



© G.F.JO ph



**Programmazione 2020 – 2022**

**Deliberazione n. 1 del 29 maggio 2020**

**OGGETTO: Approvazione del Piano Integrato di Salute (PIS) 2020-2022 del  
Profilo di Salute e del Programma Operativo Annuale (POA) 2020.**

# Indice

---

**Nota introduttiva**

**Prefazione**

**Introduzione**

**Società della Salute della Lunigiana**

**Strumenti di programmazione**

**Come abbiamo lavorato**

**Relazione sullo Stato di salute**

*Il Contesto della Comunità*

- demografia
- determinanti di salute
- famiglie e minori
- stranieri
- stato di salute generale
- non autosufficienza
- salute mentale
- materno infantile
- prevenzione
- farmaceutica

*Quadro Sintetico attività 2018*

- Cure Primarie
- Farmaceutica
- Consultorio
- Salute mentale adulti
- Comunità Tiziano
- Salute mentale infanzia e adolescenza
- Servizio Tossicodipendenze
- Cure Palliative
- Servizio Sociale, sociosanitario e socio assistenziale
- Le progettualità attivate

**La Partecipazione**

**Le linee strategiche 2020-2022**

**Scelta delle priorità**

**Programmazione 2020**

**Bibliografia e Ringraziamenti**

## Nota introduttiva

---

Il Piano Integrato di Salute è stato redatto precedentemente al periodo di emergenza covid 19 che ha travolto la nostra organizzazione sanitaria.

Un evento eccezionale del quale è necessario un tempo per poterne analizzare la ricaduta sulla popolazione e sui servizi, per tale motivo rimandiamo il relativo approfondimento allegando al momento una breve relazione al PIS.

La nostra zona è stata particolarmente colpita essendo tra l'altro confinante con le regioni dove la pandemia ha avuto una maggiore espansione.

Abbiamo vissuto un periodo molto difficile nel quale ogni giorno abbiamo dovuto ripensare al nostro modo di lavorare per poter assistere le persone ed affrontare le nuove problematiche. Vi è stato un impegno importante e continuo di tutti gli operatori specialmente quelli in prima linea.

Le azioni messe in atto per il contenimento della pandemia ci hanno obbligato a riflettere sulla riorganizzazione dei servizi e sulla ripartenza, che non possono non tener conto dei sistemi di sicurezza per la protezione degli utenti, degli operatori e per la salvaguardia della salute pubblica.

*La Direttrice SdS Lunigiana  
Dott.ssa Rosanna Vallelonga*

*Aulla, 25/05/2020*

## Prefazione

---

*La Società della Salute nata per una precisa scelta politica, rappresenta per la Lunigiana l'organizzazione che ha mostrato nel tempo di essere in grado di esprimere una conoscenza approfondita dei fenomeni sociali e sanitari del territorio ed indicare gli opportuni indirizzi di politiche integrate.*

*Tutti i 14 comuni sono parte del consorzio che insieme all'ASL offrono un folta rete di servizi in grado di accompagnare i cittadini ed in particolare quelli appartenenti alle fasce più fragili per il progetto di vita.*

*Le problematiche che si affrontano ogni giorno sono complesse, ma l'organizzazione è in grado di prendersi in carico in maniera integrata dei bisogni della popolazione tenendo conto anche della sostenibilità economica.*

*Il documento di programmazione è realizzato secondo il principio della sussidiarietà attraverso la partecipazione della cittadinanza sempre più orientata alla responsabilizzazione, per mantenere un sistema sociale che garantisce ai cittadini la fruizione dei servizi sociali e sanitari ritenuti indispensabili.*

*Ringrazio la Direttrice della Asl Toscana Nord ovest, i colleghi sindaci, lo staff della Società della Salute e tutti gli attori del sistema socio sanitario, ed un ringraziamento particolare al comitato di partecipazione, alle associazioni sindacali, alla consulta del volontariato che sono l'espressione dei cittadini di questo territorio.*

*Il Presidente SdS Lunigiana*

*Riccardo Varese*

## Introduzione

---

*L'attuazione della riforma del sistema socio sanitario regionale è strettamente collegata alla capacità dei territori di stare vicini alla popolazione in particolare in zone come quelle della Lunigiana dove ogni anno diminuisce in numero considerevole la popolazione.*

*Il luogo dove possono ricomporsi gli obiettivi di salute di un territorio considerando le istanze degli stakeholder istituzionali e non, è quello a mio parere della programmazione.*

*Programmare significa passare dalla fase dell'enunciazione di principio a mettere in pratica azioni che il sistema pubblico garantisce per la tutela della salute, tenendo presenti i principi di universalità, eguaglianza ed equità di accesso.*

*Il momento della programmazione rappresenta per la nostra organizzazione di Società della Salute il momento ove si compie l'espressione più alta della governance territoriale evidenziando l'alleanza fra i vari attori, del territorio stesso.*

*Il nostro percorso di programmazione è stato accompagnato tenendo presente il concetto dell'OMS di "benessere psicofisico" e dall'approccio culturale che è quello di attivare la comunità per affrontare le disuguaglianze di salute.*

*Il piano integrato di salute 2020-2022 è stato realizzato sull'esperienza del precedente piano integrato, avendo la consapevolezza di aver realizzato un documento attraverso la operosità e la motivazione di molteplici attori che hanno valorizzato il "laboratorio di idee" permanente avviato nel 2006.*

*Il piano integrato di salute è costituito dal profilo di salute che fotografa lo stato di salute del nostro territorio, dal piano operativo annuale e dal piano di inclusione zonale, all'interno di questi sono previste le azioni e i progetti da realizzare nell'anno 2020 che riguardano sia le materie sanitarie, socio sanitari e socio assistenziali, dato che la Società della Salute della Lunigiana gestisce le materie di cui sopra.*

*Abbiamo individuato quattro obiettivi: Promuovere azioni di Prevenzione; Mantenere e Sviluppare l'assistenza territoriale; Sostenere la riabilitazione e il reinserimento sociale; Inclusione sociale e lotta alla povertà in considerazione delle linee programmatiche approvate dall'Assemblea dei Soci come da indicazioni regionali.*

*Particolare attenzione sulla prevenzione, sugli interventi della cronicità, sugli interventi di continuità assistenziale fra ospedale e territorio e l'integrazione fra sociale e sanitario. Quest'ultimo aspetto è il caposaldo della nostra organizzazione, la Società della Salute che consente di realizzare politiche sociali e sanitarie integrate attraverso i fondi che derivano dagli enti consorziati e permette di sviluppare un welfare di comunità con la crescita della comunità stessa.*

*Alcune azioni programmatiche sono innovative e tengono conto anche delle attuali disposizioni nazionali come il reddito di cittadinanza, ed il fondo povertà.*

*L'occasione è quella di rivolgere un caloroso ringraziamento a tutti i partecipanti per aver contribuito alla realizzazione di questo documento che testimonia il senso di appartenenza a questa comunità.*

La Direttrice SdS  
Rosanna Vallelonga



**SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA LUNIGIANA****Presidente**

Riccardo Varese

**Direttrice**

Rosanna Vallelonga

**Ufficio Direzionale**

Coordinatore Sanitario Amedeo Baldi

Coordinatore Sociale Daniela Ghelfi

Dirigente Amministrativo Eugenia Folegnani

**Assemblea dei Soci**

Maria Letizia Casani

Roberto Valettini

Carletto Marconi

Riccardo Ballerini

Antonio Maffei

Annalisa Folloni

Gianluigi Giannetti

Renzo Martelloni

Claudio Novoa

Marco Pinelli

Lucia Baracchini

Matteo Mastrini

Filippo Abramo Bellesi

Cristian Petacchi

Direttore Generale Azienda USL Toscana Nord ovest

Sindaco di Aulla

Sindaco di Bagnone

Sindaco di Casola L.

Sindaco di Comano

Sindaco di Filattiera

Sindaco di Fivizzano

Sindaco di Licciana Nardi

Sindaco di Mulazzo

Sindaco di Podenzana

Sindaco di Pontremoli

Sindaco di Tresana

Sindaco di Villafranca L.

Sindaco di Zeri

**Ufficio di direzione**

Responsabile U.F. Cure Primarie

Responsabile U.F. Salute Mentale Adulti

Responsabile U.F. Salute Mentale Infanzia Adolescenza

Responsabile U.F. Servizio Dipendenze.

Responsabile U.F. Attività Consultoriale

Responsabile U.F. Cure Palliative

P.O. Assistenza Infermieristica Territorio Lunigiana

Coord. per le Attività di Ass.za Riabilitativa Prof.Le

Coordinatore AFT Alta Lunigiana

Coordinatore AFT Bassa Lunigiana

Responsabile U.F. Servizio Sociale

Direttore Sanitario Struttura Psichiatrica Tiziano

Dirigente Amministrativo SdS Lunigiana

P.O. Coordinamento Amministrativo Giuridico Economico

P.O. Coordinamento Contabile Finanziario

Amedeo Baldi

Alessandro Guidi

Isabella Bernazzani

Giuseppe Panico

Maria Paola Mori

Antonella Battaglia

Antonella Nobili

Licia Marri

Vincenzo Milazzo

Giuseppe Galli

Daniela Ghelfi

Lucia Polese

Eugenia Folegnani

Luca Ghelfi

Raffaella Mazzini

**Comitato di Coordinamento**

Medico di Medicina Generale

Pediatra di Libera Scelta

Specialista Ambulatoriale Convenzionato

Farmacista Convenzionato

Rappresentante Associazione di Volontariato

Coordinatore Att. Assistenza Infermieristica

Coord. per le Attività di Ass.za Riabilitativa Prof.Le

Coordinatore Attività tecnici della prevenzione

Responsabile U.F. Cure Primarie

Responsabile U.F. Salute Mentale Adulti

Responsabile U.F. Salute Mentale Infanzia Adolescenza

Responsabile U.F. Servizio Dipendenze.

