un processo integrato e continuativo, un insieme articolato e coordinato di interventi volti a soddisfare un bisogno complesso “.

#### ***Perché*** fare la presa in carico?

Il bisogno socio-sanitario è un bisogno complesso e la risposta al bisogno tramite l'offerta non può che essere essa stessa complessa.

La presa in carico della persona risponde alla necessità di gestione di tale complessità e, nel contempo, di valorizzazione e di centralità della persona.

#### **La presa in carico, dunque, richiede:**

##### 1- Unitarietà di azione tra:

- soggetti istituzionali (unitarietà interistituzionale)
- soggetti professionali (intervento interdisciplinare e multiprofessionale)
- livelli intrapersonali (globalità della persona)
- livelli socio-ambientali (azioni nel contesto socio-ambientale)

##### 2- Continuità tra:

- bisogni (domanda) e risposte (offerta)
- risposte modulate
- continuità nel tempo

##### 3- Dinamiche di rete nei servizi integrati (la “presa in carico è sempre globale e continua”)

#### **In una prospettiva temporale si può fare la presa in carico in varie fasi:**

- **Ex Ante:** per valutare in maniera globale e unitaria il bisogno
- **Intermedia:** per capire quale sia l'offerta-intervento adeguato al bisogno e predisporre il Piano degli interventi
- **Ex-post: valutazione dell'efficacia dell'offerta-intervento.**

**Le fasi** del processo di “presa in carico integrata”:

- a) La richiesta d’aiuto
- b) L’analisi della domanda
- c) Il progetto di intervento
- d) L’elaborazione e attuazione del Piano degli interventi
- e) La verifica e la valutazione

### **Chi fa la presa in carico integrata?**

*Si prevedono due livelli di “presa in carico” nella rete dei servizi territoriali*

- 1) Il livello **personale** : la “presa in carico” della persona e della famiglia
- 2) il livello **meta**: “presa in carico” dei servizi nella rete dell’ambito

Il primo livello riguarda la persona soggettiva e si tratta di effettuare una presa in carico della persona, dei suoi bisogni e dei bisogni della sua famiglia (spesso del care giver): questa presa in carico avviene nel Punto Unico d’accesso integrato sociosanitario da parte della Unità di Valutazione Territoriale (UVT)

Il secondo livello riguarda l’espletamento delle attività della rete dei servizi, il funzionamento della stessa rete, dei suoi nodi, degli interscambi tra questi: si tratta infatti di coordinare i seguenti servizi in un lavoro integrato di rete e di governarne i processi. I servizi da coordinare sono:

- a) Le attività dei Servizi sociali
- b) Le attività dei servizi sanitari
- c) Le attività dei servizi socio-sanitari
- d) Le progettualità dei servizi socio-sanitari integrati

Questo secondo livello della presa viene effettuato nell’ambito dell’Ufficio di Piano ed assume il connotato di garanzia della realizzazione dell’integrazione sociosanitaria nell’Ambito in riferimento alle azioni e alle progettualità del PLUS

### **Cosa si prende in carico ?**

Si prende in carico il bisogno socio-sanitario, che scaturisce da un problema personale del singolo e/o della famiglia

Si prende in carico la famiglia, spesso anello debole della rete che necessita di interventi collaterali a quelli personalizzati per il soggetto

Si prende in carico il piano di intervento personalizzato, che si riferisce alle diverse aree del soggetto (clinica, funzionale, cognitiva, socio-relazionale) ed inserito nel contesto della rete

Si prendono in carico le attività e i progetti della rete dei servizi

### **Chi fa la regia del lavoro di rete sulla “presa in carico”?**

L’Ufficio di Piano con il Nucleo di coordinamento “prende in carico”:

- a) la costruzione della rete (metalivello)
- b) il contesto socio-sanitario integrato (rete di interventi interistituzionali che operano con la persona/utente)

Una volta espressa la domanda (su un bisogno manifestato) la presa in carico nella rete dei servizi socio-sanitari non può che essere **PRESA IN CARICO INTEGRATA**

## Destinatari

**Utenti della Progettazione associata e integrata**

**Operatori del territorio**

**Gli altri soggetti coinvolti nella progettazione e nell'operatività del PLUS**

## Obiettivi del progetto

### **Obiettivo generale:**

L'obiettivo generale è la creazione di un **Modello della presa in carico integrata** nei due livelli: "personale" e "meta"

Tale modello è altamente flessibile perchè scaturisce dalle modalità con cui viene espressa ed individuata la domanda di aiuto/intervento, analizzato il problema correlato, identificato il bisogno attraverso procedure di decodifica della domanda, definita la ricerca e la verifica delle risorse disponibili e "usabili".

Il modello è pertanto rivolto a definire:

**1 - la modalità di presa in carico dell'utente persona**

**2 - la modalità di presa in carico della rete**

Le due fasi, distinte sul piano metodologico si concretizzano attraverso

**Il Piano degli interventi**, che è garante della continuità e degli interventi nel tempo (continuità di presa in carico

**Il Piano di lavoro**, individua obiettivi perseguibili, le risorse necessarie, strategie da mettere in campo e permette di operare per "obiettivi" e non per "compiti/mansioni".

**Il Piano di lavoro**, diviene pertanto, il "cuore" del modello perchè permette:

di spiegare agli altri ciò che si sta facendo

di distribuire il lavoro e le responsabilità

di negoziare con il soggetto e/o i familiari il raggiungimento degli obiettivi nel tempo

va progettato insieme:

alla persona

alla sua famiglia e/o i referenti personali

agli altri operatori del territorio coinvolti nel progetto sull'utente

## Azioni

**Azioni di sistema:**

- Creazione di un Nucleo di Coordinamento in seno all'Ufficio di Piano composto dai coordinatori dei singoli progetti associati e da componenti dell'Ufficio di Piano con il compito di definire ed applicare sul territorio dell'Ambito il Modello di presa in carico integrata della persona, e nello specifico della gestione della rete.
- Definizione di un Modello di Presa in carico della persona e della gestione della rete.

**Azioni Specifiche:**

Presa in carico territoriale della persona/utente:

- Ricognizione degli interventi di cui la persona già usufruisce
- Ricognizione degli interventi offerti alla persona

Presa in carico della rete da parte dell'UdP:

- Costruzione di una rete di lavoro tra i servizi
- Progettazione di un Piano di lavoro integrato tra gli operatori coinvolti negli interventi con la persona/utente

**Servizi e/o attività da attivare**

Costituzione di una Unità - Nucleo di coordinamento della gestione integrata c/o Ufficio di Piano

Coordinamento con la UVT del Punto Unico d'Accesso quale Equipe multiprofessionale che effettua la presa in carico della persona e la progettazione personalizzata ed integrata degli interventi con incontri di analisi dei casi, definizione dei progetti, valutazione dei risultati in relazione agli obiettivi strategici del PLUS.

Riunioni di equipe territoriali

Tavoli di lavoro interistituzionali

**Allocazione dei servizi e/o delle attività da attivare**

Presso le UVT del Punto Unico d'Accesso

Presso la sede dell'Ufficio di Piano

**Ricadute su ogni singolo Comune**

Le ricadute su ogni singolo comune riguarderanno:

- La programmazione del Piano degli interventi socio-sanitari integrati offerti al cittadino
- La valutazione dell'intervento offerto ai cittadini anche in termini di impegno economico
- La gestione della rete degli interventi socio-sanitari integrati

**Per la valutazione dei risultati e delle ricadute del Progetto si useranno i seguenti criteri quantitativi e qualitativi:**

**Il progetto coinvolge altri enti o istituzioni?**

Sì

No

**Modalità di gestione del Progetto**

Comune capofila

Gestione associata

**Ufficio di Piano – Centro di programmazione (gestione coordinamento d’ambito ed integrazione socio-sanitaria)**

Agenzia esterna

Mista

Altro

**Il progetto ha collegamenti con precedenti iniziative dei proponenti?**

Sì

No

## **Budget Individuato**

**Il progetto rientra nelle attività dell’Ufficio di Piano e del Nucleo di coordinamento e dei Servizi territoriali socio-integrati**

## 9.2 Progetto Associato “Pro..sa familia” – Area Famiglia, minori, donna

PLUS Cagliari Ovest – anni 2007-2008-2009  
**SCHEDA PROGETTO Anno 2007**  
**Progetto Associato Area “Famiglia, minori, donne”,”**

**Aree di intervento**

**Area tematica specifica**  
 **Area di sistema**  
 Area delle trasversalità

**Area tematica di intervento**

**Famiglia, minori, donne**  
 Anziani e Disabilità  
 Salute Mentale  
 Dipendenze  
 Accessibilità e continuità dell'assistenza  
 Disagio e criminalità

**Soggetti proponenti**

**Comuni di:**  **Provincia di Cagliari**  
**Tutti e 16 i Comuni dell' Ambito Area Ovest**

**ASL 8 ( Ambito Cagliari Ovest)**

<b>Gruppo di lavoro coinvolto nel progetto</b>			
<i>Nome e Cognome</i>	<b>Anna Di Martino</b>	<i>Qualifica</i>	<b>Psicologa Provincia</b>
<i>Nome e Cognome</i>	<b>Cristiana Floris</b>	<i>Qualifica</i>	<b>A.S. Comune Teulada</b>
<i>Nome e Cognome</i>	<b>Rosanna Piras</b>	<i>Qualifica</i>	<b>Dirigente Medico ASL 8</b>
<b>Con la collaborazione degli Operatori sociali dei Comuni coinvolti e dei Consulenti familiari dell' Ambito</b>			

## Contenuti del progetto

### Denominazione del progetto

**Punto per la famiglia: “Pro...sa familia”**

### Struttura e articolazione del progetto

#### **Premessa**

Questa Area tematica è l'unica che raccoglie tutti i Comuni dell'Ambito in una sperimentazione effettiva di PLUS attraverso la progettazione di un intervento in forma unica associata e integrata. Il GtP ha cercato di progettare, dunque, un intervento sufficientemente coordinato ed articolato al suo interno in modo da tener conto di differenti esigenze espresse dal territorio.

Sarà compito dell'Ufficio di Piano riorganizzare in modo coordinato ed integrarne l'attività con i Consulenti familiari del territorio. Inoltre, viene proposto il ruolo di un “Coordinatore del progetto” che, in seno al Nucleo di coordinamento costituito presso l'Ufficio di Piano, rappresenti una figura professionale di mediazione tra l'UdP, il Punto per la famiglia e il territorio.

#### **La condizione della famiglia oggi**

La famiglia attuale è l'espressione di una società in veloce mutamento e spesso in crisi, dove vengono meno vincoli di parentela e legami di vicinato e i componenti della famiglia nucleare si trovano in condizione di solitudine e spaesamento ad affrontare tappe di vita un tempo condivise in una dimensione di famiglia allargata o comunità ristretta. Coppie giovani con figli senza parentela in prossimità della loro residenza, anziani distanti dai figli, figli unici con limitati rapporti sociali e di vicinato, e poi ancora famiglie separate, ricostruite, monoparentali, single ed ultimamente multietniche: questa è la realtà sociale che si va diffondendo anche nei nostri territori. E nella famiglia alcune fasce vulnerabili: le donne, i minori, gli adolescenti. Questi sono i maggiori fruitori, oggi, dei servizi alle famiglie. Donne senza autonomia economica e lavorativa, in difficoltà ad accogliere i cambiamenti del ciclo vitale, lo svincolo dei figli, la solitudine, la crisi della coppia. Famiglie conflittuali in cui il disagio dei genitori diventa rabbia dei figli, ribellione esasperata negli adolescenti. Le coppie in separazione con figli minori e difficoltà a riappropriarsi di una genitorialità non più connessa ad una coniugalità. Qualche coppia che inizia a sperimentare la relazione interculturale, ma anche matrimoni organizzati a fine di legalizzazione di ingressi. Famiglie con problemi economici, di disoccupazione e di degrado sociale. Situazioni di maltrattamento intrafamiliare sulle mogli, che spesso le donne sopportano fino alla maggiore età dei figli, per poi finalmente sentirsi libere di sciogliere il loro vincolo. Ma anche famiglie competenti che cercano un confronto, un supporto ai genitori per l'educazione dei figli, per affrontare in modo competente scelte spesso difficili, o per offrire la loro disponibilità all'accoglienza di minori in affido o adozione.

