



PROVINCIA DI SASSARI

Distretto Socio-Sanitario n. 1 - Sassari

Comuni di

Osilo (Capofila)					
Bulzi	Cargeghe	Castelsardo	Chiamonti	Codrongianos	Erula
Florinas	Laerru	Martis	Muros	Nulvi	Ossi
Perugas	Ploaghe	S. M. Coghinas	Sedini	Sennori	Tergu
	Tissi	Usini	Valledoria	Viddalba	



PLUS 2007 - 2009

Programma Locale Unitario dei Servizi alla Persona
per il triennio 2007/2009

Aggiornamento per l'anno 2008

RENDICONTO DELLE ATTIVITA' DELL'ANNO 2007

Premessa

Ad un anno dall'approvazione del primo Piano Locale Unitario dei Servizi - PLUS del Distretto n. 1, e prima di procedere all'aggiornamento dello stesso per l'anno 2008, si rende necessario un bilancio di ciò che questo primo anno di vigenza del PLUS ha significato per il nostro ambito. Un bilancio che, va detto senza finzioni o ipocrisie, è in larga misura insoddisfacente, a causa di ritardi e inefficienze che quasi mai sono dipese dai Comuni interessati, e che, di fatto, hanno portato ad una dilatazione davvero eccessiva dei tempi di attuazione del Piano, creando non poche difficoltà agli Enti che sulle risorse del Plus contavano per completare i servizi in essere.

Le aspettative deluse.

Come era stato detto in sede di presentazione del PLUS, il processo di elaborazione del Piano del Distretto n. 1, pur fra le mille difficoltà risapute e i tempi assolutamente inadeguati, aveva rappresentato una straordinaria opportunità di confronto con i più diversi attori sociali, nonché di conoscenza del territorio e dei servizi. La messa in rete e la condivisione di esperienze, culture, valori, saperi, risorse, professionalità, aveva costituito un prezioso valore aggiunto, che poteva essere speso dai diversi attori coinvolti per la crescita e l'arricchimento complessivo dei servizi alla persona nel territorio. E uno dei momenti più intensi e coinvolgenti di quell'esperienza erano stati i cosiddetti "Tavoli tematici", gli incontri settoriali su quelle che erano state ritenute le esigenze prioritarie del territorio, che avevano coinvolto decine e decine di associazioni e di organismi del terzo settore, tutti con motivazioni e aspettative forti sulla evoluzione del processo.

Il PLUS aveva raccolto, nei limiti delle sue disponibilità finanziarie, alcune delle indicazioni provenienti dai "tavoli", mentre il Gruppo Tecnico di Piano si era impegnato a dare continuità a quell'esperienza di incontro e di confronto, mediante un primo momento di restituzione del PLUS in un incontro pubblico col volontariato e

col territorio, nonché l'organizzazione di incontri periodici sulle tematiche emerse. Purtroppo, niente di tutto ciò è stato fatto: sul primo punto, in quanto la Provincia, che pure aveva dichiarato di volersi far carico dell'iniziativa, non ha mai organizzato l'incontro richiesto e previsto; sul secondo punto, a causa della scomparsa, di fatto, dei Gruppi Tecnici, destinati ad essere soppiantati dagli Uffici di Piano, ancora di là da venire.

Tutto questo, inevitabilmente, ha provocato frustrazione negli operatori che pure aveva preso gli impegni di cui sopra, e delusione nelle associazioni, che finalmente avevano intravisto la possibilità di assumere un ruolo da protagoniste nella programmazione sociale. E su questo bisognerà lavorare non poco per recuperare la situazione.

Il difficile rapporto con l'Ente capofila Comune di Sassari.

Con la deliberazione n. 11/11 del 20.03.2007, poi confermata dalla deliberazione n. 14/17 del 04.04.2007, la Giunta Regionale aveva approvato la ripartizione delle somme a favore dei Comuni per la gestione associata, e aveva disposto che le stesse venissero erogate all'ente gestore "previa verifica dell'avvio delle procedure per l'attuazione di forme di gestione unitaria da parte dei Comuni dell'ambito territoriale". Questo doveva rappresentare l'avvio effettivo dei PLUS, con la pronta disponibilità delle risorse assegnate dalla Regione, previo, solamente l'"avvio delle procedure". Ma l'Ente capofila, ancorché avviare quelle procedure, aveva nel frattempo rimesso in discussione il PLUS appena approvato - anche dal Consiglio Comunale di Sassari, si badi, oltre che dalla Conferenza dei Servizi in cui Sassari era protagonista - sostenendo la propria indisponibilità a finanziare alcuni dei progetti ivi inclusi. Il fatto aveva inevitabilmente innescato una vivace dialettica fra gli enti, che alla fine aveva portato i 23 Comuni dell'ambito Anglona-Coros-Figulinas, a richiedere una accelerazione dei tempi di un processo che, peraltro, era stato già più volte anticipato dall'Assessore dei Servizi Sociali del Comune di Sassari: l'approvazione di due distinti PLUS, uno per il Comune capoluogo ed eventualmente la sua area metropolitana; l'altro per il resto del Distretto n. 1. Una soluzione che, fra le altre cose, teneva conto, oltre che delle dimensioni del Comune di Sassari, difficilmente compatibili con quelle di Comuni a volte piccolissimi, delle esigenze e

dei bisogni del territorio, assai diversi fra l'area metropolitana e gli altri centri del Distretto.

Il 26.07.2007 la Conferenza dei Servizi ha approvato all'unanimità questo nuovo assetto del Distretto. Si è dato vita, così, a due nuovi PLUS, uno relativo all'area metropolitana di Sassari che, oltre al Comune capoluogo che ne è anche capofila, comprende i Comuni di Porto Torres, Sorso e Stintino; l'altro relativo ai rimanenti Comuni del Distretto n. 1, che comprende: Bulzi, Cargeghe, Castelsardo, Chiaramonti, Codrongianos, Erula, Florinas, Laerru, Martis, Muros, Nulvi, Osilo, Ossi, Perfugas, Ploaghe, Santa Maria Coghinas, Sedini, Sennori, Tergu, Tissi, Usini, Valledoria, Viddalba, con il Comune di Osilo quale Ente capofila. Questo ha reso, sulla carta, più agile il nostro ambito, ma ha inevitabilmente prodotto un ulteriore allungamento dei tempi, determinato dal nuovo passaggio del documento nei Consigli Comunali dei 23 Comuni e nel Consiglio Provinciale. E non sempre i Comuni sono stati tempestivi nell'approvazione del nuovo PLUS, tant'è che la sua definitiva formalizzazione la si è avuta solamente ai primi di novembre. E sempre ai primi di novembre, il 6 per l'esattezza, l'Assessorato regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale, ha sciolto un altro dei nodi in cui si trovava ancora avviluppato il nostro ambito: quello del riconoscimento e del finanziamento dell'Ufficio di Piano. Fatto che ha rappresentato il primo vero punto fermo del nuovo processo che vedrà coinvolti i nostri 23 Comuni, la Asl n. 1 e la Provincia, e a partire dal quale si potranno delineare in maniera compiuta gli scenari futuri dei nostri servizi sociali.

