

Distretto Socio-Sanitario di Carbonia

Provincia di Carbonia Iglesias – Azienda Sanitaria Locale n. 7

Comuni di: Calasetta, Carbonia, Carloforte, Giba, Masainas,
Narcao, Nuxis, Perdaxius, Piscinas, Portoscuso,
San Giovanni Suergiu, Santadi, Sant'Anna Arresi,
Sant'Antioco, Tratalias, Villaperuccio



Piano Locale Unitario dei Servizi alla persona 2007-2009

Aggiornamento Annualità 2008

Indice

	PREMESSA GENERALE E DI METODO.....	6
1	LO STATO DI ATTUAZIONE DEL PLUS 2007-2009:	10
	La gestione associata del servizio di assistenza domiciliare.....	
1.1	Dalla scelta della priorità alla costruzione del Progetto	10
1.2	Punti di forza e criticità che hanno motivato la scelta	10
1.3	Il Significato dell'intervento	10
1.4	Percorso effettuato per il raggiungimento dell'obiettivo	11
1.5	Risultati attesi	12
2	AREA ANZIANI, DISABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA.....	14
2.1	INTERVENTI A SOSTEGNO DI PARTICOLARI CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA.....	14
2.1.1	<i>Introduzione</i>	14
2.1.2	<i>Analisi della situazione di base e dell'offerta dei servizi esistenti nel Distretto di Carbonia</i>	15
2.1.3	<i>I servizi le strutture e le iniziative territoriali (di area socio-sanitaria) che operano in risposta ai bisogni di non autosufficienza e disabilità</i>	19
2.1.3.1	Piani Personalizzati L.162/98 predisposti dai Comuni del Distretto	19
	Tab. 2.....	19
2.1.3.2	Progetti "ritornare a casa".....	20
2.1.3.3	Riabilitazione domiciliare e ambulatoriale (delibera ras n 8/06).....	21
2.1.3.4	Residenze Sanitarie Assistite, Case Protette, Centri Diurni.....	22
2.1.3.5	Verso un sistema integrato della "presa in carico" attraverso il PUA e la valutazione multidimensionale.....	25
2.1.3.6	Progetti per il miglioramento delle condizioni abitative.....	28
2.1.3.7	Fornitura sussidi tecnici, informatici e protesici.....	30
2.1.3.8	Trasporto disabili.....	31
2.1.3.9	Conclusioni.....	34
2.1.4	<i>Interventi a sostegno della domiciliarità e di sollievo alla famiglia.....</i>	34
2.1.4.1	Registro Assistenti Familiari.....	35
2.1.4.2	Obiettivi.....	37
2.1.4.3	Attività.....	37
2.2	PROSPETTIVE DELL'A.D.I. PER IL 2008.....	38
2.3	SERVIZIO DI GESTIONE ASSOCIATA DELLE LEGGI DI SETTORE....	39
2.3.1	<i>Condizioni di partenza.....</i>	39
2.3.2	<i>Obiettivi.....</i>	42
2.3.3	<i>Proposta progettuale.....</i>	43
2.3.4	<i>Attori.....</i>	43
2.3.5	<i>Risorse necessarie.....</i>	43
2.3.6	<i>Personale necessario.....</i>	44
2.3.7	<i>Tempi.....</i>	44
2.3.8	<i>Costo progetto.....</i>	45
3	AREA MINORI, GIOVANI E FAMIGLIA	46
3.1	SERVIZIO AFFIDI DISTRETTUALE.....	46
3.1.1	<i>Le condizioni di partenza.....</i>	46
3.1.1.1	Enti aderenti al protocollo d'intesa al 06/11/2007.....	47
3.1.1.2	Minori in affidamento al 06/11/2007.....	48
3.1.1.3	Distribuzione degli affidi in corso nei Comuni aderenti al Protocollo.....	48
3.1.1.4	Famiglie affidatarie.....	48

3.1.1.5	Provenienza famiglie affidatarie.....	49
3.1.2	<i>Obiettivi Programmati</i>	50
3.1.3	<i>Significato dell'intervento specifico</i>	50
3.1.4	<i>La proposta progettuale</i>	51
3.1.4.1	Area	51
3.1.4.2	Destinatari.....	51
3.1.4.3	Tempi di realizzazione.....	51
3.1.4.4	Obiettivi.....	52
3.1.4.5	Finalità.....	52
3.1.4.6	Accesso al Servizio.....	53
3.1.4.7	Risorse (personale).....	53
3.1.4.8	Strutture.....	53
3.1.4.9	Modello organizzativo.....	53
3.1.4.10	Costo progetto.....	54
3.1.5	<i>Modalità di gestione</i>	56
3.1.6	<i>Risultati attesi</i>	56
3.1.7	<i>Strumenti di integrazione e della gestione associata</i>	56
3.2	SERVIZI EDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA.....	57
3.2.1	<i>Le condizioni di partenza</i>	57
3.2.2	<i>Obiettivi Programmati</i>	59
3.2.3	<i>Significato dell'intervento specifico</i>	59
3.2.4	<i>La proposta progettuale</i>	60
3.2.4.1	Area.....	60
3.2.4.2	Destinatari.....	60
3.2.4.3	Tempi di realizzazione.....	60
3.2.4.4	Obiettivi.....	61
3.2.4.5	Finalità.....	61
3.2.4.6	Risorse (personale).....	61
3.2.5	<i>Modalità di gestione</i>	63
3.2.6	<i>Risultati attesi</i>	63
3.2.7	<i>Strumenti di integrazione e della gestione associata</i>	63
3.3	INTERVENTI INTEGRATI CONTRO LA VIOLENZA, I MALTRATTAMENTI E GLI ABUSI SESSUALI A DANNO DI MINORI.....	64
3.3.1	<i>Situazione iniziale</i>	64
3.3.2	<i>Obiettivi programmati</i>	65
3.3.3	<i>Obiettivi specifici</i>	65
3.3.4	<i>Finalità</i>	68
3.3.5	<i>Accesso al Servizio</i>	68
3.3.6	<i>Risorse (personale)</i>	69
3.3.7	<i>Modelli organizzativi</i>	69
3.3.8	<i>Tempi</i>	69
3.3.9	<i>Risultati attesi</i>	70
4	AREA DISAGIO	71
4.1	"NÉ DI FREDDO, NÉ DI FAME NEL SULCIS SOLIDALE".....	71
4.1.1	<i>Le condizioni di partenza: analisi dei bisogni</i>	71
4.1.2	<i>L'esistente</i>	72
4.1.3	<i>Obiettivi programmati</i>	75
4.1.4	<i>Proposta progettuale</i>	75
4.1.4.1	Destinatari.....	75

4.1.4.2	Numero destinatari.....	75
4.1.4.3	Attività.....	76
4.1.4.4	Tempi di realizzazione.....	76
4.1.4.5	Finalità.....	76
4.1.4.6	Risorse (personale).....	77
4.1.4.7	Risorse (strutture).....	77
4.1.4.8	Gli strumenti dell'integrazione.....	77
4.1.4.9	Costo Progetto.....	77
5	RIEPILOGO COSTI GESTIONE ASSOCIATA.....	78
6	SERVIZI A VALENZA TERRITORIALE.....	79
6.1	INTERVENTI DI PREVENZIONE PRIMARIA E SECONDARIA DELLE DIPENDENZE.....	79
6.1.1	<i>Il senso dell'azione e i risultati attesi.....</i>	79
6.1.2	<i>L'esistente.....</i>	79
6.1.3	<i>Finalità e linee di intervento.....</i>	80
6.1.4	<i>Condizioni e tempi.....</i>	81
6.1.5	<i>Accordo di Programma sulle tossicodipendenze.....</i>	82
6.1.5.1	Significatività.....	82
6.1.5.2	Soggetti.....	82
6.1.5.3	Azioni.....	82
6.1.5.4	Localizzazione.....	83
6.1.5.5	Risultati attesi.....	84
6.2	L'IMMIGRAZIONE: TERRITORIO E PROFILO DEMOGRAFICO.....	85
6.2.1	<i>La ricognizione dell'esistente: Il Centro Servizi per l'Immigrazione.....</i>	86
6.2.1.1	I soggetti interessati.....	87
6.2.1.2	Le azioni.....	87
6.2.2	<i>Per il futuro.....</i>	87
6.3	IL SERVIZIO CIVILE NAZIONALE VOLONTARIO.....	89
6.3.1	<i>Prospettive per il 2008.....</i>	90
6.4	LA PROGETTAZIONE INTEGRATA.....	94
7	SCHEDE PROGRAMMAZIONE COMUNI.....	96
	ALLEGATI.....	131
ALL.1	REGOLAMENTO PER IL SERVIZIO ASSOCIATO DI ASSISTENZA DOMICILIARE.....	131
Art.1	Oggetto del regolamento.....	131
Art.2	Definizione.....	131
Art.3	Obiettivi.....	132
Art.4	Organizzazione degli interventi domiciliari.....	133
Art.4bis	Gruppo tecnico distrettuale.....	134
Art.4ter	Ufficio distrettuale associato.....	134
Art.5	Soggetti coinvolti nell'erogazione dell'assistenza domiciliare.....	135
Art.6	Ruoli e funzioni degli operatori del servizio.....	136
Art.7	Beneficiari dell'assistenza domiciliare.....	137
Art.8	Prestazioni del servizio.....	138
Art.9	Criteri e priorità per accesso al servizio.....	140
Art.10	Procedure per la presa in carico.....	141
Art.11	Documentazione.....	141
Art.12	Contribuzione per il servizio.....	142
Art.13	Sperimentazione dei voucher e di altri interventi a sostegno della domiciliarità..	142
Art.14	Disposizioni transitorie.....	143

ALL.2	SCHEMA DI CONVENZIONE PER L'AVVIO E LA GESTIONE DELLE FUNZIONI E DEI SERVIZI PREVISTI NEL PIANO LOCALE UNITARIO DEI SERVIZI ALLA PERSONA (PLUS) (EX ART. 30 D. LGS. N. 267/2000) RELATIVA ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA.....	144
Art.1	Recepimento della premessa.....	147
Art.2	Finalità.....	147
Art.3	Oggetto.....	148
Art.4	Obiettivi.....	148
Art.5	Durata.....	148
Art.6	Funzioni del Comune capofila.....	148
Art.7	Conferenza dei Servizi.....	149
Art.8	Organizzazione del Servizio ADI.....	150
Art.8bis	Gruppo Tecnico Distrettuale.....	150
Art.8ter	Ufficio Distrettuale Associato.....	150
Art.9	Rapporti finanziari.....	151
Art.10	Controversie.....	152
Art.11	Recesso.....	152
Art.12	Scioglimento della convenzione.....	152
Art.13	Adesione Successiva.....	153
Art.14	Registrazione.....	153
Art.15	Modifica e/o integrazione.....	153
Art.16	Rinvio.....	153
ALL.3	INTEGRAZIONE ALL'ACCORDO DI PROGRAMMA PER LA GESTIONE DEL PLUS DEL DISTRETTO DI CARBONIA.....	155
Art.1	Oggetto.....	156
Art.2	Finalità.....	156
Art.3	Impegni delle parti.....	156
Art.4	Intervento di altri soggetti.....	156
Art.5	Risorse economiche del PLUS.....	157
Art.6	Durata.....	157
Art.7	Ente Gestore.....	157
Art.7bis	Istituzione- Sub Distretti.....	157
Art.8	Conferenza di Servizi.....	157
Art.9	Comitato di coordinamento.....	158
Art.10	Ufficio di Programmazione e Gestione.....	159
Art.11	Coordinatore dell'Ufficio di Programmazione e Gestione.....	161
Art.12	Modifiche ed aggiornamenti.....	162
Art.13	Efficacia.....	162
Art.14	Risoluzione delle controversie.....	162
Art.15	Esercizio sostitutivo di responsabilità.....	163
ALL.4	PROTOCOLLO D'INTESA PER LA REALIZZAZIONE DI INTERVENTI INTEGRATI CONTRO LA VIOLENZA, I MALTRATTAMENTI E GLI ABUSI SESSUALI A DANNO DEI MINORI.....	164



Aggiornamento PLUS 2007

PREMESSA GENERALE E DI METODO

Al fine di procedere all'aggiornamento del PLUS 2007-2009, relativamente all'annualità 2008, ai sensi dell'art. 21 della L.R. 23/05, nelle more dell'attivazione dell'Ufficio di Programmazione e Gestione di cui alla Deliberazione Giunta regionale 27/44 del 17/07/07, la Conferenza dei Servizi del Distretto di Carbonia, riunitasi in data 21/09/07, ha stabilito di ri-costituire provvisoriamente un Gruppo Tecnico di Plus a cui affidare l'incarico di aggiornare il documento programmatico.

Il Gruppo Tecnico di PLUS, così composto a seguito delle indicazioni degli Enti aderenti:

- Emmi Frau – Assistente Sociale Comune Narcao
- Milena Piazza - Assistente Sociale Comune Carbonia
- Carla Serra – Assistente Sociale Comune di Carloforte
- Alessandra Zurru – Assistente Sociale Comune S. Giovanni S.
- Anna Carla Tocco – Psicologa ASL 7
- Antonella Secchi – Assistente Sociale ASL 7
- Rita Muscas – Medico ASL 7
- Antonella Serra – Medico ASL 7
- Giancarla Sussarello – Pedagogista Provincia

si è insediato in data 24/10/2007.

Preso atto dei tempi ristretti per l'aggiornamento e la revisione del Piano, il GTP ha definito una **metodologia di lavoro** che è stata prospettata alla Conferenza dei Servizi in data 12/11/2007, ottenendo in tale sede il mandato di procedere secondo quanto ipotizzato.

In particolare è stata prospettata la **difficoltà di prevedere e organizzare una Conferenza di Programmazione** che potesse realmente rappresentare un momento di partecipazione attiva della comunità locale alla programmazione. Ciò alla luce del fatto che i tempi a disposizione negavano la possibilità di un'adeguata informazione, l'attivazione di un processo di comunicazione efficace, la raccolta e la rielaborazione di proposte e apporti eventualmente emerse dalla stessa Conferenza.

L'aggiornamento del PLUS e la proposta di ulteriori azioni da gestire in forma associata per l'anno 2008 elaborate dal GTP sono del resto coerenti con le priorità di intervento volte al superamento delle criticità individuate nella fase di predisposizione del PLUS, sia nell'ambito della Conferenza di Programmazione che nei Tavoli tematici.

Tale momento partecipatorio è stato rinviato ad un tempo successivo all'approvazione dell'aggiornamento del PLUS e avrà il fine di:

- presentare le attività realizzate nel Distretto nel corso del primo anno di adozione del PLUS;
- illustrare l'aggiornamento del PLUS e i servizi scelti nell'ambito della gestione associata per l'anno 2008;
- presentare le iniziative e i progetti sperimentali promossi dalla RAS nelle diverse aree di intervento;
- stimolare la presentazione di apporti e contributi per la realizzazione dei Tavoli Tematici permanenti quale luogo privilegiato di analisi dei bisogni, valutazione dell'efficacia degli interventi e dei servizi in essere, confronto-concertazione nella progettazione di nuovi servizi e interventi;
- favorire la predisposizione di contributi e di proposte per la definizione delle politiche per le singole aree di intervento del Plus.

In riferimento all'aggiornamento dei dati inerenti la rilevazione dei bisogni e la realizzazione dei Servizi, il GTP si è limitato in questa fase ai dati relativi al Servizio scelto per la gestione associata per il 2007 (ovvero l'ADI) - contestualmente alla descrizione dello stato dei lavori per l'attuazione del Servizio - e ad aggiornare/rilevare i dati necessari allo sviluppo dei progetti relativi ai Servizi individuati quali ulteriori interventi da gestire in forma associata per il 2008.

Per tale rilevazione il GTP ha predisposto delle schede di raccolta dati, trasmesse ai Comuni e ai diversi Servizi dell'Azienda sanitaria, la cui rielaborazione è stata successivamente utilizzata per l'analisi dei contesti di partenza nella presentazione degli interventi da gestire in forma associata per l'anno 2008 e per delineare gli interventi attuati in riferimento all'ADI e, più in generale, all'Area anziani, disabilità e non autosufficienza.

L'aggiornamento complessivo dei dati e il rendiconto degli interventi previsti nelle programmazioni comunali è stato rinviato alla fase di predisposizione del bilancio sociale e di rendiconto del PLUS (febbraio 2008) che verrà curata dal Ufficio di Programmazione e Gestione, di prossima istituzione.

Nel procedere all'aggiornamento del documento Programmatico il GTP ha sentito la necessità di definire un **modello di programmazione** che orientasse le scelte immediate inerenti i servizi da gestire in forma associata per l'anno 2008, ma che

potesse anche tracciare le linee entro cui collocare il lavoro del futuro Ufficio di Programmazione e Gestione.

In particolare, è stata delineata una **semplificazione della struttura della gestione del PLUS** attraverso:

- *l'individuazione di sole TRE AREE TEMATICHE a cui ricondurre i servizi e gli interventi della programmazione socio-sanitaria del distretto:*
 - AREA ANZIANI DISABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA,
 - AREA MINORI E FAMIGLIA,
 - AREA DISAGIO.

Rispetto alla suddivisione definita nel vigente PLUS per il triennio 2007-2009, si è scelto di far confluire le aree Disabilità e Anziani in quella sopra citata "Anziani, disabilità e non autosufficienza" tenendo conto dell'omogeneità degli interventi e dei servizi in favore delle tre tipologie di utenza e sempre nell'ottica della semplificazione dell'apparato di gestione del PLUS.

Il modello di Programmazione adottato dal GTP prefigura, nell'ottica appunto della semplificazione della gestione degli interventi e dei servizi, la costituzione di un **Gruppo di coordinamento per ciascuna Area**, facente capo all'UdPG (le cui modalità di funzionamento potranno essere meglio definite dallo stesso organo di programmazione e gestione e dalla Conferenza dei Servizi, ma sulla cui composizione il GTP indica chiaramente che non potrà prescindere dall'apporto degli operatori sociali dei Comuni e della Provincia e socio-sanitari della ASL), con funzioni di progettazione omogenea degli interventi per Area, di coordinamento dei diversi interventi attivati nel rispetto delle priorità e degli obiettivi definiti dal PLUS, di monitoraggio e valutazione degli interventi e dei servizi.

- *La razionalizzazione delle risorse umane ed economiche.*

Il progressivo incremento del numero dei servizi e degli interventi gestiti in forma associata, per l'attivazione e il funzionamento dei quali ci si è dotati fino a questo momento di strumenti, quali accordi di programma e convenzioni, nonché di segreterie amministrative, implicherebbe, se mantenute, un'eccessiva articolazione di livelli decisionali e di operatori.