Responsabile U.F. Attività Consultoriale

Responsabile U.F. Cure Palliative

Responsabile U.F. Servizio Sociale

Direttore Sanitario Struttura Psichiatrica Tiziano

Dirigente Amministrativo SdS Lunigiana

P.O. Coordinamento Amministrativo Giuridico Economico

P.O. Coordinamento Contabile Finanziario

Severino Filippi

Aldo Vivaldi

Vittorio Brancatella

Paolo Natale

Renato Ballerini

Paolo Galoppini

Licia Marri

Marco Andreani

Amedeo Baldi

Alessandro Guidi

Isabella Bernazzani

Giuseppe Panico

Maria Paola Mori

Antonella Battaglia

Daniela Ghelfi

Lucia Polese

Eugenia Folegnani

Luca Ghelfi

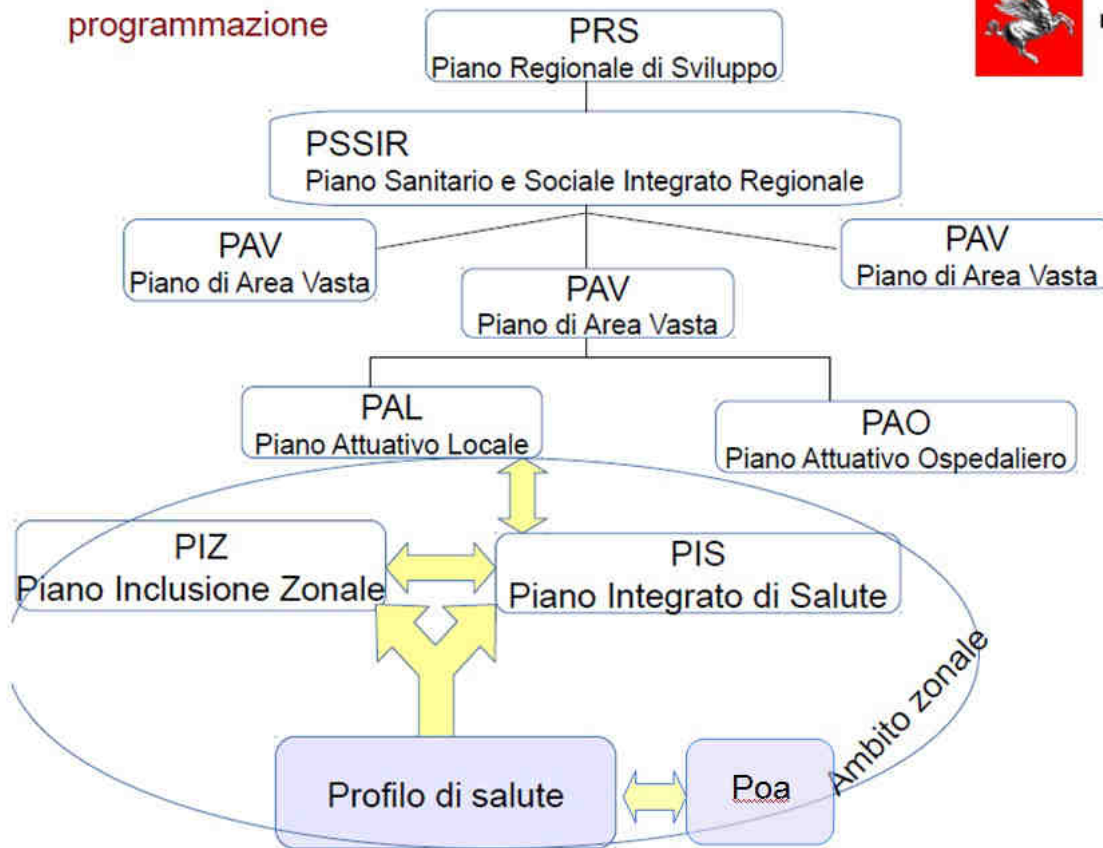
Raffaella Mazzini

# Strumenti di Programmazione

Strumenti di programmazione

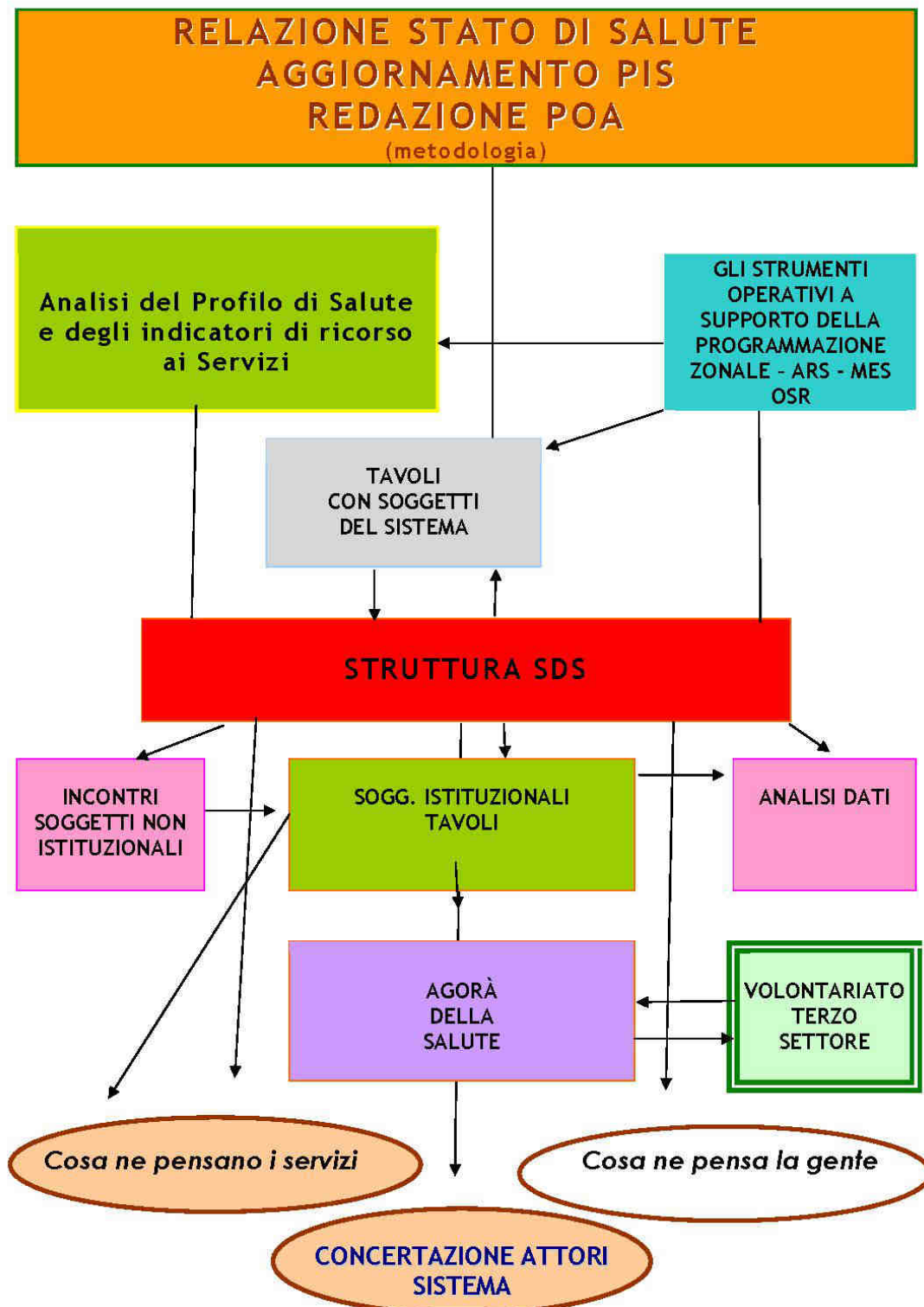


Regione Toscana





## La metodologia di lavoro



# Relazione sullo Stato di salute

## IL CONTESTO DELLA COMUNITÀ

### DEMOGRAFIA

#### Il Territorio e la Popolazione

Il comprensorio dell'ex ASL 1 di Massa e Carrara corrisponde a quello dell'omonima Provincia, comprende 17 Comuni ed è suddiviso funzionalmente in due zone socio sanitarie denominate rispettivamente delle Apuane che comprende 3 Comuni (Massa, Carrara e Montignoso) e della Lunigiana che comprende i restanti 14 Comuni. Questi territori presentano caratteristiche geografiche e socio-economiche alquanto diverse; la zona Apuana è un'area costiera industrializzata nella quale risiedono 141885 abitanti (vs 142.224 del 2017) abitanti con una densità di 781.35 per Km<sup>2</sup> (vs 783,22 del 2017), mentre la Lunigiana è un territorio montuoso più ampio, scarsamente industrializzato, con una densità abitativa di 55.46 per Km<sup>2</sup> (vs 55,86 del 2017), in cui vivono 53406 cittadini (vs 54.356 del 2017) (dati 2018 macroars).

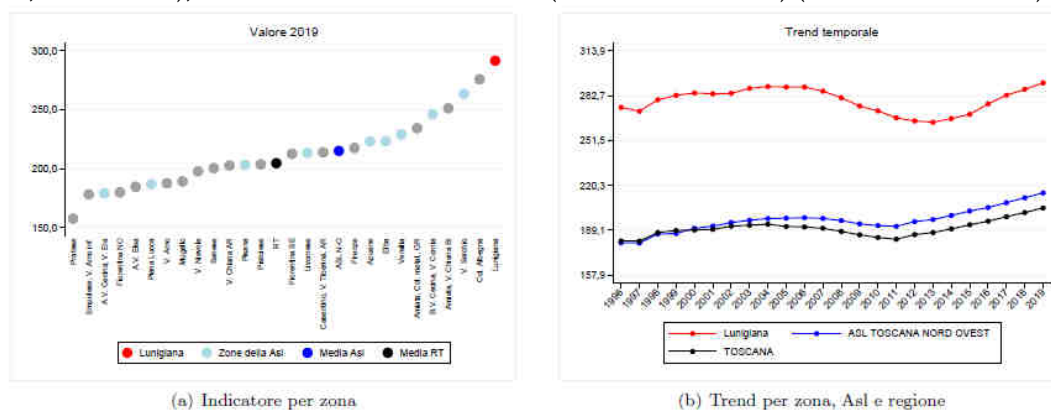


Figura 1.2: Indice di vecchiaia, valori 2019

Per avere una chiave di lettura dei fenomeni demografici e sociali si utilizzano indicatori consolidati che ne consentono una comprensione sufficientemente approfondita seppure sintetica.

Analizzando questi indicatori si evince all'istante che l'invecchiamento della popolazione continua ad essere un fenomeno preoccupante, in particolar modo per la zona socio sanitaria della Lunigiana che presenta ormai nel 2018, il più alto indice di invecchiamento di tutte le zone della nostra Regione, con una percentuale di abitanti di 65+ anni del 30,4% (+0,5% rispetto lo scorso anno).

Inoltre, l'indice di vecchiaia, che misura il numero di persone con età 65+ anni per ogni 100 giovani di età inferiore ai 15 anni, risulta pari a 291.64 (vs 283,05 del 2017 e vs 204.616 valore medio regionale); interessante notare come questo indice arrivi a toccare valori molto alti in tutti i comuni con minor numero di residenti.

Il tasso di natalità della Lunigiana continua ad essere minore rispetto a quello provinciale e regionale, mentre quello di mortalità è superiore alla media regionale.

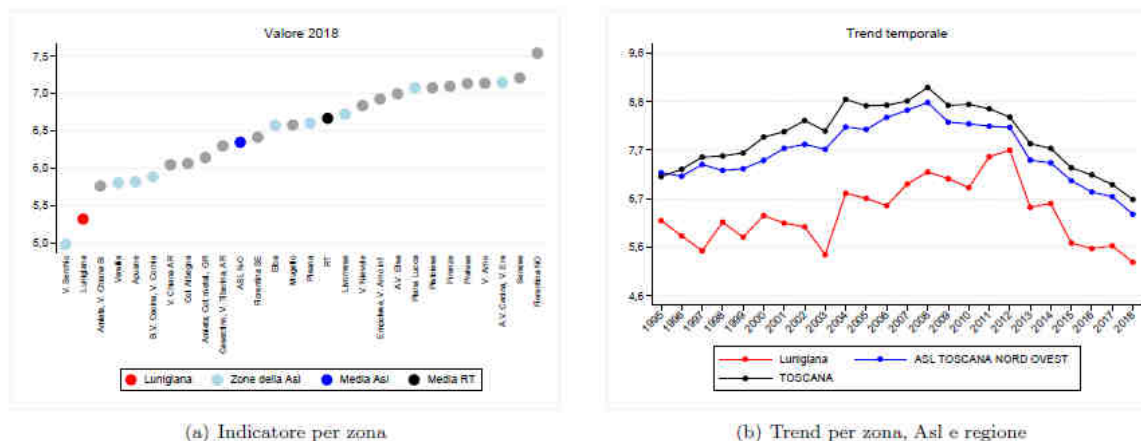


Figura 1.1: Tasso di natalità, valori 2018

## DETERMINANTI DI SALUTE

### Reddito, Lavoro, Pensioni

La percentuale di abitanti della Lunigiana che vivono in zone altamente deprivate è inferiore a quella regionale (15.86 vs 15.86 nel 2017) (RT 20,5 vs 20.45 nel 2017), mentre nelle Apuane risulta maggiore (25,1 vs 25.08 nel 2017).

Il tasso di disoccupazione risulta più alto della media regionale e il reddito imponibile medio risulta di gran lunga inferiore ai valori medi regionali e anche alla zona della Apuane. Il tasso di disoccupazione è molto elevato anche tra gli stranieri indicando un basso grado di inserimento nel contesto lavorativo.

Anche la diffusione delle prestazioni di natura assistenziale risulta abbastanza elevata in Lunigiana.

Il Tasso di famiglie che chiedono integrazione dei canoni di locazione risulta comunque tra i più bassi delle zone della Toscana (5.91 vs 10.18 RT).

Dai suddetti indicatori si evince che sta aumentando il disagio sociale e considerato anche l'indice di dipendenza, (nel 2018 Lunigiana 68.25 - Apuana 57.97 - Provincia 60.67 - Regione 60.71 dati macroars) si nota come in Lunigiana si stia sempre più assottigliando l'età lavorativa rispetto a quella in età non lavorativa, e questo sbilanciamento non è dovuto, come già visto in precedenza, ad un incremento della popolazione infantile ma ad un incremento costante della popolazione anziana.

Questi indici, tuttavia non possono costituire una sentenza definitiva relativamente agli scenari attuali e futuri del mercato del lavoro provinciale, infatti, altri fenomeni sociali e demografici potrebbero ridurre la capacità esplicativa di questi dati, pur non alterandone le naturali e preoccupanti linee di tendenza:

- la permanenza al lavoro degli ultra 65enni, in parte imposta dai processi di riforma del sistema previdenziale ed in parte ricercata dalle stesse imprese a fronte di una diffusa incapacità di sostituire i saperi e l'esperienza delle maestranze;
- l'innalzamento dell'età di ingresso nel mondo del lavoro dovuta all'innalzamento dei livelli di scolarità;
- i processi di immigrazione straniera che risultano in forte aumento;

Comunque considerato anche il basso numero di componenti per famiglie, c'è il rischio che questi squilibri demografici potranno acuitizzarsi con il passare del tempo e molto probabilmente porteranno ad un ulteriore sbilanciamento di risorse prodotte e di risorse consumate.

### Stili di vita

Alla base delle principali malattie croniche ci sono fattori di rischio comuni e modificabili, che causano la maggior parte dei decessi per queste malattie, indipendentemente da età, sesso o provenienza geografica. Tra i più comuni possiamo ricordare: dieta non salutare, mancanza di attività fisica e consumo di tabacco. Sono stati identificati molti altri fattori di rischio, che però sono alla base di una percentuale inferiore di malattie croniche. L'alcolismo contribuisce notevolmente al carico globale di malattia.

Secondo alcune stime, l'alcol sarebbe la causa del 3% dei decessi totali e del 4% del carico globale di malattia, di cui circa la metà deriva da incidenti intenzionali o imprevisti. La relazione tra il consumo di alcol e le malattie croniche è piuttosto complessa. Tra gli effetti sulla salute dell'abuso di alcol ci sono la cirrosi epatica, la pancreatite e tumori maligni del fegato, dell'apparato orale, della gola, della laringe e dell'esofago. D'altra parte, dati recenti ottenuti da studi epidemiologici e clinici suggeriscono che un consumo moderato di alcol può proteggere dallo sviluppo di malattie cardiovascolari. Questo effetto benefico diventa significativo soltanto fra le persone di mezza età e negli anziani, quando è maggiore il rischio cardiovascolare. Nei giovani, invece, prevalgono gli effetti negativi associati all'alcol, come la violenza e gli incidenti. Tra gli altri fattori di rischio per lo sviluppo di malattie croniche ci sono alcuni agenti infettivi, responsabili dei tumori alla cervice e al fegato, e fattori ambientali come l'inquinamento dell'aria, che contribuisce all'insorgenza di asma e altri disturbi respiratori cronici. Anche i fattori psicosociali e genetici svolgono un ruolo importante.