Il ruolo della Regione

Dopo l'approvazione della L.R. n. 23 del 23.12.2005, e a fronte di un processo che, per la sua carica innovativa e per la sua complessità, avrebbe probabilmente richiesto ben altri tempi di maturazione, la Regione ha imposto delle tappe forzate per l'approvazione dei PLUS, ottenendo, da un lato il rispetto di quei tempi, ancorché strettissimi, ma dall'altro, comprimendo l'esigenza di una maggiore metabolizzazione da parte del territorio dei nuovi assetti dei servizi sociali, e limitando, nei fatti, il coinvolgimento del volontariato che pure era uno dei punti cardine della L.R. 23/2005.

L'altro aspetto su cui le risposte della RAS non sono arrivate, è quello relativo alla formazione e all'accompagnamento del nuovo processo in atto, pure previsto e avviato, ma poi arenatosi nelle secche di un appalto mai giunto a conclusione a causa, pare, del ricorso di qualcuna delle ditte partecipanti.

Nel frattempo, con la deliberazione della Giunta Regionale n. 27/44 del 17.07.2007 sono state approvate le linee di indirizzo per la costituzione degli Uffici di Piano. E in questo caso - ma tutto sommato non è il solo, perché anche in altre occasioni, ancorché in ritardo, la RAS ha accolto le osservazioni del territorio - dopo una fase di confronto e di dibattito che ha coinvolto gli enti e le loro rappresentanze - in primis, l'ANCI Sardegna - l'Assessorato dell'Igiene e Sanità ha inserito nelle sue linee di indirizzo il criterio della salvaguardia dell'esperienza maturata dai GtP e, ancora più importante, il finanziamento negli anni degli Uffici di Piano.

Con lo stesso Assessorato. Comunque, rimane aperto il confronto sulla cosiddetta "quota indistinta" relativa all'anno 2007, che i Comuni hanno programmato per il finanziamento dei propri servizi e che sarebbe invece confluita nel "fondo unico". Così come da definire meglio sono i molti interventi che l'Assessorato sta mettendo in campo a favore di particolari categorie di cittadini, primi fra tutti quelli per la non autosufficienza e per le povertà estreme. Gli stessi, in attesa di un intervento sistematico che potrà esplicitarsi nel corso del 2008, vengono riportati nello schema che segue:

N° e tipo provvedimento	Oggetto
Delibera n. 7/5 del 21.02.2006	Istituzione del punto unico di accesso ai servizi alla persona e delle unità di valutazione territoriale.
Delibera n. 45/24 del 07.11.2006	Linee di indirizzo per l'istituzione della rete pubblica delle assistenti familiari (badanti) per il sostegno delle persone non autosufficienti- comma 4, art. 17, L.R. 11 maggio 2006, n°4
Nota n. 5422 del 04.07.2007	Indicazioni per l'istituzione del registro pubblico degli assistenti familiari.
Delibera n. 27/41 del 17.07.2007	Fondo per la non autosufficienza. Prima attuazione dell'art. 34, comma 4, lett. a) della L.R. 29 maggio 2007, n. 2
Delibera n. 40/17 del 09.10.2007	Programma sperimentale per la realizzazione di interventi di contrasto delle povertà estreme
Delibera n° 44/11 del 31/10/2007	Fondo per la non autosufficienza: potenziamento dei Punti unici di Accesso e delle unità di valutazione territoriale.
Delibera n. 44/13 del 31.10.2007	Fondo per la non autosufficienza : sostegno alle persone anziane che si avvalgono dell'aiuto di un'assistente familiare.

In particolare, per ciò che concerne le povertà estreme di cui alla Del. G.R. n. 40/17 del 9 ottobre 2007, sono in corso le valutazioni delle singole situazioni da parte degli Operatori Sociali dei Comuni dell'ambito. Le azioni saranno volte, così come previsto dalla circolare 11997 del 28.11.2007, all'attivazione di percorsi personalizzati di aiuto a favore delle persone e delle famiglie che:

- vivono condizioni di grave deprivazione economica da lungo tempo e le cui possibilità di impegno lavorativo sono attualmente molto ridotte ma possono essere ricostituite attraverso interventi sociali e sanitari a carattere intensivo;
- si trovano in condizioni di povertà ma dispongono di capacità lavorative e di relazione che ne possono favorire il rientro nel mercato del lavoro e il superamento della condizione di deprivazione.

Al riguardo, l'Ufficio di Piano, una volta costituito, si attiverà per garantire agli operatori la necessaria assistenza tecnica, e per elaborare una piattaforma di criteri uniformi fra tutti gli enti dell'ambito, che consenta di dare, su tutto il territorio, risposte omogenee a situazioni e bisogni simili. Tutto questo in funzione del "Piano degli interventi di contrasto delle povertà" che verrà elaborato per l'anno 2008 quale parte integrante del Plus.

Gli altri Enti coinvolti.

Con la Provincia e con la Asl n. 1 i rapporti hanno avuto fasi alterne, conseguenza probabilmente, anche in questo caso, delle poche certezze di un processo che è ancora tutto in fase sperimentale.

La Provincia ha svolto il ruolo di coordinamento istituzionale affidatole dalle linee guida, ma ha scontato ritardi e lentezze causate dalle carenze di organico in cui l'Assessorato competenze si dibatte. Questo ha provocato anche la mancata partecipazione, pressoché costante, del rappresentante della Provincia ai lavori del Gruppo Tecnico.

Per quello che riguarda la Asl, al contrario, almeno per ciò che concerne l'attività del GtP vi è stato un costante e significativo apporto delle figure professionali indicate dall'Azienda. Da definire resta, invece, l'impegno finanziario che la stessa Asl, così come previsto dalla Regione, dovrebbe sostenere per l'attuazione dei PLUS.

Il ruolo dei Comuni.

Va detto che i Comuni, almeno inizialmente, sono rimasti un po' spiazzati dai tempi e dall'accelerazione che la Regione ha voluto imprimere alla elaborazione del PLUS. Si sono così incontrate difficoltà di coinvolgimento e/o di sintonizzazione su una lunghezza d'onda che presentava numerosi caratteri di novità. La stessa partecipazione del personale dipendente ai lavori del GtP veniva in qualche caso vissuta come una sottrazione rispetto agli impegni del servizio, piuttosto che come una opportunità per essere protagonisti di un processo destinato a modificare in profondità l'organizzazione e la gestione dei servizi sociali. Né meno problematico si è rivelato, in più di una occasione, conciliare le scadenze del PLUS con gli innumerevoli altri impegni che di norma hanno gli amministratori comunali, con le conseguenti difficoltà a raggiungere lo stesso numero legale nelle Conferenze dei Servizi.