Il GTP prefigura un graduale accorpamento degli Accordi di Programma in essere e l'istituzione, presso l'UdPG, di **segreterie amministrative uniche per ciascuna Area**.

Un passo ritenuto fondamentale dal GTP e che viene ribadito nell'ambito di questo modello programmatico è l'**Istituzione dei Tavoli tematici permanenti quali**

luoghi privilegiati di partecipazione, confronto e concertazione. Si rimanda alle competenze dell'UdPG e delle Conferenza dei Servizi e di Programmazione il compito di definirne numero, costituzione e modalità di funzionamento. Secondo l'ottica del GTP essi dovrebbero essere costituiti dai Gruppi di coordinamento di Area, estesi alla partecipazione degli attori sociali della comunità locale con specifiche competenze, esperienza e finalità sociali nel particolare settore di interesse del Tavolo.

CAP. 1. - LO STATO DI ATTUAZIONE DEL PLUS 2007-2009: LA GESTIONE ASSOCIATA DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

1.1 Dalla scelta della priorità alla costruzione del Progetto

L'avvio del PLUS 2007/2009, si configura con la scelta della Conferenza dei Servizi del Distretto di individuare come priorità di intervento la Gestione Associata del Servizio di Assistenza Domiciliare e quindi con la proposta di dare luce ad un progetto congiunto per l'erogazione di interventi socio-sanitari integrati da parte dei Servizi sociali Comunali, della ASL e del privato Sociale al domicilio delle persone con limitazioni permanenti o temporanee.

L'analisi del contesto riguardo i Servizi e le attività di Assistenza Domiciliare di ciascun Comune e dell'Azienda ASL, permettono di indicare alcuni punti di forza e alcune criticità che verranno di seguito riassunte.

1.2 Punti di forza e criticità che hanno motivato la scelta:

- Presenza del Servizio in tutti i Comuni del Territorio.
- Elevata esigenza di integrazione tra gli interventi sociali e quelli sanitari.
- Capacità di rispondere all'aumentata richiesta di interventi alternativi a quelli residenziali.
- Interventi disomogenei nel territorio.
- Assenza di regolamenti e di modelli uniformi di intervento.

1.3 Il Significato dell'intervento:

Il significato di portare a gestione associata questo servizio, si riconosce nel volere garantire un intervento che non sia soltanto un'erogazione di prestazioni disgiunte tra loro, ma di un intervento che possa garantire una risposta affidabile e uniforme rispetto ai bisogni delle singole persone e delle loro famiglie .

Nel riconoscimento della centralità della persona e nella consapevolezza che gli interventi effettuati non debbano essere mai inferiori ai livelli essenziali di assistenza, le prestazioni organizzate dai Servizi Sociali comunali e dalla ASL, dovrebbero essere

attivate all'interno di un progetto che porti ad una gestione congiunta degli interventi, al fine del rispetto del significato dell'intervento specifico:

- Integrazione dell'intervento socio-sanitario e condivisione degli interventi e dei modelli organizzativi.
- Rispetto della centralità della persona e creazione di servizi che possono rispondere ai bisogni reali di assistenza.
- Rafforzamento dei servizi e degli interventi al fine di garantire il mantenimento delle persone al proprio domicilio.
- Diventare reale alternativa alle condizioni di residenzialità e di ricovero disponibili nel territorio.
- Fornire un servizio flessibile , rispetto alle esigenze dei destinatari.
- Qualificare il contributo del privato sociale.
- Definire modelli di intervento basati sulla presa in carico e sulla risposta unitaria ai bisogni.
- Sviluppare la partecipazione attiva delle famiglie e delle persone nella rete d'intervento.

1.4 Percorso effettuato per il raggiungimento dell'obiettivo.

Al fine di rispettare il significato dato alla scelta e i risultati attesi , la prima fase dell'intervento è stata quella di individuare un gruppo di lavoro indirizzato all'elaborazione del modello organizzativo, degli strumenti dell'integrazione e di quelli operativi.

Nel Dicembre 2006 la Conferenza di Servizi, ha scelto per la costituzione di un gruppo di lavoro che elaborasse un regolamento di organizzazione del servizio di assistenza domiciliare associato, nonché lavorasse alla stesura del capitolato d'appalto e della convenzione.

Il gruppo di lavoro, è stato costituito formalmente da un operatore per ciascun Comune facente parte del distretto, da un operatore referente ASL 7 e da un operatore referente per la Provincia Carbonia-Iglesias. Di fatto la partecipazione è stata discontinua ad eccezione di alcuni referenti. Le riunioni hanno avuto cadenza settimanale .

La proposta del gruppo di lavoro con il regolamento e lo schema di convenzione è stata approvata nel mese di Agosto 2007 dalla Conferenza di Servizi.

Conseguentemente, tutti i Comuni, hanno approvato lo schema di convenzione ed il regolamento nei rispettivi Consigli.

Per quanto riguarda il capitolato, il lavoro del gruppo è stato più gravoso, sia per le difficoltà incontrate nel reperire informazioni utili, soprattutto da parte di alcuni Comuni che, malgrado le diverse sollecitazioni, non hanno fornito dati necessari/indispensabili alla conclusione dei lavori, sia per l'ulteriore scarsa partecipazione dei referenti degli enti. Tale mandato si è concluso pertanto soltanto nelle prime settimane del mese di ottobre e la sua definizione è giustamente passata alla valutazione dei Dirigenti del Comune Gestore.

Il Comune capofila ha quindi predisposto il bando ed il disciplinare di gara, adeguando il documento alla recente normativa regionale sugli appalti pubblici ed ha inviato a tutti i Comuni i documenti definitivi. A seguito di ciò, lo stesso Comune capofila ha provveduto ad approvare il bando ed il disciplinare di gara nelle sedi competenti (cft. par. 2.2) ed a pubblicarlo rispettando i tempi e le modalità previsti dalle norme vigenti in materia.

1.5 Risultati attesi

Il lavoro svolto dal gruppo di esperti ha individuato, in coerenza con il mandato, le soluzioni da proporre per l'avvio degli interventi associati. Allo stato attuale sono in fase di risoluzione i seguenti aspetti che saranno determinanti per l'attuazione del Progetto:

- Attuazione della gara d'appalto.
- Attuazione del modello organizzativo di gestione associata ed integrata .
- Attuazione dell'intervento Operativo con la creazione dell'ufficio associato ed integrato.
- Modifica degli accordi di programma per la definizione degli organismi del PLUS.
- Rimodellamento della presa in carico e individuazione dei punti di contatto e di integrazione con i PUA e le UVT dell' Azienda ASL.

Nella parte conclusiva del presente aggiornamento vengono allegati i documenti finora elaborati: Regolamento dell'assistenza domiciliare, Convenzione tra i Comuni e integrazione all'Accordo di Programma per la gestione del PLUS del Distretto di Carbonia, approvata dalla Conferenza di Servizi in data 07.12.2007.

Corre l'obbligo di precisare che il Regolamento e la Convenzione dovranno essere adeguati in funzione della deliberazione RAS n. 27/44 del 17.07.2007 recante "Linee di indirizzo per la costituzione degli uffici per la programmazione e la gestione

associata dei servizi alla persona", nonché dell'integrazione all'Accordo di Programma di cui sopra.

CAP. 2. - AREA ANZIANI, DISABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA

2.1 INTERVENTI A SOSTEGNO DI PARTICOLARI CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA

2.1.1 Introduzione

Nell'analizzare lo "stato di salute" del distretto di Carbonia in questa specifica area, mentre si evidenzia la necessità di approfondire la conoscenza di tutti i settori e i servizi che a vario titolo intervengono nei percorsi di riabilitazione, medicina di base, ecc...., il tempo limitato e la non sistematicità e informatizzazione dei dati in possesso di ogni singolo servizio, ci costringono ad una scelta dei campi di analisi.

La scelta si è concentrata pertanto sui settori che possono darci indicazioni sulla presenza quali/quantitativa:

- delle risorse disponibili,
- delle criticità emergenti,
- delle proposte Istituzionali per la programmazione/gestione unitaria del sistema d'interventi alla persona.

In questa sezione si analizzeranno, con i limiti esposti in premessa, alcune aree/servizi a rilevanza socio-sanitaria ed in particolare le attività di cui il D.P.C.M. 14 febbraio 2001 reca: "**atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie**".

Sono definite, dal D. Lgs. n. 229/99 prestazioni socio-sanitarie "**tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire anche nel lungo periodo, la continuità tra azioni di cura e quelle di riabilitazione.**"

Tra le prestazioni previste nel D.P.C.M. sono poi ulteriormente specificati i "PERCORSI" gestionali e le responsabilità istituzionali:

- ✚ **prestazioni sanitarie a rilevanza sociale:** si intendono le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi ed invalidanti di patologie congenite e acquisite.

Queste prestazioni di competenza delle Aziende USL e a carico del SSR sono inserite nei progetti personalizzati con interventi a medio-lungo termine in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali o semiresidenziali.

- ✚ **prestazioni sociali a rilevanza sanitaria:** si intendono con queste tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona con problemi di disabilità o disagio condizionanti lo stato di salute.

Tali attività, di competenza dei Comuni, sono erogate con la compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini.

Nel DPCM sono peraltro elencate nel dettaglio le prestazioni, i soggetti Istituzionali erogatori e le competenze finanziarie.

2.1.2 Analisi della situazione di base e dell'offerta dei servizi esistenti nel Distretto di Carbonia.

Uno degli "indicatori di salute" del Distretto di Carbonia che si è considerato per quanto riguarda la disabilità, è relativo al n. di cittadini titolari pensione **d'Invalidità Civile e di Indennità di Accompagnamento.**

Questo dato, seppur quantitativo ci evidenzia il n. di persone che, in questo momento hanno riconosciuto un danno biologico o una menomazione delle normali funzioni psico/fisiche/relazionali e che pertanto sono incapaci di svolgere le normali attività della vita quotidiana in relazione al modo considerato "normale" per un essere umano.

Dati disabili già fruitori di pensione e/o indennità di accompagnamento/frequenza/comunicazione, aggiornati ad ottobre 2007 (dati INPS).

Tab. 1

Dati disabili Distretto distribuiti per Comune di residenza e per incidenza % sul totale della popolazione			
Comuni	N. invalidi fruitori di pensione	Popolazione totale	% invalidi
Calasetta	206	2.841	7,25
Carbonia	2084	30.505	6,83
Carloforte	382	6.488	5,89
Giba	198	2.134	9,27
Masainas	83	1.437	5,81
Narcao	239	3.384	7,06
Nuxis	168	1.719	9,77
Perdaxius	102	1.466	6,96
Piscinas	58	850	6,82
Portoscuso	257	5.361	4,79
San G. Suergiu	403	6.085	6,62
Santadi	334	3.753	8,90
S.Anna Arresi	179	2.629	6,81
S.Antioco	818	11.756	6,95
Tratalias	74	1.122	6,59
Villaperuccio	80	1.094	7,31
TOTALE	5665	82.624	<u>7.10</u>

Il n° di fruitori di pensione di invalidità civile (o assegno di frequenza e/o comunicazione per i minori) riguarda quanti sono stati riconosciuti invalidi parziali (>74%), totali (100%) o che hanno necessità del sostegno di un'altra persona (accompagnamento).

Dai dati si evidenzia un elemento estremamente rilevante: il 7.10% della popolazione del Distretto, essendo stata riconosciuta invalida, vive una condizione di parziale o totale disabilità, con una incidenza abbastanza alta soprattutto nei Paesi di:

❖ **NUXIS 9,77**

❖ **GIBA 9,27**

❖ **SANTADI 8,90**

Questo dato, già di per sé rilevante, è sicuramente sottostimato se si pensa a :

- Il N° degli istanti che sebbene siano stati riconosciuti invalidi dalla Commissione ASL, non percepiscono ancora la pensione perché non si è ancora concluso il percorso sanitario/amministrativo;
- Il N° dei pensionati d'Invalidità Ordinaria (IO) che presentano patologie tali da impedirne l'attività lavorativa.

Sono inseriti nel dato numerico relativo agli invalidi coloro che presentano patologie di particolare rilevanza sociale sia sul piano dei bisogni che su quello della complessità degli interventi da predisporre quali:

- **La sclerosi multipla**
- **Il Morbo di Alzheimer**
- **I Malati oncologici**
- **Le malattie vascolari (con particolare attenzione agli Ictus)**
- **Le SLA**

La Sclerosi Multipla, inserita tra le patologie di primaria importanza nel Piano Sanitario Regionale, è presente secondo i dati forniti dal Centro Sclerosi Multipla di Cagliari, in modo abbastanza incidente nella zona del Basso Sulcis (142 malati).

La gran parte degli ammalati, sebbene seguiti dal punto di vista clinico dal Centro di Cagliari, sono portatori di bisogni e problematiche complesse, per cui è indispensabile la presa in carico e la "gestione unitaria" dei molteplici aspetti che ostacolano e limitano la persona quali

- Politica della casa con particolare attenzione all'eliminazione delle barriere architettoniche,
- bisogni psico-sociali per il sostegno individuale e familiare,
- bisogni di riabilitazione neuro- motoria,
- Interventi di supporto alle attività quotidiane (igiene personale, governo della casa, ecc.),

-
- Interventi per la fornitura di sussidi protesici atti a favorire un maggior autogoverno (negli spostamenti, nelle relazioni, ecc.),
 - Interventi di stimolo e facilitazione di attività socializzanti e ricreative.

Attualmente è in corso, alla ASL un progetto in merito alla ricerca di strategie efficaci nei pazienti affetti da sclerosi multipla. Tale progetto è realizzato attraverso l'intervento di diverse figure professionali (Assistenti Sociali, Fisiatri, Neurologi, Psicologi, Fisioterapisti) ed ha tra gli obiettivi quello di analizzare, attraverso la presa in carico dei molteplici aspetti (clinici, ma anche psico-socio-ambientali e relazionali) correlati alla malattia, le azioni che favoriscono e facilitano il miglioramento della qualità della vita.

Anche per i pazienti affetti da morbo di Alzheimer è in corso una ricerca/intervento promossa dalla RAS con la Fondazione Zancan finalizzata soprattutto alla valutazione delle strategie e dei processi utili a rendere efficienti ed efficaci gli interventi.

Il morbo di Alzheimer è una demenza progressiva e invalidante. Con il processo degenerativo, oltre alla perdita delle capacità motorie e di linguaggio, l'aspetto di particolare rilevanza è quello della fase della malattia caratterizzato da scarsa o nulla memoria, dall'incapacità a riconoscere i propri familiari, dall'aggressività e dai problemi legati al sonno ecc.

Questi ultimi aspetti rendono particolarmente gravoso e difficile sia la convivenza che la capacità dei familiari di supportare per lunghi periodi l'assistenza a questi malati. Il carico assistenziale è pertanto molto elevato e condiziona in maniera sostanziale la vita dei familiari conviventi, talvolta, anch'essi anziani ed impossibilitati a gestire l'ammalato.

2.1.3 I servizi le strutture e le iniziative territoriali (di area socio-sanitaria) che operano in risposta ai bisogni di non autosufficienza e disabilità

2.1.3.1 Piani Personalizzati L.162/98 predisposti dai Comuni del Distretto

Tab. 2

Dati piani personalizzati L. 162/98			Fasce d'età		
Comuni	In fase di attuazione	Predisposti/inviati per l'anno 2007	< 18	18-45	>65
Calasetta	0	21	0	8	13
Carbonia	65	117	14	88	80
Carloforte	22	26	5	6	15
Giba	0	0	0	0	0
Masainas	5	6	0	6	0
Narcao	18	26	3	10	13
Nuxis	2	4	0	0	4
Perdaxius	0	0	0	0	0
Piscinas	0	0	0	0	0
Portoscuso	14	14	3	10	2
San G. Suergiu	35	52	7	11	34
Santadi	0	0	0	0	0
S.Anna Arresi	6	10	3	5	12
S.Antioco	35	80	13	17	50
Tratalias	10	13	1	2	10
Villaperuccio	3	3	1	0	2
TOTALE	215	372	50	163	235

Dalla tabella si evidenzia un significativo incremento dei progetti presentati nell'anno 2007 rispetto a quelli in fase di attuazione, segno sia dell'aumento della domanda, legata ad una sempre più crescente informazione da parte delle famiglie con disabili, che dell'ormai consolidato percorso che facilita la programmazione e l'organizzazione degli interventi e delle risorse economiche da predisporre per la sua realizzazione.

2.1.3.2 Progetti "ritornare a casa"

E' invece di recente sperimentazione, e comporta uno sforzo d'integrazione con gli organismi di recente istituzione della ASL (UVT) , la predisposizione dei progetti "RITORNARE A CASA"

Tab. 3 Distribuzione per Comuni dei progetti "Ritornare a casa"

Comuni	N. Progetti inviati alla RAS	N. Progetti in via di predisposizione	Provenienza domicilio/struttura	Fascia eta'		
				0-18	18-64	>65
Calasetta	0	6	N 1 struttura/N 5 domicilio		1	5
Carbonia	2	17	N 2 domicilio		0	19
Carloforte	1	0	N 1 struttura		1	0
Giba	0	0			0	0
Masainas	0	0			0	0
Narcao	0	0			0	0
Nuxis	0	1	struttura		0	1
Perdaxius	0	0			0	0
Piscinas	0	0			0	0
Portoscuso	0	0			0	0
S.Giovanni Suergiu	6	6	domicilio		3	9
Santadi	0	0			0	0
S.Anna Arresi	5	0	5 domicilio		0	5

S.Antioco	5	20	4 struttura/21 domicilio		11	14
Tratalias	0	0			0	0
Villaperuccio	2	4	1 centro diurno/1 domicilio		0	6
TOTALE	21	54		0	16	59

Dati al 30/10/07

Come si evince dalla tabella, a fine ottobre 2007, il numero dei progetti inviati alla RAS sembra essere esiguo rispetto al bisogno. Tale dato però risente del “nuovo” approccio multidisciplinare e socio-sanitario ai problemi e delle iniziali difficoltà organizzative e tecniche legate anche alla predisposizione di un modello condiviso (ASL-Comuni) di scheda-progetto.

Tali difficoltà ormai ridotte hanno garantito una implementazione dei progetti già a partire dal mese di novembre 2007.

2.1.3.3 Riabilitazione domiciliare e ambulatoriale (delibera ras n 8/06)

Nelle linee guida della RAS si individuano gli interventi che presuppongono una presa in carico complessiva dei pazienti che, a seguito di un evento traumatico, una malattia o un fattore genetico, portano ad una grave menomazione o disabilità che rischiano di trasformarsi in svantaggio esistenziale.