Il carico delle malattie croniche grava soprattutto sui ceti meno abbienti che risultano più vulnerabili per diverse ragioni, inclusa la maggior esposizione ai rischi e il ridotto accesso ai servizi sanitari.

Le malattie croniche possono peggiorare le condizioni economiche di individui e famiglie.

Investire nella prevenzione delle malattie croniche è strategico per ridurre il carico di mortalità e di malattia e garantire la sostenibilità del sistema socio-sanitario.

Per quanto riguarda le malattie croniche, la causa più immediata di disuguaglianza è la maggiore presenza di fattori di rischio tra i poveri, che insieme alle persone meno istruite sono più propensi al consumo di derivati del tabacco e di cibi altamente energetici e ad elevato contenuto di grassi, alla sedentarietà, al sovrappeso e all'obesità.

Queste differenze di carattere socioeconomico nella prevalenza dei fattori di rischio sono particolarmente evidenti nei Paesi ricchi, ma stanno diventando significative anche nelle zone a reddito medio e basso.

Le persone indigenti e meno istruite tendono maggiormente ad avere comportamenti a rischio per diversi motivi: percorsi scolastici più brevi e limitati, maggiore stress di natura psicosociale, scelta limitata dei

modelli di consumo, accesso inadeguato alle cure e all'educazione sanitaria, oltre alla vulnerabilità e agli effetti negativi della globalizzazione.

La pubblicità martellante di prodotti dannosi mantiene alta la domanda da parte di chi ha minori possibilità di sostituire i comportamenti a rischio con abitudini più sane e, spesso, più costose.

Per raccogliere i benefici delle attività di prevenzione e di controllo non è necessario attendere molti anni. Riducendo i fattori di rischio si possono ottenere risultati positivi in poco tempo, a livello di popolazione e di singoli individui.

Eliminando i fattori di rischio, si potrebbe evitare almeno l'80% di tutti i casi di cardiopatia, ictus e diabete di tipo 2 e inoltre prevenire più del 40% dei tumori.

## Stato nutrizionale e abitudini alimentari

“In ogni fase della vita” lo stato nutrizionale è un importante determinante delle condizioni di salute. Nelle persone anziane possono manifestarsi problemi nutrizionali secondari tanto agli eccessi quanto alle carenze alimentari, entrambi in grado di provocare la comparsa di processi patologici a carico di vari organi e di favorire l'invecchiamento. In particolare, l'eccesso di peso favorisce l'insorgenza o l'aggravamento di patologie preesistenti (dismetaboliche, cardiovascolari, osteo-articolari) e influisce negativamente sulla qualità della vita della persona. La perdita di peso non intenzionale rappresenta, invece, un indicatore comunemente utilizzato per la fragilità dell'anziano.

Lo stato nutrizionale si misura comunemente attraverso l'indice di massa corporea (IMC), dato dal rapporto del peso (in Kg) ed il quadrato dell'altezza (in metri); le persone vengono classificate sottopeso (IMC < 18,5), normopeso (IMC: fra 18,5-24,9), sovrappeso (IMC: fra 25-29,9), obeso (IMC  $\geq$  30).

Adeguate quantità di frutta e verdura assicurano un rilevante apporto di carboidrati complessi, vitamine, minerali, acidi organici, sostanze antiossidanti e di fibre che oltre a proteggere da malattie cardiovascolari e neoplastiche, migliorano la funzionalità intestinale e contribuiscono a prevenire o migliorare la gestione del diabete mellito non insulino-dipendente. Secondo stime dell'OMS complessivamente lo scarso consumo di frutta e verdura è responsabile di circa un terzo degli eventi coronarici e di circa il 10% di ictus cerebrale. La soglia di 400 grammi al giorno, corrispondente a circa 5 porzioni, è la quantità minima consigliata per proteggersi da queste ed altre patologie e assicurare un rilevante apporto di nutrienti (vitamine, minerali, acidi organici) e sostanze protettive antiossidanti. Per questo motivo, in accordo con le linee guida, che raccomandano di consumare almeno 5 porzioni al giorno (five-a-day) di frutta o verdura, insalata o ortaggi, viene misurato il consumo di questi alimenti.

Nel 2018 risulta che 2,45% dei ragazzi lunigianesi è obeso (BMI > 30=) valore questo più elevato della media Regione Toscana mentre, è più alta della media regionale (24) e provinciale (17) la percentuale (24,54) di persone con età 14-19 aa che consumano adeguate quantità di frutta e verdura.

## Attività fisica

Negli ultimi 10 anni, è notevolmente aumentata la conoscenza sugli effetti dell'attività fisica e dell'esercizio tra gli uomini e le donne anche anziani. “L'attività fisica regolare rappresenta un fattore protettivo per le malattie cardiovascolari, il diabete (sia in termini di mortalità che di morbilità), ipertensione e obesità, alcuni tipi di tumore (in particolare cancro del colon e della mammella). In particolare, agisce abbassando la pressione arteriosa e i valori dei trigliceridi nel sangue, aumentando il colesterolo HDL e migliorando la tolleranza al glucosio”.

Una regolare attività fisica protegge le persone anziane da numerose malattie, previene le cadute e migliora la qualità della vita, aumentando anche il benessere psicologico. Nelle persone anziane l'attività motoria è correlata direttamente alle condizioni complessive di salute: può essere notevolmente limitata o assente nelle persone molto in là con l'età e con difficoltà nei movimenti.

“La vita sedentaria si configura quindi come una condizione predisponente, insieme ad una cattiva alimentazione, di importanti patologie croniche soprattutto cardiovascolari.

Uomini e donne di qualsiasi età possono trarre vantaggio anche solo da 30 minuti di moderato esercizio quotidiano e non è necessario dedicarsi ad una attività specifica: l'attività fisica infatti può essere di tipo sportivo oppure connessa con le attività quotidiane, ad esempio spostarsi a piedi o in bicicletta per andare a lavoro o a scuola, usare le scale invece dell'ascensore.”

Nel 2018 risulta che il 14,42 dei ragazzi lunigianesi svolge scarsa o assente attività fisica, valore questo più alto della media regionale ma minore rispetto alla zona delle Apuane (16,1).

## Fumo

Il fumo di tabacco costituisce uno dei principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, soprattutto a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare; rappresenta inoltre il maggior fattore di rischio evitabile di morte precoce, a cui gli esperti attribuiscono circa il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce e disabilità (DALY - disability-adjusted life year). Il fumo fa male a tutte le età, ma le conseguenze negative del fumo aumentano con l'aumentare dell'età; le principali cause di mortalità correlate al fumo nelle persone con 60 anni e più sono il tumore del polmone e la broncopneumopatia cronica ostruttiva.

La percentuale di fumatori risulta più elevata in Lunigiana rispetto alla media regionale (19,7 vs 19,2) ma inferiore ai valori delle Apuane (28,6) e altre zone della Toscana.

Dal novembre 2017 è nuovamente attivo il Centro Antifumo presso il Ser-D della Lunigiana.

Nel corso del 2018 sono stati presi in carico 34 pazienti (vs 31 nel 2017), con programmi di counseling psicoeducativo e di terapia psicofarmacologica

## Consumo di Alcol

Per quel che riguarda gli alcolici, come già riferito, se da un lato è evidente come il loro abuso possa essere seriamente dannoso per la salute, d'altro è da riconoscere come il loro consumo possa essere parte di un modello culturale di socializzazione; l'abitudine quotidiana a bere vino deriva da una forte tradizione nel contesto familiare italiano e toscano.

Dai primi anni ottanta in poi, comunque, è iniziato in Italia il calo del consumo medio annuo pro-capite di alcol; calo che può essere attribuito in parte al calo dei consumi di vino (l'Italia si colloca comunque al primo posto a livello internazionale per i consumatori regolari di vino) e in parte dei superalcolici, mentre in aumento appaiono i consumi di birra e di nuove bibite a basso contenuto alcolico. Nonostante ciò, il livello del consumo medio pro-capite è ancora notevolmente al di sopra di quello ritenuto auspicabile dall'OMS.

La Società italiana di alcolologia ha stimato in una cifra superiore a 50.000 il numero di nuovi alcolisti per anno. Secondo la stessa fonte è del 10% la prevalenza di patologie alcol correlate in medicina generale e lo stesso nell'ambito dei ricoveri ospedalieri. D'altra parte un consumo inappropriato di alcol provoca all'organismo danni non solo diretti (in particolare gravi danni al fegato e all'apparato cardio-circolatorio), ma indiretti quali incidenti stradali, domestici e sul lavoro. Contestualmente alla diminuzione dei consumi è stato rilevato un aumento del numero dei consumatori, soprattutto nelle donne e nella fascia di popolazione più giovane.

La percentuale di bevitori a rischio (binge o forti bevitori) tra i ragazzi lunigianesi 42,3 è superiore ai valori della maggior parte delle zone della Toscana (media regionale 33,4) e molto simile ai valori delle Apuane (42,2). Preoccupa questo fenomeno dei bevitori eccedenti "binge drinkers" cioè le persone che hanno bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione; questo modo di consumare l'alcol ritenuto molto pericoloso è diffuso specialmente tra i giovani e negli uomini.

## Abuso di sostanze psicotrope

L'utilizzo di sostanze psicotrope è un fenomeno in costante evoluzione, influenzato dalla dinamicità del mercato dell'offerta. L'uso di sostanze è ancora prevalente tra i giovani, in particolare per l'uso ricreazionale. Secondo gli ultimi dati ESPAD Italia (indagine sul consumo tra i giovani), 1 adolescente su 4 ha provato sostanze nell'ultimo anno. Il dato toscano rilevato da Edit è inferiore alla media italiana, circa 1 ragazzo 14-19 enne su 3 dichiara di aver consumato sostanze nell'anno, percentuale che in Lunigiana risulta essere comunque minore della media regionale e delle Apuane (28 vs 30,1 vs 37,5).

## FAMIGLIE E MINORI

La percentuale dei minori sulla popolazione residente risente del trend demografico della Zona: una maggiore presenza di popolazione anziana e una minor presenza di minori e quindi un basso tasso di natalità nonostante anche la presenza di famiglie straniere. Infatti la Lunigiana ha la percentuale di minori più bassa rispetto a tutte le altre zone della Toscana (12,59% vs 15,03 media regionale). Dal punto di vista delle famiglie in questi ultimi anni abbiamo assistito ad un notevole cambiamento del modello familiare: sempre più famiglie monocomponenti, o composti da un genitore con un figlio con la necessità di creare ammortizzatori sociali per i quali la comunità è interessata.

Nonostante che l'instabilità matrimoniale sia in crescita in tutta la Regione, sembra che le famiglie della Lunigiana siano in controtendenza rispetto alla media (Lunigiana 3.87 - regione 4.14), che rispecchia



anche un aspetto culturale. Dal punto di vista dell'indicatore di Lisbona il territorio lunigianese risulta essere carente rispetto al dato regionale (Lunigiana 18.93, regione 37.23). Gli asili nido non sono molti e presenti nei luoghi centrali che possono servire un numero limitato di bambini. Si sofferisce alla mancanza dei servizi di nido con la presenza dei nonni che sono un valido sostegno alle giovani coppie.

I comuni della zona da anni sono impegnati a creare una rete di spazi educativi e di supporto alle famiglie per prevenire forme di disagio ad integrare le attività del Centro Minori e Famiglie dedicato completamente alla presa in carico globale delle famiglie in difficoltà. Non sono evidenti problemi riguardanti a forme di violenza e bullismo forse grazie alla presenza di sei centri aggregativi ed educativi ed 1 centro di prevenzione (Icaro) di cui sopra.

Ci sono criticità per quanto riguarda il ricorrere all'istituto dell'affidamento, per la difficoltà a reperire le famiglie disponibili ad accogliere i minori, necessità che risulta già più elevata della media regionale (Lunigiana 2.62 - Vs Regione 1.69). A questo proposito si sta realizzando un progetto di informazione e sensibilizzazione in tutti i comuni. La difficoltà di utilizzare l'istituto di affidamento si concretizza nel dato che ci vede fra le zone che maggiormente ricorrono all'inserimento dei minori in comunità educative (Lunigiana 1.31 vs Regione 1.09).

Per quanto riguarda gli esiti negativi nella scuola secondaria di secondo grado la Lunigiana registra il dato migliore rispetto quello della media regionale: Lunigiana 7.98, media regionale 9.95, così come l'indice di soddisfazione complessiva nei rapporti con i genitori di ragazzi dai 11 ai 17 anni. L'indice è superiore alla media regionale, Lunigiana 57.71 vs Regione 56.80.

## STRANIERI

All'interno del territorio della provincia di Massa - Carrara, nel periodo che va dal 2000 al 2018, si è verificato un progressivo aumento (da 1,95% a 7.64%) della percentuale della popolazione straniera sul totale di quella residente. L'incremento ha riguardato l'intero territorio provinciale; circa due terzi di immigrati dimorano nella Zona Apuana, nei Comuni di Massa e Carrara; questi valori risultano comunque inferiori rispetto ad altre zone con maggiori opportunità lavorative della Regione Toscana (Lunigiana 8,13 vs media RT 11,19). Aumentata al 13,58% anche la percentuale di ragazzi stranieri nelle scuole che si attesta sui valori medi regionali (RT 13,98%)

In Lunigiana è attivo da diversi anni il progetto SPRAR che dispone di n. 6 appartamenti situati nei comuni di Licciana Nardi, Aulla, Tresana, Villafranca in Lunigiana, Bagnone e Filattiera per un totale di n. 31 posti totali.