#### **Modalità di espressione degli interventi**

Il Progetto prevede la costituzione di unità operative (Punti Pro..sa familia) dislocate sul territorio dell'Ambito. Il Punto famiglia “Pro..sa familia”, rappresenta un “punto” di riferimento che accoglie ed integra 4 tipologie di intervento:

- l'intervento sulla famiglia
- l'intervento di mediazione dei conflitti
- l'intervento di prevenzione
- l'intervento socio-educativo

All'interno del Progetto ogni Comune dell'Ambito, in fase esecutiva, articolerà in modo personalizzato, in base al bisogno espresso e alle caratteristiche della propria popolazione, gli interventi del Punto famiglia, privilegiando in termini di investimento e risposta al bisogno ora l'uno, ora l'altro intervento.

L'idea che si vuole realizzare nel progetto, quale risposta integrata, ma anche articolata e differenziata, è offrire risposta ad un bisogno di ascolto che la famiglia e i suoi componenti portano ai servizi, tramite la costituzione di un **"Punto famiglia"** che accoglie la famiglia, la donna, il minore e offre interventi e percorsi personalizzati e socio-sanitari integrati in un discorso di prevenzione del disagio.

#### **Descrizione degli interventi del Punto Famiglia:**

Il punto famiglia opererà in modo integrato fornendo 4 tipologie di interventi:

**Interventi per la famiglia** - La famiglia viene posta al centro, e operatori di diversa professionalità (assistenti sociali, psicologi, pedagogisti) ne promuove il benessere con attenzione ai suoi componenti vulnerabili: la donna e i minori. Gli interventi di consulenza e supporto psico-sociale hanno il fine di favorire il potenziamento delle risorse degli individui e del nucleo e di prevenire condizioni di disagio e/o di maltrattamento, con particolare attenzione alle famiglie monoparentali, ricostituite ed immigrate. Da qui la necessità che il Punto Famiglia risulti capace di offrire un servizio integrato con tutte le realtà del territorio, innanzitutto con il Servizio Sociale locale e con il Servizio Consultoriale, così come con gli altri Servizi socio-sanitari dell'ambito (CSM, ma anche servizi di mediazione interculturale). Presso il Punto Famiglia, inoltre, vengono accolte le richieste di consulenza o informazione di familiari, educatori ed insegnanti impegnati nel lavoro con adolescenti.

**Interventi di Mediazione dei conflitti** per tematiche relative:

- alla conflittualità nei casi di separazione legale e/o divorzio delle coppie con figli minori;
- per regolamentare le modalità di relazione tra i vari componenti della famiglia;
- per la gestione di conflittualità con figli adolescenti

**Interventi di Prevenzione** realizzati in equipe socio-sanitaria da operatori dei Comuni e operatori dei Consultori dell'Area Ovest. Tale equipe realizza un insieme di interventi ed iniziative di prevenzione, di ascolto e supporto psico-sociale con l'obiettivo di sostenere e migliorare le competenze genitoriali, favorire un equilibrato sviluppo del minore, prevenire problematiche interferenti con un armonico percorso evolutivo, e le difficoltà e i conflitti che si possono incontrare nel periodo di transizione dell'adolescenza.

Per la prevenzione nell'area della neogenitorialità sono previsti interventi nelle scuole del primo ciclo con minori e genitori.

Il Servizio può essere utilizzato anche per le procedure di idoneità all'adozione nazionale ed internazionale.

Interventi socio-educativi che, in modo coordinato con gli altri interventi del Punto famiglia offrono una risposta flessibile e innovativa al disagio psico-sociale attraverso il sostegno al minore e al suo contesto di vita. Le funzioni essenziali e gli obiettivi di questo intervento riguardano la valorizzazione e il potenziamento delle dinamiche relazionali del minore all'interno della famiglia, della scuola, nel tempo libero, con l'appoggio delle agenzie del territorio e con le risorse della comunità. L'intervento può essere svolto a domicilio, a scuola, nei servizi o in altre sedi risorsa per il territorio.

Il gruppo di parole chiave è il seguente:

prevenzione  
sostegno alla famiglia  
intervento personalizzato  
mediazione del conflitto  
separazione  
inclusione familiare e sociale  
adozione nazionale ed internazionale  
genitorialità  
disagio  
donna

## Destinatari

- Famiglie, minori, donne, adolescenti, coppie
- Coppie separate con figli minori
- Adolescenti e loro genitori
- Minori in stato di adattabilità / famiglie adottive
- Operatori, insegnanti

## Obiettivi del progetto

### Obiettivo generale:

L'obiettivo generale è la creazione di un **Modello** di interventi integrati sociosanitari (vedi i presupposti di legge di integrazione sociosanitaria attivi nei Consultori Familiari), in un sistema capillare di rete a favore delle famiglie e delle fasce vulnerabili (donne ed adolescenti), finalizzati a:

- migliorare la qualità della vita delle persone e delle famiglie
- prevenire il disagio familiare e sociale
- prevenire il maltrattamento in famiglia
- prevenire il disagio adolescenziale
- potenziare e valorizzare le dinamiche relazionali del minore nei suoi contesti di vita
- prevenzione del maltrattamento in famiglia
- stimolare e sostenere sistemi di rete
- educare alla gestione del conflitto
- sostenere la genitorialità
- sostenere l'adozione

### Obiettivi specifici:

Gli obiettivi specifici sono rivolti a sviluppare azioni sulle aree di interesse che il modello vuole affrontare

- Sostegno psico-sociale e legale ai componenti della famiglia per disagio/conflitto individuale, di coppia, familiare, con attenzione alle problematiche di separazione e alle problematiche adolescenziali.
- Sostegno socio-educativo e di consulenza pedagogica personalizzato
- Prevenzione nell'area della neogenitorialità e genitorialità e della prima infanzia in area scolastica.
- Procedure per l'idoneità per l'adozione nazionale ed internazionale.

## Azioni

### **Azioni di sistema:**

Le azioni che il progetto intende sviluppare si svilupperanno su diversi ambiti: sull'intero Ambito territoriale, sulla rete, sulle procedure, sulle competenze

a) **sull'Ambito:** su tutto l'ambito verranno sviluppate azioni ed interventi di gestione territoriale integrata socio-sanitaria

b) **sulla rete:**

- definizione di un modello di percorso di presa in carico della persona e della famiglia
- gestione integrata delle risorse socio assistenziali e sanitarie attraverso la sperimentazione di interventi di prevenzione integrata tra Comuni e Consultori familiari, previa definizione di appositi protocolli operativi.

c) **sulle procedure:**

- elaborazione di procedure organiche e omogenee per le attività di sostegno alla famiglia (regolamento dei servizi, etc...)
- sperimentazione e standardizzazione di strumenti di valutazione condivisi e monitoraggio dei servizi
- individuazione di un "gestore unico" degli appalti dei servizi per il sostegno alla famiglia

d) **sulle competenze:**

- metodologie che richiedono nuovi soggetti competenti in grado di supportare la complessità. Si individua nell' ambito **dell'Ufficio di Piano** un nucleo di coordinamento della gestione integrata che coadiuva l'UdP nello svolgere un ruolo di:
  - gestione della dimensione associata e dell'integrazione socio-sanitaria
  - riferimento informativo per il territorio;
  - centro studi sulle problematiche della famiglia
  - monitoraggio e valutazione dei progetti attivati;
  - diffusione buone prassi
  - aggiornamento degli operatori
  - programmazione e progettazione d'Ambito
  - per il 2009: gestione economica del sistema

### **Azioni Specifiche:**

Le azioni specifiche riguarderanno la costruzione di offerte di servizi nei seguenti termini

- Azioni di consulenza psico-sociale di prevenzione del disagio familiare e sociale
- Azioni di prevenzione integrata, in collaborazione con il Consultorio familiare, con i genitori e con i minori presso le scuole del primo ciclo
- Azioni di mediazione e gestione dei conflitti
- Azioni supporto socio-educativo al minore
- Azioni di informazione e divulgazione di conoscenze

### Servizi e/o attività da attivare

**Costituzione di unità “Punto per la Famiglia”** che si articolano in interventi di:

Sostegno alla Famiglia

Mediazione familiare

Prevenzione primaria

Prevenzione primaria e secondaria di supporto socio-educativo ai minori

Costituzione di una **Unità - Nucleo di coordinamento della gestione integrata c/o Ufficio di Piano**

### Allocazione dei servizi e/o delle attività da attivare

**Equipe itineranti:**

Ipotesi di poli per l'intervento: Assemini/Capoterra, Decimomannu, con ulteriori dislocazioni locali itineranti sul territorio.

### Ricadute su ogni singolo Comune

Le ricadute su ogni singolo comune riguarderanno:

- la fruizione di un intervento integrato di Punto per la famiglia, mediazione familiare e prevenzione scolastica del disagio, progetti socio-educativi personalizzati.
- omogeneità nell'erogazione delle prestazioni in termini di procedure e percorsi di integrazione
- la costituzione di una rete di lavoro tra soggetti interistituzionali, erogatori ed operatori di assistenza, per la garanzia della continuità dell'assistenza
- una risposta integrata al bisogno di accoglienza e supporto psicosociale alle famiglie, ai minori e alle donne
- interventi integrati socio-sanitari di prevenzione per il disagio dei minori.

**Per la valutazione dei risultati e delle ricadute del Progetto si useranno i seguenti criteri quantitativi e qualitativi:**

Ipotesi di criteri quantitativi e qualitativi di valutazione dei risultati e delle ricadute del progetto.

Valutazione = 100

- rispetto dei tempi di attivazione di tutte le fasi del progetto, quale indicatore della condivisione degli obiettivi del progetto da parte di tutti gli attori coinvolti.  
Valore max = 30
- individuazione di un campione di utenza su cui monitorare il follow up dell'intervento realizzato, attraverso scheda appositamente predisposta, e misurare il grado di successo dell'intervento valutato (indicatori da definire)  
Valore max =30
- misurazione del grado di presenza e partecipazione degli utenti alle attività  
Valore max =20
- misurazione del grado di soddisfazione degli utenti coinvolti  
Valore max =10
- misurazione del grado di soddisfazione degli operatori coinvolti  
Valore max =10

Risultati:

Valutazione positiva: tra 70 e 100 - il progetto può essere riproposto senza sostanziali cambiamenti

Valutazione intermedia: tra 40 e 70 – il progetto ha necessità di analisi delle criticità e rimodulazione di parti dell'intervento

Valutazione negativa: <40 - il progetto non raggiunge gli obiettivi e le finalità individuate e dovrà essere sottoposto a rimodulazione degli interventi

Indicatori utilizzabili per la valutazione potranno essere:

- numero di famiglie contattate
- risultati da follow up che misurino il mantenimento dei risultati acquisiti in fase di intervento
- numero di casi affrontati e presi in carico
- numero di operatori formati o aggiornati
- numero di accordi e/o convenzioni con organizzazioni del terzo Settore, per azioni di supporto alle famiglie, minori e donne;

Strumenti utilizzabili per la valutazione potranno essere:

- questionari di gradimento e soddisfacimento del servizio
- schede di raccolta dati del servizio

**Il progetto coinvolge altri enti o istituzioni?** Sì

Le istituzioni scolastiche (accordi da costruire)

 No**Modalità di gestione del Progetto** **Comune capofila: Provincia di Cagliari** Gestione economica associata **in sub-ambiti:****1 - sub-ambito costituito dai Comuni di:****Capoterra, Sarroch, Villa San Pietro, Pula, Domus De Maria, Teulada****con capofila il Comune di CAPOTERRA****2 - sub-ambito costituito dai Comuni di:****Decimoputzu, San Sperate, Siliqua, Vallermosa, Villasor , Villaspeciosa, Uta****con capofila il Comune di SILIQUA****3 – sub-ambito costituito dai Comuni di Assemmini, Elmas, Decimomannu****con capofila il Comune di ELMAS** **Ufficio di Piano – Centro di programmazione (gestione coordinamento d’ambito ed integrazione socio-sanitaria)** Agenzia esterna Mista Altro**Il progetto ha collegamenti con precedenti iniziative dei proponenti?** Sì No

Nel territorio dell’Area costiera è in via di attivazione un Centro famiglia.