Gli obiettivi specifici individuati mirano a garantire la ricerca della indipendenza/partecipazione alla vita sociale attraverso:

- la promozione delle abilità e potenzialità (con particolare attenzione alla presa in carico dei bisogni della persona e della famiglia),
- il recupero competenze funzionali,
- il blocco della regressione funzionale,

Tab. 4

UTENTI IN TERAPIA RIABILITATIVA GLOBALE DOMICILIARE DIVISI PER ENTI/SERVIZI EROGATORI				
ENTI EROGATORI	<18	18-65	>65 ANNI	totale
CTR		14	10	24
AIAS		11	36	47
TOTALE		25	46	71

Tab. 5

UTENTI IN TERAPIA RIABILITATIVA GLOBALE AMBULATORIALE DIVISI PER ENTI/SERVIZI EROGATORI				
ENTI EROGATORI	<18	18-65	>65 ANNI	totale
CTR	37	13	8	59
AIAS		28	9	37
TOTALE	37*	41	17	96

*N utenti seguiti in media mensilmente.

Come si evince dalle tabelle, le strutture di riabilitazione presenti nel Distretto di Carbonia che erogano prestazioni ambulatoriali e domiciliari con trattamento “globale”, fanno capo ai Centri AIAS e CTR.

Quest'ultimo, come specificato nella tabella 2, svolge anche attività di riabilitazione per l'età evolutiva (utenti <18 anni) anche in collaborazione con l'UONPI (Unità Operativa Neuropsichiatria Infantile), le Scuole e il Servizio Socio Educativo dei Comuni.

Questo soprattutto per le attuali, scarse risorse (professionali, strumentali, ecc.) In cui il Servizio di Neuropsichiatria Infantile del Distretto di Carbonia si trova ad operare.

2.1.3.4 Residenze Sanitarie Assistite, Case Protette, Centri Diurni

Per quanto riguarda gli inserimenti in Residenze Sanitarie Assistite (presenti nella ASL 7 a Iglesias e Nuxis) sono evidenziati, nella tabella seguente, il numero delle persone che nel 2007 sono state ricoverate presso tali strutture.

Tab. 6

N UTENTI RSA-CASA PROTETTA-CENTRO DIURNO PER COMUNE E SESSO AL 31/10/07								
Comuni	Inserimenti RSA-		Casa protetta S.Elia		Centro DiurnoS.elia		Comunità alloggio	Totale
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE		
Calasetta	1	4	0		0	0	0	5
Carbonia	29	34	5	4	2	1	3	78
Carloforte	3	2	0	1	0	0	0	6
Giba	2	4	0	0	1	0	0	7
Masainas	0	3	0	0	0	0	1	4
Narcao	1	4	1	0	1	0	0	7
Nuxis	7	5	0	0	1	0	0	13
Perdaxius	0	1	0	0	5	4	1	11
Piscinas	0	1	0	0	0	0	1	2
Portoscuso	4	9	0	0	0	0	0	13
San G. Suergiu	3	3	0	0	1	1	0	8
Santadi	1	7	1	0	5	4	0	18
S.Anna Arresi	1	2	0	0	0	0	1	4
S.Antioco	6	11	0	0	0	0	18	35
Tratalias	0	0	0	0	2	0	0	2
Villaperuccio	0	1	0	0	3	0	1	5
TOTALE	58	91	7	5	21	10	26	218

Dalla tabella si evince una percentuale abbastanza elevata di coloro che sono inseriti in RSA (85,31%), rispetto ai pazienti ospiti della casa protetta o inseriti nel Centro Diurno.

Questo è motivato dal fatto che lo "stato di salute" di questi pazienti richiede un'intervento complesso tanto dal punto di vista sanitario quanto da quello socio-assistenziale.

Per quel che concerne, invece, i ricoveri e gli interventi presso le strutture AIAS presenti in zona: Cortoghiana (struttura residenziale, Casa Protetta e Centro semiresidenziale) e Villarios (Centro semiresidenziale), i dati in nostro possesso sono evidenziati nella tabella seguente.

Tab. 7

N. UTENTI INSERITI AIAS IN REGIME RESIDENZIALE, CASA PROTETTA E SEMIRESIDENZIALE AL 31/10/07			
	Inserimenti INT. AIAS	Casa Protetta AIAS	Centro SEM. AIAS
Comuni			
Calasetta	5*	9	
Carbonia	20*		5*
Carloforte	1		
Giba			
Masainas	1*		
Narcao	2*		
Nuxis	3*		
Perdaxius	1*		
Piscinas			
Portoscuso	2*		2
San G. Suergiu		2	1*
Santadi	1		
S.Anna Arresi		1	
S.Antioco	9*		
Tratalias			
Villaperuccio			
TOTALE	45	12	8

DATI AL 31/10/07

In Tabella sono stati evidenziati con l'asterisco gli utenti, inseriti nelle strutture dell'AIAS, sia in regime d'internato che in seminternato, che risultano essere affetti da gravi forme di malattie psichiatriche (schizofrenia, psicosi, sindromi bipolari, ecc.) o gravi ritardi mentali (sindrome di down, oligofrenia, ecc.).

Tali ricoveri ritenuti "impropri" rispetto ai Compiti Istituzionali dei Centri AIAS riguardano il numero di pazienti (sul totale dei ricoveri "appropriati") per ogni Comune evidenziati di seguito.

IN REGIME D'INTERNATO

CARBONIA	n. 10	SU 20
MASAINAS	n. 1	SU 1
NUXIS	n. 3	SU 3

PORTUSCUSO n. 1 SU 2

S.ANTIOCO n. 5 SU 9

IN REGIME DI SEMINTERNATO

SAN G. SUERGIU n. 1 su 1

CARBONIA n. 3 su 5

Tali problematiche andrebbero affrontate con la ricerca di servizi e modalità d'intervento differenziate quali Centri Diurni, Centri di aggregazione, laboratori ecc.

Di fatto, invece, per i pazienti con disturbi di oligofrenia o sindrome di down esiste un SOLO centro diurno (ANFASS) a Gonnese che può accogliere solo 25 ospiti.

Gli utenti del Distretto di Carbonia che frequentano il Centro Diurno ANFASS sono così distribuiti:

Tab. 8

N° UTENTI DEL DISTRETTO DI CARBONIA INSERITI PRESSO IL CENTRO DIURNO ANFASS DI GONNESA	
COMUNI	N° PAZIENTI
CARBONIA	5
CALASETTA	1

E' inoltre di recente istituzione il Centro di aggregazione per disabili del Comune di Carbonia, funzionante solo al mattino.

2.1.3.5 Verso un sistema integrato della "presa in carico" attraverso il PUA e la valutazione multidimensionale.

Per quanto riguarda gli inserimenti in struttura o le attività in risposta ai bisogni di non autosufficienza e riabilitazione, da circa un anno, in ottemperanza alla delibera

RAS N 7/5 del 21/02/07, sono state istituite Presso i Distretti della ASL le Unità di Valutazione Territoriale.

La quantificazione dell'attività dell'UVT nel 2007 è riportata nella seguente tabella:

ATTIVITA' UVT PER TIPOLOGIA D'INTERVENTO E COMUNE DI PROVENIENZA DEGLI UTENTI						
Comuni	Ins.RSA	Ins. C.D.	Riab.Dom Glob.	Riab.Amb. Globale	Centro residenz.Riab.AIAS	
Calasetta	6		6	10		
Carbonia	77	10	52	55	9	
Carloforte	2		10	20		
Giba	18	1	8	12		
Masainas	15		2	3		
Narcao	6	1	1	1		
Nuxis	25	1	1	2		
Perdaxius	4	5	2	2		
Piscinas	5		5			
Portoscuso	12		23	4		
S.Giovanni Suergiu	12	2	5	6	1	
Santadi	18	1				
S.Anna Arresi	4		2	3		
S.Antioco	20		25	28	1	
Tratalias	3		3	1		
Villaperuccio	6			1		
TOTALE	212	21	145	148	11	537

Per attività si intendono il numero degli interventi alla persona della Unità di Valutazione finalizzati alla predisposizione di percorsi assistenziali personalizzati: inserimento e/o proroga RSA, Centri Diurni, Centri di Riabilitazione, Servizi Domiciliari (ADI, Riabilitazione "globale", ecc).

Per quanto riguarda le attività svolte dall'UVT queste sono state Inizialmente volte a creare la "cultura" dell'approccio e dell'intervento multidimensionale, sia da parte degli operatori sia della famiglia, ecc.

Tale approccio, peraltro frutto di scelte organizzative ed operative della RAS, ha reso indispensabile l'interscambio e la necessità di operare secondo tali linee guida.

Il riordino del sistema integrato dei servizi impone alle Aziende Sanitarie e ai Comuni come prescritto dalla L.R. 23/05, scelte che vadano nella direzione di rendere omogenei ed uniformi i sistemi di accettazione e di valutazione di ogni singolo utente/paziente.

Attualmente tale approccio sta avvenendo attraverso la predisposizione di :

- Punti Unici di Accesso ai Servizi Socio Sanitari,
- Soluzioni organizzative che portino alla valutazione multidimensionale e multiprofessionale, attraverso procedure definite e verificabili,
- Attenzione ai bisogni di ogni singola persona attraverso la predisposizione dei piani personalizzati d'intervento.

Funzioni e compiti della UVT:

1. Definizione e valutazione del bisogno della persona (Valutazione Multidimensionale), integrando le valutazioni dei diversi operatori,
2. Definizione del progetto Individuale d'Assistenza,
3. Attivazione delle risorse professionali e finanziarie (governo dell'offerta),
4. Monitoraggio dei risultati dell'intervento,
5. Definizione degli aspetti di appropriatezza e priorità degli interventi,
6. Coinvolgimento dei M.M.G, PLS, Specialisti,– Servizi Sociali dei Comuni, ecc.,
7. Coinvolgimento della Famiglia ed individuazione del Care Giver

Organizzazione delle UVT Aziendali

L'organizzazione delle UVT Aziendali prevede 3 UVT per distretto suddivise per le seguenti aree:

- ❖ Area della Residenzialità
- ❖ Area della Domiciliarità
- ❖ Area della Riabilitazione

Punti di forza

- ❖ Definizione degli strumenti operativi condivisi ed integrati tra operatori (schede di analisi e valutazione, percorsi assistenziali ecc.),
- ❖ Rafforzamento della collaborazione tra Enti e Servizi diversi,

- ❖ Presa in carico dei problemi e dei bisogni socio sanitari della persona In tutta la sua complessità,
- ❖ Definizione di modelli organizzativi comuni e condivisi su tutto il Distretto.

Punti di debolezza

- ❖ Scarsa disponibilità di un numero adeguato di risorse professionali (specialisti, ecc.), strutturali, ecc.,
- ❖ Mancanza di investimenti nella realizzazione operativa del Punto Unico D'Accesso,
- ❖ Scarsa informazione, coinvolgimento, partecipazione ed interesse dei M.M.G.

Obiettivi da raggiungere:

- ❖ Rafforzare la partecipazione e la collaborazione tra Istituzioni,
- ❖ Favorire l'informazione e la formazione degli operatori finalizzata a far acquisire competenze in materia di "presa in carico" e dei corretti percorsi assistenziali,
- ❖ Ottimizzare metodologie integrate di valutazione e programmazione assistenziale personalizzata,
- ❖ Costituire un gruppo di lavoro, composto da Operatori ASL e Comuni, al fine di definire le modalità di funzionamento del PUA e delle UVT alla luce della recente delibera della RAS (deliberazione G.R.44/11 del 31/10/07).

2.1.3.6 Progetti per il miglioramento delle condizioni abitative

Un' altro dei tanti aspetti che concorrono al miglioramento della qualità di vita di chi, per cause genetiche o accidentali ha gravi disabilità neuromotorie, riguarda l'intervento di superamento degli ostacoli che impediscono o riducono la mobilità delle persone, sia all'interno della propria abitazione che verso l'esterno.

Tab. 10

N° INTERVENTI IL MIGLIORAMENTO DELLE CONDIZIONI ABITATIVE (PROGETTO DOMOTICA): DATI PER COMUNE			
Comuni	N RICHIESTE Tipologia B Strumenti-tecnologie- ausili	N° RICHIESTE Tipologia "A" CASADOMOTICA	TOTALE
Calasetta	0	0	0
Carbonia	6	16	22
Carloforte	0	2	2
Giba	2	0	2
Masainas	5	0	5
Narcao	0	0	0
Nuxis	0	0	0
Perdaxius	2	0	2
Piscinas	0	0	0
Portoscuso	2	0	2
S.Giovanni Suergiu	16	0	16
Santadi	3	5	8
S.Anna Arresi	6	0	6
S.Antioco	0	0	0
Tratalias	1	0	1
Villaperuccio	0	0	0
TOTALE	43	23	66

In questo settore i Comuni hanno aderito all'azione "Progetto Domotica" predisponendo n 66 progetti in totale.

A questi dati sarebbe stato interessante aggiungere le cifre, in possesso di ogni Ente Locale, relative alle richieste e ai progetti attivati, in relazione alla L. 13/89 sull'eliminazione delle barriere architettoniche da edifici privati. Attualmente non siamo però in grado di quantificare tali interventi.

In molti casi peraltro, gli interventi per consentire lo spostamento del disabile, la mobilità all'interno della propria abitazione e le attività utili alla sua integrazione nella vita comunitaria, si sono realizzati attraverso la fornitura di ausili e sussidi protesici.

2.1.3.7 Fornitura sussidi tecnici, informatici e protesici

Tab. 11

N° UTENTI DEL DISTRETTO PER TIPOLOGIA DI SUSSIDI -TECNICI, INFORMATICI O PROTESICI CONCESSI	
PRESIDI	N. UTENTI
LETTO-SPONDE-MATERASSO	175
CARROZZINA	129
DEAMBULATORE-stabilizzatore-	82
MONTASCALE	19
CARROZZINA O MOTO ELETTRICA	8
PRESIDI PER IGIENE PERSONALE (sedia doccia, wc, ecc.)	15
SUSSIDI TECNICO-INFORMATICI (DI COMUNIC.)	7
SEGGIOLONE	21
SOLLEVATORE	8

Dati ufficio protesica distretto Carbonia al 31 ottobre 2007

Sono esclusi , nel prospetto sopra evidenziato tutti i presidi, forniti dalla ASL per ipoudenti (apparecchi acustici) o tutori, busti, plantari, occhiali, calzature, ecc.

Sono invece considerati in questa area, solo i sussidi erogati e concessi con finalità di supporto sostegno e facilitazione alla mobilità, alla relazione ecc.

Se si prendono in considerazione,infatti, le varie tipologie di presidi autorizzati nel 2007, finalizzati agli obiettivi illustrati precedentemente,

notiamo che oltre al gran numero di letti con sponde (N. 175), segno di utenti con gravi situazioni di immobilità, per gran parte si è intervenuti sulla fornitura di strumenti che garantissero il superamento di seri ostacoli presenti nella struttura abitativa e/o comunitaria quali:

1. Carrozine	(n. 129)
2. Montascale	(n. 19)
3. Ausili per l'igiene personale	(n. 15)
4. Deambulatore	(n. 82)
5. Sussidi informatici	(n. 7)

2.1.3.8 Trasporto disabili

Il servizio trasporto è ancora priorità del privato Sociale e delle famiglie.

Si elencano di seguito le organizzazioni di volontariato che in modo particolare sono anche impegnate nell'accompagnare i disabili presso i Centri di Cura o riabilitazione, presso le Istituzioni Scolastiche (spesso limitate a quelle dell'obbligo), ecc.



Tab. 12

ELENCO ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO PER COMUNE DEL DISTRETTO								
Comuni								
Calasetta	AVIS		AUSER					
Carbonia	ASSOCIAZIONE PENSIONATI	ASS.SOCC. VOLONTARIO	AUSER	COM. VIA MARCONI	ASS. FAMIGLIE H.	C.B.CLUB	ASS. ALBESCHIDA	ASS. M. ALTZHAIMER
Carloforte	CROCE AZZURRA		AUSER	AVIS				
Giba	VOLONT SOCCORSO							
Masainas	ASS. VOL.							
Narcao	ASS. ANZIANI	ASS.VOL. TERRASEO						
Nuxis								
Perdaxius								
Piscinas								
Portoscuso								
San G. Suergiu	MISERICORDIA		AUSER	ASS. S.G.BATTISTA				
Santadi	CIF							
S. Anna Arresi	ASS. VOL. DEL SOCCORSO	ASS.GIOVANI IERI						
S.Antioco	AVAS		AUSER	AVIS	GRUPPO INSIEME	ORAT. DON BOSCO		
Tratalias			AUSER					
Villaperuc.								

Organismi e associazioni di volontariato impegnati nel settore socio-sanitario (trasporto non autosufficienti, tutela disabili, anziani, ecc.):

Con sede a Carbonia 2 polisportive per diversamente abili (Olimpia e Girasole), associazioni iscritte all'albo regionale, aggiornato al 28/09/07.

2.1.3.9 Conclusioni

Sulla base dei risultati emersi, ma soprattutto dalla "casistica" conosciuta dai servizi, emerge la necessità di perseguire i seguenti obiettivi di miglioramento:

1. Alleviare il carico assistenziale delle famiglie in cui è presente una persona disabile,
2. Potenziare gli spazi e i momenti di aggregazione sociale attualmente garantita solo dal privato sociale e dagli organismi di volontariato,
3. Favorire la mobilità e l'integrazione del disabile anche attraverso l'istituzione di servizi di trasporto adeguati,
4. Rafforzare e potenziare la rete dei servizi socio-sanitari (riabilitazione, Unità Operativa di Neuropsichiatria, ecc.),
5. Garantire Strutture e Centri modulati secondo esigenze di flessibilità e tipologie d'intervento.

Le attività per garantire un sostegno articolato e in cui siano presenti tutti gli aspetti della vita (salute, lavoro, istruzione, socializzazione, ecc.) dovrebbero essere costruite con i disabili, le famiglie e gli organismi presenti nel territorio, pubblici e non (privato sociale, organizzazioni, associazioni, ecc), finalizzati all'individuazione di bisogni collettivi e di percorsi di promozione ed intervento comunitario.

2.1.4 Interventi a sostegno della domiciliarità e di sollievo alla famiglia.

Gli obiettivi sono finalizzati a favorire la permanenza dell'anziano e del disabile nel proprio contesto familiare e sociale, valorizzando le risorse individuali e familiari, in un'ottica di creazione di reti di servizi pubblici e privati diversificati sulla base dei bisogni della persona e della necessità di sostegno della famiglia.