Al di là di tutto ciò, comunque, nel nostro ambito il processo ha compiuto significativi passi avanti, creando le premesse per una sempre maggiore integrazione fra i territori. Ne sono una testimonianza i progetti-obiettivo condivisi dai 15 Comuni dell'Anglona già prima dell'approvazione della L.R. 23/2005, i progetti sovracomunali del Coros-Figulinas - vedi, ad esempio, il SIOL - così come l'intensa partecipazione dei Comuni associati alla progettazione integrata sull'inclusione sociale. E allo stesso processo va ascritto l'importante risultato conseguito da 18 dei 23 Comuni dell'ambito che, al di là del PLUS, hanno ricevuto un finanziamento di € 675.000,00 per un progetto di inserimenti lavorativi ex L.R. 20/97.

Un altro aspetto su cui si è sperimentata e si va consolidando la collaborazione fra i servizi sociali degli enti, è quello relativo alla elaborazione, mediante la costituzione di gruppi di lavoro che coinvolgono tutti gli operatori dell'ambito, dei regolamenti per la gestione uniforme e condivisa dei servizi. E' già stata elaborata la bozza del regolamento per il servizio di assistenza domiciliare, SAD, che dovrebbe andare a breve all'approvazione dei Consigli Comunali, e sono in corso di elaborazione gli altri regolamenti per: l'Assistenza educativa; le povertà e l'inclusione sociale; il trasporto delle persone con difficoltà motorie; gli inserimenti lavorativi ex L.R. 20/97.

Tutte premesse destinate a rendere effettiva la collaborazione e l'integrazione territoriale fra i 23 Comuni, la Provincia e la Asl n. 1.

L'AGGIORNAMENTO DEL PLUS PER IL 2008

Premessa.

Da tutto quanto esposto sopra, considerato il ritardo con cui ci si avvia alla scadenza del 20 dicembre, fissata dalla Regione per l'aggiornamento del PLUS - ritardo, come si evince, oggettivamente non dipendente dai 23 Comuni del nostro ambito - discende che lo stesso aggiornamento non potrà che basarsi sui progetti già previsti e condivisi per l'anno 2007. In tal senso si è espressa all'unanimità la Conferenza dei Servizi riunitasi nel Palazzo della Provincia in data 28.11.2007.

Allo stesso tempo, considerato che la stessa Conferenza ha approvato i criteri per la costituzione dell'Ufficio per la programmazione e la gestione associata, è stato assunto il preciso impegno a procedere, una volta insediato il predetto Ufficio, ad una completa rivisitazione del PLUS, mediante una più puntuale, mirata e articolata lettura delle condizioni e dei bisogni del territorio; la rimodulazione dei progetti da gestire in forma associata; la concreta attuazione di detta gestione, attraverso il fondamentale strumento rappresentato dall'Ufficio di Piano.

I prossimi impegni a scadenza ravvicinata saranno pertanto:

- 1) La selezione dei componenti l'Ufficio di Piano;
- 2) La nomina del coordinatore e l'insediamento dello stesso Ufficio;
- 3) L'approvazione da parte dei Consigli Comunali della convenzione per la gestione associata dei servizi previsti dal Plus;
- 4) L'approvazione dei regolamenti per la gestione unitaria dei servizi;
- 5) Le procedure d'appalto per i servizi previsti dal Plus;
- 6) L'aggiornamento e la rielaborazione del Profilo d'ambito e del Plus.

Le risorse a disposizione

Distretto Socio-Sanitario n. 1 Comuni di:

Bulzi, Cargeghe, Castelsardo, Chiaramonti, Codrongianos, Erula, Florinas, Laerru, Martis, Muros, Nulvi, Osilo, Ossi, Perfugas, Ploaghe, S. Maria Coghinas, Sedinì, Sennori, Tergu, Tissi, Usini, Valledoria, Viddalba

Somme a disposizione per la gestione associata Anno 2008

Fondi per la gestione associata dei PLUS Assegnazioni R.A.S. per l'anno 2007 <i>Allegato alla Delib. G.R. n. 11/11 del 20.03.2007</i>		Progetti previsti e "ritorno" atteso da ciascun Comune in termini di spesa/servizi erogati		
		S.A.D. (15 Anglona)	SAD e Ass. Ed. (8 Coros- Figulinas)	Trasporto (Tutti i 23 Comuni)
Comune	Importo 20%	Col. A	Col. B	Col. C
Bulzi	10.537,00	8.445,01		2.091,99
Castelsardo	69.311,00	55.550,16		13.760,84
Chiaramonti	23.984,00	19.222,27		4.761,73
Erula	22.151,00	17.753,19		4.397,81
Laerru	14.295,00	11.456,90		2.838,10
Martis	10.061,00	8.063,51		1.997,49
Nulvi	36.962,00	29.623,65		7.338,35
Osilo	53.805,00	43.122,68		10.682,32
Perfugas	36.032,00	28.878,29		7.153,71
Santa Maria Coghinas	25.257,00	20.242,54		5.014,46
Sedinì	19.034,00	15.255,03		3.778,97
Sennori	89.060,00	71.378,24		17.681,76
Tergu	10.306,00	8.259,87		2.046,13
Valledoria	43.753,00	35.066,38		8.686,62
Viddalba	28.486,00	22.830,46		5.655,54
Totali parziali	493.034,00	395.148,20		97.885,80
Cargeghe	11.671,00		9.336,82	2.334,18
Codrongianos	20.764,00		16.611,23	4.152,77
Florinas	20.266,00		16.212,83	4.053,17
Muros	11.596,00		9.276,82	2.319,18
Ossi	73.651,00		58.920,91	14.730,09
Ploaghe	67.812,00		54.249,70	13.562,30
Tissi	26.343,00		21.074,44	5.268,56
Usini	48.468,00		38.774,47	9.693,53
Totali parziali	280.571,00		224.457,20	56.113,80
TOTALE GENERALE	773.605,00	395.148,20	224.457,20	153.999,60

1. Progetto intercomunale di assistenza domiciliare agli anziani e alle persone in difficoltà.

COMUNI DI:

Bulzi, Castelsardo, Chiaramonti, Erula, Laerru, Martis, Nulvi, Osilo, Perfugas, Santa Maria Coghinas, Sedinì, Sennori, Tergu, Valledoria, Viddalba.

1.1. Premessa

Attualmente la realtà distrettuale dei Comuni coinvolti nel Progetto SAD risulta piuttosto frammentata, sia rispetto ai Servizi sociali che a quelli sanitari, seppure fra di essi sia stata avviata più di un'esperienza di collaborazione sovracomunale. Rimane il fatto che, il più delle volte, la collaborazione con gli altri servizi è lasciata per lo più alla singola iniziativa degli operatori ed è riservata ai casi singoli affrontati di volta in volta. Non è superfluo, inoltre, ricordare il fatto che la posizione geografica di alcuni Comuni rende estremamente difficoltoso, per gli anziani non autosufficienti, lo spostamento nei presidi sanitari di Sassari o Tempio.