## Budget Individuato

### Budget complessivo del progetto

Il Budget complessivo comprende tutti i costi che saranno sostenuti per la realizzazione complessiva del Progetto, oltre il 20%.

Si tratta di costi generali e di costi relativi a personale dei Comuni, della Provincia e della ASL che opererà nel Progetto complessivo nell'ambito del Nucleo di Coordinamento c/o UdP. Comprende anche i costi del Budget specifico da PLUS, così come di seguito descritto, e che rappresenta la quota di budget complessivo relativa al fondo associato del 20% destinato a quest'area tematica.

Personale: Costo progetto da PLUS € 793.060,00  Componenti Nucleo Coordinamento (Ufficio di Piano) € 30.000,00  Costi ASL: n° 2 operatori part-time del Consultorio familiare partecipanti all'equipe integrata di prevenzione € 30.000,00  Costi ulteriori a carico dei Comuni sono da quantificare in base al personale che verrà messo a disposizione per la realizzazione del progetto sia nelle singole sedi, che nei Comuni capofila per la gestione economica associata.	€ 853.060
Strumenti e attrezzature	€ 5.000
Materiali di consumo	€ 7.000
Consulenze e Missioni	€ 6.000
Spese generali	€ 13.412
<b>Totale</b>	<b>€ 884.472</b>

### Budget da PLUS ( Utilizzo del fondo associato 20%

Il Budget da Plus è costituito dalla parte del fondo associato del 20% individuato per quest'area tematica. Si tratta di € 824.471 che verranno utilizzati per azioni di sistema nell'ambito dell'Ufficio di Piano e azioni specifiche così come descritto in dettaglio di seguito. I costi del personale sono rappresentati dai costi del personale di assistenza che parteciperà alle attività di assistenza alla persona e alla famiglia nelle Equipe 1,2,3,4 per le attività del Centro Famiglia e inoltre dal costo del Coordinatore del progetto che opererà nel Nucleo di Coordinamento dell'Udp.

<p><b>A) Personale per azioni specifiche</b>          Professionali individuate:          Psicologi          Assistenti Sociali          Mediatori di conflitti          Pedagogista          Consulente legale          Operatori sociali          Educatori,          Animatori,          Operatori extrascolastici          Operatore amministrativo presso i Comuni capofila</p> <p><b>B) Personale per azioni di sistema:</b>          Coordinatore di progetto (presso nucleo di coordinamento dell' Ufficio di Piano – vedi voce Azioni di sistema)</p>	<p>Quota associata PLUS          Per il personale (A e B)</p> <p>TOT. € 793.060</p>
Strumenti e attrezzature 4 PC portatili + 4 stampanti	€ 5.000
Materiali di consumo <b>Di segreteria ( cancelleria, carta...)</b>	€ 7.000
Missioni	€ 6.000
Spese generali (telefono, energia elettrica, pulizia..)	€ 13.412
<b>Totale</b>	<b>€ 824.472</b>

Il seguente prospetto descrive in maniera dettagliata i costi da sostenere utilizzando i fondi associati del 20% destinati a quest'area tematica pari a € 824.471

Si tratta di costi per personale di assistenza che opereranno nell'ambito delle Equipe integrate e i costi per il personale del nucleo di coordinamento del progetto che opererà nell' Nucleo di Coordinamento dell'UdP.

Costi Progetto Area Famiglia, Minori, Donna - Utilizzo fondo associato 20%				
Denominazione costi	Azioni specifiche e di sistema			Totali
	Equipe 1, 2, 3, 4			
costi personale	assistenti sociali			793.060
	psicologi			
	pedagogisti			
	educatori/animatori			
	mediatori conflitti			
	legale			
	spese cooperativa			
	operatore amministrativo			
	coordinatore progetto			
altri costi	strumenti e attrezzature		5.000	31.412
	materiale consumo		7.000	
	missioni		6.000	
	spese generali		13.412	
<b>Totale costi Progetto</b>				
<b>824.472</b>				

Il seguente prospetto descrive in maniera dettagliata i costi da sostenere nel complesso per l'intero Progetto integrato cui partecipano i diversi soggetti: i Comuni con il fondo PLUS associato e con il personale impiegato nella realizzazione dei progetti, la Provincia con il personale che opererà nell'Ufficio di Piano, la ASL con il personale che opererà nell'Ufficio di Piano (Nucleo Coordinamento dell'Integrazione) e nelle Equipe Integrate.

Costi Totali Progetto Area Famiglia ,Minori,Donna				
Denominazione costi	Azioni specifiche e di sistema			Totali
	Equipe 1, 2, 3, 4			
costi personale	assistenti sociali			793.060
	psicologi			
	pedagogisti			
	educatori/animatori/ operatori extrascolastici			
	mediatori conflitti			
	legale			
	operatore amministrativo			
	Coordinatore progetto			
	Personale dei Comuni impiegato nella realizzazione del progetto			
	Equipe consultoriale			30.000
Componenti Nucleo Coordinamento (Ufficio di Piano)			30.000	
altri costi	strumenti e attrezzature			5.000
	materiale consumo			7.000
	missioni			6.000
	spese generali			13.412
<b>Totale costi Progetto (escluso costi da quantificare)</b>				
<b>884.472</b>				

### 9.3 Progetto Associato “SOS-tenere” - Area Anziani e disabilità

PLUS Cagliari Ovest – anno 2007-2008-2009  
SCHEDA PROGETTO Anno 2007  
Progetto Associato “SOS-tenere” - Area Anziani e disabilità

#### Area di intervento

- Area tematica specifica
- Area di sistema
- Area delle trasversalità

#### Area tematica di intervento

- Minori e Famiglia
- Anziani e Disabilità
- Salute Mentale
- Dipendenze
- Accessibilità e continuità dell'assistenza
- Disagio e criminalità

#### Soggetti proponenti

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Comuni di:</b> Vallermosa – Uta – Siliqua – Villaspeciosa – San Sperate – Villasor - Teulada	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Provincia di Cagliari</b>
<input checked="" type="checkbox"/> <b>ASL 8 Ambito 2 - Cagliari Ovest- ex-Usl 20 )</b>	
<input type="checkbox"/> Altri soggetti : nessuno	

<b>Gruppo di lavoro coinvolto nel progetto (Comuni e A.S.L.)</b>			
<i>Nome e Cognome</i>	<b>Patrizia Dessi'</b>	<i>Qualifica</i>	<b>A.S. Comune di Uta</b>
<i>Nome e Cognome</i>	<b>Simona Stochino</b>	<i>Qualifica</i>	<b>A.S. Comune di Siliqua</b>
<i>Nome e Cognome</i>	<b>Patrizia Puddu</b>	<i>Qualifica</i>	<b>A.S. Comune di Villasor</b>
<i>Nome e Cognome</i>	<b>Debora Collu</b>	<i>Qualifica</i>	<b>A.S. Comune di San Sperate</b>
<i>Nome e Cognome</i>	<b>Michela Farci</b>	<i>Qualifica</i>	<b>A.S. Comune di Villaspeciosa</b>
<i>Nome e Cognome</i>	<b>Paola Damasco</b>	<i>Qualifica</i>	<b>A.S. ASL 8</b>
<i>Nome e Cognome</i>	<b>Giuseppe Frau</b>	<i>Qualifica</i>	<b>Dirigente Medico ASL 8</b>

<b>Contenuti del progetto</b>
<b>Denominazione del progetto</b>
<b>SOS-tenere:</b> Sostegno alla non autosufficienza e alle responsabilità familiari
<b>Struttura e articolazione del progetto</b>

## **Premessa**

Grandi trasformazioni hanno caratterizzato la società in quest'ultimo decennio:

- la struttura della popolazione a tutto vantaggio della fascia anziana;
- l'indebolimento della vita familiare (instabilità matrimoniale, professionalizzazione femminile)
- la riduzione "dei tempi di famiglia" e della vita comunitaria (aumento della mobilità, del benessere materiale etc.);
- l'impoverimento umano della convivenza in alcune realtà urbane e non, con incremento dei tassi di disadattamento e di solitudine.

Questo quadro provoca un allargamento delle persone che risultano in vario grado "deboli" nella gestione autonoma della propria vita e di concerto un restringimento del numero di persone capaci di assicurare assistenza e/o "supporto". Se la famiglia costituisce il contesto vitale in cui si articola una fitta rete di scambi reciproci fra generazioni, scambi di affetti, di cure, di sollecitudini, in una dimensione di "gratuità", d'altra parte queste relazioni sono anche l'unico modo con cui la famiglia affronta gli eventi cruciali del suo ciclo: il matrimonio, la nascita e crescita dei figli, le difficoltà e, in maniera particolare e nuova, la malattia e la morte..

La famiglia, in questi contesti, si trova spesso ad affrontare il giovane in "disagio", la "malattia" acuta e/o cronico-degenerativa di un suo componenti, giovane o adulto e, non trovando sostegno da parte delle strutture socio-sanitarie esistenti, deve farsi carico di tutta la sofferenza e delle difficoltà della quotidianità. Là dove è presente un giovane in disagio, un anziano "fragile" e/o un disabile anziano/adulto, la "fragilità" non riguarda solo il giovane, l'anziano e/o il disabile, di fatto si ha un irradiazione della sofferenza anche alla "famiglia", che si trova ad assorbire dei carichi enormi di stress e responsabilità in quasi totale solitudine, impreparata ad affrontare "l'evento malattia".

La "fragilità" della famiglia è legata quindi a fattori quali :

- fattori protettivi familiari non strutturati adeguatamente per far fronte all'eventuale disagio di adolescenti/ giovani: il rischio è lo svilupparsi di un "humus" favorevole all'insorgere di forme di disagio adolescenziale/giovanile sempre più problematiche,
- il momento "storico" del percorso di vita di alcune famiglie, già formate nel loro nucleo fondamentale originario e autonomo, quando "eredita" l'anziano quale problema "aggiunto", e quindi l'instaurarsi di nuove dinamiche "sconosciute" alla famiglia storica;
- la composizione della famiglia dell'anziano fragile, spesso limitata a due o tre soggetti altrettanto "fragili";
- gli interventi attuali dei servizi socio-sanitari che privilegiano il singolo componente: l'anziano, il disabile, etc., per cui la famiglia (di norma le donne) che si fa carico dell'assistenza al proprio congiunto, raramente riceve supporti e aiuto da parte dei servizi socio-sanitari ;
- la tesi avvalorata e la prassi sempre più consolidata che l'anziano "deve stare in famiglia" e non "asiliato", anche se malato, e per questo sono stati istituiti servizi quali l'ADI, l'ospedalizzazione domiciliare e altri servizi domiciliari che comunque privilegiano la domiciliarità, ma non supportano la famiglia in maniera organica.