La domiciliarità riconosce il diritto dell'anziano e del disabile di continuare a vivere nella comunità che costituisce il suo ambiente di vita. Questa possibilità assicura il

permanere delle abitudini e dei simboli che rappresentano la quotidianità e i ricordi della persona, mantenendola vitale e costituisce un vantaggio per la comunità, poiché limita il carico sociale che deriva dai ricoveri impropri presso strutture residenziali e/o ospedaliere.

2.1.4.1. Registro Assistenti Familiari

Inserito nel quadro di aiuto/supporto alle famiglie nel cui nucleo è presente una persona parzialmente o totalmente non autosufficiente e finalizzato, secondo quanto indicato dalla RAS (delibera N 45/24 del 7.11.2006), a:

- Facilitare alle famiglie, la ricerca di assistenti domiciliari
- Garantire l'inserimento lavorativo delle assistenti (badanti) nel rispetto delle norme di legge
- Fornire un servizio qualificato alle famiglie

Il Comune di Carbonia quale Comune sede di Distretto Sanitario, ha istituito seguendo le linee di indirizzo della RAS, Il registro delle assistenti domiciliari:

Rispetto alle domande pervenute (n 83), attualmente, le iscritte(Il 100% è di sesso femminile)nel registro pubblico , in base ai criteri indicati dalla RAS, , sono N 58 ,così distribuite per Comune, nazionalità , titolo di studio ed età.

N ASSISTENTI FAMILIARI PER COMUNE – NAZIONALITA'			TITOLO DI STUDIO	ETA'					
Comuni	N ass. iscr. *	NAZ.	Tit.di studio media	superio	laure a	ETA'	18-35	36-50	>50
Calasetta									
Carbonia	36	Ita	16	17	3	14	20	2	
Carloforte	7	Ita	7			1	6		
Giba	1	Ita		1			1		
Masainas									
Narcao	2	Ita	1	1		1	1		
Nuxis	2	*		2			2		
Perdaxius									
Piscinas									
Portoscuso	1	Ita		1		1			
S.Giovanni Suergiu	4	Ita	1	3		1	3		
Santadi	1	Ita		1			1		
S.Anna Arresi	1	Ita	1				1		
S.Antioco	1	Ita		1			1		
Tratalias									
Villaperuccio	1	Ita	1				1		
TOTALE	57		27	27	3	18	37	2	

***tra le iscritte una persona risiede nel distretto di Iglesias**

***a Nuxis una persona è straniera (Comunita' Europea).**

La quasi totalità delle persone (peraltro tutte di sesso femminile) interessate ad attività di assistenti familiari sono residenti nei Comuni del Distretto di Carbonia e risultano essere di cittadinanza italiana (tranne una che però proviene da un paese della Comunità Europea. Per quanto riguarda il percorso d'istruzione risultano essere il lieve maggioranza (52,63%) le persone con un grado d'istruzione superiore o con laurea rispetto a coloro che si sono limitate alla scuola dell'obbligo.

2.1.4. 2 Obiettivi

- Potenziare il servizio di assistenza domiciliare;
- Utilizzare metodologie integrate di valutazione e programmazione assistenziale personalizzata (UVG e UVT);
- Promuovere l'inserimento della persona anziana e/o disabile nella vita comunitaria;
- Creare condizioni per diffondere una cultura condivisa di centralità della persona ad operatori sociali, sanitari e del volontariato;
- Facilitare la mobilità dell'anziano e del disabile con esigenze di trattamenti sanitari, riabilitativi, e/o con esigenze di tipo socializzante;
- Fronteggiare l'emergenza con tecnologie innovative che garantiscano l'assistenza protetta;
- Potenziare i servizi di riabilitazione.

2.1.4.3 Attività

1. Attivazione del protocollo operativo (come da accordo di programma e regolamento) per la gestione associata del Servizio ADI/SAD teso a definire ruoli e competenze;
2. Sviluppo di un sistema oggettivo ed equo di valutazione dell'anziano che favorisca un maggior coinvolgimento degli operatori sanitari e dei medici di base quali interlocutori privilegiati della persona anziana e/o disabile e della famiglia;
3. Formazione degli operatori sociali e sanitari territoriali finalizzata a far acquisire competenze in materia di presa in carico e di individuazione dei giusti percorsi assistenziali;
4. Promozione di iniziative di carattere aggregativo, culturale e sportivo diffuse sul territorio attraverso il coinvolgimento delle istituzioni pubbliche e private, delle associazioni di volontariato e delle organizzazioni no-profit del distretto;

5. Realizzazione di percorsi di formazione congiunta e di attività di sensibilizzazione sul tema della prevenzione per consentire una migliore "presa in carico" in relazione a specifiche problematiche;
6. Potenziamento dei servizi di "respiro", a sostegno della famiglia, con il potenziamento de progetti personalizzati (ritornare a casa, interventi immediati);
7. Incentivazione di un servizio di trasporto per gli spostamenti della persona verso i centri sanitari e per favorire la fruizione nel territorio di iniziative socio-culturali e aggregative;
8. Il potenziamento del servizio di teleassistenza presso gli utenti individuati attraverso un'attività di rilevazione.
9. Potenziamento dei servizi riabilitativi.

2.2 PROSPETTIVE DELL'A.D.I. PER IL 2008

Con determinazione n. 220 del 7.12.2007 del Dirigente dei Servizi Sociali del Comune di Carbonia è stato indetta la gara d'appalto per l'affidamento del Servizio di Assistenza Domiciliare a favore dei cittadini residenti nei Comuni del Distretto Socio-Sanitario di Carbonia comprensivo dei Comuni di Calasetta, Carbonia, Carloforte, Giba, Masainas, Narcao, Nuxis, Perdaxius, Piscinas, Portoscuso, Santadi, San Giovanni Suergiu, Sant'Anna Arresi, Tratalias, Villaperuccio, S.Antioco.

Nella stessa data è stato pubblicato il bando di gara ed entro i termini di legge tutti i soggetti interessati dovranno presentare domanda di partecipazione alla suddetta gara. I tempi previsti per la conclusione del procedimento sono presumibilmente 90 giorni. Fino alla conclusione del procedimento i Comuni dovranno provvedere all'affidamento del servizio di assistenza domiciliare in modo autonomo.

La ditta appaltatrice dovrà garantire il servizio di Assistenza Domiciliare Associato, attivandolo nei sopraelencati Comuni del Distretto Socio-Sanitario di Carbonia, assicurando gli interventi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) realizzati dai comuni del Distretto in collaborazione con la Asl 7 di Carbonia.

Mentre il Comune di Sant'Antioco entrerà a far parte della gestione associata del servizio di assistenza domiciliare a partire dal 2010.

Tutti i Comuni del Distretto avranno l'obbligo di rispettare quanto disciplinato nel regolamento per il servizio di Assistenza Domiciliare Associata, approvato dalla

Conferenza dei Servizi il 07.08.2007, relativamente alle finalità, agli obiettivi del servizio, alle prestazioni, ai criteri e priorità per l'accesso al servizio ed alle procedure per la presa in carico dell'utenza.

Nei primi mesi del 2008 verrà creato l'ufficio Distrettuale Associato.

Quest'ultimo, oltre agli altri compiti definiti dal regolamento, dovrebbe predisporre le schede di accesso al servizio e la modulistica necessaria per l'avvio dello stesso, nonché lavorare all'adeguamento e all'omogeneizzazione dei criteri di contribuzione dell'utenza in tutti i Comuni del Distretto di Carbonia.

Qualora i tempi di avvio dell'ufficio stesso non consentissero lo svolgimento delle funzioni di cui sopra, queste potrebbero essere svolte dal Gruppo di Lavoro che ha già predisposto gli atti approvati dalla Conferenza dei Servizi.

2.3 SERVIZIO DI GESTIONE ASSOCIATA DELLE LEGGI DI SETTORE

Proposta di un intervento congiunto per l'erogazione con le modalità di una gestione associata, delle provvidenze in favore di particolari categorie di assistiti, sulla base della seguente normativa regionale così detta "di settore":

- a) L.R. 11/1985 provvidenze a favore di cittadini nefropatici (sussidi mensili, rimborsi viaggi, rimborsi soggiorni);
- b) L.R. 27/1983 provvidenze a favore di talassemici ed emolinfopatici (sussidi mensili, rimborsi viaggi, rimborsi soggiorni);
- c) L.R. 6/04 e 9/04 provvidenze a favore di cittadini affetti da neoplasia maligna (rimborsi viaggi, rimborsi soggiorni);
- d) L.R. 20/97 provvidenze a favore di sofferenti psichici (sussidi mensili);
- e) art.92 L.R. 12/85 trasporto handicappati.

La legge finanziaria regionale 2007 ha inserito la normativa di cui trattasi nel fondo per la non autosufficienza.

2.3.1 Condizioni di partenza

Il servizio di cui trattasi è presente in tutti i Comuni del Distretto, garantendo interventi come segue:

NUMERO DEI BENEFICIARI						
COMUNE	L.R. 9/94	L.R.27/8 3	L.R. n.11/1985-L.R. n. 43/1993	L.R. 20/97	L.R. 12/85 ART.92	L.R.6/85
CALASETTA	10	11	2	12	3	3
CARLOFORTE	20	15	17	16	\\	1
CARBONIA	164	82	42	163	\\	14
GIBA	10	2	6	14	2	\\
MASAINAS	5	2	//	10	1	\\
NARCAO	31	5	4	10	6	\\
NUXIS	5	9	2	10	6	\\
PERDAXIUS	4	6	3	7	1	\\
PISCINAS	10	5	1	1	2	\\
PORTOSCUSO	18	13	8	18	8	\\
S. GIOVANNI SUERGIU	39	22	11	28	12	\\
SANT'ANNA ARRESI	10	10	3	20	5	1
S.ANTIOCO	53	30	13	56	1	1
SANTADI	23	4	6	19	6	\\
TRATALIAS	13	4	4	4	4	\\
VILLAPERUCCIO	15	1	2	5	2	\\
TOTALE	430	221	124	393	59	20

Sebbene tutte le Amministrazioni Comunali garantiscano l'erogazione dei suddetti benefici, sono state rilevate le seguenti criticità:

- Le modalità di accesso ai benefici ed il computo degli stessi variano per ogni normativa;

➤ Le modalità di erogazione dei benefici sono disomogenee tra i diversi Comuni:

FREQUENZA NEI PAGAMENTI						
COMUNE	L.R. 9/94	L.R.27/83	L.R. n.11/1985 -L.R. n. 43/1993	L.R. 20/97	L.R. 12/85 ART.92	L.R.6/85
CALASETTA	\\	\\	\\	\\	\\	\\
CARLOFORTE	Semest	Semest	mensile	Bimesrale	trimest	mensile
CARBONIA	Semest	trimest	mensile	trimest	\\	mensile
GIBA	Semest.	Semest.	Mensile	Semest	Semest	\\
MASAINAS	Annuale	Semest	Semest	Semest	trimest	\\
NARCAO	Semest	Semest	Semest	Semest	Semest	\\
NUXIS	Semest	Semest	Semest	Semest	trimest	\\
PERDAXIUS	Semest	Semest	trimest	Semest	Semest	\\
PISCINAS	trimest	Semest	trimest	Semest	Semest	\\
PORTOSCUSO	Dopo finanz. R.A.S.	Semest	mensile	trimest	trimest	\\
S.GIOVANNI SUERGIU	Dopo finanz. R.A.S.	Semest	mensile	Quadrim.	A fatturazio ne	\\
SANT'ANNA ARRESI	Semest	trimest	mensile	Semest	Tri	mensile
S.ANTIOCO	Annuale	Semest	mensile	Semest	Semest	Semest
SANTADI	Annuale	Semest	mensile	Semest	trimest	\\
TRATALIAS	Annuale	Semest	mensile	Semest	\\	\\
VILLAPERUCCIO	Annuale	Semest	trimest	Semest	Semest	\\

Tali criticità, sono occasione di disorientamento e malumori nell'utenza.

➤ La gestione amministrativa e contabile delle provvidenze comporta un sempre maggiore carico di lavoro all'interno di ciascun Comune impegnando, soprattutto nei Comuni di piccole dimensioni, una buona parte del tempo del Servizio Sociale Professionale:

PERSONALE IMPEGNATO						
COMUNE	L.R. 9/94	L.R.27/83	L.R. n.11/1985- L.R. n. 43/1993	L.R. 20/97	L.R. 12/85 ART.92	L.R.6/85
CALASETTA	Ass.Soc	Ass.Soc	Ass.Soc	Ass.Soc	Ass.Soc	Ass.Soc
CARLOFORTE	Amm.vo	Amm.vo	Amm.vo	Amm.vo	Amm.vo	Amm.vo
CARBONIA	Amm.vo	Amm.vo	Amm.vo	Amm.vo	\\	Amm.vo
GIBA	Op. sociale	Op. sociale	Op. sociale	Op. sociale	Op. sociale	Op. sociale
MASAINAS	Op. sociale	Op. sociale	//	Op. sociale	Op. sociale	Op. sociale
NARCAO	Ass. Soc.	Ass. Soc.	Ass. Soc.	Ass. Soc.	Ass. Soc.	\\
NUXIS	Op. sociale	Op. sociale	Op. sociale	Op. sociale	Op. sociale	Op. sociale
PERDAXIUS	Op. sociale	Op. sociale	Op. sociale	Op. sociale	Op. sociale	\\
PISCINAS	Op. sociale	Op. sociale	Op. sociale	Op. sociale	Op. sociale	Op. sociale
PORTOSCUSO	Amm.vo	Amm.vo	Amm.vo	Amm.vo	Amm.vo	\\
S.GIOVANNI SUERGIU	Ass.Soc.e Amm.vo	Amm.vo	Amm.vo	Ass.Soc.e Amm.vo	Amm.vo	\\
SANT'ANNA ARRESI	Op. sociale	Op. sociale	Op. sociale	Op. sociale	Op. sociale	Op. sociale
S.ANTIOCO	Amm.vo	Amm.vo	Amm.vo	Amm.vo	Amm.vo	Amm.vo
SANTADI	Ass.Soc.e Amm.vo	Ass.Soc.e Amm.vo	Ass.Soc.e Amm.vo	Ass.Soc.e Amm.vo	Ass.Soc.e Amm.vo	Ass.Soc.e Amm.vo
TRATALIAS	Op. sociale	Op. sociale	Op. sociale	Op. sociale	Op. sociale	Op. sociale
VILLAPERUCCIO	Ass.Soc	Ass.Soc	Ass.Soc	Ass.Soc	Ass.Soc	Ass.Soc

- Non esiste una diffusione capillare delle informazioni relative all'esistenza delle "leggi di settore" ed alle modalità di accesso, soprattutto in relazione alla normativa più recente (L.R. 9/04).

2.3.2 Obiettivi

Con l'attivazione del servizio di cui sopra, in forma associata, ci si propone il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Omogeneizzazione degli interventi in termini di:

- -modalità di presa in carico,
 - -periodicità dell'erogazione delle prestazioni,
 - -capillare diffusione delle informazioni,
- Razionalizzazione delle risorse in termini sia qualitativi che quantitativi;
 - Alleggerimento del carico di lavoro di tipo amministrativo svolto sia da figure amministrative che tecniche.

La recente normativa socio-assistenziale, sta infatti comportando una sempre maggiore necessità di grossi investimenti in termini di professionalità, progettualità e collaborazione interistituzionale, le nuove modalità di programmazione e gestione di interventi e servizi nonché le recenti iniziative R.A.S. (piani personalizzati L.162/98, Ritornare a casa, Interventi immediati, ecc.) stanno inoltre comportando per gli operatori sciali, un ulteriore aggravio del carico di lavoro.

L'alleggerimento del carico di lavoro tramite la razionalizzazione delle erogazioni di settore, comporterà come conseguenza, la possibilità di investimento delle risorse tecnico-professionali in attività di programmazione e gestione dei servizi sia a livello comunale che distrettuale.

Il servizio, si propone infine come un ulteriore elemento di collaborazione progettuale e integrazione tra sanitario e sociale, in particolare con il Servizio Sociale ospedaliero e nell'ambito delle attività dei PUA.

2.3.3 Proposta progettuale

Il servizio consisterà in un unico Ufficio con sede centrale presso il Comune Capofila e con sportelli itineranti presso ogni Comune del Distretto.

2.3.4 Attori

- Servizi Sociali Comunali
- Azienda Sanitaria Locale n.7

2.3.5 Risorse necessarie

- Sede e postazione informatica presso il Comune Capofila,

- Spazi di ospitalità dello sportello itinerante presso ciascun Comune del Distretto,
- Programma unico di gestione delle risorse e calcolo delle provvidenze.

2.3.6 Personale necessario

N.1 istruttore amministrativo con le seguenti funzioni:

- Acquisizione delle domande, delle documentazioni necessarie e degli aggiornamenti periodici delle stesse;
- Calcolo delle provvidenze per ciascun beneficiario;
- Calcolo del fabbisogno, anche su base comunale, e relativi impegni di spesa;
- Liquidazioni;
- Rendicontazioni.

Assistenti sociali già operanti presso i Comuni del Distretto, con funzioni di:

- Primo colloquio
- Sostegno
- Informazioni sulla normativa
- Valutazione dei bisogni ed eventuale coinvolgimento di altri servizi
- Segretariato sociale (anche in relazione alle pratiche per pensioni ed indennità, certificazioni handicap grave, informazioni su leggi, servizi ed opportunità presenti nel territorio per le problematiche presentate);
- Attivazione di ulteriori interventi, eventualmente in collaborazione con altri enti (es. progetti personalizzati L.R.20/97)

Assistenti sociali operanti presso le strutture ospedaliere e presso i P.U.A.
(Deliberazione R.A.S. n.44/11 del 31/10/07)

2.3.7 Tempi

Anno 2008. Immediata attivazione di un gruppo di lavoro composto da operatori dei Comuni e della ASL, per la definizione del progetto operativo e di procedure e

criteri omogenei (Regolamento del servizio), per un tempestivo avvio della gestione associata. Al fine di evitare ritardi e disagi all'utenza, durante la prima annualità verranno definite modalità provvisorie di gestione con il coinvolgimento dei servizi comunali fino ad oggi impegnati.

2.3.8 Costo progetto

RIEPILOGO COSTI	
Programma di gestione intercomunale *	€.10.400,00
Formazione all'uso del programma	€. 3.200,00
Istruttore amministrativo	€.27.792,85
Spesa totale	€.41.392,85

*Licenza presso il Comune capofila e accesso tramite web ai Comuni del distretto – Il programma è attrezzato per la gestione complessiva del PLUS, verrà pertanto utilizzato anche nella gestione associata degli altri servizi individuati nel PLUS.