Nel proporre una visione integrata e, ribadendo l'assoluta centralità della persona e della famiglia rispetto all'intervento assistenziale, si è elaborato un progetto di Assistenza Domiciliare sovracomunale che coinvolge i quindici Comuni sopraindicati.

Tutto ciò comporta il ripensare l'intera organizzazione del Servizio e il ruolo degli operatori coinvolti, tale da creare un effettivo collegamento tra le strutture territoriali esistenti. La rete dovrà essere composta da un sistema integrato nel quale l'utente e la sua famiglia, ove presente, possano essere guidati e coadiuvati nel percorso assistenziale, tra il proprio domicilio, sede di intervento privilegiata e le altre strutture cui l'utente abbia necessità di accedere.

La rete socio-assistenziale dovrà essere strettamente integrata, nello spirito che anima il PLUS, con quella sanitaria e socio-sanitaria, al fine di offrire un approccio unitario alle esigenze dell'utente.

1.2. Soggetti coinvolti nella progettazione

<i>SOGGETTI</i>	<i>NUMERO</i>
Comune/i: Osilo (Ente Capofila) – Bulzi – Castelsardo – Chiaramonti – Erula – Laerru – Martis – Nulvi – Perfugas – Santa Maria Coghinias – Sedini – Sennori – Tergu – Valledoria – Viddalba.	15
ASL n. 1 Sassari	1
Altro (descrivere): Medici di Base dei 15 Comuni associati	X

1.3. Obiettivi

a) Miglioramento della qualità della vita

Il SAD è una modalità di assistenza sociale erogata a domicilio dell'utente in modo continuo ed integrato, da parte degli operatori sociali e, ove presenti, delle associazioni di volontariato. L'obiettivo del SAD è quello di mantenere la persona assistita presso la propria abitazione, garantendo continuità assistenziale, favorendo il recupero delle capacità di autonomia e di relazione, migliorando la qualità di vita e sostenendo i familiari nelle esigenze cui essi non possono far fronte.

Gli obiettivi che il Servizio si propone sono:

1. Fornire a domicilio tutti gli interventi professionali necessari per far fronte alle esigenze dell'utente;
2. Sostenere le capacità di auto-cura dell'individuo;
3. Favorire la costruzione di una rete di aiuto alla famiglia che possa contribuire all'alleggerimento del carico assistenziale. Al tempo stesso, permettere alla famiglia di acquisire le competenze essenziali per la gestione dei bisogni quotidiani, rispetto ad alcune prestazioni sanitarie e assistenziali (ad es. medicare una piaga, lavare l'anziano) in modo tale da favorire una certa autonomia di intervento e la responsabilizzazione rispetto alla gestione delle situazioni.

b) Permanenza nel contesto di vita

Il desiderio di chi è anziano è quello di rimanere nel suo ambiente, nella sua casa, con la sua famiglia. Per questo motivo, il SAD si pone in un'ottica totalmente

alternativa alle tentazioni di istituzionalizzazione dell'anziano. Il Servizio agli anziani, mira a garantire e a salvaguardare il diritto dell'anziano a rimanere nel suo contesto di vita, cercando di preservare la sua personalità. Purtroppo, si assiste, spesso, ad un vero e proprio esautoramento della possibilità dell'anziano di volere e di decidere. Il Progetto si propone, dunque, l'obiettivo di mettere in atto, a favore degli anziani, tutta una serie di interventi per salvaguardare la dignità e il diritto all'autodeterminazione.

Anche la famiglia che vuole aiutare il proprio congiunto in difficoltà, spesso si trova impreparata, non sapendo a chi rivolgersi e a quali servizi accedere.

Le difficoltà oggettive e la solitudine davanti ai problemi relativi alla riorganizzazione della vita familiare, aumentano il ricorso al ricovero in istituto e/o in ospedale come unica soluzione che, nella maggior parte dei casi, non rispetta la volontà dell'anziano.

Il SAD, nella misura in cui si riuscirà ad attuare una reale integrazione con i servizi sanitari, dovrà garantire, soprattutto per gli anziani in condizioni socio-sanitarie più critiche, maggiormente esposti alla istituzionalizzazione e a frequenti ricoveri in ospedale, un intervento domiciliare flessibile, capace di essere rimodulato a seconda delle esigenze espresse di volta in volta. Assistere pazienti trattabili a domicilio, evitando il ricorso improprio all'ospedale o ad altre strutture residenziali, assicura la continuità assistenziale, favorisce il recupero delle capacità residue di autonomia e relazionali, migliora la qualità di vita e incide notevolmente sulla riduzione dei costi dell'assistenza sanitaria.

c) Riqualificazione professionale delle assistenti domiciliari

L'esperienza pluriennale, maturata nei Servizi di Assistenza Domiciliare, ha consentito di evidenziare un buon livello di competenza delle assistenti domiciliari, rispetto alle mansioni relative all'accudimento della persona.

È emersa, invece, una difficoltà a gestire la relazione operatore – utente in maniera adeguata. Ci si è resi conto che nella formazione dell'assistente domiciliare c'è un "gap" relativo alla gestione del rapporto con l'utente; capita spesso che il loro agito dipenda dalla predisposizione personale, dall'incapacità di prevedere le

ricadute sull'utente e sul Servizio, dall'emotività del momento, piuttosto che dalla professionalità che dovrebbero mettere in campo.

Per colmare queste carenze si è pensato a due soluzioni. Una che incida sul sentire (a) e una che incida sul saper fare (b):

a) attivare un percorso formativo mirato alla riqualificazione professionale delle assistenti domiciliari:

Gli incontri gestiti dallo psicologo saranno strutturati avendo per oggetto:

1. Le implicazioni esplicite ed implicite che caratterizzano il lavoro dell'assistente domiciliare, attraverso la definizione delle applicazioni e dei limiti operativi insiti nel ruolo professionale;
2. Educazione alla salute: comportamenti assistenziali, preventivi e riabilitativi dell'operatore all'interno del nucleo familiare;
3. Rapporti inter-istituzionali e gestione dell'utenza;
4. Il processo d'aiuto, nei principali risvolti affettivi, relazionali e comunicativi;
5. Il significato complesso presente nel rapporto salute-malattia, con particolare riferimento alle situazioni di cronicità;
6. Le dinamiche familiari e il ciclo di vita;
7. Elementi conoscitivi di psicopatologia, gerontologia e psicologia dell'handicap, utili alla comprensione dell'utenza di riferimento;

Processi di base trattati:

- Autopercezione/Eteropercezione;
- Comunicazione verbale e non verbale;
- Processi psicologici normali e patologici;
- Relazioni familiari;
- Affettività e motivazione;
- Schemi cognitivi;

Metodologia e tecniche d'intervento:

1. Osservazione diretta e partecipante;

2. Lezione frontale;
3. Colloquio psicologico individuale;
4. Lavoro in piccolo gruppo;
5. Giochi di ruolo e simulazioni;
6. Circle time e discussione di gruppo.