Il sostegno e l'affiancamento delle famiglie in cui siano presenti anziani o persone non autosufficienti, siano esse composte da anziani soli, da coppie di anziani oppure da famiglie plurigenerazionali, necessario per evitare il ricorso all'istituzionalizzazione, può essere reso concreto solo attraverso un effettivo sviluppo delle competenze della rete dei servizi e delle prestazioni, purché la stessa rete abbia caratteristiche di flessibilità funzionale ed organizzativa, adeguata alle diverse esigenze delle famiglie.

Queste esigenze vanno tenute presenti a partire dalla possibilità, per le famiglie, di entrare in comunicazione con il sistema delle offerte e dei servizi, di vedere accolte e considerate le proprie proposte nella ricerca di soluzioni rispetto al problema da affrontare, di poter usufruire di programmi individualizzati che tengano conto della peculiarità e complessità della famiglia e della trasformazione nel tempo delle condizioni del bisogno presentato.

Se è vero, infatti, che le responsabilità di cura e assistenza riguardano di solito i genitori, per quanto riguarda le persone con disabilità, ed i figli per quanto riguarda gli anziani, le risposte, per essere adeguate, devono necessariamente tenere conto delle difficoltà di organizzazione della vita domestica, di quelle legate allo svolgimento dell'attività lavorativa, dei problemi di relazione, della fatica e del logoramento dei membri su cui grava l'onere dell'accudimento quotidiano dei familiari bisognosi di cure, specie quando essi stessi sono già coinvolti in un loro processo di invecchiamento; delle difficoltà, infine, di natura economica, che possono derivare dalla necessità di far fronte a impegni onerosi e prolungati nel tempo.

Con il presente progetto, innovativo rispetto alle risposte istituzionali fino a questo momento erogate, si intende proporre interventi integrati sociosanitari a favore delle famiglie impegnate in maniera intensiva in compiti onerosi di accudimento. Gli interventi saranno indirizzati in maniera specifica in termini di supporto globale, con particolare attenzione all'aspetto psicosociale e a un sollievo nel loro domicilio, così da favorire e conciliare la permanenza dell'anziano e della persona non autosufficiente nel proprio ambiente, con lo svolgimento delle normali azioni di vita dei familiari. Importante sarà garantire la continuità dell'assistenza anche facendo ricorso a modalità innovative organizzative. Si tratta di sperimentare nuove formule di integrazione tra i diversi soggetti della rete dei servizi territoriali, nuovi soggetti partecipanti ai servizi, nuove modalità erogative compresi nuovi apporti da diverse figure professionali.

Si parla di progetto, ma in realtà si dovrebbe parlare di “**progetti personalizzati**”, poiché si tratta di interventi non standardizzati, ma fortemente centrati sui bisogni delle persone non autosufficienti e dei familiari aventi funzioni di “care” e quindi, personalizzati e flessibili., che si esplicano attraverso l'utilizzo, sinergico e integrato, di tutte le risorse presenti sul territorio.

I gruppi di **parole chiave** sono :

- la rete, l'innovazione, la personalizzazione
- la domiciliarità, la famiglia, i care givers
- l' inclusione familiare e sociale, l'integrazione intergenerazionale
- il mutuo aiuto, la continuità assistenziale nelle 24 ore, le badanti

### **Modalità di espressione**

Gli interventi sulla Famiglia pertanto si svilupperanno secondo tale schema:

#### **1. PRO - ATTIVO**

Intervenire sulla famiglia, e/o su singoli componenti rispondenti, per favorire la consapevolezza e la capacità di azione nel proprio ambito e nell'ambito della rete formale e informale, attraverso la conoscenza dei problemi, dei percorsi per la soluzione e per l'acquisizione di strategie di cambiamento.

Gli interventi dovranno inoltre comprendere promozioni di iniziative di formazione tese a divulgare, alle famiglie target, interventi di prevenzione attuabili.

#### **2. SOSTEGNO PSICOLOGICO**

Attivare iniziative di counseling e/o di sostegno al singolo o all'intero nucleo familiare e, qualora se ne ravvisi il bisogno, la presa in carico psicoterapica.

#### **3. SOSTEGNO SOCIALE**

Approntare un progetto di aiuto-supporto ed eventualmente assistenziale in collaborazione con i Servizi Sociali Comunali, del Volontariato Sociale, etc. (rete integrata dei Servizi).

Sarà fondamentale privilegiare l'impostazione di un lavoro di rete con i Medici di Medicina Generale, che rappresentano il primo riferimento per la famiglia: è infatti il medico di famiglia che individua precocemente le condizioni di disagio familiare per determinate situazioni problematiche e si fa carico, spesso, anche degli aspetti di sostegno psicosociale, oltre che assistenziali.

In tale ottica, l'attività potrebbe anche essere rivolta, in fase di implementazione futura, a supportare, per gli aspetti psicosociali, l'attività clinica del Medico di Medicina Generale quale “Medico della famiglia”

## Destinatari

I destinatari del presente progetto sono

- Persone anziane non autosufficienti e persone con disabilità istituzionalizzate o a rischio di istituzionalizzazione, con particolare riguardo alle persone con rete sociale e/o familiare carente o insufficiente
- Le famiglie delle persone anziane e con disabilità
- I care-giver gravemente oberati di impegno nei confronti di persone non autosufficienti

## Obiettivi del progetto

### Obiettivo generale

Creazione di un **modello** di interventi integrati sociosanitari in un sistema di rete a favore delle famiglie di persone non autosufficienti finalizzati basato sulla formulazione di un Progetto personalizzato di intervento sulla persona e sulla famiglia finalizzato a:

- migliorare la qualità della vita delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie attraverso la sperimentazione di percorsi socio sanitari integrati e personalizzati,
- sostenere la domiciliarità per favorire la deistituzionalizzazione e prevenire la istituzionalizzazione

### Obiettivo specifico

Attivazione di un Servizio socio-sanitario integrato di Assistenza Domiciliare e di Badantato

### Obiettivo a lungo termine

Implementazione del modello su tutto l'ambito, omogeneizzazione e standardizzazione delle procedure sperimentate.

## Azioni

### Azioni di sistema:

Le azioni di sistema riguardano l'ambito delle generalità e delle integrazioni, la metodologia, i percorsi e la valutazione. Le possiamo definire "di sistema" proprio in quanto rappresentano sia la base su cui fondare le azioni specifiche, sia la metodologia e lo strumento di integrazione delle diverse azioni specifiche.

#### a) sulla rete:

- standardizzazione e implementazione dei percorsi di presa in carico globale della persona e della famiglia e di gestione integrata delle risorse socio assistenziali e sanitarie
- realizzazione di un sistema di rete dei servizi socio-sanitari

#### b) sulle procedure:

- elaborazione di procedure organiche e omogenee per le attività di sostegno alla domiciliarità; (es. valutazione del care-giver)
- omogeneizzazione degli strumenti di valutazione finalizzati alla definizione dei livelli di intensità assistenziale nei confronti del care-giver;
- individuazione di un "gestore unico" degli appalti dei servizi per il sostegno della domiciliarità;
- definizione di un regolamento di accesso al Servizio, unico in tutti i Comuni

#### c) sulle competenze:

- metodologie che richiedono nuovi soggetti competenti in grado di supportare la complessità. Si individua nell' ambito del futuro **Ufficio di Piano**, in stretta collaborazione con i servizi socio-sanitari del territorio, una competenza preposta a svolgere un ruolo di:
  - riferimento informativo per il territorio;
  - osservatorio, rispetto alle esigenze portate dalle famiglie impegnate in compiti di "care";
  - valutazione dei progetti attivati;
  - stimolo per la creazione di nuove risorse o per l'adattamento più funzionale di quelle già esistenti;
  - formazione degli operatori non appartenenti alla rete istituzionale, ma comunque direttamente impegnati nell'accudimento (badanti);
  - formazione rivolta ad altri soggetti della rete informale, tesa a favorire la costituzione di rapporti di solidarietà e mutuo aiuto.

### Azioni specifiche:

1. Elaborazione e attivazione, in accordo con la famiglia e in collaborazione con l'U.V.T. (su ogni Comune interessato) di **Progetti personalizzati di domiciliarità** che prevedano *interventi di continuità di assistenza domiciliare* tramite operatori di assistenza
2. Individuazione e implementazione dei percorsi di integrazione sociosanitaria nella domiciliarità, anche individuando per ogni progetto personalizzato un **Nucleo integrato di continuità dell'assistenza** per la domiciliarità costituito da personale di assistenza, operatori del comune interessato, familiari e operatori della ASL
3. **Interventi di sensibilizzazione** della comunità sulle tematiche e problematiche inerenti il sostegno della domiciliarità
4. Predisposizione di **interventi formativi** e informativi sulla famiglia, sugli operatori e altri soggetti coinvolti nell'assistenza
5. Valutazione, in accordo con l'Unità di Valutazione Territoriale del Distretto, del livello di intensità assistenziale

### Servizi e/o attività da attivare

1. Attivazione di un Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata attraverso **Progetti personalizzati di domiciliarità**
2. Attivazione di un **Nucleo integrato di continuità di assistenza per la domiciliarità** per ogni Progetto personalizzato
3. Attivazione di un **Nucleo di competenza della domiciliarità nell'ambito dell'Ufficio di Piano** con compiti di coordinamento e monitoraggio di tutti i progetti personalizzati fra tutti i Comuni e l'A.S.L
4. Attivazione di un Punto Unico di Accesso socio-sanitario per la domiciliarità presso il Comune Capofila, eventualmente in collegamento con sportelli informativi attivati nei singoli Comuni.

### Allocazione dei servizi e/o delle attività da attivare

- a. Allocazione dell'accesso presso il PUA socio-sanitario
- b. Allocazione di un numero definito di Progetti personalizzati di domiciliarità su singole persone di ogni Comune interessato
- c. Allocazione dell'operatività del *Nucleo integrato di continuità di assistenza per la domiciliarità* per ogni Progetto personalizzato presso ogni Comune interessato
- d.** Allocazione del Nucleo operativo di coordinamento della domiciliarità presso l'Ufficio di Piano nella sede del Comune prescelto

Per la valutazione dei risultati e delle ricadute del Progetto si useranno i seguenti criteri quantitativi e qualitativi

Ipotesi di criteri quantitativi e qualitativi di valutazione dei risultati e delle ricadute del progetto.

Valutazione = 100

- rispetto dei tempi di attivazione di tutte le fasi del progetto, quale indicatore della condivisione degli obiettivi del progetto da parte di tutti gli attori coinvolti.  
Valore max = 30
- individuazione di un campione di utenza su cui monitorare il follow up dell'intervento realizzato, attraverso scheda appositamente predisposta, e misurare il grado di successo dell'intervento valutato (indicatori da definire)  
Valore max =30
- misurazione del grado di presenza e partecipazione degli utenti alle attività  
Valore max =20
- misurazione del grado di soddisfazione degli utenti coinvolti  
Valore max =10
- misurazione del grado di soddisfazione degli operatori coinvolti  
Valore max =10

Risultati:

Valutazione positiva: tra 70 e 100 - il progetto può essere riproposto senza sostanziali cambiamenti

Valutazione intermedia: tra 40 e 70 – il progetto ha necessità di analisi delle criticità e rimodulazione di parti dell'intervento

Valutazione negativa: <40 - il progetto non raggiunge gli obiettivi e le finalità individuate e dovrà essere sottoposto a rimodulazione degli interventi

Indicatori utilizzabili per la valutazione potranno essere:

- Quota percentuale di aumento ore per singolo utente rispetto a precedenti servizi
- Aumento distribuzione delle ore nell'arco della giornata rispetto a precedenti servizi
- Numero di operatori formati o aggiornati;
- Conclusione di accordi e/o Convenzioni con organizzazioni del terzo Settore, per azioni di supporto alle famiglie;
- Definizione di procedure uniche di accesso per il sub ambito.
- Questionario di gradimento e soddisfazione del servizio.