Nel 2018 i beneficiari dello SPRAR sono stati 59.

Sono stati attivati diversi corsi di apprendimento della lingua italiana che hanno visto n. 7 frequentanti al corso di prealfabetizzazione, n. 16 al corso base, n. 13 a quello intermedio e n. 24 ad altro tipo di corso.

N. 19 hanno conseguito la certificazione dei corsi di lingua per livello A2.

Sono stati attivati 9 tirocini formativi e/o borse lavoro e n. 8 inserimenti lavorativi per beneficiari di sesso maschile.

## STATO DI SALUTE GENERALE

### Statistiche di mortalità (fonte ARS Toscana)

Nei periodi temporali considerati, le patologie del sistema circolatorio risultano le più importanti cause di morte seguite dai tumori.

La mortalità per malattie del sistema cardiocircolatorio, in Lunigiana diminuita rispetto agli anni 2001-2003, in linea con la costante discesa dell'andamento regionale, è maggiore nei maschi che nelle femmine ed è superiore sia ai valori della costa che a quelli medi regionali.

L'analisi della mortalità per neoplasie evidenzia il ruolo primario dei tumori broncopolmonari nel determinare la mortalità maschile per neoplasie.

Nella popolazione femminile la prima causa di morte per tumore è rappresentata dal carcinoma della mammella con valori elevati confrontando le zone distretto della Toscana anche se la differenza osservata non risulta statisticamente significativa.

Complessivamente in Lunigiana i tassi standardizzati di mortalità per neoplasie risultano leggermente inferiori a quelli medi regionali, anche se la differenza non è statisticamente significativa; nella zona Apuana sono più elevati che in Lunigiana.

Relativamente al gruppo degli accidenti e traumatismi i valori dei maschi sono più alti rispetto a quelli delle femmine.

Anche per quel che riguarda i suicidi si riscontrano tassi di mortalità più elevati nei maschi rispetto alle femmine.



## Ricoveri in ospedale (fonte dati ARS Toscana-flusso SDO RT)

I tassi di ospedalizzazione nel periodo analizzato risultano maggiori nei maschi e nelle fasce d'età più avanzate. Elevato in Lunigiana anche il tasso di ricovero in particolare per le malattie dell'apparato cardiocircolatorio e per tumori.

## Speranza di vita

La speranza di vita alla nascita presenta un trend in aumento in linea con la media regionale; risulta superiore in Lunigiana nelle femmine sia ai valori della zona Apuana che quelli della Regione Toscana (85,7 vs 84,5 vs 85,6), mentre nei maschi si colloca tra gli ultimi posti delle zone della Regione (80,1 vs 81,1 RT) anche se lievemente superiore a quella della Zona Apuana (79,7).

## Cronicità

L'invecchiamento della popolazione è accompagnato da un aumento del carico delle malattie cronico-degenerative, come quelle cerebro-cardiovascolari, il diabete, la malattia di Alzheimer e altre patologie neurodegenerative, tumori, malattie polmonari croniche ostruttive e problemi muscoloscheletrici. Con l'avanzare dell'età è sempre più frequente la presenza di comorbidità ovvero la coesistenza nello stesso individuo di 2 o più patologie croniche. Nella maggior parte dei casi si tratta di malattie croniche, per le quali tuttavia esistono misure di prevenzione efficaci in grado di prevenirle o ridurre la disabilità ad esse associata. La sostenibilità del sistema assistenziale socio-sanitario richiede, pertanto, che vengano implementate misure di prevenzione e promozione della salute, volte a contenere, per quanto possibile, l'insorgenza delle patologie croniche legata all'invecchiamento o, quantomeno, gli esiti disabilitanti.

**Le malattie croniche**, che originano in età giovanile, richiedono anche decenni per manifestarsi clinicamente; dato il lungo decorso, ci sono molte opportunità di prevenzione; richiedono un approccio al trattamento sistematico e a lungo termine; i servizi sanitari devono integrare la risposta a queste malattie contrastando le malattie acute e infettive. Oltre ad avere un alto tasso di mortalità, le malattie croniche possono anche essere particolarmente invalidanti. Le malattie croniche sono la principale causa di morte e del carico di malattia.

La prevalenza di cronicità risulta essere ancora maggiore in Lunigiana anche se in lieve calo (Lunigiana 364,52 vs 383,93 nel 2017 - RT 332,32 vs 360,81 nel 2017 - Apuane 352,8 vs 372,08 nel 2017) e nel genere maschile.

**Il diabete mellito** è una malattia cronica caratterizzata dalla presenza di elevati livelli di glucosio nel sangue (iperglicemia) e dovuta a un'alterata quantità o funzione dell'insulina.

Nel diabete di tipo 2, che rappresenta circa il 90% dei casi di diabete, il pancreas è in grado di produrre insulina, ma le cellule dell'organismo non riescono poi a utilizzarla.

Numerosi fattori di rischio sono associati alla sua insorgenza. Tra questi: la familiarità per diabete, lo scarso esercizio fisico, il sovrappeso e l'appartenenza ad alcune etnie.

Il diabete mellito in Italia colpisce quasi il 5% della popolazione ed è una patologia degna di rilievo a causa delle sue complicanze a livello cardiovascolare, renale e oculare.

La prevalenza del diabete mellito nella popolazione anziana è del 16% circa. La terapia della malattia diabetica ha come elementi fondamentali l'attuazione di uno stile di vita corretto (abitudini alimentari adeguate, attività fisica regolare, astensione dal fumo) e il controllo degli altri eventuali fattori di rischio cardiovascolare presenti (soprattutto ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia ed eccesso ponderale). L'obiettivo è quello di ridurre il rischio di complicanze del diabete e di malattie cardiovascolari attraverso il mantenimento dei valori glicemici e lipidici e dei livelli di pressione arteriosa il più possibile vicini alla normalità.

La prevalenza di diabete è risultata essere elevata in Lunigiana (79,5 vs 71,78 RT, vs 77,9 Apuane).

**L'ipertensione arteriosa** è uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo di patologia cardio e cerebrovascolare e, di conseguenza, è associata ad elevati tassi di mortalità, morbilità e disabilità. Il rischio aumenta progressivamente al crescere dell'età. Particolarmente frequente nelle persone con 65 anni e più, ed anzi caratteristica di questa fascia di età, è l'ipertensione sistolica isolata, che tradizionalmente è definita dall'associazione di una pressione arteriosa sistolica superiore a 159 mmHg con diastolica inferiore a 90 mmHg. La sua prevalenza cresce all'aumentare dell'età, dallo 0,8% a 50 anni fino al 23,6% all'età di 80 anni. È ormai definitivamente accertato che anche l'ipertensione sistolica isolata, non meno di quella sisto-diastolica, aumenta il rischio cardiovascolare. Per entrambe le forme, studi clinici randomizzati hanno dimostrato l'efficacia del trattamento antipertensivo nel ridurre la mortalità e la morbilità attribuibili all'ipertensione. Il trattamento non farmacologico dell'ipertensione

arteriosa si basa sull'adozione di misure comportamentali, quali la dieta, l'esercizio fisico moderato, l'eventuale cessazione dell'abitudine al fumo e la riduzione del consumo di alcolici.

**Lo scompenso cardiaco** rappresenta l'evoluzione clinica finale comune a patologie cardiovascolari inizialmente anche molto differenti tra di loro per eziologia e fisiopatologia. Tale condizione è la principale causa di ospedalizzazione e di disabilità tra i pazienti anziani.

La prevalenza di scompenso cardiaco risulta essere superiore alla media regionale in Lunigiana (28,06 vs 24,16 RT, vs 27,3 Apuane e vs 24,7 Azienda Usl TNO) e nel genere maschile per tutte le classi di età considerate.

**La Broncopneumopatia cronico-ostruttiva (BPCO)** è una malattia dell'apparato respiratorio caratterizzata da un'ostruzione irreversibile delle vie aeree, di entità variabile a seconda della gravità, associata a uno stato di infiammazione cronica del tessuto polmonare.

Il fattore di rischio più importante nella BPCO è il fumo sia attivo che passivo.

L'insufficienza cardiaca è uno dei problemi sanitari più rilevanti nei paesi industrializzati, compresa l'Italia. L'incidenza e la prevalenza dell'insufficienza cardiaca aumentano con l'età. Sotto i 65 anni l'incidenza è 1/1.000 uomini e 0,4/1.000 donne per anno, mentre nella popolazione anziana è 11/1.000 uomini e 5/1.000 donne per anno. La prevalenza di questa patologia risulta essere la più elevata in Lunigiana anche se in calo (73,74 vs 52,18 RT vs 66,2 Apuane e vs 54,08 Azienda Usl TNO) e nel genere maschile per tutte le classi di età considerate.

**L'ictus** è un infarto cerebrale. Il trattamento di soggetti che già hanno avuto un TIA o un ictus prevede l'identificazione e la correzione dei fattori di rischio cardiovascolari: ipertensione, dislipidemia, fumo, diabete, inattività fisica, sovrappeso, fibrillazione atriale e l'identificazione dell'eventuale coinvolgimento di altri distretti vascolari nel tentativo di prevenire le recidive e la conseguente disabilità o di evitare il decesso. La prevalenza di questa patologia risulta essere superiore alla media regionale in Lunigiana (17,57 vs 15,80 RT, vs 18,3 Apuane e vs 15,40 Azienda Usl TNO) e nel genere maschile per tutte le classi di età considerate.

**La cardiopatia ischemica** è una malattia determinata da un ridotto apporto di sangue al cuore per l'ostruzione o il restringimento dei vasi che nutrono il muscolo cardiaco, il miocardio.

La cardiopatia ischemica è la prima causa di morte in Italia, rendendo conto del 28% di tutte le morti, mentre gli accidenti cerebrovascolari sono al terzo posto con il 13%, dopo i tumori. La prevalenza di cardiopatia ischemica è risultata essere la più alta in Lunigiana (64,48 vs 48,26 RT e vs 54,5 Apuane e vs 50,68 Azienda Usl TNO) e di gran lunga nel genere maschile per tutte le classi di età considerate.

## Gestione delle principali patologie croniche

Questo scenario induce a riflettere sull'aumentato consumo di risorse a cui si andrà incontro e sulla necessità di una presa in carico precoce dei pazienti con l'obiettivo di trattare precocemente la patologia e prevenire la comparsa di complicanze e disabilità. La Regione Toscana con il PISR 2008-2010 ha deciso di attivare un percorso assistenziale di sanità d'iniziativa sul modello chronic care model (CCM) ovvero una sanità che non aspetta il cittadino ma che sia capace di andargli incontro raccogliendo la sua domanda di salute anche quando non espressa e prima che evolva in un aggravamento o complicanza.

Relativamente agli indicatori inerenti l'attività territoriale alcuni valori relativi al monitoraggio di processo del CCM relativi alla gestione delle principali patologie croniche appaiono migliorati in Lunigiana e nella zona Apuana rispetto agli anni precedenti e con valori superiori alla media regionale in particolare gli indicatori di laboratorio e diagnostici, ma occorre evidenziare che il chronic care model è stato avviato nel 2013 e prima di allora la sanità d'iniziativa era effettuata con un modello alternativo denominato MITO indirizzato prevalentemente ai percorsi assistenziali BPCO e scompenso cardiaco.

L'analisi dei tassi di ospedalizzazione specifici evidenzia buoni risultati in Lunigiana per BPCO e scompenso cardiaco, mentre appaiono più alti quelli per diabete; e considerando il valore delle amputazioni maggiori per diabete appare improcrastinabile la necessità di potenziare i servizi specialistici diabetologici di zona. Come appare da altre analisi raccolte nel recente passato dall'Osservatorio Sociale Regionale e nel Piano Attuativo di Area Vasta - PAV, i tassi standardizzati per visite specialistiche e di diagnostica strumentale sono più bassi in Lunigiana evidenziando attenzione anche all'appropriatezza della richiesta; la percentuale di visite specialistiche effettuate in presidi della zona appare buona se confrontata con quella delle altre zone eccetto che per le visite cardiologiche.

A questo proposito è opportuno evidenziare il valore che appare troppo basso per il tasso medio e il tasso standardizzato di visite cardiologiche se paragonato all'eccesso di mortalità per patologie cardiovascolari

rilevato nella popolazione maschile che suggerisce l'urgenza di potenziare i servizi specialistici cardiologici di zona.

## NON AUTOSUFFICIENZA

Lo scenario, costruito sui modelli demografici dell'ISTAT prevede una crescita costante della spesa sanitaria nei prossimi anni, è previsto un aumento del 30%, costruito sulla base di un incremento della speranza di vita di oltre 3 anni.

Studi effettuati a livello internazionale hanno stimato la prevalenza di anziani disabili suddivisa per fasce di età (minima gravità 48%: assistenza esterna per almeno una volta al giorno per incapacità riferita ad almeno due delle quattro funzioni base della vita quotidiana: igiene personale, alimentazione, mobilità, cura della casa - media gravità 38%: notevole assistenza per almeno 3 volte al giorno, per carenza di due funzioni, - massima gravità 14%: assistenza continuativa nell'arco dell'intera giornata). La condizione di disabilità determina una richiesta di assistenza e quindi un assorbimento di risorse almeno proporzionale al grado di disabilità. Pertanto, tenuto presente che nel prossimo cinquantennio gli anziani aumenteranno notevolmente e che tale fascia di popolazione presenta un'incidenza di disabilità prossima al 50%, è importante stabilire come le disabilità attese peseranno sul sistema dell'assistenza, onde prevedere i volumi di prestazioni attesi per singola tipologia assistenziale disponibile.