Obiettivi a breve termine:

1. Addestrare gli operatori a vivere spontaneamente situazioni di tipo interattivo;
2. Orientare l'attenzione verso gli aspetti interiori (introspezione psicologica);
3. Facilitare l'emergenza di problematiche latenti, mai e/o mal comunicate;

Obiettivi a medio termine:

Favorire una più chiara assunzione di ruolo;

Ottimizzare la gestione dei conflitti relazionali, in situazioni protette e strutturate;

Identificare ed elaborare criticamente quei conflitti emotivi che influenzano la self-image, e che condizionano negativamente la relazione d'aiuto;

Potenziare alcune competenze relazionali di base;

5. Incrementare la conoscenza sulla disabilità e sui disturbi psicopatologici più ricorrenti;

Temporalità:

La realizzazione del programma di formazione avverrà nell'arco complessivo di 10 incontri della durata di 2 ore ciascuno per ogni singolo gruppo.

In seguito, ad integrare tale attività di formazione si proporranno momenti d'interazione e confronto col Servizio Sociale, attraverso cui monitorare e supervisionare costantemente il lavoro svolto.

b) organizzare un sistema di scambi, fra assistenti domiciliari nei diversi Comuni, che favoriscano la costruzione di una rete territoriale e lo scambio di buone prassi.

Capita spesso che le cooperative finiscano col prestare servizio nello stesso Comune per tanti anni, rischiando di cadere nell'isolamento; mancano, quindi,

occasioni di scambio e di confronto, per cui si organizza il lavoro e si vive la professione in maniera autoreferenziale. Dunque, è importante, valorizzare le risorse umane coinvolte favorendo la loro crescita professionale e contestualizzandole nella rete.

5.4.4. Azioni

<i>Obiettivo</i>	<i>Soggetti Esecutori</i>	<i>Modalità di affidamento incarico ai soggetti esecutori</i>
SERVIZIO SAD	15 Comuni, ASL Medici di base	- Rilevazione dell'utenza da inserire nel Progetto; - Stesura del progetto personalizzato; - Valutazione in equipe degli obiettivi a breve – medio e lungo termine.
FAMIGLIE	Famiglie degli Utenti coinvolti, Servizi Sociali, ASL e Medici di base.	- Coinvolgimento delle famiglie in tutte le fasi di realizzazione del progetto.
FORMAZIONE ASSISTENTI DOMICILIARI	15 Comuni Assistenti Domiciliari e Psicologo	- Coinvolgimento delle assistenti domiciliari nell'attività di formazione; - Scelta delle sedi nelle quali svolgere i corsi; - Attuazione del Percorso formativo.

5.4.5. Risultati attesi

- Ridurre l'emarginazione sociale degli utenti e promuovere spazi d'integrazione;
- Ottimizzare lo scambio informativo tra gli operatori dei vari servizi e tra i servizi e l'utenza;
- Ridurre l'incidenza dell'istituzionalizzazione dei soggetti disabili e/o in età geriatrica;
- Miglioramento della qualità del Servizio domiciliare rispetto alle prestazioni assistenziali
- Sensibilizzare le assistenti domiciliari ad un orientamento promozionale della salute;
- Ridurre l'incidenza dei conflitti fra operatori e utenti.

1.6. Destinatari del progetto

a) Anziani e famiglie

L'utenza sarà composta da:

1. Anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti;
2. Anziani multiproblematici affetti da gravi patologie croniche;
3. Le famiglie degli utenti coinvolti nel progetto, al fine di alleggerirne il carico e di dare strumenti formativi utili alla gestione più efficace del familiare non – autosufficiente.

Per quel che concerne le altre tipologie di utenza, essa sarà rivolta ai portatori di handicap nelle forme più gravi (handicap fisico o psichico) tale da generare una compromissione dell'autosufficienza nel compiere gli atti quotidiani della vita. Alla utenza sopra indicata si aggiungerà, inoltre, per quanto riguarda i prelievi, quella delle persone con oltre 65 anni di età.

TABELLA UTENZA

Comune	Popolazione totale	Utenza potenziale*	Maschi	Femmine	Utenza Reale
BULZI	608	173	74	99	4
CASTELSARDO	5604	1134	516	618	20
CHIARAMONTI	1830	444	188	256	16
ERULA	795	213	98	115	20
LAERRU	984	244	114	130	6
MARTIS	600	154	73	81	12
NULVI	2979	962	443	519	40
OSILO	3400	816	348	467	25
PERFUGAS	2473	461	206	255	10
S.M. COGHINAS	1438	294	132	162	12
SEDINI	1421	353	163	190	20
SENNORI	7300	300	150	150	45
TERGU	579	124	52	72	7
VALLEDORIA	3794	711	344	367	12
VIDDALBA	1679	355	172	183	20
UTENZA TOTALE	3184	6.738	3.073	3.664	269

* anziani ultrasessantacinquenni.

b) Assistenti domiciliari

Complessivamente le Assistenti domiciliari (geriatriche e generiche) che lavorano nei Comuni coinvolti nel progetto sono 65 e verranno tutte coinvolte nel percorso di riqualificazione professionale.

Rispetto all'utenza reale prevista dal Progetto vengono calcolate, in media, 8 ore settimanali, tra assistenza domiciliare e assistenza ausiliaria, per ogni utente. Pertanto le esigenze del Servizio SAD possono essere così riassunte:

TABELLA ESIGENZE DI SERVIZIO

Comune	Utenza reale	Ore servizio sett. medie per utente		Ore servizio annue medie per utente (52 sett.)		Ore servizio annue complessive per Comune	
		Ass. Dom.	Ausiliaria	Ass. Dom.	Ausiliaria	Ass. Dom.	Ausiliaria
BULZI	4	4	4	208	208	832	832
CASTELSARDO	20	4	4	208	208	4160	4160
CHIARAMONTI	16	4	4	208	208	3328	3328
ERULA	20	4	4	208	208	4160	4160
LAERRU	6	4	4	208	208	1248	1248
MARTIS	12	4	4	208	208	2496	2496
NULVI	40	4	4	208	208	8320	8320
OSILO	25	4	4	208	208	5200	5200
PERFUGAS	10	4	4	208	208	2080	2080
S.M. COGHINAS	12	4	4	208	208	2496	2496
SEDINI	20	4	4	208	208	4160	4160
SENNORI	45	4	4	208	208	9360	9360
TERGU	7	4	4	208	208	1456	1456
VALLEDORIA	12	4	4	208	208	2496	2496
VIDDALBA	20	4	4	208	208	4160	4160
TOTALE	269	60	60	3.120	3.120	55.952	55.952

1.7. Tempi di realizzazione del progetto

Il progetto avrà la durata di un anno con proiezione triennale.