### Ricadute su ogni singolo comune

Le ricadute su ogni singolo comune riguarderanno:

- la possibilità di elaborare, gestire un numero preciso di progetti personalizzati per propri residenti
- la fruizione di una equipe integrata (Nucleo per la domiciliarità), che si rende garante della integrazione e della continuità dell'assistenza per i singoli progetti personalizzati
- la fruizione di omogeneità nell'erogazione delle prestazioni in termini di procedure e percorsi di integrazione
- la costituzione di una rete di relazioni tra soggetti istituzionali, erogatori di assistenza, operatori di assistenza per la garanzia della continuità dell'assistenza

### Il progetto coinvolge altri enti o istituzioni?

Sì

No

### Modalità di gestione del Progetto

**Comune capofila: Comune di TEULADA**

Gestione associata

**Ufficio di Piano – Centro di programmazione (gestione coordinamento d'ambito ed integrazione socio-sanitaria)**

Agenzia esterna

Mista

Altro

### Il progetto ha collegamenti con precedenti iniziative dei proponenti?

Sì

No

## Budget Individuato

### Budget complessivo del Progetto

**Il Budget complessivo comprende tutti i costi che saranno sostenuti per la realizzazione complessiva del Progetto, oltre il 20% della gestione Associata.**

Si tratta di costi generali e di costi relativi a personale dei Comuni, della Provincia e della ASL che opererà nell'Ufficio di Piano per tutte le azioni di sistema relative al Progetto complessivo. Comprende anche i costi del Budget specifico da PLUS così come di seguito descritto e che rappresenta la quota di budget complessivo relativa al fondo associato del 20% destinato a quest'area tematica. Comprende inoltre la quota di partecipazione al costo da parte degli utenti.

<b>Personale:</b>	€ 368.347
- Personale Progetto Fondi PLUS	
- Personale per l'integrazione socio-sanitaria presso: UVT/ PUA	
- Costi A.D.I. (assistenza domiciliare infermieristica) da quantificare	
- Componenti Nucleo Coordinamento (Ufficio di Piano)	
- Costi ulteriori a carico dei Comuni sono da quantificare in base al personale che verrà messo a disposizione per la realizzazione del progetto sia nelle singole sedi, che nel Comune capofila per la gestione economica associata.	
Strumenti e attrezzature	€
Servizi esterni (dettagliare)	€
a) _____	€
b) _____	€
c) _____	€
Materiali di consumo	€
Missioni	€
Spese generali IVA 4%	€ 6.850,88
Quote compartecipazione utenti	€
<b>Totale</b>	<b>€ 375.198,88</b>

### Budget da PLUS

Il Budget da Plus è costituito dalla parte del fondo associato del 20% individuato per quest'area tematica.

Si tratta di € 218.313 che verranno utilizzati per azioni di sistema nell'ambito dell'Ufficio di Piano e azioni specifiche così come descritto in dettaglio di seguito. Nell'ambito del budget complessivo del Progetto il Budget da Plus contribuisce a sostenere i costi del personale che verrà individuato per la costituzione del Nucleo di competenza nell'Ufficio di Piano e i costi del personale che parteciperà al Nucleo integrato sociosanitario per la continuità di assistenza per la domiciliarità e inoltre i costi del personale di assistenza che parteciperà alle attività di assistenza alla persona e alla famiglia nei progetti personalizzati

<b>Personale per azioni di sistema</b>	
Assistente sociale - Coordinatore di Progetto e componente il Nucleo di coordinamento della domiciliarità c/o Ufficio di Piano.	€ 16.896,00
<b>Personale per azioni specifiche</b>	
Impiegato amministrativo presso Comune Capofila	€ 15.552,00
Personale assistenziale per l'attivazione di Progetti personalizzati di domiciliarità	€ 192.899,00
<ul style="list-style-type: none"> <li>• assistenti domiciliari</li> <li>• assistenti generici</li> <li>• assistenti di sostegno ( badanti )</li> </ul>	
Materiali di consumo per azioni di sistema	€ 0
Missioni per azioni di sistema	€ 0
Spese generali per azioni di sistema	€ 0
<b>Totale</b>	<b>€225.347,00</b>
<b>Iva al 4% calcolata sul costo totale con esclusione della previsione di spesa reclutamento badanti</b>	<b>€6.850,88</b>
<b>Costo complessivo</b>	<b>€ 232.197,88</b>
<b>Quota a disposizione del PLUS</b>	<b>€ 218.313,00</b>
<b>Differenza</b>	<b>€ 13.884,88</b>
Da colmare con la quota presunta di contribuzione utenza (pari al 10% del costo derivante dall'erogazione del Servizio)	

Il seguente prospetto descrive in maniera dettagliata i costi da sostenere utilizzando i fondi associati del 20% destinati a quest'area tematica pari a **€ 218.313**.

Si tratta di costi per personale di assistenza che opereranno nell'ambito dei progetti personalizzati e di personale che opererà nel Nucleo integrato per la domiciliarità. Sono compresi anche i costi da fondo associato per il personale del nucleo di coordinamento per la domiciliarità dell'Ufficio di Piano.

<b>Costi Progetto "SOS-tenere ( Area Anziani e disabilità) Utilizzo Fondi quota associata 20%</b>			
Costi	Azioni specifiche		
	Progetti personalizzati		Totali
costi personale	Impiegato amministrativo	15.552,00	225.347
	ass.domiciliari	192.899,00	
	ass.generici		
	assist.di sostegno ( badanti)		
	Coordinatore del progetto	16.896,00	
altri costi	materiale consumo	0	6.851
	missioni	0	
	spese generali	0	
	Iva al 4%	6.850,88	
Ingressi	quote utenti	13.884,88	
<b>Totale costi fondo associato</b>			
<b>218.313</b>			

Il seguente prospetto descrive in maniera dettagliata i costi da sostenere nel complesso per l'intero Progetto integrato cui partecipano i diversi soggetti: i Comuni con il fondo PLUS associato e con il personale impiegato nella realizzazione dei progetti, la Provincia con il personale che opererà nell'Ufficio di Piano, la ASL con il personale che opererà nell'Ufficio di Piano, nella UVT per i singoli progetti integrati, nei servizi di A.D.I. e per la costituzione del Nucleo integrato della domiciliarità

<b>Costi Totali Progetto "SOS-tenere ( Area Anziani e disabilità)</b>			
Costi	Azioni specifiche e di sistema		
	Progetti personalizzati		Totali
costi personale da Progetto PLUS	impiegato amministrativo	15.552,00	368.347
	ass.domiciliari	192.899,00	
	ass.generici		
	assist.di sostegno ( badanti)		
	Coordinatore del progetto - Ass.sociale	16.896,00	
Personale Integrato	UVT /PUA (costi ASL)	113.000,00	
	A.D.I. (assistenza domiciliare infermieristica) (costi ASL)	costi da quantificare per ogni progetto personalizzato su base valutazione UVT	
	Componenti Nucleo Coordinamento (Ufficio di Piano)	30.000,00	
	Personale dei Comuni impiegato nella realizzazione del progetto	dato da quantificare	
altri costi	materiale consumo	0	6.851
	missioni	0	
	spese generali	0	
	IVA al 4%	6.850,88	
Ingressi	quote utenti		
<b>Totale costi Progetto (escluso costi da quantificare)</b>			
<b>375.197,88</b>			

## 9.4 Progetto Associato “EDUCATA....mente” – Area Salute Mentale

<p><b>PLUS Cagliari Ovest – anno 2007-2008-2009</b></p> <p><b>SCHEDA PROGETTO Anno 2007</b></p> <p><b>Progetto Associato “EDUCATA....mente”</b></p> <p><b>Area Salute Mentale</b></p>
---

<b>Aree di intervento</b>
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Area tematica specifica</i> <input checked="" type="checkbox"/> <i>Area di sistema</i> <input type="checkbox"/> <i>Area delle trasversalità</i>

<b>Area tematica di intervento</b>
<b>AREA SALUTE MENTALE</b>

<b>Soggetti proponenti</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Comuni di:</b> <b>Assemini, Decimannu, Decimoputzu, Elmas, San Sperate, Teulada</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Provincia di Cagliari</b>
<input checked="" type="checkbox"/> <b>ASL 8 ( Ambito Cagliari Ovest)</b>	1) Responsabile del progetto

<b>Gruppo di lavoro coinvolto nel progetto</b>			
Nome e Cognome	<b>Isabella Luconi</b>	<i>Qualifica</i>	<b>A.S. Comune Assemini</b>
<i>Nome e Cognome</i>	<b>Silvana Argiolas</b>	<i>Qualifica</i>	<b>A.S. Comune Decimannu</b>
<i>Nome e Cognome</i>	<b>Silvia Oreto</b>	<i>Qualifica</i>	<b>A.S. Comune Decimoputzu</b>
<i>Nome e Cognome</i>	<b>Cinzia Isu</b>	<i>Qualifica</i>	<b>A.S. Comune di Elmas</b>
<i>Nome e Cognome</i>	<b>Deborah Collu</b>	<i>Qualifica</i>	<b>A.S. Comune di San Sperate</b>
<i>Nome e Cognome</i>	<b>Cristiana Floris</b>	<i>Qualifica</i>	<b>A.S. Comune di Teulada</b>
<i>Nome e Cognome</i>	<b>Paola Damasco</b>	<i>Qualifica</i>	<b>Assistente Sociale ASL</b>

Nome e Cognome	<b>Carla Montixi</b>	Qualifica	<b>Dirigente Psicologo ASL</b>
<b>Contenuti del progetto</b>			
<b>Denominazione del progetto</b>			
<b>“EDUCATA....mente”</b>			
<b>Struttura e articolazione del progetto</b>			

### **Premessa**

“Non c’è salute senza la salute mentale” così l’OMS orienta le politiche di interesse pubblico verso l’ottenimento del benessere mentale e l’inclusione sociale delle persone con problemi di salute mentale, definendo la salute mentale “una delle componenti centrali del capitale umano, sociale ed economico delle nazioni e deve pertanto essere considerata come parte integrante e fondamentale di altre politiche di interesse pubblico, quali quelle relative ai diritti umani, all’assistenza sociale , all’educazione e all’impiego”.