La stima del fabbisogno di assistenza domiciliare da parte di pazienti disabili ultra sessantacinquenni indica che gli attuali volumi di assistenza erogata sono insufficienti rispetto alla reale situazione epidemiologica del territorio. Attualmente la percentuale di anziani non autosufficienti residenti risulta più elevata della media regionale e aziendale 9,55 vs 8,67 vs 8.42 e Apuane 8,3 e in aumento rispetto l'anno precedente.

La prevalenza di anziani presenti nelle RSA permanentemente risulta ampiamente inferiore ai valori aziendali 5,10 vs 8.50 e sovrapponibili ai valori delle Apuane 5,0, mentre più elevata del valore aziendale e vicino alla media regionale risulta la prevalenza di anziani in assistenza domiciliare diretta 20,10 vs 23,80 e 12,70, mentre la zona Apuana si attesta sul valore di 15,3.

Si deve ritenere che allo stato attuale parte della domanda si riversi negli ospedali con ricoveri inappropriati oppure gravi sui nuclei familiari spesso non disponibili o preparati a prendersi carico dell'anziano disabile o, infine resti inevasa.

E' pertanto opportuno progettare percorsi ulteriori di supporto alle persone non autosufficienti e alle famiglie.

## SALUTE MENTALE

Il tasso di ospedalizzazione delle patologie psichiatriche, grazie alle azioni messe in atto dai servizi territoriali, si è stabilizzato nel 2018 a 224,46, attestandosi sotto la media regionale (233,17) e restando quindi un'ottima performance

Il tasso di ri-ricovero fra 8/30 giorni (indice di non presa in carico del territorio dei pazienti dimessi) anche nel 2018 è stato di 2,17 contro il 6,23 di media regionale, rappresentando quindi uno dei migliori risultati di Area Vasta.

Il tasso di contatto entro 7 giorni con il Servizio di Salute Mentale, da parte di pazienti dimessi con patologia psichiatrica, si è stabilizzato sul 50,00 nel 2018 in linea con la media regionale (50,12) e lievemente penalizzato dal fatto che i ricoveri avvengono nello SPDC di Massa, quindi a notevole distanza del luogo di residenza dei pazienti.

Perdura invece un maggiore uso di antidepressivi (54,10) rispetto alla media regionale (47,60) dovuto in parte alle cattive condizioni economico sociali della Lunigiana.

In definitiva si può concludere che pur con ampi spazi di miglioramento, l'assistenza ai pazienti affetti da patologie psichiatriche in Lunigiana è di buona qualità, tanto da essersi classificata in seconda fascia tra le cinque fasce di merito nella valutazione indipendente effettuata dal MES.

Per quanto riguarda l'ospedalizzazione dipendenze invece il dato è del 46,83 ed è in linea con il dato dell'Azienda Usl TNO (58,14) ma comunque più alto della media regionale (34,81).

## MATERNO INFANTILE

Il tasso di ospedalizzazione per IVG risulta contenuto rispetto alla media regionale, 5,9 Lunigiana (vs 5,80 nel 2017) vs 6,25 Regione Toscana (vs 6,75 nel 2017).

Miglior rispetto le zone della Regione per il tasso IVG donne straniere 6.21 (vs 9.30 nel 2017) vs tasso regionale del 13.45 (vs 13.86 nel 2017).

Si colloca al primo posto per la bassa percentuale di nati vivi gravemente sottopeso (2.58 Lunigiana vs 8.96 Regione Toscana).

### Assistenza Consultoriale e Percorso Materno Infantile

Come si evince dal report della Regione Toscana nella Zona Lunigiana il 44,7 % delle donne segue il percorso pubblico di assistenza, prevalentemente consultoriale, durante la gravidanza, 58,8%, il 52,9% viene seguita dall'ostetrica, il 47,1 dal ginecologo e con una continuità dell'88,2%.

Le donne partecipano attivamente ai CAN anche se nel 2018 si è assistito ad un calo e risulta che il 53,40 (vs 60% nel 2017) ha almeno tre presenze ai CAN vs 52,74% Regione Toscana. Delle intervistate il 97,3% raccomanderebbe il servizio o la persona da cui è stata seguita, mentre il 94.1% raccomanderebbe il servizio pubblico.

I dati sono confortanti sia per il servizio che per gli operatori che comunque tendono ogni anno a migliorare la qualità delle prestazioni.

## PREVENZIONE

Il tasso di mortalità evitabile in Lunigiana nel 2018 risulta sovrapponibile rispetto al dato del 2017 e superiore ai valori regionali: 213,71 Lunigiana vs 184,52 RT vs 186,23 Apuane in particolare nei maschi.

Gli infortuni sul lavoro sono in linea con i valori regionali, anche se risultano in aumento rispetto l'anno precedente e pari a 9,86 Lunigiana (8,98 nel 2017) vs 10.16 RT (10,20 nel 2017) vs 10 Apuane (10,31 nel 2017)

**Relativamente al fenomeno degli incidenti stradali si registra in Lunigiana un elevato rapporto di lesività già segnalato in precedenza che risulta il peggiore di tutta la Regione Toscana.**

### Prevenzione e promozione della salute

Relativamente agli indicatori inerenti la prevenzione delle malattie infettive si evidenziano nel periodo analizzato tassi di copertura vaccinale in lieve aumento per i vaccini MPR (Lunigiana 92,34 (vs 90.71 nel 2017), anche se ancora inferiori alla media regionale 95,32 (vs 93.51 nel 2017), antimeningococco in diminuzione (Lunigiana 89,45 (vs 93.43 nel 2017), Regione 91,09 (vs 92.71 del 2017) e antinfluenzali è stato attribuito erroneamente un valore più basso rispetto quello effettivamente ottenuto di circa il 5%, dato che supererebbe i valori regionali. Non sono stati ancora raggiunti gli standard consigliati per quel che riguarda la copertura per vaccino esavalente che risulta più basso dei valori medi regionali e risulta del 94,04% (vs 95,52% del 2017) e in lieve diminuzione Regione 96,78 (vs 95.41 nel 2017). Questo fenomeno è in parte dovuto al non rispetto dei calendari previsti (superamento dei limiti dei 24 mesi da parte dei pediatri di libera scelta a cui è stato affidato il compito di provvedere alla vaccinazione dei propri assistiti).

Invece, dal report risulta ancora aumentata rispetto lo scorso anno la copertura del vaccino contro il Papilloma virus - HPV con il 78,44 (vs 76.70% del 2017), vaccinazione molto importante per la prevenzione del tumore della cervice uterina, valore questo molto superiore alla media regionale (58,38%).

A questo proposito è da rilevare che l'aggregazione del comune di Fosdinovo alla zona Lunigiana sta ancora determinando tassi di copertura più bassi per la minore adesione alle vaccinazioni raccomandate in quel comune.

### Screening

Un programma di screening è un intervento sanitario su una popolazione apparentemente sana, con lo scopo di effettuare una diagnosi precoce attraverso un esame semplice, non invasivo e di facile esecuzione.

Viene inviata una convocazione con lettera e un eventuale sollecito dopo 3/6 mesi, qualora la persona non si sia presentata. Nell'Azienda Usl TNO ambito Massa e Carrara sono attive da alcuni anni le campagne di prevenzione dei tumori della mammella e della cervice uterina, mentre quella dei tumori del colon retto è stata attivata più recentemente.

Relativamente agli screening per tumore della mammella, tumore della cervice uterina, tumore del colon retto, nel periodo considerato appaiono buone le percentuali di estensione mentre si osserva una percentuale di adesione inferiore alla Zona Apuana tranne che per lo screening colon retto; questo dato se correlato al dato di mortalità riscontrato nella zona Lunigiana per tumore alla mammella evidenzia la necessità di mettere in atto azioni per aumentare l'adesione agli screening da parte della popolazione.

Grazie alle ore dedicate all'attività di screening da parte del servizio ostetrico l'adesione in zona Lunigiana è aumentata raggiungendo il 67,56% (vs 54,6% del 2017) con valori superiori alla media regionale che è pari al 53,02 (vs 56.56% del 2017), miglior dato tra tutte le zone toscane, anche se è ancora lontano l'obiettivo da raggiungere.

L'adesione alla vaccinazione HPV a 12 anni rispetto gli anni passati è migliorata e il valore è superiore alla media regionale 78,44 Lunigiana (vs 76.70 del 2017) vs 58,38 Regione Toscana (57.38 nel 2017).

In diminuzione l'adesione allo screening mammografico 66,12 (vs 77.98 nel 2017) vs 72,23 Regione Toscana (vs 70.77 nel 2017).

Anche se in leggero aumento rispetto lo scorso anno, continua a rimanere bassa l'adesione allo screening colon rettile 47,61 (vs 46.65 nel 2017) vs 49,40 Regione Toscana (vs 47.74 nel 2017).

Rispetto i dati dello screening si dovrà intervenire con campagne di informazione e sensibilizzazione mirate.

## FARMACEUTICA

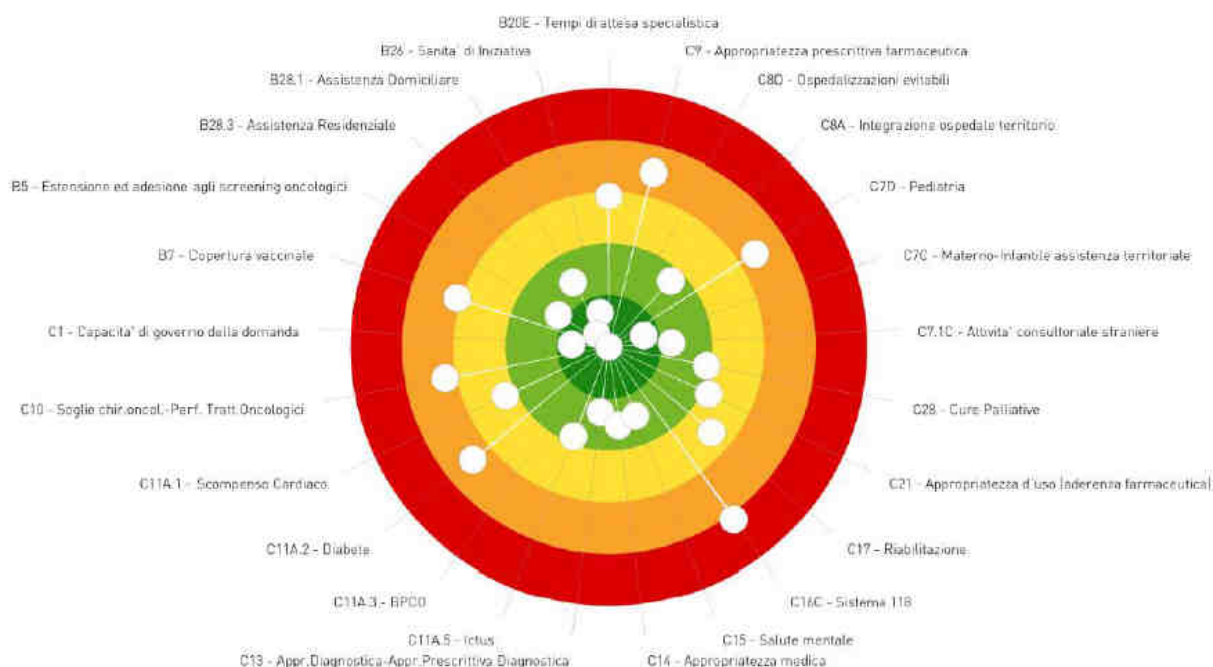
La spesa farmaceutica rappresenta una parte rilevante delle risorse economiche impegnate sul versante della tutela della salute e per questo si è reso necessario avviare specifiche analisi di monitoraggio e controllo sulle prescrizioni, il cui obiettivo, oltre a quello di ridurre la spesa farmaceutica, è stato quello di intraprendere un vero e proprio cambiamento culturale, al fine di ottenere una favorevole collaborazione con la Classe Medica. L'analisi dei dati inerenti alla performance sanitaria, presentato dal Laboratorio Management e Sanità (MeS), ha evidenziato come l'indicatore "Prevalenza d'uso farmaci" abbia registrato un valore pari a (63,48) , inferiore rispetto a quell'AUSL (64,01), ma superiore a quello della Regione Toscana (62,18). Per quanto riguarda il monitoraggio dell' Appropriately prescrittiva è emerso che la spesa Farmaceutica Territoriale della Zona Lunigiana (113,20), pur essendo minore rispetto a quell'Aziendale (121,07) e Regionale (120,80), ha tuttavia registrato alcune criticità prescrittive , legate all'eccessivo consumo dei farmaci Inibitori di Pompa Protonica (PPI) e dei farmaci Antidepressivi (SSRI), il cui abbandono terapeutico, da parte degli Assistiti trattati, è risultato essere maggiore rispetto a quello della media Regionale. Altro dato evidenziato è il basso consumo di farmaci oppioidi maggiori, impiegati nella cura della terapia del dolore.