5.4.8. Monitoraggio e valutazione

a) Metodologia di valutazione dei processi e dei risultati finali

La valutazione multidimensionale, in termini generali, ha l'obiettivo di definire in modo complessivo lo stato di salute di una persona anziana.

Col termine "valutazione", infatti, si intende l'analisi accurata delle capacità funzionali e dei bisogni che la persona anziana presenta a vari livelli:

- livello biologico e clinico (stato di salute, segni e sintomi di malattia, livelli di autonomia, ecc.);
- livello psicologico (tono dell'umore, capacità mentali superiori, ecc.);

- livello sociale (condizioni relazionali, di convivenza, situazione abitativa, economica, ecc.);
- livello funzionale (disabilità, ovvero la capacità di compiere uno o più atti quotidiani come lavarsi, vestirsi, salire le scale ecc.);

Un sistema di valutazione multidimensionale include inoltre un programma di intervento personalizzato. Dopo aver effettuato la valutazione vera e propria, compito dell'U.V.G., vengono definiti quali provvedimenti bisogna prendere per migliorare le condizioni di vita della persona interessata.

Si tratta di un programma articolato, in grado di abbracciare vari aspetti: sanitario, assistenziale ma anche sociale, capace di privilegiare uno di questi ambiti a seconda delle esigenze che emergono nella fase valutativa.

b) Strumenti di valutazione:

Gli strumenti di valutazione utilizzati dovranno rilevare l'efficacia degli interventi posti in essere rispetto all'utente, alla famiglia e alle assistenti domiciliari.

Gli strumenti di valutazione individuati sono:

1. Scheda di valutazione del grado di soddisfazione dell'utente;
2. Scheda di valutazione sulla famiglia, rispetto all'alleggerimento del carico assistenziale, rispetto al sostegno ricevuto e rispetto all'effettiva acquisizione di un minimo di competenze assistenziali;
3. Scheda di valutazione rispetto ai nuovi contenuti acquisiti dalle assistenti domiciliari al termine della formazione.

c) Soggetti della valutazione/indicazione valutatori

Il soggetto anziano è di solito caratterizzato dalla presenza di più patologie (polipatologia).

Alla base della non autosufficienza dell'anziano svolgono un ruolo rilevante almeno quattro ordini di fattori variamente interagenti tra di loro: la salute fisica, la salute mentale, la condizione socio-economica e la situazione socio-ambientale. E' l'Unità di Valutazione Geriatrica che valuta globalmente lo stato di salute e le potenzialità residue della persona anziana, ed ha come obiettivo la programmazione di uno

specifico piano di intervento personalizzato, teso a mantenere il più a lungo possibile l'autosufficienza dell'utente.

L'UVG Si può definire come un'équipe multidisciplinare, comprendente varie figure:

- il medico del distretto;
- il medico di medicina generale dell'utente;
- il medico geriatra;
- l'infermiere;
- l'assistente sociale.

I compiti dell'UVG sono:

- Individuazione e programmazione di tutti gli interventi destinati agli anziani;
- Attuazione dell'integrazione tra i servizi sanitari e sociali;
- Razionalizzazione e omogeneizzazione degli interventi per ottenere il migliore utilizzo della rete dei servizi socio-assistenziali e sanitari;
- Controllo e vigilanza sull'attività delle case di cura e di riposo per utenti anziani.

Indicatori di processo

Aumento della richiesta ai servizi.

Livelli di fruizione dei servizi.

Grado di partecipazione all'attività di formazione.

Livello di condivisione, compartecipazione collaborazione da parte delle persone coinvolte.

Indicatori di risultato

Raccolta dati quantitativi sull'efficacia del Servizio.

Rapporto tra informazioni acquisite e azioni.

Livello di integrazione delle reti.

Rapporto tra domanda e mandato istituzionale dei servizi.

1.9. Risorse finanziarie previste

Spesa prevista a carico della gestione associata:

Totale Euro	€ 395.148,20
--------------------	---------------------

Le risorse disponibili derivanti dalla gestione associata sono largamente insufficienti a soddisfare il fabbisogno di ciascun Comune, per cui gli Enti dovranno provvedere a integrare le stesse con fondi derivanti dalle assegnazioni per le attività dei Comuni singoli.

N.B. Fra le spese andranno previsti i costi amministrativi per la gestione associata del servizio, i costi per la formazione e quelli per la supervisione da parte dello psicologo.

PROGETTO ASSISTENZA EDUCATIVA E DOMICILIARE INTEGRATA PERSONE IN DIFFICOLTA'

Comuni appartenenti all'area del COROS FIGULINAS: Codrongianos, Cargeghe, Florinas, Muros, Ossi, Ploaghe, Tissi, Usini

PREMESSA

La realtà sub distrettuale dei Comuni coinvolti nel progetto assistenza educativa e domiciliare integrata persone in difficoltà risulta frammentata; infatti ancor prima che prendesse avvio l'attività d'elaborazione del PLUS, alcuni di questi enti avevano avviato e concluso delle procedure di gara per l'attivazione di servizi rivolti sia agli anziani sia ai minori, pertanto al momento i Comuni del COROS FIGULINAS hanno un contesto disomogeneo all'interno del quale alcuni enti hanno necessità di dare risposte ai loro cittadini con i servizi per gli anziani ed altri con i servizi per i minori, posto che tali categorie rientrano fra quelle le cui problematiche sono state affrontate all'interno dei tavoli tematici.

Pertanto i Comuni del COROS manifestano apertamente l'esigenza di utilizzare la quota a loro destinata¹ e che confluirà nel sub distretto dei Comuni associati per servizi indispensabili agli enti medesimi, posto che allo scadere dei contratti in essere e nell'arco dei prossimi tre anni, l'intenzione è quella di uniformare servizi comuni a tutti, come quelli, appunto, rivolti agli anziani ed ai minori, al fine di dare medesimi livelli d'assistenza ai cittadini.

Il servizio oggetto di tale elaborazione, che si configura in realtà più che altro come un'azione programmatica che rimanda ad una futura progettazione esecutiva, è di attivare un servizio sia d'assistenza domiciliare integrata sia d'assistenza educativa territoriale, modulabile rispetto all'intensità del bisogno manifestato dai Comuni appartenenti all'area del COROS.

¹ 80% del 18%

SOGGETTI COINVOLTI NELLA PROGETTAZIONE:

Comuni dell'area COROS FIGULINAS n. 8: Cargeghe, Codrongianos, Florinas, Muros, Ossi, Ploaghe, Tissi, Usini per un totale di 20.816,00 abitanti c.a. dislocati morfologicamente su un territorio di Kmq. 256,94.

A.U.S.L. n. 1

Terzo settore: associazioni di volontariato e soggetti solidali in genere.