Il tema della salute mentale coinvolge un insieme di soggetti nella realizzazione di interventi molteplici che derivano da diversi approcci e strategie, *interventi che vanno fra di loro integrati, a partire da una attenta valutazione sia dei bisogni dell’individuo che del contesto di appartenenza secondo un modello di salute che come indica il Piano Regionale dei Servizi Sociali e Sanitari “garantisca la presa in carico personalizzata delle persone con disturbo mentale ed il sostegno delle loro famiglie”. “Il progetto terapeutico riabilitativo personalizzato mira prioritariamente alla prevenzione di nuove forme di istituzionalizzazione e potenzia nel contesto pratiche innovative mediante una chiara identificazione delle azioni, delle risorse da impiegare, degli obiettivi da raggiungere, in un’ottica di forte personalizzazione degli interventi.” (dal programma del 6/9/06)*

E’ significativo in questo Ambito che, rispetto ad altre aree tematiche, sia stata scelta l’Area della salute mentale, nonostante i numeri del target siano molto più modesti rispetto ad altre fasce di bisogno, tanto che da una analisi semplicemente statistica potrebbe sembrare metodologicamente non corretto aver assegnato una priorità a tale ambito. Al contrario, le criticità e i bisogni sono inversamente proporzionali al numero delle persone che presentano questo tipo di disagio, nonostante che i centri di salute mentale siano territorialmente presenti, che i Comuni abbiano sempre investito in risorse rispetto a questo ambito di intervento, e soprattutto nonostante una legge di settore, la legge regionale 20/97, esaustiva nei suoi principi di un approccio integrato e non assistenziale alla malattia mentale.

La gestione della complessità e l’integrazione delle risposte ai bisogni connessi con la tutela della salute mentale dipende da diversi livelli di programmazione che riguardano i quadri normativi nazionali, quelli regionali e la definizione locale dell’uso delle risorse. Oltre ai contesti programmatori, sono importanti la capacità di analisi della domanda da parte dei servizi destinati alla lettura dei bisogni del territorio, le risorse messe in atto, le caratteristiche operative degli stessi servizi e, infine, una verifica degli esiti.

Il progetto “Educata...mente” nasce appunto da una riflessione sulle criticità che rendono le risorse e le risposte inadeguate al bisogno espresso.

La riflessione riguarda prioritariamente le difficoltà (bisogno espresso) che non investono una temporalità o una specificità, ma la quotidianità della vita del sofferente mentale e della sua famiglia. Quella che è fortemente compromessa infatti, per il sofferente mentale, è la capacità di accettare la complessità del “vivere”, e ciò rende difficoltosa la messa a punto di una progettualità personalizzata su di se.

La finalità di questo progetto costituisce dunque un tentativo per trovare la chiave di “quel recinto” in cui spesso il sofferente mentale e la sua famiglia si chiudono, per aprire una porta e dare una speranza.

La persona con disagio psichico presenta una difficoltà significativa nell'ambito della costruzione e del mantenimento delle relazioni. Tale difficoltà inizia, infatti, spesso in famiglia; questa rappresenta per la persona, una risorsa molto importante ma, nello stesso tempo, diventa essa stessa soggetto di bisogni per la peculiarità del ruolo che si trova a sostenere sia al suo interno che dal punto di vista sociale.

Questo progetto, pertanto, nasce anche dalla necessità di diminuire il carico percepito dai familiari, incentivare le loro abilità di comunicazione e soluzione dei problemi, migliorare la qualità della vita.

Tutte le risorse economiche assegnate a questa area tematica verranno impiegate in interventi educativi e di assistenza domiciliare, entrambi specialistici, che saranno lo strumento principale, insieme all'equipe territoriale del Centro di Salute Mentale, integrata dall'Assistente Sociale del Comune, nel favorire la realizzazione del progetto di vita del paziente, ma anche lo strumento attraverso il quale aiutare la famiglia a diventare risorsa, elaborando con essa le motivazioni e il "qui ed ora" per cominciare un nuovo cammino.

Per perseguire questo obiettivo sarà necessario poter contare su operatori appositamente formati, in possesso non solo di competenze generali, ma anche di preparazione specifica sulle tematiche della salute mentale.

Una "Equipe integrata di coordinamento", appositamente costituita, dovrà farsi carico sia della formazione iniziale, sia di quella permanente degli operatori. Dovrà inoltre avere un ruolo di supervisione del progetto generale e di valutazione dell'ammissibilità dei piani di intervento predisposti dall'equipe territoriale integrata.

### Destinatari

- Persone per le quali l'equipe socio-sanitaria territoriale abbia predisposto un piano individualizzato di intervento.
- Le famiglie delle persone affette da disagio psichico e/o disturbo mentale conclamato.

### Obbiettivi del progetto

#### Obiettivo generale

Creazione di un modello di intervento **personalizzato**, integrato socio sanitario, in un sistema di rete, a favore delle persone destinatarie del progetto, finalizzato a:

- Sostenere la domiciliarità attraverso:
  1. Interventi di supporto individuali
  2. interventi di supporto alla famiglia.
  3. rendere il territorio autonomo

Mantenendo così le persone nei contesti naturali di vita, affinché raggiungano un migliore equilibrio psico fisico e sociale.

- Progettare percorsi individualizzati, tesi al conseguimento, nella persona, delle migliori autonomie possibili;
- Progettare percorsi istituzionali integrati finalizzati all' inclusione lavorativa.

#### Obiettivo a lungo termine

Standardizzazione delle procedure socio sanitarie attivate.

## Azioni

Per il raggiungimento degli obiettivi, si ritengono necessarie:

### Azioni di sistema rivolte:

a) **alla rete**, e riguardano

- l'implementazione dei percorsi di presa in carico globale della persona e di gestione integrata delle risorse socio assistenziali e sanitarie, attraverso la definizione di appositi protocolli operativi;
- la definizione del ruolo nella rete dei Centri Servizi per l'inserimento lavorativo dei soggetti svantaggiati (Cesil), all'interno dello specifico percorso di inclusione lavorativa dei destinatari del progetto;
- l'attivazione di uno spazio di ascolto strutturato, rivolto sia al paziente che ai familiari.

b) **alla costituzione di una Equipe multidisciplinare e integrata di coordinamento**,

che dovrà curare:

- La formazione degli operatori (Assistenti Domiciliari e Educatori) che verranno impiegati nelle azioni previste dai progetti personalizzati;
- La supervisione dell'intero progetto;
- L'individuazione dei criteri per la valutazione dell'ammissibilità dei piani di intervento predisposti dalle equipe territoriali integrate.
- Elaborazione di una metodologia organizzativa finalizzata alla definizione della specificità dei diversi ruoli istituzionali rispetto all'inserimento lavorativo.

c) all'avvio di un **percorso formativo degli operatori dell'Equipe integrata di coordinamento**, sulle tematiche dell'integrazione socio-sanitaria nei servizi di tutela della salute mentale.

### Azioni specifiche

- Costituzione dell'Equipe integrata di coordinamento
- Individuazione dei **sistemi di coordinamento ed integrazione** con le equipe territoriali;
- Elaborazione di una metodologia organizzativa finalizzata alla definizione, pur nella integrazione, della specificità dei diversi ruoli istituzionali rispetto all'inserimento lavorativo.

### Servizi e/o attività da attivare

- Attivazione dell'**Equipe integrata di coordinamento**
- Attivazione di uno "**spazio di ascolto**" per i familiari dei pazienti.
- Attivazione del Servizio di **Assistenza Domiciliare ed Educativa Integrata specialistica**.
- Attivazione delle **Equipe territoriali integrate di assistenza domiciliare ed educativa**.
- Elaborazione, in accordo con il paziente e/o la famiglia, del **Progetto personalizzato** di intervento.

### Allocazione dei servizi e/o delle attività da attivare

L'**Equipe integrata di coordinamento**, nelle more della costituzione dell'Ufficio di Piano, potrebbe trovare allocazione nella sede della Asl 8 di Via Romagna. Tale ubicazione rappresenta per tutti Comuni un punto centrale e facilmente raggiungibile, e costituisce inoltre la sede della Direzione dei Servizi Sanitari del Distretto e del Dipartimento di Salute Mentale.

#### Lo "**Spazio di ascolto**" sarà allocato presso le sedi locali

Il servizio di **Assistenza Domiciliare ed educativa** specialistica opererà all'interno delle equipe territoriali, e avrà come punto di riferimento la sede dell'Equipe di Coordinamento.

**I Progetti Personalizzati** verranno attivati presso ogni comune, e saranno gestiti dalle equipe territoriali integrate.

### Ricadute su ogni singolo comune

Le ricadute su ogni singolo comune riguarderanno:

- la possibilità di attivare progetti personalizzati in base ai bisogni;
- la fruizione di una equipe integrata che si rende garante della integrazione e della continuità dell'intervento per i singoli progetti personalizzati;
- la fruizione di omogeneità nell'erogazione delle prestazioni in termini di procedure e percorsi di integrazione;
- la costituzione di una rete di relazioni tra soggetti istituzionali e operatori per la garanzia della continuità degli interventi.

## Criteria quantitativi e qualitativi che il proponente intende utilizzare per la valutazione dei risultati e delle ricadute del progetto

Ipotesi di criteri quantitativi e qualitativi di valutazione dei risultati e delle ricadute del progetto.

Valutazione = 100

- rispetto dei tempi di attivazione di tutte le fasi del progetto, quale indicatore della condivisione degli obiettivi del progetto da parte di tutti gli attori coinvolti.  
Valore max = 30
- individuazione di un campione di utenza su cui monitorare il follow up dell'intervento realizzato, attraverso scheda appositamente predisposta, e misurare il grado di successo dell'intervento valutato (indicatori da definire)  
Valore max =30
- misurazione del grado di presenza e partecipazione degli utenti alle attività  
Valore max =20
- misurazione del grado di soddisfazione degli utenti coinvolti  
Valore max =10
- misurazione del grado di soddisfazione degli operatori coinvolti  
Valore max =10

Risultati:

Valutazione positiva: tra 70 e 100 - il progetto può essere riproposto senza sostanziali cambiamenti

Valutazione intermedia: tra 40 e 70 – il progetto ha necessità di analisi delle criticità e rimodulazione di parti dell'intervento

Valutazione negativa: <40 - il progetto non raggiunge gli obiettivi e le finalità individuate e dovrà essere sottoposto a rimodulazione degli interventi

Indicatori utilizzabili per la valutazione potranno essere:

- numero di utenti/ famiglie contattate
- risultati da follow up che misurino il mantenimento dei risultati acquisiti in fase di intervento
- numero di casi affrontati e presi in carico
- numero di operatori formati o aggiornati
- numero di accordi e/o convenzioni con organizzazioni del terzo Settore

Strumenti utilizzabili per la valutazione potranno essere:

- questionari di gradimento e soddisfazione del servizio
- schede di raccolta dati del servizio

**Il progetto coinvolge altri enti o istituzioni?** Sì No X**Modalità di gestione del Progetto**

**Comune capofila:** Rispetto alla prima progettazione del PLUS per il 2007, le procedure saranno in capo al Comune Capofila, che avrà anche l'onere di coordinare le eventuali risorse assegnate con la Progettazione Integrata "Insieme per crescere" e i progetti predisposti ai sensi della L. 20/97.

**Comune capofila: Comune di Assemini**

Gestione associata

**Ufficio di Piano – Centro di programmazione (gestione coordinamento d'ambito ed integrazione socio-sanitaria)**

Agenzia esterna

Mista

Altro

**Il progetto ha collegamenti con precedenti iniziative dei proponenti?** X Sì No

L'area della sofferenza mentale è stata individuata dai comuni del sub ambito, in quanto rappresenta un'area fortemente problematica, e quindi è stata oggetto, nel tempo, di investimenti di rilevanti risorse economiche, con interventi da parte dei singoli comuni.

## Budget Individuato

### Budget complessivo del Progetto

Il Budget complessivo comprende tutti i costi che saranno sostenuti per la realizzazione complessiva del Progetto complessivo.

Si tratta di costi generali e di costi relativi a personale dei Comuni, della Provincia e della ASL che opererà nell'Ufficio di Piano per tutte le azioni di sistema relative al Progetto complessivo. Comprende anche i costi del Budget specifico da PLUS così come di seguito descritto e che rappresenta la quota di budget complessivo relativa al fondo associato del 20% destinato a quest'area tematica.