## Quadro Sintetico Attività Servizi 2018

In Lunigiana sono presenti 4 Case della Salute, nei comuni di Aulla, Villafranca, Pontremoli e Bagnone e una progettata e programmata in località Gragnola di Fivizzano, per cui sono in procinto di avvio i lavori di ristrutturazione dell'edificio individuato e 1 a Caniparola di Fosdinovo presso il centro Palomar di cui si prevede l'apertura a breve.

La Casa della Salute rappresenta un nuovo modello per la sanità territoriale toscana. L'integrazione di tutti i professionisti socio-sanitari fa sì che il problema di salute del cittadino sia preso in carico dal sistema in maniera globale. La Casa della Salute ospita un insieme poli-professionale formato da Medici di Medicina Generale, Infermieri, Amministrativi, Specialisti, Assistente Sociale, Ostetrica ed eventuali altri professionisti sociali e/o sanitari.

Oltre le Case della Salute sono presenti 15 Presidi territoriali più 1 di recente riapertura nel Comune di Mulazzo, 1 Centro Sanitario Polifunzionale situato al Quartiere Gobetti ed un centro di salute mentale infanzia ed adolescenza. Nel territorio sono presenti 13 punti prelievo dislocati sul territorio nei vari presidi territoriali.





## LE CURE PRIMARIE

### RESPONSABILE:

Dr Amedeo Baldi

### PERSONALE:

- 2 dirigenti medici dipendenti, 2 medici della medicina dei servizi per un totale di 18 ore settimanali, 1 medico specialista convenzionato 35 ore settimanali
- 4 amministrativi (afferenti all'area amministrativa)
- 62 infermieri di cui 27 dedicati all'attività domiciliare, 22 dedicati all'attività ambulatoriali, 4 dedicati alla sanità d'iniziativa, 1 dedicata a UVM/ACOT, 3 coordinatrici infermieristiche, 1 posizione organizzativa (afferenti al dipartimento infermieristico)
- 4 OSS (afferenti al dipartimento infermieristico)
- 49 specialisti ambulatoriali (afferenti alle UO di branca specialistica)

### SEDE DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI:

- CDS di AULLA piazza Vittoria 22
- Presidio di ALBIANO via Don Corsini
- Presidio di BARBARASCO via Roma 208
- Presidio di COMANO via Roma 22
- Presidio di LICCIANA piazza Nardi 1
- Presidio di MONTEDIVALLI via Chiesa 1
- CDS di VILLAFRANCA palazzo Baracchini
- Presidio di PONTREMOLI via Mazzini 48
- Presidio di PONTREMOLI "Rustico" all'interno dell' Ospedale via porta Parma
- CDS di PONTREMOLI viale Cabrini 12/A
- CDS di BAGNONE località Grottò
- Presidio di ZERI località Coloretta
- Presidio di FIVIZZANO C/O Ospedale salita S.Francesco
- Presidio di CASOLA via del Carmine 125
- Presidio di GRAGNOLA via Nuova 26
- Presidio di FOSDINOVO viale Roma 9
- Presidio di CANIPAROLA via Caniparola 1

### PRENOTAZIONE ED ACCESSO:

Accesso tramite prenotazioni CUP per visite specialistiche

Accesso diretto per certificazioni medico legali, vaccinazioni, prelievi ematici ambulatoriali e domiciliari, richiesta di valutazioni da presentare al Punto Insieme/ACOT

### DESCRIZIONE ATTIVITA'

Organizzazione servizi sanitari di base: cure primarie; cure domiciliari, attività ADI a domicilio, valutazioni Unità di Valutazione Multidisciplinare/UVMDisabilità, Agenzia di Continuità Ospedale Territorio, cure intermedie, rilascio certificazioni medico-legali, autorizzazioni, vaccinazioni, verifiche e autorizzazioni, partecipazione commissione handicap e invalidità civile, sanità d'iniziativa, supporto SdS per programmazione PIS/POA

**L'Assistenza Specialistica Ambulatoriale** viene erogata presso i Poliambulatori di Aulla, Pontremoli, Fivizzano e Villafranca, e dall'aprile 2015 anche presso i presidi di Fosdinovo e Caniparola aggregati alla Zona Distretto della Lunigiana. I medici specialisti sono medici Ospedalieri che effettuano parte della loro attività istituzionale nei presidi distrettuali oppure mediante effettuazione di orario aggiuntivo o medici specialisti ambulatoriali (ex SUMAI): nel corso del 2018 sono state effettuate 39.625 visite specialistiche che risultano in leggero aumento rispetto al 2017 (38.374); da segnalare la difficoltà di reperire personale medico per le sostituzioni, problematica questa particolarmente accentuata negli ambiti periferici e montani.

### Le Cure Domiciliari e la continuità assistenziale

Continua ad essere uno dei settori strategici e di maggior impegno, diretto a persone con gravi stati clinici, perdita dell'autonomia, non autosufficienti che necessitano di programmi assistenziali costruiti in modo integrato all'interno della rete sociosanitaria; questa attività coinvolge più tipologie di operatori. L'UF Cure Primarie/Distretto della Lunigiana, ha continuato ad operare con l'obiettivo di dare risposte ai

problemi di vita di queste persone e delle loro famiglie e di umanizzare il più possibile i servizi sanitari e assistenziali forniti, valorizzando la ricerca di risposte appropriate alla gravità del caso, e sostenendo le risorse personali e le autonomie residue. Nel 2018 il servizio ha garantito a domicilio 48.482 accessi infermieristici di primo, secondo e terzo livello (bassa, media e alta intensità assistenziale) (vs 45.765 nel 2017), ed ha preso in carico totalmente, secondo un progetto terapeutico individuale, 1831 assistiti (vs 1528 nel 2017) di cui 400 con bisogni di alta intensità (ADI di terzo livello) (vs 388 nel 2017) che risultano in aumento rispetto al 2017 (la prevalenza degli anziani in assistenza domiciliare diretta risulta superiore alla media aziendale e inferiore a quella regionale (Lunigiana 20,10 vs 12,70 AUSL vs 23,80 Regione)).

Per garantire la sostenibilità si è cercato di migliorare ulteriormente l'appropriatezza mediante il mantenimento dell'autorizzazione del medico di comunità e la maggiore attenzione ai casi di III livello. Complessivamente sono state assicurate, oltre le tipiche prestazioni infermieristiche e di medicina generale, anche quelle fisioterapiche, di nutrizione artificiale, di medicina palliativa e di assistenza alla persona (OSS) secondo quanto previsto dagli specifici programmi di cura che hanno permesso di attenuare un po' lo stress delle famiglie e rendere più accettabile la permanenza a domicilio degli ammalati con intensità assistenziale più elevata.

Nel periodo considerato sono stati inoltre, assicurati 48.637 prelievi ambulatoriali (vs 49.985 nel 2017) in particolare per i pazienti in terapia anticoagulante (TAO) di notevole impatto sull'organizzazione dell'attività assistenziale infermieristica l'aumento dei prelievi domiciliari (autorizzazioni solo per i pazienti con gravi deficit alla deambulazione) che sono risultati 16.077 (vs 11.846 nel 2017).

### **Cure Primarie - l'attività di medicina di comunità**

L'attività di medicina di comunità ha subito una ulteriore razionalizzazione per l'aumento del territorio di competenza conseguente alla aggregazione del comune di Fosdinovo nella ZD Lunigiana. Nonostante questa nuova suddivisione territoriale la riorganizzazione della struttura organizzativa e degli orari di accesso all'utenza ha consentito di mantenere le attività istituzionali e previste dai LEA e l'implementazione delle attività di cui alla RT 66 dal 18 dicembre 2008 (nel settore della valutazione multidimensionale delle persone anziane e di redazione di piani assistenziali personalizzati).

Sono stati rilasciati 4862 autorizzazioni/certificazioni medico legali alla persona vs 4.650 nel 2017.

Negli ambulatori è stata comunque garantita l'attività di vaccinazione nell'età evolutiva in ottemperanza al nuovo calendario vaccinale toscano per gli assistiti dei pediatri che non hanno aderito all'effettuazione delle vaccinazioni.

Rimane basso il tasso di copertura antinfluenzale tra gli anziani probabilmente anche a causa del perdurare degli effetti negativi della campagna di comunicazione e per il diffondersi di associazioni guidate anche da sanitari e attive nel web, contrarie alla vaccinazione; invece, si è rilevato un incremento delle vaccinazioni raccomandate anti morbillo parotite e rosolia (tasso copertura 92,34% vs 90,71% nel 2017) anche se continua a rimanere al di sotto dello standard previsto.

### **L'Unità di Valutazione Multidisciplinare**

L'unità di valutazione multidisciplinare (UVM) è una commissione operativa nella zona-distretto composta da un medico di distretto, un assistente sociale, un infermiere professionale e di volta in volta integrata dal medico di medicina generale della persona sottoposta a valutazione; in relazione ai casi in esame, è inoltre integrata dalle professionalità specialistiche, sociali e sanitarie, e dagli operatori coinvolti nella valutazione che sono ritenuti necessari; essa può ascoltare, su richiesta, le persone oggetto della valutazione o i loro familiari.

La UVM svolge le seguenti funzioni effettua la valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno del richiedente, verifica la sussistenza delle condizioni di bisogno per l'attivazione del fondo, definisce il Progetto di assistenza personalizzato (PAP), con indicazioni quantitative e temporali relative alle prestazioni sociosanitarie appropriate, domiciliari, semiresidenziali e residenziali, individua l'indice di gravità del bisogno, condivide il PAP con la persona assistita o i suoi familiari fissando in sessanta giorni dalla presentazione dell'istanza il tempo massimo per l'erogazione della prestazione, effettua la periodica verifica degli obiettivi contenuti nel PAP e procede, nei casi previsti, all'eventuale rivalutazione delle condizioni di bisogno.

Il progetto di assistenza personalizzato (PAP), elaborato dalla UVM, contiene gli obiettivi e gli esiti attesi in termini di mantenimento o miglioramento delle condizioni di salute della persona non autosufficiente, disabile e anziana e le prestazioni sociosanitarie da erogare, individuate sulla base degli indici di valutazione delle condizioni di bisogno.

Nella elaborazione del PAP, la UVM si pone l'obiettivo di una condivisione dei contenuti del progetto con la persona assistita e i suoi familiari, valutando possibili offerte di prestazioni alternative.

Nel 2018 sono state effettuate in commissione UVM 816 (vs 914) valutazioni di persone in gran parte anziane; L'UVM integrata dal Gruppo Operativo Multidisciplinare per la disabilità ha provveduto anche alla valutazione di 19 progetti per la vita indipendente e al loro monitoraggio.

*Il famoso processo di riordino garantiva un livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali, compiuto con il supporto del medico dell'assistenza sanitaria di base, un processo teso a fornire l'unitarietà tra prestazioni sanitarie e sociali, la continuità tra azioni di cura e riabilitazione, la concretizzazione di percorsi assistenziali integrati, la continuità assistenziale, riequilibrando le risorse finanziarie ed organizzative tra l'ospedale e il territorio, riducendo anche il tasso di ospedalizzazione. Per questo sono stati previsti diversi modelli tra cui le Cure Intermedie, la Sanità d'Iniziativa e la più recente costituzione dell'Agenzia Ospedale Territorio (Acot), inoltre negli anni si è rafforzato il ruolo delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT). In questi anni si è consolidato il rapporto continuo con i medici curanti e le loro AFT che ha consentito di rimodulare i Servizi che rispondono alle esigenze della popolazione attraverso anche una stretta collaborazione con l'Ospedale per garantire la continuità assistenziale. La fattiva collaborazione con i medici di medicina generale è stata di grande ausilio rispetto alle azioni di presa in carico del paziente come ad esempio il chronic care model, le vaccinazioni, nella loro appropriatezza, così come nella prescrizione e nell'uso dei farmaci.*

### **Le Cure Intermedie e l'Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio (ACOT)**

Con il Decreto del Direttore n. 2 del 03.02.2017 e smi è attiva anche in Lunigiana l'Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio prevista dal DGRT 679/2016 e smi che garantisce il governo dell'interfaccia ospedale-territorio e la continuità assistenziale del paziente nel percorso di dimissione attraverso una programmazione della stessa.

L'Agenzia è lo strumento operativo di governo dei percorsi ospedale-territorio e fa capo funzionalmente alla Zona-Distretto. Agisce nell'ambito dei presidi ospedalieri zionali di Pontremoli e Fivizzano operando con una logica di sistema pull che, attivandosi già all'ingresso in ospedale, vede le Direzioni di Presidio e i reparti di degenza operare per la pianificazione delle dimissioni.

L'Agenzia, attraverso un'equipe multiprofessionale coordina il processo di dimissione attivando le azioni necessarie alla presa in carico del paziente in relazione ai suoi bisogni e alla potenzialità della risposta della rete territoriale, assicurando il raccordo dei Servizi coinvolti.

In Lunigiana prima della costituzione dell'Acot era già attiva l'organizzazione delle Cure Intermedie che garantiva una rapida risposta ai pazienti con problemi di dimissione da reparti ospedalieri ma non ancora in grado di essere trasferiti al proprio domicilio e per pazienti che provengono dal proprio domicilio che possono evitare l'ospedalizzazione.