CAP. 3 - AREA MINORI, GIOVANI E FAMIGLIA

3.1 SERVIZIO AFFIDI DISTRETTUALE

3.1.1 Le condizioni di partenza

Nel 1996 il Comune di Carbonia, di concerto con l'A.S.L. 7 e altri 14 Comuni del Sulcis, ha dato attuazione ad un Progetto Obiettivo Sovracomunale per l'affidamento familiare. A tal fine i soggetti rappresentanti degli enti partecipanti sottoscrissero un Protocollo d'intesa per regolare tempi, procedure e modalità per la gestione del Servizio che, da quel momento è stato portato avanti fino ad oggi, sia mediante finanziamenti di P.O. da parte della R.A.S., sia attraverso la partecipazione economica dei Comuni aderenti.

Il Servizio, sebbene legato a finanziamenti mai certi e soggetto ad alterne vicende soprattutto per ciò che attiene l'adesione da parte degli Enti, ha raggiunto nel tempo importanti risultati, confermandosi una delle realtà operanti nel settore dell'affidamento familiare maggiormente affermate in Sardegna.

In particolare, nel corso degli anni, sono stati raggiunti importanti risultati:

- maggiore diffusione della cultura dell'affido attraverso varie iniziative di sensibilizzazione attuate mediante differenti canali (da quelli massmediali, agli interventi diretti di informazione con piccoli e grandi gruppi);
- costituzione di una banca dati di famiglie affidatarie;
- avvio di numerosi affidamenti familiari;
- avvio di collaborazioni con altre realtà operanti nel settore degli affidamenti familiari sia nel territorio regionale che nazionale, che si sono concretizzate nell'organizzazioni di due convegni regionali quali occasioni di confronto e scambio;
- consolidamento di iter e procedure che hanno trovato esplicazione nel regolamento del Servizio;

- avvio di un lavoro di rete tra i vari soggetti che partecipano alla realizzazione degli affidi: Servizi Sociali degli enti locali, Servizi Socio-Sanitari, Tribunale per i Minorenni, famiglie.

3.1.1.1 Enti aderenti al protocollo d'intesa al 06/11/2007

A.S.L.N 7	
Carbonia	Distretto di Carbonia
Giba	
Masainas	
Narcao	
Perdaxius	
Piscinas	
Portoscuso	
San G. Suergiu	
Sant'Antioco	
Tratalias	
Iglesias	Distretto di Iglesias
Gonnesa	
Villamassargia	

3.1.1.2 minori in affidamento al 06/11/2007

Fascia di età	numero	di cui	
		maschi	femmine
0 - 6 anni	4	2	2
7 - 12 anni	4	2	2
13 - 17 anni	11	2	2
18 - 22 anni	2	2	
totale	21	8	6

3.1.1.3 Distribuzione degli affidi in corso nei Comuni aderenti al Protocollo

Carbonia	8
S.Giovanni Suergiu	6
Giba	2
S. Antioco	2
Tratalias	2
Iglesias	1
TOTALE	21

3.1.1.4 Famiglie affidatarie

Famiglie con affidi in corso	18
Famiglie disponibili	11
TOTALE famiglie nella banca dati	29

3.1.1.5 Provenienza famiglie affidatarie

Comune	n. famiglie
Carbonia	5
Portoscuso	1
Giba	2
Iglesias	2
S. Giovanni Suergiu	4
S. Antioco	3
Tratalias	1
Narcao	1
Quartu S. Elena	1
San Sperate	1
Dolianova	2
Calasetta	1
Pabillonis	1
Sestu	1
Elmas	1
Sarroch	1
Roma	1

3.1.2 Obiettivi Programmati

1. In coerenza con quanto previsto dalla legislazione nazionale (L.283/00 e L. 184/83 e successive modificazioni) in tema di tutela dei minori, nonché dai livelli essenziali di assistenza di cui all'art. 30 della L.R. 23/05, si intende sviluppare e potenziare un servizio a tutela dei minori e sostegno alla famiglia quale **risposta alle criticità individuate nei tavoli tematici attuati nel corso della predisposizione del PLUS per il triennio 2007-2009** e dunque un intervento che, nel quadro complessivo delle azioni rivolte ai minori e alle famiglie, possa favorire lo **sviluppo della priorità indicata quale “percorsi di affiancamento alle famiglie”**.
2. **Promuovere e potenziare la gestione associata** quale forma privilegiata di gestione per l'attuazione di un istituto complesso e articolato qual è quello dell'affidamento familiare.
3. **Promuovere l'effettiva integrazione socio-sanitaria** in un ambito, quello dell'affidamento familiare e del sostegno alla famiglia, in cui la sinergia di servizi diversi (Servizi sociali comunali, consultorio, neuropsichiatria infantile, medici e pediatri di base, sert, centro di salute mentale) diventa imprescindibile per una efficace presa in carico di situazioni multiproblematiche e complesse.
4. **Favorire l'attività di co-progettazione e co-gestione** attraverso strumenti formali quali convenzioni e regolamenti al fine di adottare modelli operativi accettati e condivisi.

3.1.3 Significato dell'intervento specifico

- Valorizzare la famiglia come risorsa comunitaria consapevole e preparata, attraverso la programmazione e gestione di interventi condivisi e integrati.
- Diffondere nel Distretto la cultura dell'affido, inteso quale strumento-risorsa di sostegno della stessa famiglia e a tutela dei minori.
- Costruire o rafforzare la rete dei servizi che operano, nello specifico, nell'ambito dell'affidamento familiare e, in generale, nell'ambito della promozione e del sostegno della famiglia, rete che possa poi fungere da base solida per realizzare un sistema integrato e associato di interventi e percorsi globali di affiancamento alla famiglia.

3.1.4 La proposta progettuale

La presente idea progettuale mira ad estendere in tutti i Comuni del Distretto, potenziandolo e consolidandolo, l'attuale Servizio affidi sovracomunale, ridelineando i ruoli di vecchi (Comuni ed ASL) e nuovi (Provincia) enti partecipanti, ridefinendo metodologie, procedure, protocolli, nell'ottica dell'integrazione socio-sanitaria e del lavoro di rete.

3.1.4.1 Area

Famiglie e minori

3.1.4.2 Destinatari

- - Famiglie (come risorsa, come bisognose di sostegno e affiancamento)
- - Minori
- - Operatori dei Servizi (destinatari di supporto tecnico e di formazione)

3.1.4.3 Tempi di realizzazione

✚ Gennaio – marzo 2008: prosecuzione del Servizio attualmente in essere al fine di garantire la continuità degli interventi e degli affidi in corso, nelle more della sottoscrizione della Convenzione per la gestione associata tra gli enti aderenti (entro marzo 2008).

✚ Entro marzo 2008: attivazione di un gruppo di lavoro (coordinato dall'Ufficio di Programmazione e Gestione e costituito dagli operatori sociali dei Comuni, della Provincia, dei Servizi ASL – in particolare: Consultorio familiare, NPI) al fine di definire:

- Compiti e ruoli di ciascun soggetto/ente partecipante;
- Funzioni dei Servizi e degli operatori coinvolti, con particolare riguardo all'integrazione delle professionalità e dei servizi sociali, sanitari e socio-sanitari;

-
- Costituzione e competenze dell'equipe del servizio affidi (definizione delle professionalità, del monte ore, delle funzioni) e dei rapporti con i Servizi Sociali comunali
 - Procedure e metodologie condivise di presa in carico e attuazione degli interventi
 - Modalità di attuazione degli interventi di promozione e sensibilizzazione
 - Modalità di gestione della banca dati
 - Contenuti e modalità della formazione degli operatori
- ✚ Entro Aprile 2008: recepimento di quanto elaborato dal Gruppo di lavoro in un regolamento del Servizio Affidi Distrettuale
- ✚ Entro ottobre 2008: definizione protocolli operativi con il Tribunale per i Minorenni ed, eventualmente, con altri Servizi Affidi operanti nel territorio regionale al fine di formalizzare rapporti e procedure

3.1.4.4 Obiettivi

- creare un modello metodologico accettato e condiviso nella promozione e realizzazione dell'affidamento familiare;
- realizzare una concreta integrazione socio-sanitaria tra servizi e operatori
- creare o rafforzare il lavoro di rete tra i servizi e gli operatori
- costruire/ampliare il bagaglio teorico-pratico degli operatori coinvolti attraverso percorsi comuni di formazione

3.1.4.5 Finalità

Migliorare e potenziare il servizio esistente nell'ottica di una promozione nel territorio distrettuale della famiglia quale risorsa per la famiglia e per la comunità; radicare la cultura dell'affido quale strumento per promuovere il benessere dei minori e sostenere i loro nuclei d'origine; costruire le basi per la creazione di un'offerta sempre più articolata e complessiva di percorsi di affiancamento alla famiglia e alla genitorialità che dovrebbero trovare piena realizzazione nei Centri per la Famiglia.

3.1.4.6 Accesso al Servizio

L'accesso al Servizio è libero e spontaneo per tutte le famiglie che intendono offrire la propria disponibilità all'affidamento familiare.

Per l'attivazione e la realizzazione degli affidamenti familiari, il percorso viene avviato su segnalazione dei Servizi Sociali Comunali, a seguito o meno di disposizione del Tribunale per i Minorenni.

3.1.4.7 Risorse (personale)

- Equipè servizio affidi distrettuale (1 assistente sociale, 1 pedagogista, 1 psicologo)
- Operatori Servizi Sociali Comunali
- Operatori Servizi Socio-Sanitari della ASL
- Operatori sociali della Provincia
- Segreteria (Ufficio di Programmazione e Gestione)

3.1.4.8 Strutture

Locali per l'Equipe del Servizio Affidi Distrettuale. Attualmente il servizio ha sede presso i locali di Piazza Repubblica messi a disposizione dal Comune di Carbonia. Sarebbe auspicabile individuare una sede con spazi più adeguati per l'accoglienza delle famiglie e per l'attuazione delle diverse iniziative proposte, anche con gruppi di famiglie e operatori.

3.1.4.9 Modello organizzativo

Il Gruppo di lavoro dovrà elaborare un regolamento del servizio che preveda:

- ruoli e funzioni di ciascun soggetto
- formalizzazione dei rapporti tra Enti e Istituzioni
- modalità di accesso al servizio e di presa in carico

- procedure metodologiche degli interventi e delle azioni
- strumenti e modalità di gestione delle informazioni
- strumenti di monitoraggio e valutazione

3.1.4.10 Costo progetto

Pedagogista e Assistente sociale: (n. 133 h al mese x 12 mesi x € 15,00 + oneri riflessi)	€ 60.328,00
Psicologa (n 58 h al mese x 12 mesi x € 15,00 +cassa prev. e bolli)	€ 10.670,00
Spese di gestione (rimborso spese viaggio operatori, materiali, ADSL, PC)	€ 7.834,09
Totale	€ 78.832,09

SOMME DISPONIBILI AL 31/12/2007*						
(residui gestioni anni precedenti)						
quote fino al 2006 - € 1067,37						€ 1.067,37
quote Comuni 2007 - € 18538,96						€ 18.538,96
non facenti parte del Distretto di Carbonia						
TOTALE						€ 19.606,33
SOMME NECESSARIE						€ 59.225,76

Distribuzione dei Costi per Comune

Ente	Popolaz. 31.12.06	€ 0,72 per ab.
Calasetta	2.859	€ 2.058,48
Carloforte	6.424	€ 4.625,28
Carbonia	30.227	€ 21.763,44
Giba	2.111	€ 1.519,92
Masainas	1.414	€ 1.018,08
Narcao	3.392	€ 2.442,24
Nuxis	1.711	€ 1.231,92
Perdaxius	1.454	€ 1.046,88
Piscinas	862	€ 620,64
Portoscuso	5.347	€ 3.849,84
S. Giovanni Suergiu	6.101	€ 4.392,72
Sant'Anna Arresi	2.640	€ 1.900,80
S. Antioco	11.811	€ 8.503,92
Santadi	3.700	€ 2.664,00

Tratalias	1.115	€ 802,80
Villaperuccio	1.090	€ 784,80
TOTALI	82.258	€ 59.225,76

A supporto della presente proposta progettuale, la Provincia, nel suo ruolo di Ente sovradistrettuale, intende destinare un importo pari a circa €. 10.000,00 per il Distretto di Carbonia, al fine di promuovere azioni di sensibilizzazione e formazione in concertazione con l'Ufficio di Programmazione e Gestione e con il Tavolo permanente dell'Area Minori.

3.1.5 Modalità di gestione

Associata

3.1.6 Risultati attesi

- Incremento delle famiglie disponibili all'affidamento familiare nelle sue diverse tipologie (a tempo pieno o parziale) e incremento di forme di solidarietà familiare all'interno della comunità, anche attraverso modalità più flessibili di accoglienza e di appoggio; costituzione della banca del tempo;
- Sperimentazione di nuove tipologie di affidamento, quali il bed&breakfast protetto e la famiglie affidatarie professionali;
- Diminuzione del numero dei minori inseriti nelle strutture a vantaggio delle forme di accoglienza in famiglia; incremento delle opportunità (laddove possibile) di permanenza dei minori nel proprio nucleo d'origine attraverso la realizzazione di forme di appoggio e sostegno più flessibili;

- Diminuzione della spesa sociale destinata al pagamento delle rette per i minori inseriti in struttura;
- Affermazione di modelli teorici ed operativi condivisi dai Servizi e dagli operatori; incremento delle competenze professionali degli operatori

3.1.7 Strumenti di integrazione e della gestione associata

- Convenzione
- Regolamento del Servizio Affidi Distrettuale

3.2 SERVIZI EDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA

3.2.1 Le condizioni di partenza

Il Distretto di Carbonia può vantare un'esperienza pluriennale nella gestione associata di servizi rivolti alla prima infanzia. I Comuni del territorio infatti, a seguito della stipula di uno specifico Accordo di Programma (con Carbonia ente capofila e a cui aderiscono anche la ASL, il Ministero della Giustizia, il CSA e l'Unicef), privilegiando il sostegno alla genitorialità e i bisogni della prima infanzia, in favore della quale non esistono nel territorio del Sulcis specifici servizi pubblici – se non l'Asilo Nido del Comune di Carbonia - hanno attuato un Progetto territoriale denominato “**Centri Gioco del Sulcis**”, finanziato dalla RAS ai sensi della L.285/87. Il Progetto - che ha visto l'apertura e la gestione di un Centro gioco in ciascuno dei 16 Comuni del Sulcis, quale sperimentazione di servizi socio-educativi per la prima infanzia e realizzazione di servizi ricreativi ed educativi per il tempo libero, anche in periodi di sospensione delle attività didattiche – è stato attivato a seguito di selezione e formazione di 40 animatori/educatori, il reperimento di sedi adeguate in ciascun Comune, l'acquisto di arredi e di materiale ludico. Nel corso della IV annualità, i bambini iscritti nei Centri Gioco sono stati complessivamente 752, le presenze complessive 22.675, le ore di servizio degli operatori 16.754, le aperture dei Centri all'utenza 2.045.

Il 31/12/2006 si è conclusa la II triennalità del Progetto (IV annualità) che, allo stato attuale non trova più finanziamenti nell'ambito della L. 285/97.

La Conferenza di Programmazione dell'A.d.P., nella seduta del 23.01.07, tuttavia ha disposto l'estensione dell'Accordo all'annualità 2007 (V annualità), con la sottoscrizione di tutti i Comuni aderenti all'A.d.P. stipulato ai sensi della succitata

Legge (ad eccezione del Comune di Teulada e del Comune di Carloforte, quest'ultimo peraltro rientrato a settembre 2007), con la finalità di mantenere in piedi la "struttura" dell'Accordo al fine di consentire, confermandone la gestione associata, ai Comuni che intendessero destinare risorse in tal senso la prosecuzione dell'apertura dei propri Centri Gioco.

Nel 2007 tutti i Comuni del Distretto hanno proseguito il Servizio, alcuni con residui della L. 285/97 ad esaurimento di quali hanno disposto la chiusura del Centri, altri destinando risorse proprie per garantirne la prosecuzione.

Al 15/12/2007 lo stato di apertura dei Centri risulta essere il seguente:

Calasetta	Concentra le ore di accesso al servizio nei mesi estivi
Carloforte	Chiuso a giugno 2007
Carbonia	Aperti
Giba	Chiuso a febbraio 2007
Masainas	Chiuso ad ottobre 2007
Narcao	Aperto
Nuxis	Aperto
Perdaxius	Chiuso a marzo 2007
Piscinas	Aperto
Portoscuso	Aperto
San G. Suergiu	Chiuso a marzo 2007
Sant'Anna Arresi	Chiuso a giugno 2007
S.Antioco	Aperto
Santadi	Aperto
Tratalias	Chiuso a ottobre 2007

Villaperuccio	Chiuso a maggio 2007
---------------	----------------------

Il rinnovo dell'Accordo di Programma ha consentito ai Comuni del Distretto di elaborare e presentare la propria proposta progettuale nell'ambito della **Progettazione Integrata – Patti per il Sociale** (promossa da R.A.S. e ancora al vaglio degli Uffici regionali) con la finalità di beneficiare di finanziamenti atti a mantenere e potenziare i servizi in favore della prima infanzia.

Nel 2007 inoltre, il Comune di Carbonia quale Ente capofila dell'Accordo, ha fatto richiesta di finanziamento per l'attivazione delle "Sezioni Primavera", servizi educativi sperimentali in favore di bambini tra i 24 e i 36 mesi, promossi dal Ministero dell'Istruzione. I Comuni aderenti all'Accordo hanno ottenuto i finanziamenti di cui sopra e avviato recentemente le rispettive Sezioni, alcuni ampliando l'offerta del Centro Gioco, altri in alternativa a questi ultimi in assenza di risorse economiche per la prosecuzione degli stessi.