Personale	
- Assistente sociale (per Equipe Integrata)	
- Assistenti domiciliari, Assist. generici,	
- Assist. di sostegno (per progetti personalizzati)	€ 390.000
- Coordinatore di progetto	
- Operatore amministrativo presso Comune capofila	
- Componenti Nucleo Coordinamento (Ufficio di Piano)	
- Costi ulteriori a carico dei Comuni sono da quantificare in base al personale che verrà messo a disposizione per la realizzazione del progetto sia nelle singole sedi, che nel Comune capofila per la gestione economica associata.	
- Equipe Salute Mentale	
Strumenti e attrezzature	€ 3.000
Missioni	€ 2.000
Materiali di consumo	€ 1.440
Spese generali	€ 1.000
<b>Totale</b>	<b>€ 397.440</b>

### Budget da PLUS

Il Budget da Plus è costituito dalla parte del fondo associato del 20% individuato per quest'area tematica.

Si tratta di € 254.440 che verranno utilizzati per azioni di sistema nell'ambito dell'Ufficio di Piano e azioni specifiche così come descritto in dettaglio di seguito. Nell'ambito del budget complessivo del Progetto il Budget da Plus contribuisce a sostenere i costi del personale che verrà individuato per la costituzione del Nucleo di coordinamento nell'Ufficio di Piano e i costi del personale che parteciperà alle Equipe Integrate sociosanitario per la continuità di assistenza per la domiciliarità e inoltre i costi del personale di assistenza che parteciperà alle attività di assistenza alla persona e alla famiglia nei progetti personalizzati

Personale	€ 247.000
<ul style="list-style-type: none"><li>• Assistenti sociali (per Equipe Integrate)</li><li>• Assistenti domiciliari, Assistenti generici, Assistenti di sostegno (per progetti personalizzati)</li><li>• Operatore amministrativo presso Comune capofila</li><li>• Coordinatore di progetto (c/o nucleo di coordinamento dell' Ufficio di Piano)</li></ul>	
Strumenti e attrezzature	€ 3.000
Missioni	€ 2.000
Materiali di consumo	€ 1.440
Spese generali	€ 1.000
<b>Totale</b>	<b>€ 254.440</b>

Il seguente prospetto descrive in maniera dettagliata i costi da sostenere utilizzando i fondi associati del 20% destinati a quest'area tematica pari a **€ 254.440**.

Si tratta di costi per personale di assistenza che opereranno nell'ambito dei progetti personalizzati e di personale che opererà nella Equipe Integrata per sostenere la domiciliarità. Sono compresi anche i costi da fondo associato per il personale del nucleo di coordinamento del progetto presso l'Ufficio di Piano.

<b>Costi Progetto "EDUCATA-mente ( Area Salute Mentale) - Utilizzo Fondi quota associata 20%</b>			
Costi	Azioni specifiche e di sistema		
	Equipe Integrata e Progetti personalizzati		Totali
costi personale	ass.sociale	247.000	247.000
	ass.domiciliari		
	ass.generici		
	assist.di sostegno		
	operatore amministrativo		
	Coordinatore del progetto		
altri costi	strumenti e attrezzature	3.000	7.440
	materiale consumo	1.440	
	missioni	2.000	
	spese generali	1.000	
Totale fondo associato			
<b>254.440</b>			

Il seguente prospetto descrive in maniera dettagliata i costi da sostenere nel complesso per l'intero Progetto integrato cui partecipano i diversi soggetti: i Comuni con il fondo PLUS associato e con il personale impiegato nella realizzazione dei progetti, la Provincia con il personale che opererà nell'Ufficio di Piano, la ASL con il personale che opererà nell'Ufficio di Piano e nella UVT per i singoli progetti integrati e per la costituzione del Nucleo integrato della domiciliarità

<b>Costi Totali Progetto "EDUCATA-mente ( Area Salute Mentale)</b>			
Costi	Azioni specifiche e di sistema		
	Equipe Integrata e Progetti personalizzati	Totali	
costi personale	ass.sociale	390.000	
	ass.domiciliari		
	ass.generici		
	assist.di sostegno ( badanti)		
	Operatore amministrativo		
	Coordinatore del progetto		247.000
	Equipe Salute Mentale		113.000
	Componenti Nucleo Coordinamento ( Ufficio di Piano)		30.000
Personale dei Comuni impiegato nella realizzazione del progetto	dato da quantificare		
altri costi	strumenti e attrezzature	3.000	
	materiale consumo	1.440	
	missioni	2.000	
	spese generali	1.000	
Totale costi Progetto (esclusi costi da quantificare)		<b>397.440</b>	

## 9.5 Progetto Associato "ICARO" – Area Dipendenze

PLUS Cagliari Ovest – anno 2007-2008-2009  
SCHEDA PROGETTO Anno 2007  
Progetto Associato "ICARO" - Area Dipendenze

### Aree di intervento

**x Area tematica specifica**

- Area di sistema
- Area delle trasversalità

### Area tematica di intervento

- Minori e Famiglia
- Anziani e Disabilità
- Salute Mentale
- x Dipendenze**
- Accessibilità e continuità dell'assistenza
- Disagio e criminalità

### Soggetti proponenti

x Comuni di Capoterra , Sarroch, Pula	<input type="checkbox"/>
x ASL 8 ( Ambito Cagliari Ovest) <b>SER.T e Centro Igiene mentale</b>	
<input type="checkbox"/> Altri soggetti : Scuole medie inferiori e superiori	

<b>Gruppo di lavoro coinvolto nel progetto</b>			
<i>Nome e Cognome</i>	Anna Di Martino	<i>Qualifica</i>	Psicologa Provincia di Cagliari
<i>Nome e Cognome</i>	Cristiana Floris	<i>Qualifica</i>	Assistente sociale Comune di Teulada
<i>Nome e Cognome</i>	Tomasina Mulvoni	<i>Qualifica</i>	Assistente sociale Comune di Sarroch
<i>Nome e Cognome</i>	Valeria Soldano	<i>Qualifica</i>	Assistente sociale Comune di Pula
<i>Nome e Cognome</i>	Angela Greco	<i>Qualifica</i>	Assistente sociale Comune di Capoterra

### **Contenuti del progetto**

#### **Denominazione del progetto :**

**“ Progetto ICARO “**

#### **Struttura e articolazione del progetto**

Il Progetto affronta l'area della prevenzione delle dipendenze patologiche in un'ottica di complessità, ritenendo il disagio sociale ad essa connesso difficilmente riconducibile a singole cause, quanto piuttosto al concorso di molti fattori che investono tutti i sistemi sociali implicati nelle situazioni problematiche. Nel tentativo di affrontare la complessità, il progetto intende coinvolgere in maniera capillare la popolazione dei Comuni di Sarroch, Capoterra e Pula, sviluppando soluzioni diversificate e focalizzate sui diversi soggetti coinvolti.

Nel progetto, pertanto, sono state individuate tre diverse aree di intervento:

- 1- area della cooperatività di rete, accoglienza e supporto al cittadino
- 2- area dell'educativa di strada
- 3- area della prevenzione primaria e secondaria.

#### **Area della cooperatività di rete, dell'accoglienza e supporto al cittadino**

Il progetto mira a costruire uno spazio di riflessione, accoglienza, accompagnamento e supporto per tutte quelle situazioni di disagio e problematiche relative alle dipendenze patologiche. L'intervento è indirizzato a tutta la popolazione (famiglie, gruppi, minori e adulti) valorizzando l'operatività di rete con i servizi istituzionali normalmente preposti al problema, gli Enti locali e la comunità.

#### **Area dell'educativa di strada**

Il progetto intende costruire un percorso di educativa di strada e prevenzione primaria utilizzando i vantaggi offerti dal lavoro di "out-reach" attraverso un'unità mobile (camper) che sia in grado di raggiungere le zone di socializzazione ed aggregazioni informali quali piazze, ritrovi giovanili e locali, ma anche contesti strutturati quali centri di aggregazione sociali, ludoteche, scuole, campi sportivi. In questo modo il progetto garantisce un'attività capillarizzata su tutto il territorio che abbia il duplice scopo di fornire un monitoraggio obiettivo sui sistemi di valori e culture dei gruppi naturali di adolescenti e di intervenire con attività specifiche attivando risorse finalizzate alla costruzione di nuove possibilità di crescita e socializzazione.

#### **Area della prevenzione primaria a scuola.**

La prevenzione primaria ha come focus principale la costruzione di un percorso di attività specifiche che accompagnino gli studenti delle scuole medie e superiori nello sviluppo e nella consapevolezza delle proprie competenze emotive e cognitive, incrementando la capacità di autoproteggersi dai fattori rischio e dagli eventi stressogeni tipici di una fase delicata quale quella adolescenziale. L'ipotesi sottostante è che se si rinforza l'empowerment relazionale e le capacità di socializzazione diminuiranno le possibilità che il ragazzo aderisca a situazioni disgreganti e di disagio, indicate dalla letteratura quale concausa principale nell'abuso e dipendenza da sostanze stupefacenti.

#### Destinatari

**Area cooperatività di rete, accoglienza e supporto al cittadino:** Tossicodipendenti e familiari, popolazione in generale

**Area educativa di strada:** ragazzi di età compresa tra 14 e 30 anni.

**Area prevenzione a scuola:** ragazzi e genitori, docenti delle scuole medie inferiori e superiori.

#### Obbiettivi del progetto

**Obiettivo generale:**

L'obiettivo generale è la creazione di un **Modello** di intervento integrato sociosanitario, in un sistema capillare di rete a favore delle fasce vulnerabili per la tipologia di intervento.

**Area della cooperatività di rete, accoglienza e supporto al cittadino**

- offrire consulenza specifica relativa alle situazioni di disagio connesse con problematiche alcool-droga correlati
- costruire un percorso di sostegno e accompagnamento per i soggetti coinvolti direttamente e indirettamente in situazioni di disagio (famiglie, genitori, minori, gruppi sociali)
- implementare un sistema di cooperazione e supporto in rete con le principali realtà istituzionali preposte al trattamento delle dipendenze (case management)
- offrire informazione specifica alla popolazione e alle realtà sociali in merito a problemi di dipendenza patologica.

**Area educativa di strada**

Prevenzione primaria specifica:

- costruzione di relazioni significative con i ragazzi membri di gruppi amicali per sviluppare e promuovere attività finalizzate a nuove possibilità di crescita e socializzazione
- promozione e attivazioni risorse personali e di gruppo (socializzazione, protagonismo, creatività e progettualità)
- prevenire il consumo e l'abuso nei giovani di alcool e sostanze stupefacenti
- incrementare i livelli di conoscenza e favorire nella comunità i flussi di informazione relativamente ai fattori e segnali di rischio, ai servizi presenti, agli interventi possibili
- incrementare le opportunità di gestione e costruzione del tempo libero
- facilitare l'accesso ai servizi territoriali ed ai percorsi di formazione professionale e orientare i ragazzi al lavoro

Prevenzione secondaria specifica:

- contenere e ridurre l'incremento dei fenomeni legati all'assunzione di sostanze ed alcool, con particolare riferimento all'uso delle nuove droghe
- sostenere i ragazzi nel processo di sviluppo dei fattori protettivi e favorirne l'integrazione sociale
- creare percorsi di ri-socializzazione per quei soggetti in condizioni di disagio aggravato, attraverso percorsi viabili di presa di carico e avvicinamento ai servizi
- costruire protocolli d'intesa e/o percorsi preferenziali con le strutture presenti sul territorio intercomunale, in particolare con il Consultorio di Capoterra, il Centro Igiene Mentale di Pula e il SER.T.