In Lunigiana i Presidi ospitanti le cure intermedie sono 2 per un totale di 16 posti letto più una struttura di cure intermedie all'interno del presidio ospedaliero di Fivizzano a bassa intensità di cure con 6 posti letto. Nel 2018 sono state effettuate 194 valutazioni e rivalutazioni di cure intermedie (vs 315 nel 2017), per un totale di 160 persone dimesse dall'ospedale (vs 210 nel 2017) o su richiesta dei Medici di famiglia al fine di evitare i ricoveri impropri per un totale di 2723 giornate di presenza (vs 4195 nel 2017) e 240 dimissioni segnalate (vs 246 nel 2017).

Nel 2018 è proseguita l'attività dell'equipe ACOT (istituita nel 2017) e sono stati valutati complessivamente n. 278 utenti (vs n. 146 del 1 semestre 2017) di cui 160 in cure intermedie (vs 94 nel 2017), 3 segnalazioni UVM (vs 2 nel 2017), 44 attivazioni buoni FSE per 34 persone, 3 ricoveri in hospice, 2 ricoveri sociali, 3 domiciliari, 9 decessi e i restanti in altri percorsi.

Si tratta oggi di consolidare questo percorso di continuità assistenziale perché l'ospedale ha bisogno del territorio per poter dimettere le persone dopo gli interventi di fase acuta mentre il territorio ha bisogno dell'ospedale per poter gestire tempestivamente la presa in carico dei bisogni, riducendo le emergenze e sofferenze evitabili.

### **La sanità d'iniziativa**

È uno dei modelli della sanità toscana che vede una stretta collaborazione tra i Medici di Medicina Generale e gli Infermieri. È un modello di gestione delle patologie croniche (ictus, diabete, scompenso e BPCO), punta sulla prevenzione delle complicanze, sull'educazione dei cittadini sull'adesione a corretti stili di vita con l'obiettivo di rendere il cittadino attivo e informato. Risponde all'aumento della cronicità e all'invecchiamento delle patologie croniche garantendo interventi adeguati.

Si chiama sanità d'iniziativa perché passa dalla sanità d'attesa che riceve il cittadino in ospedale, a quella che va incontro al cittadino garantendo interventi adeguati.

Nel 2018 sono stati seguiti con follow up specifici complessivamente 2541 pazienti (vs 2797 nel 2017) totali di cui 1404 persone con diagnosi di diabete mellito (vs 1582 nel 2017), 401 affette da scompenso cardiaco (vs 423 nel 2017), 464 persone con Broncopneumopatie croniche ostruttive (vs 509 nel 2017) e 262 con esiti di ictus/Tia (vs 283 nel 2017). Nel 2018 si è mantenuta l'attività della Sanità di iniziativa in attesa

dell'avvio di un nuovo modello organizzativo della stessa che prevede la presa in carico del paziente complesso seconda una diversa classificazione degli utenti.

### **Infermiere di Famiglia e di Comunità IFeC**

La recente DGRT n. 597 del 4 giugno 2018, ha istituito la figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità, un professionista responsabile della gestione dei processi infermieristici in ambito familiare per aiutare le persone e le famiglie a trovare le soluzioni ai loro bisogni di salute, e a gestire le malattie croniche e la non autosufficienza. Promuove un'assistenza di natura preventiva, curativa e riabilitativa differenziata per bisogno e per fascia d'età, attraverso interventi domiciliari e/o ambulatoriali risposte ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale di riferimento.

Egli opera in collaborazione con il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta, il medico di comunità e l'équipe multiprofessionale per aiutare le persone e le famiglie a trovare le soluzioni ai loro bisogni di salute, e a gestire le malattie croniche e la non autosufficienza. Nella zona Lunigiana sono stati individuati gli ambiti in cui avviare la sperimentazione.

### **Il Centro Disturbi Cognitivi e Demenze: C.D.C.D. Lunigiana**

Nel 2019 presso la Casa della Salute di Aulla è stato aperto il Centro Disturbi Cognitivi e Demenze "C.D.C.D. Lunigiana" costituito da un'équipe multidisciplinare formata da medici specialisti, infermiere e neuropsicologo esperto. Il Centro nasce per la presa in carico multidisciplinare del paziente affetto da demenza che viene seguito in tutto il percorso della malattia dalla diagnosi alla terapia e nel percorso socio assistenziale tramite PAP in collaborazione con l'UVM. Il CDCD ha come scopo anche di seguire la famiglia del paziente con supporto psicologico.

Obiettivi specifici

- Diagnosticare precocemente la malattia;
- Iniziare precocemente la terapia farmacologica;
- Prendere in carico il paziente e la famiglia;
- Indicare i percorsi assistenziali più adatti alla fase della malattia;

### **LA FARMACEUTICA**

Nel corso dell'anno 2018 la spesa Farmaceutica Convenzionata netta è stata a livello della Zona Lunigiana pari a € 7.709.753 (-) 6,77 % rispetto all'anno precedente, le ricette sono state 647.408 (-) 2,90%, rispetto al solito periodo dell'anno 2017. La spesa pro capite per assistito pesato è passata dai 136,87 euro del 2017 a 127,61 euro nel 2018, mentre a livello ASLNO è stata pari a € 113,37. Tale maggiore spesa è imputabile essenzialmente a due fattori, ossia alla composizione anagrafica della popolazione che è composta per il 31% da cittadini con età maggiore di 65 anni e ai costi collegati alla mobilità sanitaria extraregionale; infatti, la Zona Lunigiana, essendo collocata in un'area geografica di confine tra due regioni, risente di queste dinamiche demografiche, favorite anche dall'introduzione della ricetta dematerializzata. L'analisi dei costi riguardanti la mobilità sanitaria farmaceutica evidenzia infatti, come le ricette extraregionali erogate, siano state 46.558 per una spesa lorda pari a € 789.823, con una incidenza del 8,00%. I Comuni maggiormente coinvolti sono stati quelli di Fosdinovo e di Aulla, in quanto collocati geograficamente in prossimità di rilevanti centri urbani del comprensorio Ligure. Si rileva di fatto come l'incidenza della regione Liguria sia stata pari al 6,81% sulla spesa lorda. Le quote di partecipazione a carico degli assistiti sono aumentate rispetto al 2017. Complessivamente i cittadini hanno pagato 1.224.803 euro (+) 0,85% di ticket, di cui 967.920 euro, per la differenza prezzo riferimento rispetto al farmaco equivalente meno costoso, e 276.883 euro, per la quota riferita al ticket Regionale. Rispetto all'anno 2017, la spesa per i due ticket ha registrato una variazione rispettivamente del (+) 1,66% e del (+) 3,93%. I farmaci del sistema cardiovascolare hanno rappresentato il Gruppo Anatomico a maggior costo pari a 3.104.192 euro, seguiti dai farmaci dell'apparato gastrointestinale 1.697.236 euro, dai farmaci del sistema nervoso 1.416.709 euro e dai farmaci dell'apparato respiratorio 939.018 euro. Per quanto riguarda la spesa della DPC e della Distribuzione Diretta, si sono conseguiti importanti risparmi dovuti ai vantaggiosi prezzi di acquisto, stabiliti dalle Gare regionali. Il canale di erogazione della DPC, ha registrato un incremento del numero delle ricette (+) 5,26%, e un conseguente aumento della spesa per l'acquisto pari al (+) 3,99%. La Dispensazione Diretta dei farmaci in Classe A, effettuata presso i "Punti Farmacia" degli Ospedali Lunigianesi, ha registrato un calo di spesa pari (-) 16,58% rispetto al 2017. E' importante sottolineare come il risparmio complessivo sulla spesa farmaceutica, riguardante tutti i canali di erogazione, sia stato pari a (-) 785.464 euro, rispetto all'anno 2017. Altro settore importante di spesa è stato quello riguardante la Farmaceutica Integrativa, erogata direttamente a oltre 3.000 assistiti, presso le Sedi Farmaceutiche Territoriali di Fivizzano e Pontremoli, che a seguito di un continuo monitoraggio dei consumi, ha continuato ad assestarsi su valori che registrano un importante contenimento dei costi.

## IL CONSULTORIO <sup>1</sup>

RESPONSABILE:  
Dr Maria Paola Mori

PERSONALE:  
1 Psicologa  
1 Assistente Sociale  
8 Ostetriche

### SEDI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI:

-AULLA, Piazza della Vittoria 22  
-VILLAFRANCA in L., V. Baracchini 53  
-PONTREMOLI, V. Mazzini 48

### PRENOTAZIONE ED ACCESSO:

Accesso diretto, prenotazione su cup 2.0, telefonica o di persona, con il personale consultoriale

### DESCRIZIONE ATTIVITA'

Percorso nascita dal preconcezionale al puerperio  
Procreazione responsabile, contraccezione, percorso ivg  
Attività ginecologiche, menopausa, salute del pavimento pelvico  
Attività di promozione alla salute nelle scuole, a piccoli gruppi, pubbliche  
Screening della cervice uterina  
Consultorio giovani  
Attività con le detenute dell'istituto penale minorile di Pontremoli  
Adozioni affidi  
Attività psicologica  
Attività a supporto della donna e famiglia in collaborazione con il centro minori e famiglie  
Attività con immigrate

Il consultorio è un servizio di ascolto e aiuto per donne, giovani, famiglie e immigrati, si occupa della tutela della salute della donna in tutte le fasi della sua vita, della salute dell'adolescente, delle relazioni di coppia e familiari. Nel consultorio è presente una equipe formata da operatori di diverse professionalità, ostetrica, ginecologo, assistente sociale e psicologo, che operano in stretta collaborazione con il Servizio Sociale, Servizi Territoriali ed Enti Locali. I percorsi consultoriali sono: il percorso nascita, pre-concezionale, procreazione responsabile, contraccezione, sterilità, infertilità, percorso IVG, menopausa consapevole, adolescenti, prevenzione diagnosi delle MST, prevenzione dei tumori del collo dell'utero e della mammella, profilassi e riabilitazione delle disfunzioni del pavimento pelvico, consulenza psicologica e sociale al singolo, alla coppia e alla famiglia, adozioni e affidi, Valutazioni genitoriali. Inoltre vengono offerti Incontri per il percorso nascita in gravidanza, per il sostegno all'allattamento materno (Comunità amica del bambino e della mamma certificata UNICEF), di accompagnamento alla nascita e dopo parto; Incontri per la menopausa; Incontri per la salute del pavimento pelvico.

In Lunigiana il servizio è assicurato presso i presidi distrettuali principali di Aulla, Pontremoli e Villafranca. Ad Aulla è presente il Consultorio Adolescenti dotato di una equipe dedicata, a Pontremoli è presente il consultorio immigrati. Vengono inoltre fatti regolarmente degli incontri formativi/informativi alle detenute dell'istituto Penale Minorile di Pontremoli da parte della ginecologa e dell'ostetrica.

Nel 2018 sono stati accolti 2692 utenti e offerte 7735 prestazioni (vs 1899 utenti nel 2017 e vs 6536 accessi). Sempre basso il rilascio di attestazioni per IVG, 10 nel 2018 (vs 5 nel 2017 e vs 12 del 2016).

PERCORSO NASCITA: Nel 2017 è iniziato il percorso Gravidanza fisiologica seguita dall'ostetrica nei consultori di Pontremoli e Aulla esteso poi anche a Villafranca.

Libretti: In questi anni si evidenzia un importante calo delle nascite, sono stati consegnati a Pontremoli 80 libretti nel 2018 vs 77 nel 2017, ad Aulla 123 nel 2018 vs 168 del 2017, a Villafranca e Fivizzano 60 in totale, mentre sono in aumento le gravide che scelgono il percorso pubblico, più della metà.

CORSI: Ogni mese inizia un corso di accompagnamento alla nascita nelle 3 sedi consultoriali, seguito dal corso dopo-parto. I corsi in gravidanza si articolano su 10-12 incontri.

In menopausa si tengono 2-4 incontri, per la salute del perineo si tengono 8-9 incontri.

---

<sup>1</sup> Fonti: Monitoraggio dell'allattamento materno in Toscana, Prima parte, Report 2016-2017 / Dati Regionali / Dati Locali zona Lunigiana



## LA SALUTE MENTALE ADULTI

### RESPONSABILE:

Dott Alessandro Guidi

### PERSONALE:

1 Psichiatra Responsabile a tempo pieno  
4 Psichiatri a tempo pieno  
1 Caposala  
8 Infermieri Professionali  
1 Psicologo a tempo pieno  
1 Assistente Sociale a tempo pieno  
1 Amministrativo a tempo parziale

### SEDE DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI:

L'attività ambulatoriale al pubblico viene erogata nei 4 ambulatori psichiatrici così ubicati:

Ambulatorio di Aulla - presso UFSMA Quartiere Gobetti Aulla - aperto lunedì mattina (2 medici), martedì pomeriggio, mercoledì mattina (2 medici), giovedì mattina (2 medici), venerdì mattina  
Ambulatorio di Pontremoli - presso l'Ospedale di Pontremoli - aperto mercoledì mattina  
Ambulatorio di Fivizzano - presso l'Ospedale di Fivizzano - aperto martedì mattina  
Negli altri giorni i medici seguono i loro pazienti tramite appuntamento personalizzato.

### PRENOTAZIONE ED ACCESSO:

Si accede alle attività del Servizio su richiesta del Medico di Medicina Generale. Il servizio di prenotazione della prime visite è gestito direttamente dal Servizio (Tel 0187 423441). Il tempo di attesa è di 15 giorni. Le visite successive sono gestite direttamente dai medici che hanno il carico il caso. Prima di accedere alla visita prenotata il paziente si deve recare al CUP per regolarizzare la sua posizione.