OBIETTIVI

1. **promozione della domiciliarità dei servizi alle persone in difficoltà.** La realizzazione di tale obiettivo potrà essere attuata tramite:
 - organizzazione di un servizio domiciliare integrato con l'area sanitaria rivolto ad anziani e persone in difficoltà, di supporto all'autonomia della persona ed all'aiuto della famiglia nell'alleggerimento del carico assistenziale familiare;
 - presenza di una figura di supporto con compiti di coordinamento del servizio (tempistica, comunicazione, valutazione, predisposizione piani di lavoro).

2. **promozione di situazioni d'agio e prevenzione situazioni di disagio nuclei multiproblematici.** La realizzazione di tale obiettivo potrà essere attuata tramite:
 - organizzazione di un servizio educativo domiciliare territoriale, di supporto all'autonomia della famiglia ed alla gestione di situazioni di vita domestica;
 - presenza di una figura di supporto con compiti di coordinamento del servizio e gestione amministrativa dello stesso (tempistica,

comunicazione, valutazione, predisposizione piani di lavoro e progetti educativi).

3. Organizzazione d'attività collaterali volte alla promozione di situazioni d'agio e benessere. La realizzazione di tale obiettivo potrà essere attuata tramite:

- organizzazione, da parte del gestore del servizio di un circuito d'incontri (almeno uno in ogni Comune del COROS) nel quale affrontare temi comuni in collaborazione con i consultori famigliari ed altre agenzie del territorio (l'alimentazione, le malattie infantili e senili, tematiche legate ad un saper invecchiare bene, alla menopausa, allo stile di vita);
- organizzazione d'aggiornamenti continui per il personale impiegato nelle attività.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO: 12 mesi estensibile a 36.

AZIONI

OBIETTIVO	SOGGETTO ESECUTORE	MODALITÀ AFFIDAMENTO INCARICO AL SOGGETTO ESECUTORE
Attivazione di un servizio d'assistenza domiciliare ed educativa	Comuni del COROS FIGULINAS	Appalto ad evidenza pubblica con offerta migliorativa del servizio ed economie di gara da impiegare nel coordinamento del servizio.
Attivare contestualmente al servizio un percorso di continuo aggiornamento		

professionale per il personale (gestione del lutto, delle dinamiche famigliari, tecniche del colloquio educativo --)	
--	--

RISULTATI ATTESI

1. Attivazione di un servizio d'assistenza domiciliare integrata ed educativa flessibile e rispondente ai bisogni del territorio di riferimento;
2. facilitazione dei rapporti fra i Comuni e l'Azienda Sanitaria Locale;
3. favorire l'autonomia delle persone e l'integrazione sociale;
4. favorire situazioni di benessere tramite la riduzione dell'emarginazione sociale;
5. rafforzamento delle reti primarie di sostegno.

DESTINATARI DEL PROGETTO

Persone in difficoltà segnalate dai servizi sociali comunali.

MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

Metodi e soggetti della valutazione

Metodologia di valutazione dei processi e dei risultati finali:

- rilevazione numero richieste d'accesso al servizio;
- rilevazione numero richieste d'accesso espletate nel periodo d'attivazione del servizio;
- organizzazione riunioni di coordinamento per la buona organizzazione delle attività programmate;
- Ottimizzazione delle informazioni erogate per l'accesso ai servizi.

Strumenti della valutazione

- Somministrazione questionari di valutazione del servizio per gli operatori;
- Somministrazione questionari di valutazione del servizio per l'utenza;

- Somministrazione questionari sulla percezione del servizio per gli amministratori degli enti interessati ed operatori degli uffici di servizio sociale;
- Rilevazione del numero delle lamentele e delle segnalazioni negative in merito all'espletamento dei servizi;
- Rilevazione del cambiamento del modo di agire del personale, rilevabile dai questionari di valutazione del servizio da sottoporre all'utenza e dalla diminuzione delle segnalazioni negative al servizio sociale sulle modalità d'espletamento del servizio;
- Diminuzione delle segnalazioni che interessano minori provenienti dalla scuola, dalle autorità giudiziarie;
- Rilevazioni situazioni di miglioramento della qualità della vita quali ad es. l'aumento delle iscrizioni in biblioteca e l'aumento dei prestiti delle fasce d'età cui è rivolto il servizio;
- Diminuzione delle richieste d'assistenza economica nelle famiglie coinvolte nei servizi a fronte di una razionalizzazione delle spese famigliari.

Coinvolgimento destinatari/fruitori, beneficiari finali degli interventi nella valutazione della qualità percepita

- Conoscenza del servizio da effettuarsi tramite pubblicizzazione dello stesso da parte dell'amministrazione comunale;
- Questionari di gradimento dei servizi da restituire sotto forma di dati aggregati all'utenza in momenti d'incontro comuni;
- Condivisione dei progetti educativi con le famiglie interessate ai servizi, definendo una sorta di contratto scritto rispetto alle motivazioni per le quali il servizio è stato attivato e rispetto ai risultati che s'intende raggiungere e rispetto agli impegni che le famiglie intendono assumere.

Soggetti della valutazione/indicazione valutatori

- Utenza che accede al servizio;
- Cittadinanza e famigliari di riferimento;
- Amministrazioni comunali;
- Uffici servizi sociali comunali;

- UVT e UVI;
- Comune capofila che dovrà garantire la vigilanza sullo svolgimento del servizio.

RISORSE FINANZIARIE EURO 224.457,20

TABELLA RIEPILOGATIVA COSTI DEL SERVIZIO

Descrizione voci di costo	Euro (IVA compresa)
Spese per personale	224.457,20
Costo totale appalto	224.457,20

FONTI DI FINANZIAMENTO	EURO
Quota del 20%	224.457,20
Altri fondi	(nel caso in cui i Comuni vogliano aggiungere altre risorse)
Contribuzione utenza	Da definire in una fase successiva e comunque in seguito all'approvazione del regolamento regionale
Totali	224.457,20

PROGETTO TRASPORTO

COMUNI di Bulzi, Cargeghe, Castelsardo, Chiaramonti, Codrongianos, Erula, Florinas, Laerru, Martis, Muros, Nulvi, Osilo, Ossi, Perfugas, Ploaghe, Santa Maria Coghinas, Sedinì, Sennori, Tergu, Tissi, Usini, Valledoria, Viddalba

PREMESSA

La realtà distrettuale dei Comuni coinvolti nel progetto trasporto risulta frammentata, sia rispetto ai servizi sociali sia rispetto a quelli sanitari; infatti problematiche collettive inerenti il trasporto delle persone e l'accesso ai servizi ed alle agenzie territoriali vengono spesso lasciate alla capacità di risoluzione della singola amministrazione o della singola persona che manifesta l'esigenza, mentre la coesione delle risorse di tutti, consentirebbe un risparmio notevole d'energie e di risorse economiche, nonché l'ottimizzazione e la risoluzione di una problematica appartenente a diverse realtà.