3.2.2 Obiettivi Programmati

- Sviluppare e potenziare i servizi rivolti alla prima infanzia, intesi quale azione tra quelle complessive previste nell'Area Minori e Famiglia in risposta **alle criticità individuate nei tavoli tematici attuati nel corso della predisposizione del PLUS per il triennio 2007-2009** e, in particolare, quale intervento per lo **sviluppo della priorità denominata "percorsi di affiancamento alle famiglie"**

- **Promuovere e potenziare la gestione associata** quale forma privilegiata di gestione dei servizi rivolti alla prima infanzia, migliorandone la struttura e il funzionamento

- **Promuovere e potenziare l'effettiva integrazione tra enti e servizi** deputati al sostegno della famiglia e delle genitorialità e alla tutela dell'infanzia, fin dal momento della programmazione e progettazione delle azioni e degli interventi;

3.2.3 Significato dell'intervento specifico

- Stabilizzare la "struttura" della gestione associata per i servizi rivolti alla prima infanzia, al fine di consentire la prosecuzione degli interventi già in essere (centri gioco, sezioni primavera) e poter accedere ai canali di finanziamento percorribili nell'immediato futuro per la stabilizzazione e il potenziamento dei servizi per l'infanzia e a sostegno della famiglia e della genitorialità. In particolare si fa riferimento:

- al possibile ri-finanziamento della L. 285/97;
- alla Progettazione integrata – patti per il sociale;
- al ri-finanziamento delle Sezioni Primavera da parte del Ministero dell'Istruzione

- Diffondere nel Distretto servizi ricreativi e socio-educativi per la prima infanzia omogenei nell'offerta, nell'accesso, nei livelli delle prestazioni;

- Costruire o rafforzare la rete dei servizi, pubblici e del privato sociale, che operano, nello specifico, nell'ambito dei servizi rivolti alla prima infanzia e, in generale, nell'ambito della promozione e del sostegno della famiglia e della genitorialità, rete che possa poi fungere, insieme alle altre azioni promosse nell'ambito dell'Area, da base solida per realizzare un sistema integrato e associato di interventi e percorsi globali di affiancamento alla famiglia.

3.2.4 La proposta progettuale

La presente idea progettuale mira a mantenere in piedi la "struttura" dell'Accordo di Programma nato nel 2001 in attuazione di quanto previsto dalla L. 285/97 al fine di garantire la prosecuzione, in forma associata e integrata, dei Centri Gioco per quei Comuni che intendono investire risorse a tal fine (si vedano a tal proposito le programmazioni comunali) e delle Sezioni Primavera fino alla conclusione dell'anno scolastico e poter accedere ai possibili canali di finanziamento come sopra indicati.

3.2.4.1 Area

Famiglie e minori

3.2.4.2 Destinatari

- Famiglie
- Minori (prima infanzia)

3.2.4.3 Tempi di realizzazione

✚ Gennaio – marzo 2008: prosecuzione del Servizio attualmente in essere, nelle more della sottoscrizione della Convenzione tra gli enti aderenti per la gestione associata (entro marzo 2008) al fine di garantire la continuità degli interventi in corso e il rendiconto degli interventi attuati nel 2007;

✚ Entro marzo 2008: nell'ambito del medesimo gruppo di lavoro costituito per il Servizio Affidi Distrettuale (coordinato dall'Ufficio di Piano e costituito dagli operatori sociali dei Comuni, della Provincia, dei Servizi ASL – in particolare: Consultorio familiare, NPI) e integrato dai rappresentanti degli altri Enti ad oggi facenti parte dell'Accordo (CSA, Ministero della Giustizia, Unicef) nonché da un consulente con specifiche competenze in progettazione e gestione dei servizi in favore della prima infanzia, dovranno essere definiti:

- Compiti e ruoli di ciascun soggetto/ente partecipante
- Livelli omogenei di erogazione dei servizi
- Contenuti e modalità della formazione degli operatori

Il medesimo gruppo, supportato dal consulente, elaborerà le proposte progettuali di volta in volta richiesto per l'accesso a specifici canali di finanziamento.

3.2.4.4 Obiettivi

- Migliorare l'offerta dei servizi ricreativi e socio-educativi rivolti alla prima infanzia nel Distretto di Carbonia, garantendo la partecipazione e la valorizzazione delle famiglie nella realizzazione dei servizi;
- Realizzare una diffusione capillare dei Centri Gioco e delle Sezioni Primavera nel territorio del distretto, assicurando facilità di accesso alle famiglie e livelli omogenei di prestazioni;
- Costruire/ampliare il bagaglio teorico-pratico degli operatori coinvolti attraverso percorsi comuni di formazione.

3.2.4.5 Finalità

Migliorare e potenziare i servizi rivolti alla prima infanzia nel territorio del Distretto di Carbonia, quale strumento di sostegno alle famiglie e alla genitorialità, di prevenzione delle situazioni di disagio, di promozione dei diritti dell'infanzia; costruire le basi per la creazione di un'offerta sempre più articolata e complessiva di percorsi

di affiancamento alla famiglia e alla genitorialità che dovrebbero trovare piena realizzazione nei Centri per la Famiglia.

3.2.4.6 Risorse (personale)

- Consulente con formazione ed esperienza nel campo della progettazione e coordinamento dei servizi in favore della prima infanzia;
- Operatori servizi sociali comunali
- Operatori servizi socio-sanitari della ASL
- Operatori sociali della Provincia
- Segreteria (Ufficio di Programmazione e Gestione)

COSTO PROGETTO

Consulente	
(n. 250 h per € 60,00)	€ 15.000,00
Formazione	€ 2.774,20
Spese di gestione	
(materiali, ADSL, PC)	€ 6.903,20
TOTALE:	€ 24.677,40

Distribuzione dei Costi per Comune

Ente	Popolaz. 31.12.06	€ 0,30 per ab.
Calasetta	2.859	€ 857,70
Carloforte	6.424	€ 1.927,20

Carbonia	30.227	€ 9.068,10
Giba	2.111	€ 633,30
Masainas	1.414	€ 424,20
Narcao	3.392	€ 1.017,60
Nuxis	1.711	€ 513,30
Perdaxius	1.454	€ 436,20
Piscinas	862	€ 258,60
Portoscuso	5.347	€ 1.604,10
S. Giovanni Suergiu	6.101	€ 1.830,30
Sant'Anna Arresi	2.640	€ 792,00
S.Antioco	11.811	€ 3.543,30
Santadi	3.700	€ 1.110,00
Tratalias	1.115	€ 334,50
Villaperuccio	1.090	€ 327,00
TOTALI	82.258	€ 24.677,40

3.2.5 Modalità di gestione

Associata

3.2.6 Risultati attesi

- Realizzazione di almeno un Centro Gioco e una Sezione Primavera in ciascun Comune del Distretto;
- Continuità nell'erogazione dei servizi e loro radicamento nel territorio;
- Accesso ai canali di finanziamento attraverso una progettazione condivisa e integrata

3.2.7 Strumenti di integrazione e della gestione associata

Convenzione

3.3 INTERVENTI INTEGRATI CONTRO LA VIOLENZA, I MALTRATTAMENTI E GLI ABUSI SESSUALI A DANNO DI MINORI.

La tutela e cura dei minori perché possa avvenire in modo ottimale e fruibile richiede necessariamente la programmazione di iniziative e interventi attraverso la gestione integrata da parte delle Istituzioni operanti nel Distretto.

L'acquisizione del Protocollo d'intesa (siglato in data 13.12.2006 tra la Prefettura-U.T.G. di Cagliari, la Regione Autonoma della Sardegna, la Provincia di Cagliari, la Provincia di Carbonia-Iglesias, la Provincia del Medio Campidano, il Comune di Cagliari, la Procura della Repubblica c/o il Tribunale di Cagliari, il Tribunale per i Minorenni di Cagliari, la Procura della Repubblica c/o il Tribunale per i Minorenni di Cagliari, il Centro di Giustizia Minorile della Sardegna, la Questura di Cagliari, l'ASL n. 6, l'ASL n. 7, l'ASL n. 8, il Centro Servizi Amministrativi per la Provincia di Cagliari, l'Associazione Rompere il Silenzio), rappresenta l'avvio di tale integrazione, in quanto se da una parte – il Protocollo – vuole essere una sorta di “linee guida” su come agire negli interventi da attuare in caso di procedimenti per abuso o tentativo, accertato e non; dall'altra rappresenta il punto da cui partire per l'attivazione di iniziative volte alla **messa “ in rete”** delle Istituzioni pubbliche e private del Distretto, alla

individuazione - reale - del problema nel territorio distrettuale, allo **sviluppo** della sensibilità al problema, alla **acquisizione** degli indicatori e alla **integrazione** di competenze professionali specifiche, a **interventi di prevenzione e contrasto** alla pedofilia e al maltrattamento e abuso sessuale sui minori, e in ultimo, obiettivo principale, all'**intervento di tutela e cura** del minore abusato ed eventualmente abusante.

3.3.1 Situazione iniziale

E' stata elaborata una scheda di rilevazione dati al fine di effettuare un primo sondaggio sul fenomeno in oggetto, riferito all'intervallo di tempo che decorre dal 1° gennaio al 31 ottobre 2007. La scheda, unica per tutti, è stata sottoposta all'attenzione dei Servizi Sociali dei Comuni del Distretto e ai vari Servizi della ASL che possono avere contatti con questo "fenomeno" quali: Consultori Familiari, Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile, Pronto Soccorso, Reparto di Pediatria, Reparto di Ostetricia Ginecologia, Pediatri di Base.

Criticità:

Non tutti gli Enti ed i Servizi coinvolti nella ricerca hanno provveduto ad inviare i dati richiesti. Ciò non ha consentito una chiara lettura del fenomeno nel territorio.

3.3.2 Obiettivi programmati

Favorire e promuovere l'integrazione del Protocollo

L'acquisizione del Protocollo significa garantire l'integrazione dell'operato da parte dei vari Enti presenti nel Distretto, nell'area di intervento contro la violenza, il maltrattamento e l'abuso su minori, con il coinvolgimento dei Servizi Sociali dei singoli Comuni, dei Servizi sanitari della ASL, della Provincia e del privato sociale.

3.3.3 Obiettivi specifici

1. Acquisire da parte di tutti i Comuni del Distretto del Protocollo d'intesa
2. Rendere immediatamente esecutivo quanto stipulato all'interno del Protocollo
3. Attivare iniziative volte alla sensibilizzazione della cittadinanza al "fenomeno"
4. Acquisire ex novo e/o integrare le competenze specifiche relative al fenomeno in oggetto, da parte degli operatori sociali e sanitari che sono coinvolti negli interventi

5. Attivare la rete tra le Istituzioni pubbliche e private del Distretto.

1. Il raggiungimento del primo obiettivo richiede la lettura e l'acquisizione del Protocollo e invio della comunicazione dell'avvenuto recepimento alla Prefettura-U.T.G. di Cagliari

2. Il 2° obiettivo richiede una iniziale riflessione sulla organizzazione e un eventuale riassetto, dei Servizi operanti nel Distretto in relazione ad alcuni articoli del Protocollo d'intesa che li vedono protagonisti, in particolare si fa riferimento ai seguenti articoli:

- Art. 2. *(Omissis) Al minore parte lesa va assicurata la garanzia di un procedimento giuridico nonché la tutela e l'assistenza affettiva e psicologica in tutte le fasi del procedimento stesso tramite le modalità previste dalla legge. (Omissis) Tutte le istituzioni coinvolte (...) si impegnano a collaborare in forma coordinata e collaborativa per conseguire sin dalle prime fasi le seguenti finalità:*

- *tutela sociale del minore e della famiglia*
- *sostegno psicologico del minore e della famiglia*
- *tutela legale del minore, anche mediante difesa tecnica.*

- Art. 3. *(Omissis) In ogni caso al minore è assicurata l'assistenza dei servizi minorili dell'Amministrazione della giustizia e dei competenti servizi degli enti locali di cui si avvarrà, altresì, l'autorità giudiziaria in ogni stato e grado del procedimento (Art. 609 decies, 3° comma, C.P.).*

- Art. 4. *(Omissis) Qualora si presenti l'immediata necessità di un allontanamento del minore, troveranno applicazione le procedure di cui all'art. 403 C.C. onde poter assicurare al medesimo una collocazione adeguatamente protetta (omissis). L'adozione di tale provvedimento rientra nella competenza esclusiva della pubblica autorità (Forze dell'Ordine e Operatori Sociali) che abbia accertato la sussistenza del caso.*

- Art. 7. *L'Ente Locale Comune, su incarico del Tribunale per i minorenni, attraverso il Servizio sociale professionale si impegna a :*

- *assicurare la protezione del minore attraverso la sua tempestiva collocazione in struttura d'accoglienza individuata allo scopo, in relazione alle singole situazioni;*
- *garantire la tutela sociale del minore e della famiglia, in raccordo con le istituzioni giudiziarie e sanitarie preposte per le istanze cliniche, in tutte le*

fasi del processo di intervento allo scopo di ridurre gli effetti negativi del provvedimento;

- concorrere alla predisposizione degli interventi integrati socio-sanitari;
- (Omissis)
- Al fine di superare situazioni complesse e altamente conflittuali che precludono l'attuazione di interventi di sostegno e di mediazione da parte del Servizio Sociale professionale nell'esecuzione di provvedimenti di allontanamento coatto, l'Ente Locale Comune si impegna ad individuare e formare figure professionali che possano fornire un supporto adeguato in tali circostanze. (Omissis).

- Art. 8. I Servizi territoriali delle Aziende UU.SS.LL. sono responsabili delle seguenti azioni:

- sostegno psicologico del minore prima, durante e dopo la fase processuale;
- presa in carico dalla rivelazione alla protezione e al trattamento psicologico e sociale, attraverso procedimenti diagnostici e psicoterapeutici per vittima, famiglia e abusante;
- presa di contatto con le istituzioni giudiziarie e con gli enti locali al fine di garantire che i tempi e i modi relativi alle iniziative processuali, nonché gli interventi di tutela sociale siano in sintonia con i bisogni del minore emersi nel contesto clinico;
- preparazione, su richiesta dell'Autorità Giudiziaria (P.M. o G.I.P. competenti), all'incidente probatorio mediante audizione protetta del minore abusato a cura di psicologi opportunamente indicati dalle rispettive AA.SS.LL. di appartenenza;
- i Servizi Territoriali e/o Ospedalieri delle AA.SS.LL. garantiranno l'assistenza medica attraverso medici specialisti adeguatamente formati e incaricati.

- Art. 10. Le Forze dell'Ordine, i Servizi Sociali degli EE.LL., le AA.SS.LL. e, in ogni caso, tutti i soggetti istituzionalmente coinvolti, soprattutto nella fase iniziale dell'intervento, durante la quale il minore a rischio dovrà essere allontanato e sostenuto, ed in fase di rivelazione (presso la famiglia o la comunità), sono tenuti a scambiare tra loro tutte le informazioni possibili e a

non adottare iniziative che possano ostacolare l'esercizio delle rispettive competenze, se non dopo reciproca consultazione.

Si rende evidente, dall'analisi dei sopra elencati articoli che, per il rispetto e l'attuazione del Protocollo d'intesa acquisito, si pongono delle priorità istituzionali, peraltro già individuate nella stesura del PLUS attualmente in vigore.

In particolare è prioritaria e ineluttabile:

- La implementazione dei Consultori Familiari quali Servizi competenti dell'Azienda Sanitaria per gli interventi di prevenzione e individuazione degli abusi e maltrattamenti su minori.
- La implementazione dei Servizi di Psicoterapia nelle UONPIA dell'Azienda Sanitaria, giacché figure preposte alla tutela e cura del minore abusato e/o maltrattato ed eventualmente in raccordo con il Servizio di Giustizia Minorile, dell'abusante qualora minore.
- La individuazione di Operatori Sociali Professionali, formati ad hoc.
- La individuazione di Operatori Sociali e Sanitari (Assistenti Sociali, Psicologi e Psicoterapeuti) da reperire in caso di urgenza ed emergenza anche fuori dagli orari di Servizio e nelle festività. (Necessità di regolamentare tale "reperibilità").

3. Il 3° obiettivo si riferisce alla necessità di attivare iniziative volte alla sensibilizzazione della **cittadinanza** al "fenomeno" ma volte anche alla educazione al rispetto in generale per la persona e in particolare per i minori. Attività finalizzate all'educazione alla non-violenza.

4. Il 4° obiettivo concerne la formazione. In esso si considera la necessità di fare acquisire ex novo e/o integrare competenze relative al fenomeno in oggetto, da parte degli Operatori Sociali e Sanitari che sono coinvolti negli interventi sociali e sanitari su minori abusati e/o maltrattati.

5. Il 5° obiettivo ha come finalità la messa in rete delle Istituzioni pubbliche e private del Distretto che si occupano di minori e di violenza, maltrattamento e abuso su di essi. Inoltre ha come finalità il monitoraggio del fenomeno attraverso la raccolta sistematica dei dati epidemiologici.

3.3.4 Finalità

Migliorare i Servizi già esistenti. Offrire a tutti i minori in situazione di disagio in seguito a violenze – fisiche e psicologiche – maltrattamenti e abusi subiti, la possibilità di essere tutelati e curati. Offrire maggiori possibilità di recupero ai minori abusati.

Offrire alle famiglie – dell'abusato e dell'abusante minore – sostegno e possibilità di recupero.

Si ipotizza l'avvio di un percorso programmatico e organizzativo finalizzato alla costituzione di un **Centro Distrettuale per la famiglia** all'interno del quale, attraverso figure altamente specializzate, fornire risposte ai bisogni delle famiglie e della genitorialità.

3.3.5 Accesso al Servizio

L'individuazione di operatori sociali e sanitari, altamente specializzati, preposti all'Area Minori consente una immediata presa in carico delle situazioni problematiche e dei soggetti coinvolti.

3.3.6 Risorse (personale)

- Assistente Sociale e Psicologo Psicoterapeuta nei Consultori Familiari (figure carenti);
- Assistente Sociale e Psicologo Psicoterapeuta dell'età evolutiva nell'UONPIA (figure carenti);
- personale sanitario – ginecologi, pediatri, medici pronto soccorso – adeguatamente formato sull'abuso e maltrattamenti;
- servizio sociale professionale adeguatamente formato dei Comuni (carente e non specializzato).

3.3.7 Modelli organizzativi

Attuazione del Protocollo d'intesa e attivazione della rete tra i Servizi preposti, Sociali e Sanitari.

Analisi, verifica e monitoraggio dell'attuazione del Protocollo nell'ambito del Tavolo tematico relativo all'Area Minori e Famiglia.

3.3.8 Tempi

Processo di applicazione del Protocollo attraverso varie fasi di attuazione, anche contemporanee:

- Acquisizione del protocollo da parte di tutti i Comuni, entro il 31 gennaio 2008.

- Messa in rete dei Servizi esistenti
- Formazione
- Sensibilizzazione
- Implementazione dei Servizi già esistenti

I tempi di attuazione del Protocollo sono vincolati all'istituzione dell'Ufficio di Programmazione e Gestione e del Gruppo di Coordinamento dell'Area Minori e Famiglia.