**Area prevenzione a scuola**

Verso gli adolescenti:

- focalizzare l'attenzione dei ragazzi, ampliando la loro consapevolezza, sui fattori protettivi e sulle loro risorse personali spendibili nella lotta al disagio
- consentire l'emergere di una criticità rispetto al consumo di droga
- offrire spazi di ascolto individuale e/o di gruppo

Verso i docenti:

- aprire degli spazi di riflessione permettendo un confronto sui fattori di rischio rispetto al disagio giovanile

Verso i genitori:

- aprire spazi di riflessione sull'importanza del ruolo educativo genitoriale nella prevenzione del disagio giovanile

## Azioni

### Area della cooperatività di rete, accoglienza e supporto al cittadino

1. Servizio di consulenza con equipe multiprofessionale
2. Centro di ascolto e accoglienza problematiche relative all'argomento
3. Sviluppo di percorsi di counseling e sostegno ai differenti soggetti di situazioni di crisi e disagio
4. Sviluppo e supervisione gruppi A.M.A. relativi alle problematiche
5. Co-costruzione spazi di cooperazione e dialogo con la comunità per lo sviluppo di iniziative a favore del sostegno sociale dei soggetti coinvolti in problematiche di dipendenza
6. Protocollo d'intesa e intervento con le istituzioni sanitarie pertinenti (asl 8, sert, csm e consultori)
7. Protocollo di rete per la costruzione dell'invio della presa in carico degli utenti con gli altri Enti
8. Azioni di diffusione e conoscenza mirata al fine di pubblicizzare il servizio e costruire aspettative condivise con la comunità

### Area educativa di strada

1. Realizzazione di azioni informative sui fattori di rischio evolutivo e sociale, con particolare riferimento alle sostanze stupefacenti ed alle nuove droghe
2. Favorire la circolazione delle informazioni delle risorse disponibili nel territorio e sui servizi di sostegno alla famiglia e ai minori
3. Potenziamento dei servizi e delle opportunità di aggregazione per il tempo libero
4. Realizzazione di giornate di attività straordinarie di animazione
5. Coinvolgimento dei servizi preposti nel lavoro di rete (servizi sociali di base, centri di aggregazione, ludoteche, enti di formazione e agenzia del lavoro, ser.t, equipe unità mobile, altre risorse presenti)

### Area prevenzione a scuola

1. attività esperienziali con il gruppo classe finalizzate allo sviluppo dei fattori protettivi
2. incontri seminari d'informazione con esperti del settore
3. attivazione reti di conversazione informali
4. sportello di ascolto e consulenza individuale
5. sviluppo di interventi integrati con le istituzioni sanitarie pertinenti (Asl 8, Ser.T, CSM e Consultori)

## Servizi e/o attività da attivare

- 1- Equipe per la cooperatività di rete, accoglienza e supporto al cittadino
- 2- Equipe educativa di strada
- 3- Equipe per la prevenzione a scuola

## Allocazione dei servizi e/o delle attività da attivare

Le Equipe svolgeranno le loro attività nei tre comuni interessati : Capoterra, Sarroch e Pula

## Criteria quantitativi e qualitativi che si intende utilizzare per la valutazione dei risultati e delle ricadute del progetto

Valutazione risultati

### 1- cooperatività di rete, accoglienza e supporto al cittadino

Indicatori di processo

- numero consulenze effettuate e trattamenti erogati
- microprogetti realizzati
- numero e tipologia soggetti coinvolti
- numero drop out e abbandoni e iniziative auto prodotte
- numero contatti ed enti coinvolti e incontri realizzati

Indicatori di risultato

- livello di conoscenza e operatività relativa al trattamento e casistica (ex ante/ex post)
- analisi rappresentazioni sociali relative alle aree critiche dei percorsi attivati
- numero protocollo d'intesa realizzati e di collaborazioni attivate
- livelli di conoscenza e consapevolezza dei problemi relativi alle dipendenze

Strumenti di valutazione

Verbali riunioni, diarie di lavoro, test e trascrizioni di colloqui, questionari d'ingresso e d'uscita, incontri di supervisione

### 2- educativa di strada

Indicatori di processo

- numero soggetti coinvolti nei programmi di sensibilizzazione
- numero di adolescenti coinvolti
- numero attività spontanee
- numero colloqui individuali effettuati

Indicatori di risultato

- numero soggetti sensibilizzati
- numero iniziative auto-prodotte
- numero drop out suddivisi per range anagrafici e di genere
- numero di attività realizzate con gli adolescenti
- quantità di interventi su situazioni a rischio attraverso test e follow up a distanza
- numero soggetti inviati nei servizi territoriali

Strumenti di valutazione

- resoconto attività giornaliera
- griglie di osservazione del comportamento adolescenziale, questionari, test, diari di servizio relazioni periodiche e verbali di riunioni

### 3- prevenzione a scuola

indicatori di processo:

- numero delle scuole coinvolte
- numero dei soggetti partecipanti alle varie attività (adolescenti, famiglie e docenti)
- numero colloqui e interventi effettuati

Indicatori di risultato:

- livello disagio relativo ad aree specifiche, e livello di conoscenza relativo alle problematiche connesse all'abuso e dipendenza da sostanze, analisi rappresentazioni sociali in merito al fenomeno

Strumenti di valutazione

Firme di presenza, resoconto attività, adesioni e partecipazioni, test, questionari e schede.

**Il progetto coinvolge altri enti o istituzioni?**

x Sì

 No

Le istituzioni scolastiche

**Modalità di gestione del Progetto** **Comune capofila: Comune di Pula** Gestione associata **Ufficio di Piano – Centro di programmazione (gestione coordinamento d'ambito ed integrazione socio-sanitaria)** Agenzia esterna Mista Altro**Budget Individuato****Budget complessivo del Progetto**

Il Budget complessivo comprende tutti i costi che saranno sostenuti per la realizzazione complessiva del Progetto complessivo, oltre il 20%.

Si tratta di costi generali e di costi relativi a personale dei Comuni, della Provincia e della ASL che opererà nell'Ufficio di Piano per tutte le azioni di sistema relative al Progetto complessivo. Comprende anche i costi del Budget specifico da PLUS così come di seguito descritto e che rappresenta la quota di budget complessivo relativa al fondo associato del 20% destinato a quest'area tematica.

**Personale**

- Educatori, Psicologo
- Coordinatore progetto (presso Nucleo di Coordinamento dell'Ufficio di Piano)
- Operatore amministrativo presso Comune capofila
- Equipe SER.T
- Componenti Nucleo Coordinamento (Ufficio di Piano)
- Costi ulteriori a carico dei Comuni sono da quantificare in base al personale che verrà messo a disposizione per la realizzazione del progetto sia nelle singole sedi, che nel Comune capofila per la gestione economica associata.

€ . 217.734

**Strumenti e attrezzature –**

Camper messo a disposizione da parte della Provincia di CA

€ .....

**Materiali di consumo**

€ 500

**Missioni**

€ 1000

**Spese generali**

€ 500

**Totale****€ 219.734**

### Budget da PLUS

Il Budget da Plus è costituito dalla parte del fondo associato del 20% individuato per quest'area tematica.

Si tratta di € 76.734 che verranno utilizzati per azioni di sistema nell'ambito dell'Ufficio di Piano e azioni specifiche così come descritto in dettaglio di seguito. Nell'ambito del budget complessivo del Progetto il Budget da Plus contribuisce a sostenere i costi del personale che verrà individuato per la costituzione delle Equipe di coordinamento nell'Ufficio di Piano e i costi del personale che parteciperà alle Equipe Integrate sociosanitarie e inoltre i costi del personale di assistenza che parteciperà alle attività di assistenza alla persona e alla famiglia

<p><b>A) Personale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Educatori, Psicologo</li> <li>- Operatore amministrativo presso Comune capofila</li> </ul> <p><b>B) Personale per azioni di sistema:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 Coordinatore di progetto (presso nucleo di coordinamento dell' Ufficio di Piano)</li> </ul>	<p>€ 75.148</p>
<p>Strumenti e attrezzature: Camper a disposizione da parte della Provincia</p>	<p>€.....</p>
<p>Materiali di consumo</p>	<p>€</p>
<p>Missioni</p>	<p>€ 1.000</p>
<p>Spese generali</p>	<p>€ 586</p>
<p><b>Totale</b></p>	<p><b>€ 76.734</b></p>

Il seguente prospetto descrive in maniera dettagliata i costi da sostenere utilizzando i fondi associati del 20% destinati a quest'area tematica pari a € 76.734 . Si tratta di costi per personale che opererà nell' Equipe integrata di assistenza e nell'ambito dei progetti personalizzati. Sono compresi anche i costi da fondo associato per il personale del Nucleo di Coordinamento presso l'Ufficio di Piano.

<b>Costi Progetto "ICARO" ( Area Dipendenze) - Utilizzo Fondi quota associata 20%</b>			
Costi	Azioni specifiche e di sistema		
	Equipe )Integrata e Progetti personalizzati		Totali
costi personale	ass.sociale	75.148	75.148
	educatori		
	ass.generici		
	psicologo		
	operatore amministrativo		
	coordinatore del progetto		
altri costi	strumenti e attrezzature	0	1.586
	materiale consumo	0	
	missioni	1.000	
	spese generali	586	
<b>Totale costi fondo associato</b>			
<b>76.734</b>			

Il seguente prospetto descrive in maniera dettagliata i costi da sostenere nel complesso per l'intero Progetto integrato cui partecipano i diversi soggetti: i Comuni con il fondo PLUS associato e con il personale impiegato nella realizzazione dei progetti, la Provincia con il personale che opererà nell'Ufficio di Piano, la ASL con il personale che opererà nella Equipe del SERT

<b>Costi Totali Progetto "ICARO" ( Area Dipendenze)</b>			
Costi	Azioni specifiche e di sistema		
	Equipeltegrata e Progetti personalizzati		Totali
costi personale	ass.sociale	75.148	218.148
	educatori		
	ass.generici		
	psicologo		
	operatore amministrativo		
	coordinatore del progetto		
	equipe SER.T	113.000	
	Componenti Nucleo Coordinamento (Ufficio di Piano)	30.000	
	Personale dei Comuni impiegato nella realizzazione del progetto	dato da quantificare	
altri costi	strumenti e attrezzature (camper)	0	1.586
	materiale consumo	0	
	missioni	1.000	
	spese generali	586	
<b>Totale costi Progetto (escluso costi da quantificare)</b>			
<b>219.734</b>			

PLUS AREA OVEST - Totale Costo Progetti - Utilizzo quote fondo associato 20%						
Area Tematica		FAMIGLIA, MINORI, DONNA	ANZIANI E DISABILITA'	SALUTE MENTALE	DIPENDENZE	TOTALE COSTI PROGETTI
Titolo Progetto		Punto Famiglia. "PRO... sa famiglia"	"SOS...tenere"	"EDUCATA...mente"	"ICARO"	
costi personale	assistenti sociali	793.060	213.313	247.000	75.148	1.328.521
	assistenti domiciliari					
	assistenti generici					
	assistenti di sostegno (badanti)					
	psicologi					
	pedagogisti					
	educatori/animatori					
	mediatori conflitti					
	legale					
	operatori amministrativi					
	Coordinatore progetto					
altri costi	strumenti e attrezzature	5.000		3.000		8.000
	materiale consumo	7.000	1.000	1.440		9.440
	missioni	6.000	2.000	2.000	1.000	11.000
	spese generali	13.412	2.000	1.000	586	16.998
<b>TOTALI</b>		<b>824.472</b>	<b>218.313</b>	<b>254.440</b>	<b>76.734</b>	<b>1.373.959</b>