Infatti l'argomentazione delle difficoltà del trasporto è emersa con forza da tutti i tavoli tematici, essendo caratterizzato il territorio della Regione Sardegna in generale e quello provinciale in particolare da una viabilità alquanto problematica, fattore che condiziona in maniera pesante il contesto socio ambientale di riferimento, determinando disagio nella mobilità delle persone in genere, soprattutto in virtù del fatto che i servizi non risultano decentrati nel territorio, infatti è nel capoluogo di Provincia Sassari che hanno sede scuole, Centri di Salute Mentale, Uffici sanitari e comunali -----.

SOGGETTI COINVOLTI NELLA PROGETTAZIONE:

Comuni del distretto sanitario n. 1 (Anglona + Coros Figulinas) n. 24: Bulzi, Cargeghe, Castelsardo, Chiaramonti, Codrongianos, Erula, Florinas, Laerru, Martis, Muros, Nulvi, Osilo, Ossi, Perfugas, Ploaghe, Santa Maria Coghinas, Sedinì, Sennori, Tergu, Tissi, Usini, Valledoria, Viddalba.

Provincia di Sassari

Terzo settore: associazioni di volontariato e soggetti solidali in genere che intendono aderire a tale progettazione rendendo disponibili le loro risorse (volontari, mezzi di trasporto).

OBIETTIVI

1. **Consentire alle persone con difficoltà motorie di spostarsi nell'ambito della Provincia per motivi di lavoro, studio o terapie riabilitative e che non sono in grado di usufruire dei normali servizi di trasporto, sia per la tipologia dei mezzi, sia in ragione degli itinerari da effettuare.** La realizzazione di tale obiettivo potrà essere attuata tramite:
 - centrale operativa dotata di multilinee attive dal lunedì al venerdì dalle ore 07.30 alle ore 17.30 ed il sabato dalle ore 06.30 alle ore 12.30, che garantisca il contatto in tempo reale con le vetture disponibili, il call center per l'utenza, l'organizzazione degli accessi tramite il rilascio di un codice di "accesso" al servizio;
 - disponibilità di almeno **n. 1** vettura dotata di allestimento "freespace" che consenta di imbarcare 1 disabile non deambulante su carrozzella mantenendo 6 posti totali di cui n. 1 del conducente, n. 4 per i passeggeri, n. 1 per la carrozzella con altezza del veicolo non inferiore a mt 1,38 al fine di consentire una comoda seduta anche ai disabili con statura più elevata;
 - disponibilità di almeno **n. 1** vettura che consenta di imbarcare ciascuna n. 1 disabile non deambulante su carrozzina mantenendo 5 posti totali di cui n. 1 per il conducente, n. 3 per i passeggeri e n. 1 per la carrozzella con altezza del veicolo non inferiore a mt 1.40 al fine di consentire una comoda seduta anche ai disabili con statura più elevata;

2. **Organizzazione di un servizio a prenotazione che garantisca la mobilità delle persone tramite l'utilizzo di un codice personale utente.** La realizzazione di tale obiettivo potrà essere attuata tramite:

- o disponibilità di almeno n. 2 autisti di cui almeno uno in possesso della patente DK e n. 1 in possesso della patente B;
- o disponibilità di almeno 2 centralinisti in compresenza per il call center;
- o creazione link nelle home page del sito internet di ogni Comune associato per l'accettazione di eventuali prenotazioni on line.

4. **Organizzazione di un servizio a prenotazione che garantisca la mobilità delle persone nell'accesso agli avvenimenti culturali del territorio.** La realizzazione di tale obiettivo potrà essere attuata tramite:

- o organizzazione, da parte del gestore del servizio di un circuito di trasporto che garantisca la partecipazione delle persone ad eventi culturali del territorio almeno una volta ogni due mesi per Comune con turnazioni per gruppi di almeno 3 Comuni per volta ed una disponibilità bimestrale di mezzi con capacità di posti a sedere sino a 150.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO: annualità 2007, estensibile anche al 2008 e 2009.

AZIONI

OBIETTIVO	SOGGETTO ESECUTORE	MODALITÀ AFFIDAMENTO INCARICO AL SOGGETTO ESECUTORE
Attivazione di un servizio di trasporto a chiamata e servizi connessi.	Comuni del Distretto Sanitario n.1 ed in particolare dei sub distretti	Appalto ad evidenza pubblica con offerta migliorativa del servizio ed

	dell'Anglona e del Coros Figulinas.	economie di gara da impiegare nel potenziamento del servizio.
--	-------------------------------------	---

RISULTATI ATTESI

6. Attivazione di un servizio di trasporto a chiamata che sopperisca al problema della mobilità e dell'accesso ai servizi del territorio con una contribuzione utenza minima;
7. garantire l'autonomia e la libertà di movimento delle persone nell'accesso ai servizi territoriali;
8. promozione di situazioni di agio;
9. maggiore fruibilità dei servizi socio sanitari e territoriali in genere;
10. miglioramento della qualità della vita.

DESTINATARI DEL PROGETTO

Persone con ridotte capacità motorie che necessitano di spostarsi nell'ambito provinciale per motivi di lavoro, salute, riabilitazione, studio.

MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

Metodi e soggetti della valutazione

Metodologia di valutazione dei processi e dei risultati finali:

- stato di pulizia delle vetture;
- confort di viaggio e qualità nella guida;
- ottimizzazione delle informazioni erogate per l'accesso al servizio;
- ottimizzazione del servizio tramite il massimo carico della vettura su percorsi/itinerari compatibili.
- rilevazione numero richieste d'accesso al servizio;
- rilevazione numero richieste d'accesso espletate nell'anno di riferimento;
- organizzazione riunioni di coordinamento per la buona organizzazione del servizio;
- rilevazione frequenza delle richieste.

Strumenti della valutazione:

- somministrazione questionari di valutazione del servizio per gli operatori;
- somministrazione questionari di valutazione del servizio utenza;
- somministrazione questionari di valutazione del servizio amministratori enti interessati ed operatori degli uffici di servizio sociale;
- rilevazione del numero delle lamentele e delle segnalazioni negative in merito all'espletamento del servizio;
- rilevazione del numero delle convenzioni effettuate con i soggetti del terzo settore per eventuali collaborazioni nella gestione del servizio;

Coinvolgimento destinatari/fruitori, beneficiari finali degli interventi nella valutazione della qualità percepita:

- conoscenza del servizio da effettuarsi tramite pubblicizzazione radiofonica, manifesti, comunicati stampa e numero telefonico facile da memorizzare;
- facilità d'accesso al servizio da effettuarsi tramite adeguata preparazione professionale dei centralinisti e degli autisti;
- promozione del servizio da parte degli uffici territoriali di servizio sociale.

Soggetti della valutazione/indicazione valutatori:

- utenza che accede al servizio;
- Cittadinanza e famigliari di riferimento;
- Amministrazioni comunali;
- Uffici servizi sociali comunali;
- Uffici territoriali dell'AUSL.
- Comune capofila che dovrà garantire la vigilanza sul corretto svolgimento del servizio.

**RISORSE FINANZIARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO:
EURO 153.999,60.**