3.3.9 Risultati attesi

Acquisizione e attivazione di modalità operative condivise dai Servizi di settore sanitario e sociale distrettuali preposti agli interventi sui maltrattamenti e abusi sui minori e famiglie.

Incremento della sensibilità e della consapevolezza da parte del "cittadino" in generale e degli operatori nello specifico sul "fenomeno" abusi e maltrattamenti.

CAP. 4 - AREA DISAGIO

4.1 “NÉ DI FREDDO, NÉ DI FAME ... NEL SULCIS SOLIDALE”

4.1.1 Le condizioni di partenza: analisi dei bisogni

Da un confronto tra la povertà relativa in Sardegna, pari al 16,9% delle famiglie, percentuale media rispetto al valore intermedio nazionale (11,1%) ed a quello del Mezzogiorno (22,6%) e quella rilevata nel Sulcis, più in particolare nel Distretto Socio-Sanitario di Carbonia, pur in assenza di dati precisi, emerge che il nostro territorio vive una situazione più vicina a quella del Mezzogiorno.

Ci si riferisce a differenti forme di deprivazione economica in quanto si va da famiglie che vivono da lungo tempo condizioni di povertà estrema, assenza di reddito da lavoro o condizioni prolungate di precarietà lavorativa e umana, ad altre che vivono condizioni brevi di insufficienza di reddito per il sopraggiungere di condizioni non previste (per la perdita del reddito da lavoro, per una malattia o una dipendenza che limita gravemente le possibilità lavorative, per esigenze di cura nell'ambito della famiglia che riducono le possibilità di occupazione), ad altre ancora che hanno un reddito da lavoro non sufficiente rispetto alle esigenze della famiglia, una disoccupazione di più lunga durata, scarsa qualificazione, la necessità

di percorsi individualizzati di formazione e di orientamento che ne favoriscono un ingresso nel mercato del lavoro o il miglioramento delle condizioni lavorative.

Anche nell'ultimo rapporto annuale della CARITAS¹ si afferma che sono aumentate le situazioni di povertà economica e materiale, è aumentato il senso di disagio e di marginalità che causa frustrazione di fronte a prospettive di vita messe a repentaglio, ad aspettative e aspirazioni personali parzialmente o totalmente inappagate. Dalle altre indagini emerge inoltre che stanno aumentando nuove forme di disagio come le sofferenze mentali, le povertà derivanti da problemi di salute, le povertà nel tessuto delle relazioni interpersonali ed affettive, il disagio dovuto alle difficoltà nella fase di reinserimento sociale a seguito della detenzione, la marginalità di chi proviene da un altro paese, ha difficoltà a trovare una forma adeguata di sostentamento e stenta ad integrarsi e ad essere accettato dagli altri.

Entrando più nello specifico della povertà estrema nel territorio di riferimento, come già indicato nel PLUS 2007/2009, le principali cause del disagio adulto e familiare sono: **l'emergenza abitativa e occupazionale** e **l'incremento progressivo di persone che vivono in condizioni di povertà**. La carenza di alloggi di edilizia residenziale pubblica e a canone agevolato, unitamente ad alti livelli di disoccupazione, costringe infatti molti nuclei familiari e persone sole a vivere in contesti inadeguati dal punto di vista igienico e strutturale, spesso abusivi, esposti alla povertà e all'emarginazione sociale. E il progressivo aumento di persone che vivono al di sotto della soglia della povertà è stato registrato sia dai servizi pubblici che dal volontariato, che spesso attuano interventi per contrastare il fenomeno, ma in assenza di coordinamento.

A fronte di un fenomeno, quello della povertà estrema, piuttosto diffuso nel nostro Distretto, vi è infatti un'offerta notevole di risorse e strumenti che tentano di contrastarla, ma che spesso agiscono in maniera isolata e non coordinata.

Da queste considerazioni nasceva, nel PLUS 2007/2009, l'idea di costituire un Osservatorio Distrettuale sulle Povertà quale priorità da perseguire nella programmazione socio-assistenziale del triennio di riferimento, come risposta all'esigenza della Comunità distrettuale di acquisire un'adeguata conoscenza nella lettura dei bisogni, delle povertà e dell'emarginazione del nostro territorio attraverso una sistematica rilevazione dei bisogni e delle risorse, per poter conseguentemente adottare strumenti efficaci e innovativi di contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale.

Non essendo stato possibile, in questo primo anno di avvio del processo finalizzato alla gestione associata, perseguire questo obiettivo, si auspica che nel 2008 sia quanto meno possibile costituire un tavolo tematico permanente che assolva a tali

¹ Caritas Italiana – Fondazione E. Zancan” *Vite fragili. Rapporto 2006 su povertà ed inclusione sociale in Italia*, Il Mulino, Bologna 2006.

funzioni. Anche perché esistono reali problemi di povertà estreme che chiedono risposte.

Dai dati raccolti dai Comuni del territorio di riferimento emerge la presenza di **119** persone che vivono in situazione di povertà estrema. Di queste, **36** sono prive di abitazione (7 tossicodipendenti/alcolodipendenti, 15 cittadini comunitari, 2 cittadini extracomunitari, 1 nomade, 1 in stato di difficoltà generale, 6 sfrattati e 4 invalidi). Altre **83** persone vivono in case fatiscenti (8 tossicodipendenti/alcolodipendenti, 1 extracomunitario, 58 persone in stato di difficoltà generale, 16 sfrattati).

4.1.2 L'esistente

Dall'analisi dei servizi e degli interventi esistenti nel territorio, si evince che le azioni di contrasto al fenomeno della povertà adottate dai Comuni sono riconducibili essenzialmente a **interventi di natura economica** (assistenza economica, in denaro o in buoni viveri, fornitura di pasti caldi, assegni di maternità ed al nucleo familiare, assegni in favore di determinate categorie d'utenza quali nefropatici, talassemici ecc. mediante le cosiddette leggi regionali di settore) e a **progetti di inserimenti lavorativi** variamente denominati (inserimenti lavorativi in favore di soggetti svantaggiati, servizio civico, assistenza economica finalizzata...).

Per ciò che attiene l'assistenza economica, a carattere straordinario o continuativo, è presente in quasi tutti i Comuni del Distretto, se da una parte si configurano come interventi utili ad attenuare situazioni di forte disagio economico, spesso mancano di progettualità e frequentemente finiscono con l'agevolare l'assistenzialismo. A questo si cercherà di porre rimedio in fase di attuazione del punto 2 del programma sperimentale per la realizzazione di interventi di contrasto delle povertà estreme approvato con Deliberazione G.R. n. 40/17 del 9.10.07, di cui anche il presente progetto è parte.

Le varie forme di inserimento lavorativo hanno spesso perso il loro senso originario, cioè agevolare l'inserimento nel mondo del lavoro e l'integrazione sociale dei cosiddetti soggetti svantaggiati. Essi più frequentemente si configurano come alternativa al sussidio economico e "palliativo" alla disoccupazione. Sono limitati nel tempo e, se non in casi rari, non comportano una prosecuzione del rapporto di lavoro in una ditta o cooperativa al termine dell'inserimento. Ed anche i vari CESIL presenti sul territorio riescono a realizzare pochissimi inserimenti lavorativi di soggetti svantaggiati a causa della difficoltà di collaborazione e disponibilità all'assunzione delle aziende del territorio e della mancanza di qualifiche professionali degli utenti.

Più rari risultano gli **inserimenti in struttura** (centri di pronta accoglienza) motivati dall'assenza di dimora, di risorse economiche e di reti familiari, e sono concentrati prevalentemente a Carbonia; nonostante risulti sul territorio la presenza di circa 36 persone prive di abitazione, solo 7 di queste risultano ospiti di strutture di accoglienza.

Accanto agli interventi posti in essere dai Comuni, nel territorio del Distretto operano diverse realtà di **volontariato**: le Caritas parrocchiali che fanno capo alla Caritas Diocesana, la Croce Rossa, l'Associazione "le 5 parole" di Carbonia che, con modalità più o meno strutturate, tentano di garantire, a chi esprime il bisogno, **numerose forme di solidarietà sociale** espresse attraverso la fornitura di alimenti, farmaci, vestiario e talvolta denaro per il pagamento delle bollette.

Sul versante del pronto intervento, e quindi dell'**accoglienza**, opera invece l'Associazione "Centro di Accoglienza don Vito Sguotti" con sede legale in Carbonia. Questa Associazione opera nel campo socio-sanitario attraverso le seguenti 3 strutture, ubicate a Carbonia:

1. la *Comunità Alloggio femminile* e per bambini che, pur non essendo una struttura a cosiddetta "bassa soglia", ha provveduto talvolta ad accoglienze immediate, richieste dalla Polizia, dai Carabinieri o di Comuni, a fronte di situazioni di estrema necessità.

2. il *Centro di Pronto Intervento maschile* che ha lo scopo istituzionale di rispondere in tempo reale alle esigenze di persone in stato di grave necessità e dispone di una quota di posti regolata da convenzione con il Comune di Carbonia e all'occorrenza con altri Comuni della zona.

3. la *Piccola Comunità Terapeutica per Alcolodipendenti*, struttura autorizzata e accreditata, così come le altre 2, dall'Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale che ospita, dietro richiesta dei Ser.T delle diverse Aziende USL, persone di sesso maschile per le quali si ritiene indicato l'inserimento temporaneo in una struttura residenziale di tipo terapeutica riabilitativo.

Sul territorio provinciale e precisamente ad Iglesias, opera anche la Caritas Diocesana che si occupa da parecchi anni di povertà. Nei primi mesi del 2007 la Caritas Regionale ha pubblicato il rapporto 2006 su povertà ed esclusione sociale in Sardegna "Osservatorio dei percorsi di povertà nei Centri di Ascolto delle Caritas della Sardegna".

Le Caritas diocesane hanno una natura ecclesiale che si traduce in un impegno diretto della Chiesa anche in seno alla comunità civile nel compito dell'educazione e della testimonianza di carità, attraverso una serie di azioni di sensibilizzazione e di opere segno che favoriscano lo sviluppo integrale dell'uomo, della giustizia sociale e della pace.....

Operativamente questo si è realizzato attraverso la costruzione di *Centri di ascolto*, osservazione e discernimento riguardo ai bisogni e alle forme più svariate di disagio. Inoltre la Chiesa ha messo a disposizione delle comunità dei luoghi di accoglienza, ascolto, prima risposta, orientamento e promozione della solidarietà, vale a dire una rete di strumenti in grado di favorire l'incontro con i poveri e il loro disagio. Il centro di

ascolto è uno strumento a servizio della comunità che si caratterizza per alcune funzioni principali:

- ⇒ accoglienza,
- ⇒ ascolto,
- ⇒ prima risposta (cibo, casa, protezione),
- ⇒ orientamento
- ⇒ promozione delle reti solidali.

Il Centro di Ascolto è appunto presente nel Comune di Iglesias, ha iniziato il proprio servizio nel 1995, rappresenta un valido supporto per tutti Comuni del territorio che si avvalgono della collaborazione del personale volontario in tutte le funzioni sopracitate.

La stessa Caritas Diocesana gestisce anche una *Comunità Alloggio* per persone senza fissa dimora o comunque in situazione di grave marginalità, struttura che ha spesso ospitato anche cittadini residente nel Distretto Socio-Sanitario di Carbonia con accesso diretto o attraverso i Servizi Sociali Comunali del territorio di provenienza.

4.1.3 Obiettivi programmati

1. Ridurre la condizione di povertà estrema fra la popolazione residente nel distretto di Carbonia.
2. Favorire e incentivare l'integrazione e la collaborazione fra i servizi sociali dei comuni, i servizi sanitari e socio-sanitari della Asl n. 7, le scuole e le associazioni di volontariato presenti nel territorio di riferimento.
3. Offrire risposte immediate ai cittadini indigenti (cibo, vestiario, casa, protezione).
4. Promuovere reti di solidarietà, sussidiarietà orizzontale e volontariato.

4.1.4 Proposta progettuale

4.1.4.1 Destinatari

- Persone senza fissa dimora che vivono per strada o in ripari di fortuna o case fatiscenti;

-
- Famiglie prive di reddito e in situazione di esclusione sociale;
 - Immigrati da paesi extracomunitari, in condizioni di abbandono e isolamento sociale.

4.1.4.2 Numero destinatari

I circa 59 cittadini che dai dati raccolti dai comuni risultano trovarsi in condizioni di povertà estrema (privi di abitazione o residenti in case fatiscenti), nonché tutti coloro che nel corso di svolgimento del progetto dovessero entrare in contatto con i servizi sociali e sanitari e con le associazioni di volontariato e per i quali si rileveranno condizioni di povertà estrema.

4.1.4.3 Attività

1. Inserimenti, nelle strutture di pronto intervento già presenti sul territorio, di persone temporaneamente prive di abitazione, con l'immediata attivazione di risorse che garantiscano il rientro nell'abitazione di provenienza, in altra appositamente individuata o in altra, idonea, struttura. La permanenza non dovrebbe comunque superare i 30 giorni, come previsto dalla normativa vigente. I criteri per la ripartizione delle somme, e pertanto delle giornate di inserimento in struttura tra tutti i Comuni del Distretto, saranno indicati nel protocollo d'intesa.

2. Integrazione dei servizi di fornitura di alimenti e/o pasti caldi, farmaci, vestiario in raccordo con le associazioni di volontariato che già assolvono a questa funzione e con i servizi di assistenza domiciliare erogati dai Comuni (dal 2008 in forma associata e quindi con maggior facilità nel raccordarsi). Vi sarà anche la possibilità di effettuare "scambi dei beni" di cui sopra qualora si ricevano segnalazioni di esubero di materiale rispetto ai bisogni e viceversa maggior bisogni rispetto a quanto disponibile.

3. In particolare nelle realtà dove sono presenti gruppi di persone in situazioni di povertà estrema, i volontari, supportati dagli operatori sociali dei Comuni (Assistenti Sociali, Pedagogisti, Psicologi, Educatori, Assistenti Domiciliari) potranno contattare i gruppi che necessitano di interventi urgenti e provvedere alla distribuzione di generi alimentari e vestiario.

4.1.4.4 Tempi di realizzazione

Dall'eventuale finanziamento da parte della Regione Autonoma della Sardegna si può ipotizzare:

- 1^a FASE (2 mesi): elaborazione di un protocollo d'intesa fra i vari soggetti istituzionali e non coinvolti, finalizzato alla creazione di una rete formale di

intervento a favore delle persone in condizioni di povertà, dei Comuni facenti parte del distretto Socio-sanitario di Carbonia;

- 2^a FASE (10 mesi): realizzazione delle attività previste nel progetto;
- 3^a FASE (1 mese): Valutazione e verifica sull'efficacia, efficienza ed economicità del progetto realizzato.

4.1.4.5 Finalità

Migliorare il servizio offerto mediante la formalizzazione delle collaborazioni esistenti a livello informale tra interventi pubblici e del volontariato e relativa ottimizzazione delle risorse e miglioramento qualitativo degli interventi.

4.1.4.6 Risorse (personale)

- Un'equipe di coordinamento composta da un referente per i Comuni, uno per la A.S.L. ed uno per le associazioni di volontariato che provvederà a nominare al suo interno un coordinatore/Referente del Progetto.
- Assistenti domiciliari (nell'espletamento delle loro funzioni)
- Circa 50 volontari delle Associazioni coinvolte.
- Personale già operante nelle strutture di accoglienza.

4.1.4.7 Risorse (strutture)

- n. 16 sedi nel territorio di ciascun comune per la raccolta e lo smistamento di cibo, vestiario, ecc. con possibilità per i Comuni in cui non è già presente alcun servizio (circa 4 su 16, come risulta dai dati raccolti ed elaborati) di appoggiarsi ad un Comune limitrofo.
- ufficio centrale (presso i locali messi a disposizione dell'Ufficio per la programmazione e gestione associata del PLUS) come luogo d'incontro dell'equipe di coordinamento.
- mezzi di trasporto messi a disposizione dalle associazioni.

4.1.4.8 Gli strumenti dell'integrazione

Protocollo d'intesa tra Comuni, A.S.L. e ciascuna delle associazioni di volontariato che regolamenti i rapporti tra i sottoscrittori.

4.1.4.9 Costo Progetto

- per le rette delle strutture di pronto intervento: € 35 al giorno x 30 giorni x 40 mensilità = € 42.000
- contributi alle associazioni di volontariato per servizi di fornitura di alimenti e/o pasti caldi, farmaci, vestiario, compreso rimborso spese viaggio: € 8.000
- Coordinatore: € 25 x 100 ore = € 2.500 + € 500 per rimborso spese viaggio = € 3.000

TOTALE COSTI: € 53.000

CAP. 5 - RIEPILOGO COSTI GESTIONE ASSOCIATA

		Affido	L. 285/97	Leggi di settore	ADI
Ente	Popolaz. Al 31.12.06	€ 0,72 per ab.	€ 0,30 per ab.	€ 0,50 per ab.	20% assegnazioni L.R. 25/93
Calasetta	2.859	€ 2.058,48	€ 857,70	€ 1.429,50	€ 40.569,25
Carloforte	6.424	€ 4.625,28	€ 1.927,20	€ 3.212,00	€ 398.286,18
Carbonia	30.227	€ 21.763,44	€ 9.068,10	€ 15.113,50	€ 77.331,35
Giba	2.111	€ 1.519,92	€ 633,30	€ 1.055,50	€ 27.027,26
Masainas	1.414	€ 1.018,08	€ 424,20	€ 707,00	€ 18.837,21
Narcao	3.392	€ 2.442,24	€ 1.017,60	€ 1.696,00	€ 40.136,22
Nuxis	1.711	€ 1.231,92	€ 513,30	€ 855,50	€ 22.454,54
Perdaxius	1.454	€ 1.046,88	€ 436,20	€ 727,00	€ 21.060,86
Piscinas	862	€ 620,64	€ 258,60	€ 431,00	€ 16.712,56
Portoscuso	5.347	€ 3.849,84	€ 1.604,10	€ 2.673,50	€ 63.789,12
San G. Suergiu	6.101	€ 4.392,72	€ 1.830,30	€ 3.050,50	€ 84.510,94
Santadi	3.700	€ 2.664,00	€ 1.110,00	€ 1.850,00	€ 45.089,67
S.Anna Arresi	2.640	€ 1.900,80	€ 792,00	€ 1.320,00	€ 31.781,39
S'Antioco	11.811	€ 8.503,92	€ 3.543,30	€ 5.905,50	€ 146.745,06
Tratalias	1.115	€ 802,80	€ 334,50	€ 557,50	€ 22.661,90
Villaperuccio	1.090	€ 784,80	€ 327,00	€ 545,00	€ 15.252,67
TOTALI	82.258	€ 59.225,76	€ 24.677,40	€ 41.129,00	€ 1.072.246,18

CAP. 6 - SERVIZI A VALENZA TERRITORIALE

6.1 INTERVENTI DI PREVENZIONE PRIMARIA E SECONDARIA DELLE DIPENDENZE

6.1.1 Il senso dell'azione e i risultati attesi

La costante registrazione di fenomeni di dipendenza da parte dei servizi territoriali, sociali e sanitari, delle Associazioni che si occupano del fenomeno e delle strutture di accoglienza per soggetti con dipendenze conclamate, già nel 2006 ha spinto i partecipanti al Tavolo tematico alla riflessione sulla necessità di investire maggiormente nel nostro territorio sulle azioni di prevenzione primaria e secondaria delle dipendenze, fino ad oggi ricomprese in progetti circoscritti i cui soggetti attuatori raramente hanno operato in rete.

Valorizzare la prevenzione attraverso azioni socio-sanitarie integrate, più efficaci e capillari, significa promuovere il benessere complessivo della Comunità locale.

I risultati attesi dal perseguimento di questa priorità sono:

- un approccio innovativo del concetto di prevenzione inteso non come semplice divulgazione di informazioni e conoscenze sui rischi e sui danni ma come strategia per stimolare la costruzione di relazioni sociali positive e per favorire l'acquisizione e il potenziamento delle competenze sociali;
- il coordinamento di tutte le azioni riconducibili alla prevenzione primaria e secondaria esistenti nel nostro Distretto;
- la continuità degli interventi;
- una maggiore qualificazione e preparazione degli operatori;
- una maggiore facilità di accesso dei cittadini ai servizi e agli interventi.

È doverosa una considerazione: è evidente che trattando di prevenzione delle dipendenze, soprattutto quella primaria, il target si sposta dagli adulti ai minori e giovani. Pertanto le azioni previste per questa priorità necessariamente si intersecano e si integrano con quelle riconducibili all'Area dei minori e famiglia.

6.1.2 L'esistente

Oltre i servizi socio-sanitari istituzionalmente competenti alla prevenzione (nonché cura e riabilitazione) delle dipendenze, quali i SerD della ASL (tossicodipendenze, alcooldipendenze e tabagismo), nel nostro Distretto sono presenti vari attori sociali che, in maniera diversificata, si occupano di tale fenomeno e che hanno partecipato ai lavori dei tavoli portando il loro contributo in termini di analisi e di proposte.

Per ciò che attiene le alcooldipendenze è il volontariato ad intervenire in maniera più incisiva attraverso i C.A.T. (Club alcolisti in trattamento, presenti in diversi Comuni del Distretto), l'A.C.A.T del Sulcis Iglesiente (Associazione delle famiglie dei CAT) e il Centro Alcologico dell'Associazione Don Vito Sguotti di Carbonia, dove è presente un Club degli alcolisti anonimi. Essi operano prevalentemente attraverso gruppi di auto-mutuo che si rifanno a approcci e metodologie diverse e operano in collegamento non sempre strutturato con i servizi socio-sanitari della ASL.

Per quel ciò che riguarda i servizi attivati dai Comuni del Distretto in tema di prevenzione delle dipendenze, tra 14 di essi, la ASL, il Ministero della Giustizia e l'Ufficio Scolastico Provinciale è in essere un Accordo di Programma, ai sensi del D.P.R. 309/90, attraverso il quale sono stati attuati vari interventi: progetti di inserimento lavorativo per ex-tossicodipendenti, progetti di sostegno alla genitorialità, interventi nelle scuole primarie e secondarie, educativa di strada. Il raggiungimento degli obiettivi è stato spesso compromesso dall'esiguità delle risorse, insufficienti a garantire interventi a copertura del territorio di tutti i Comuni aderenti, e della loro limitatezza del tempo, che impedisce la prosecuzione degli interventi nonostante i positivi risultati in termini di interesse a partecipazione (dei ragazzi, dei genitori, degli insegnanti).

Il Comune di Carbonia, attualmente non aderente all'Accordo, ha un servizio storicizzato di operatori di prevenzione in strada.

Nel Distretto esistono anche due strutture residenziali: la Comunità di Papa Giovanni XXIII a S. Antioco (gestita dalla Coop. Il Ponte), per tossicodipendenti, e la Piccola Comunità di Is Lampis a Carbonia (gestita dall'Associazione Don Vito Sguotti) per alcooldipendenti. Entrambe sono strutture convenzionate ASL e soddisfano esigenze di un disagio già apertamente conclamato.

Tali interventi risentono della mancanza di un effettivo lavoro di rete, della precarietà di integrazione tra i soggetti pubblici e quelli privati, tra soggetti sanitari e sociali. Inoltre la scarsità di risorse impone un ripensamento delle modalità con cui queste Azioni sono state finora proposte, individuando forme necessarie di integrazione e coordinamento.

6.1.3 Finalità e linee di intervento

Gli interventi di *prevenzione primaria* delle dipendenze hanno la finalità di evitare o almeno ritardare il più possibile il primo contatto con le sostanze tossiche, nella convinzione che quanto più il soggetto dispone di abilità e competenze strutturate, tanto maggiore è la probabilità che si astenga o adotti stili moderati di consumo.

Gli interventi di *prevenzione secondaria* sono orientati a limitare quanto più possibile le conseguenze di un comportamento pericoloso e quindi hanno lo scopo di evitare che un uso sporadico e saltuario di sostanze tossiche si trasformi in vera e propria dipendenza (riduzione del danno).

L'attività che si intende portare avanti è riconducibile alla progettazione congiunta tra operatori sanitari e sociali del privato sociale di:

- interventi sul territorio con i gruppi informali (operatori di strada per favorire le relazioni positive tra coetanei, migliorare le relazioni tra gruppi informali e contesto sociale, costruire microprogetti con iniziative pensate dai gruppi informali);
- interventi nei Centri di Aggregazione Giovanile (valorizzazione delle risorse e delle strutture esistenti in cui attuare interventi di informazione e sensibilizzazione, laboratori e interventi di promozione delle capacità e competenze personali, progettazione e realizzazione di idee dei ragazzi);
- interventi in situazioni a rischio di devianza o caratterizzate da forte disagio (educativa di strada per interventi socio-educativi di sostegno e accompagnamento, orientamento ai servizi, prevenzione secondaria);
- interventi nelle scuole primarie e secondarie (attivazione concorsi, somministrazione questionari, azioni integrate con gli sportelli d'ascolto);
- interventi con gli adulti significativi (incontri informativi-formativi con insegnanti, educatori sociali – parrocchie, società sportive ecc, - genitori; promozione occasioni di confronto tra genitori)

6.1.4 Condizioni e tempi

L'attuazione di interventi di prevenzione primaria e secondaria presuppone la prosecuzione del confronto (Tavolo tematico permanente) tra attori pubblici (Comuni, SerD, Provincia) e privati (CAT e ACAT, Centro Alcológico, Comunità Papa Giovanni XXIII, Comunità Is Lampis) al fine di:

- confrontare i dati disponibili sul fenomeno delle dipendenze e sui soggetti;
- individuare le aree territoriali di intervento;
- formulare proposte di modalità organizzative e gestionali
- definire progetto complessivo condiviso.

6.1.5 Accordo di Programma sulle tossicodipendenze

6.1.5.1 Significatività

L'incidenza del fenomeno delle dipendenze nel territorio della Provincia di Carbonia-Iglesias e la consapevolezza della complessità del tema della prevenzione in questo campo hanno spinto da anni i numerosi attori che a vario titolo si occupano di tale problematica, sia nel campo sanitario che sociale, sia nel pubblico che nel privato, a lavorare insieme per progettare e realizzare interventi di prevenzione maggiormente integrati, più efficaci e diffusi nel territorio.

I risultati raggiunti in termini di adesione e di risposte nella sperimentazione di alcune azioni (in particolare con l'educativa di strada che ha preso contatto con circa 200 giovani e gli interventi di prevenzione delle alcooldipendenze che ha visto coinvolti i ragazzi del biennio di cinque Istituti superiori) hanno confermato la necessità di continuare ad operare congiuntamente, proseguendo e potenziando gli interventi (realizzati finora con risorse attinte principalmente da finanziamenti di cui al D.P.R. 309/90) e rinnovando l'Accordo di Programma già in essere.

6.1.5.2 Soggetti

Si intende confermare l'Accordo di Programma tra: la Provincia di Carbonia-Iglesias (capofila), la ASL n. 7, l'Ufficio Scolastico Provinciale di Cagliari, il Ministero della Giustizia, l'ACAT, i Comuni di Calasetta, Carloforte, Giba, Masainas, Narcao, Nuxis, Perdaxius, Piscinas, Portoscuso, S. G. Suergiu, Santadi, Sant'Anna Arresi, Sant'Antioco, Tratalias, Villaperuccio oltre che i Comuni fuori Distretto di Buggerru Fluminimaggiore Gonnese, Iglesias, Musei e Villamassargia, ..

6.1.5.3 Azioni

- educativa di strada: operatori professionalmente competenti e costantemente formati continueranno ad operare nei territori comunali aderenti all'Accordo, con funzioni di informazione/indirizzo verso le strutture specialistiche, di agevolazione dell'aggregazione giovanile, di prevenzione secondaria delle dipendenze e riduzione del danno;
- prevenzione delle alcooldipendenze attraverso il Progetto Paideia, in favore di ragazzi del biennio delle scuole secondarie superiori del Distretto, anche in collaborazione con il privato sociale operante nel Distretto (Centro Alcológico Don Vito Sguotti di Carbonia, A.C.A.T.);
- prevenzione del tabagismo nelle classi delle Scuole medie inferiori con un progetto dedicato all'informazione sui rischi legati al consumo del tabacco
- prevenzione del tabagismo nelle classi seconde e terze delle Scuole medie inferiori e nelle classi prima e seconda della scuola media superiore, attraverso l'adesione al Concorso Smoke Free Class Competition (progetto

in parte finanziato dalla Commissione Europea nell'ambito del Programma "L'Europa contro il cancro", in collaborazione con la Rete Europea dei Giovani contro il Tabacco);

- percorsi formativi comuni in favore degli operatori di prevenzione in strada e degli operatori sociali dei Comuni e del SERD;

6.1.5.4 Localizzazione

Le azioni si concentrano nelle Scuole e nei Comuni aderenti all'Accordo

Posta finanziaria - **Quote associative dei Comuni:**

Calasetta	€ 1.420,50
Carloforte	€ 3.250,00
Giba	€ 1.097,50
Masainas	€ 718,50
Narcao	€ 1.692,00
Nuxis	€ 859,50
Perdaxius	€ 730,50
Piscinas	€ 425,00
Portoscuso	€ 2.650,00
San G. Suergiu	€ 3.033,50
Santadi	€ 1.900,00
Sant'Anna Arresi	€ 1.345,90
Sant'Antioco	€ 5.864,50
Tratalias	€ 510,00
Villaperuccio	€ 545,00

6.1.5.5 Risultati attesi

- continuità e potenziamento degli interventi già sperimentati negli anni passati con esiti favorevoli;
- facilitazione di accesso ai servizi per i giovani dei territori in cui opera l'educativa di strada;
- prevenzione e/o ritardo dell'abitudine al fumo e/o all'alcool nelle classi delle scuole in cui si attuano i progetti Paideia, Prevenzione del Tabagismo e Smoke Free Class Competition;
- coordinamento delle Azioni intraprese dai Comuni con quelle del SerD e del Privato Sociale, condivisione dei dati e delle metodologie.

6.2 L'IMMIGRAZIONE: TERRITORIO E PROFILO DEMOGRAFICO

Relativamente alla distribuzione degli immigrati per i singoli Comuni del Distretto si veda la tabella seguente.

Provincia di Carbonia-Iglesias (distretto di Carbonia). Cittadini stranieri residenti al 31/12/2006.

Comune	Popolazione residente al 31.12.2006	Ripartizione % della popolazione rispetto alla Provincia di CI	Stranieri residenti al 31.12.06	Incidenza % degli stranieri sulla popolazione residente
Calasetta	2.859	2,2	20	0,7
Carbonia	30.227	23,1	218	0,7
Carloforte	6.424	4,9	44	0,7
Giba	2.111	1,6	10	0,5
Masainas	1.414	1,1	8	0,6
Narcao	3.392	2,6	37	1,1
Nuxis	1.711	1,3	33	1,9
Perdaxius	1.454	1,1	6	0,4
Piscinas	862	0,7	7	0,8
Portoscuso	5.347	4,1	33	0,6
S. Giovanni Suergiu	6.101	4,7	38	0,6
Santadi	3.700	2,8	8	0,2
S. Anna Arresi	2.640	2,0	27	1,0
S. Antioco	11.811	9,0	68	0,6
Tratalias	1.115	0,9	1	0,1
Villaperuccio	1.090	0,8	13	1,2
Totale	82.258	62,8	571	0,7

Fonte: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati Istat

La stessa tabella, peraltro, pone chiaramente in luce come sia il Comune di Carbonia ad assorbire la quota più consistente della popolazione straniera regolarmente residente nel Distretto.

Si tratta di una presenza che è cresciuta progressivamente in questi ultimi anni, mantenendo inalterato il primo posto nella graduatoria dei Comuni della Provincia con la maggior presenza di stranieri residenti.

Per quanto concerne l'età, nell'intera Provincia di Carbonia-Iglesias si registra una preponderanza di immigrati di età relativamente giovane (dati Istat aggiornati al 1° gennaio 2006). Le classi modali – ovverosia quelle in cui si rileva la massima frequenza statistica – risultano essere quelle comprese fra i 25 e i 39 anni.

Per quanto attiene la distribuzione geografica a livello comunale dei vari gruppi nazionali, il principale gruppo – ovverosia il marocchino – risulta maggiormente presente nei Comuni di San Giovanni Suergiu, Narcao e in misura minore in quello di Carbonia.

La presenza di Cinesi appare concentrata prevalentemente nella città di Carbonia. Importante è considerare anche la presenza, nel territorio di quel Comune, di circa una dozzina di famiglie di nomadi provenienti dai Balcani, ed in particolare dalla Serbia, dalla Macedonia e dalla Croazia.

6.2.1 La ricognizione dell'esistente: Il Centro Servizi per l'Immigrazione

Il Centro Servizi per l'Immigrazione della Provincia di Carbonia-Iglesias, parte integrante dell'Assessorato alle Politiche Sociali, Sanitarie e per la Famiglia, di recente istituzione, nasce con il fine di garantire parità di accesso ai servizi ai cittadini stranieri presenti nel territorio ospitante e di instaurare un'efficace comunicazione fra le istituzioni e gli stranieri che ad esse si rivolgono. Le azioni del Centro Servizi per l'Immigrazione si inscrivono all'interno delle seguenti macroaree di intervento:

- area delle politiche del lavoro;
- area delle politiche culturali e di integrazione;
- area delle politiche sanitarie e di coesione sociale;
- area educativa e dell'istruzione scolastica;
- area di collaborazione con il carcere.

Per realizzare tali interventi, il Centro Servizi per l'Immigrazione – che opera per il tramite di un coordinatore e di quattro mediatori interculturali (due di lingua araba, uno di lingua cinese ed uno di lingua inglese) – si è dotato di uno *Sportello Polifunzionale* attivo, nel Distretto di Carbonia, il mercoledì dalle 9,00 alle 13,00 presso la sede della Provincia, a Carbonia, in via Fertilia 40.

6.2.1.1 I soggetti interessati

L'offerta dei servizi è rivolta ad un pubblico di utenti costituito non solo dai cittadini stranieri, ma anche da coloro che con essi interagiscono e perciò necessitano di informazioni.

6.2.1.2 Le azioni

L'operatività dei mediatori è garantita dalle seguenti attività:

- accoglienza ed informazione,
- orientamento e consulenza,
- assistenza tecnica e legale di base,
- accompagnamenti mirati,
- mediazione linguistica e culturale.

6.2.2 Per il futuro

- Si intendono precisare meglio le collaborazioni - alcune già formalizzate attraverso dei protocolli di intesa (con la Casa Circondariale di Iglesias e l'Azienda Sanitaria locale n. 7) – tra il Centro Servizi per l'Immigrazione e i vari soggetti (Enti Locali, Parti sociali, Privato sociale, le Forze dell'ordine, Prefettura e Questure, Scuola,) che a vario titolo si occupano di immigrazione nel territorio. Il tutto per dare sostanza all'idea di un lavoro di rete istituzionale, in cui la Provincia svolga l'importante funzione di coordinamento.
- Si vuole avviare un lavoro di animazione e sensibilizzazione tra le comunità dei cittadini stranieri, con l'obiettivo di dar vita a delle forme associative di autotutela: il primo passo per favorire dei meccanismi di partecipazione alla vita comunitaria e per attivare in modo effettivo la Consulta provinciale per l'immigrazione.
- Con riferimento alle politiche del lavoro, sono previste due proposte sperimentali, segnatamente nel contrasto al lavoro nero e nell'inserimento lavorativo di un certo numero di immigrati svantaggiati:
 - Un progetto formulato insieme alla rete della CNA del Sulcis Iglesiente (sulla scorta del progetto europeo "Equal-Extreme");
 - Un progetto formulato assieme ai CESIL.

- Nell'ambito delle politiche culturali e di integrazione, in collaborazione con il Centro Territoriale permanente, si punta all'attivazione di un corso di alfabetizzazione per stranieri (comprendente anche elementi di storia, cultura e diritto italiano).
- In virtù degli accordi intrapresi recentemente con l'Azienda Sanitaria Locale, si vuole dar vita ad uno Sportello sanitario aperto agli immigrati.
- Rispetto al tema dei nomadi si intende formulare una proposta di raccordo con quanto è stato fatto (da parte del Comune di Carbonia, della Comunità di Via Marconi, dalla Caritas diocesana di Iglesias e dell'Anolf di Carbonia), al fine di proporre un progetto unitario che chiami in causa tutti questi soggetti, oltre alle altre realtà che desiderino contribuire fattivamente, sulla base di competenze o risorse specifiche.
- Per quanto riguarda il tema degli immigrati clandestini, si intende confermare la disponibilità (già in atto) circa il lavoro di mediazione con i minori non accompagnati ospitati presso le due strutture di accoglienza di Carbonia. Si intende confermare, peraltro – per quanto possibile – un supporto psicologico e di prima istanza, anche attraverso il coinvolgimento delle figure che svolgono mediazione culturale e linguistica, nella fase degli eventuali ulteriori sbarchi sulle coste della Provincia.