### DESCRIZIONE ATTIVITA'

L'equipe territoriale responsabile di curare la salute mentale dei cittadini maggiorenni presenti nel territorio (residenti, villeggianti e di passaggio). L'equipe garantisce i seguenti servizi:

Prima visita e valutazione  
Presa in carico  
Consulenza (ambulatoriale, domiciliare. Ospedaliera, in RSA)  
Trattamento ambulatoriale  
Trattamento domiciliare (medico e/o infermieristico)  
Trattamento complesso come da piani terapeutici individualizzati  
Valutazione medico legali  
Psicoterapia  
Inserimenti lavorativi  
Risposta all'emergenza territoriale

L'Unità Funzionale Salute Mentale Adulti (UFSMA) dà assistenza a tutte le persone che presentino un disagio mentale, risposte modulate a seconda della gravità dei problemi presentati. Nel 2018 sono state accolti e visitati 2442 cittadini, di cui 297 al loro primo contatto con il Servizio. Di queste persone solo 703 avevano problemi particolarmente impegnativi e sono state quindi prese in carico dal Servizio con programmi multi professionali. Il dato è in linea con quello delle altre aziende sanitarie toscane. Molte persone che si presentano al Servizio Psichiatrico hanno fortunatamente solo problemi psichiatrici minori e quindi ricevono una risposta di tipo monoprofessionale (visite ambulatoriali con il solo medico psichiatra). Le persone che presentano invece problemi psichiatrici particolarmente impegnativi ricevono una presa in carico da parte della équipe multiprofessionale (medico psichiatra, assistente sociale, psicologo, infermiere, educatore professionale) con programmi complessi e personalizzati, con possibilità di inserimenti in centri diurni, assistenza domiciliare, programmi lavorativi. Perdura il fenomeno dell'aumento dell'uso del Servizio da parte di pazienti extracomunitari e/o migranti e l'aumento di richieste incongrue di sussidi finanziari dovute alle difficili condizioni economiche e sociali della zona. Complessivamente nel corso del 2018 sono state effettuate 3668 visite mediche, 133 visite mediche domiciliari programmate e 136 in urgenza, 2208 prestazioni infermieristiche ambulatoriali e 3855 visite infermieristiche domiciliari. Inoltre sono stati effettuati 5 ricoveri in TSO e 25 in trattamento volontario. E' da ricordare infine come il Servizio assicuri una presenza costante sui circa 770 posti in RSA del territorio, relativa soprattutto a patologie demenziali e anomalie comportamentali, con rivalutazioni costanti degli anziani colà ospitati, stesura di piani terapeutici farmacologici, interventi in urgenza ed assicuri anche un servizio di consulenze specialistiche ai due presidi ospedalieri di Pontremoli e Fivizzano.



## LA SRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA (SRP) TIZIANO

### RESPONSABILE

Dr.ssa Lucia Polese

### PERSONALE

Il personale della SRP “Tiziano” è così composto:

- n. 3 Medici Psichiatri dei quali uno con la funzione di Direttore Sanitario
- n. 2 Psicologa
- n. 1 Psicologa per la supervisione del personale
- n. 5 Infermieri Professionali
- n. 1 Assistente Sociale
- n. 8 Educatori
- n. 8 OSA/OSS
- n.1 Amministrativo
- n. 1 Manutentore

### SEDE DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Via Barcara snc 54011 Aulla (MS)

### PRENOTAZIONE ED ACCESSO:

L’inserimento avviene su richiesta del Servizio Psichiatrico territoriale di competenza (Centro di Salute Mentale, Ser.T) o dell’Autorità Giudiziaria per i pazienti autori di reato con Misura di Sicurezza non detentiva.

### DESCRIZIONE ATTIVITA’

La Struttura Residenziale Psichiatrica “Tiziano” si configura come una struttura residenziale psichiatrica di tipo 1 per trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere intensivo dedicata al trattamento di pazienti affetti da disturbi psichiatrici, anche in comorbidità con abuso/dipendenza da sostanze e/o alcol, che necessitano di interventi effettuabili in regime residenziale. Vengono anche accolti pazienti con Misure di Sicurezza alternative al Carcere o alle Residenze per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) su disposizione del Magistrato competente e in collaborazione con l’U.E.P.E., previa richiesta ed accordo con il Servizio Psichiatrico Territoriale di riferimento.

Il Servizio Psichiatrico di pertinenza territoriale, avendo in carico un paziente psichiatrico con difficoltà di funzionamento personale, sociale o con bisogni complessi che necessitano di un intervento multi-professionale, dopo aver individuato un case manager elabora un Piano di Trattamento Individuale (PTI) che prevede l’inserimento in una struttura residenziale.

Il percorso clinico-assistenziale di ciascun utente in residenza è declinato nel Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP), specificamente definito ed elaborato dall’équipe della struttura residenziale, in coerenza con il PTI, in accordo con il Servizio Psichiatrico Territoriale di riferimento dopo aver considerato i criteri di appropriatezza e dopo aver raccolto il consenso del paziente e, dove possibile, della famiglia.

Possono essere inseriti in struttura i pazienti affetti da Disturbi dello Spettro Psicotico, Disturbi dell’Umore o Gravi Disturbi di Personalità eventualmente in comorbidità e scompensati sul piano funzionale con rigorosa esclusione di coloro che presentano comportamenti criminali egosintonici (psicopatici, sociopatici e antisociali), delinquenti sessuali, tossicodipendenti e altri soggetti autori di reato quando privi di dignità psicopatologica.

Le patologie psichiatriche in oggetto possono essere o meno complicate da comorbidità con abuso/dipendenza da sostanze e alcol tenendo però conto che la SRP “Tiziano” non ha nella sua mission il trattamento primario della tossicodipendenza.

Mediante tale personale, la SRP “Tiziano” attua programmi ad alta intensità riabilitativa, che prevedono un’attività clinica intensa sia in termini psichiatrici che psicologici e la prevalenza di attività strutturate di riabilitazione rispetto a quelle di risocializzazione.

Il PTRP prevede diverse aree di intervento, comprendenti una terapia farmacologica, incontri di psicoterapia, interventi psicoeducativi, interventi abilitativi e riabilitativi, interventi di risocializzazione e di rete per l’inclusione socio-lavorativa.

In particolare, vengono messi in atto interventi nelle seguenti aree:

-area clinico psichiatrica: predisposizione di periodici colloqui clinici da parte dello psichiatra sia con il paziente che con la famiglia, volti al monitoraggio attivo delle condizioni psicopatologiche, e finalizzati al raggiungimento di una condizione di stabilizzazione;

-area psicologica: interventi strutturati di carattere psicologico (colloqui clinico psicologici, psicoterapie, gruppi terapeutici) e di sostegno (con il coinvolgimento delle famiglie dei pazienti);

-area riabilitativa: offerta intensiva e diversificata di interventi strutturati (sia individuali che di gruppo) di riabilitazione psicosociale, finalizzati ad un recupero delle abilità di base (cura e igiene della propria persona, cura del proprio spazio abitativo e degli spazi comuni, collaborando con gli operatori) ed interpersonali/sociali e al reinserimento del paziente nel suo contesto di origine. Tali interventi prevedono anche il coinvolgimento attivo del paziente nelle mansioni della vita quotidiana della struttura. Sono previsti interventi di formazione/inserimento lavorativo;

-area di risocializzazione: partecipazione ad attività comunitarie e ad attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede (laboratori artistici, giardinaggio, lettura, visione di film con discussione, attività fisica, uscite con operatori). La Struttura si adopera per integrarsi nel massimo grado possibile con il tessuto sociale del territorio in cui opera.

Il Servizio Psichiatrico Territoriale segue, tramite un proprio operatore di riferimento (case manager), l'andamento del percorso residenziale dall'ingresso fino alla dimissione mediante periodici incontri con il paziente e con l'équipe della SRP "Tiziano" presso la struttura stessa.

La collaborazione con l'équipe terapeutica del Servizio Psichiatrico Territoriale è di fondamentale importanza durante tutto il percorso terapeutico-riabilitativo. Per tale motivo è indispensabile concordare prima dell'ingresso del paziente in struttura le date degli incontri multidisciplinari tra il Servizio inviante (psichiatra case manager, assistente sociale e, quando possibile, infermiere di riferimento) e l'équipe della struttura (psichiatri, assistente sociale, psicologa). Tali incontri avverranno al primo mese dall'ingresso del paziente in struttura, al terzo mese e successivamente ogni tre mesi fino alla dimissione.

Il programma di inserimento prevede una durata minima di 6 mesi e una durata massima di 18 mesi, prorogabile per altri 6 mesi con motivazione scritta e concordata con il Servizio Psichiatrico Territoriale di riferimento.

Per il trattamento delle patologie psichiatriche indicate ci si attiene alle National Institute for Health and Care Excellence Guidelines.

La dimissione del paziente è concordata con il paziente stesso, con il Servizio Psichiatrico Territoriale di competenza e laddove è possibile con la famiglia.

Nel 2018 gli ingressi sono stati 9 e tutti nuovi inserimenti, le dimissioni sono state 9.

Dei 9 nuovi ingressi 3 pazienti provenivano dal Servizio Psichiatrico territoriale di Pisa, 3 pazienti da quello di Livorno, 1 paziente da quello di Perugia, 1 paziente da quello di Grosseto e 1 paziente di nazionalità rumena risultava senza documenti e senza fissa dimora.

Dei 9 nuovi ingressi 7 pazienti erano sottoposti ad una Misura di Sicurezza non detentiva, 3 di questi provenivano dalla REMS di Volterra, 4 provenivano da un SPDC (2 da Pisa e 2 da Livorno) con una Misura di Sicurezza alternativa al Carcere e/o alla REMS, 1 paziente proveniva da un'altra SRP1 (Villa Aeoli) con una Misura di Sicurezza non detentiva, e 1 paziente proveniva da un'altra Struttura fuori regione senza misura di sicurezza.

Delle 9 dimissioni 3 erano pazienti afferenti al Servizio Psichiatrico di Massa, 2 pazienti seguiti dal Servizio Psichiatrico di Pisa, 1 paziente seguito dal Servizio Psichiatrico di Lucca, 1 paziente seguito dal Servizio Psichiatrico di Grosseto, 1 paziente seguito dal Servizio Psichiatrico di Perugia e 1 paziente seguito dal Servizio Psichiatrico di Genova.

Di questi 7 pazienti avevano una misura di sicurezza non detentiva e 2 nessuna misura di sicurezza.

Dei 9 pazienti dimessi 4 di loro hanno fatto rientro al proprio domicilio con un progetto terapeutico riabilitativo concordato con il Servizio Psichiatrico di competenza, 4 pazienti sono stati trasferiti in altre strutture a minore intensità assistenziale su progetto concordato con il Servizio Psichiatrico territoriale e 1 paziente dopo essersi allontanato volontariamente dalla struttura è stato ricoverato presso il SPDC della zona di competenza.

## LE ATTIVITA' SALUTE MENTALE INFANZIA E ADOLESCENZA

### RESPONSABILE

Dott.ssa Isabella Bernazzani Neuropsichiatra Infantile

### PERSONALE:

1 NPI Responsabile

Neuropsichiatria 28 ore ( dipendenti della UFSMIA Zona Apuana con assegnazione di ore in Lunigiana)

2 Psicologhe

3 Logopediste

2 Terapiste della Neuropsicomotricità

### SEDE DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI:

Sede UFSMIA : Aulla Pz Craxi 22

Pontremoli Ospedale S.Cosmo e Damiano

### PRENOTAZIONE ED ACCESSO:

L'UFSMIA è aperta dalle ore 8 alle 18.

L'accesso alla UFSMIA è diretto previo contatto telefonico o diretto dei familiari. Per usufruire del servizio è necessario acquisire il consenso informato di entrambi i genitori.

La prenotazione viene registrata in apposite schede da parte della segreteria della UFSMIA.

La prima visita viene direttamente comunicata dal personale della UFSMIA ed avviene previa impegnativa del curante ( PLS o MMG) e passaggio al CUP per registrazione visita e pagamento ticket, fatta eccezione per i soggetti esenti, come da normativa vigente.

La segreteria è aperta dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 13,30 e il mercoledì e giovedì dalle 14 alle 16.

Tel 0187/406100

L'UFSMIA Zona Lunigiana è una struttura che opera all'interno del Dipartimento di Salute Mentale, ed è una struttura operativa multidisciplinare deputata alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie neurologiche, neuropsicologiche, psichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza e dei disordini dello sviluppo da 0-18 anni. L'equipe curante è costituita da Neuropsichiatri Infantili, Psicologi, Logopedisti e Terapisti della Neuropsicomotricità.

L'equipe curante :

- garantisce l'accoglienza e la presa in carico dei minori e delle loro famiglie, in collaborazione, laddove se ne ravveda la necessità, con il complesso dei Servizi Sanitari, Sociali, Scolastici e Giudiziari in linea con i percorsi assistenziali.

- Assicura in base alle risorse disponibili, livelli uniformi ed essenziali di assistenza.

- Offre una valutazione psicodiagnostica multi professionale con l'obiettivo di giungere ad una definizione diagnostica con formulazione di un piano di trattamento individualizzato.

All'interno della UFSMIA vengono effettuate le seguenti prestazioni professionali:

- visita neuropsichiatrica e successivi colloqui

- visita psicologica e successivi colloqui

- valutazione del profilo cognitivo, di personalità ecc

- valutazione funzionale linguistica

- valutazione neuropsicomotoria

- valutazione protesica

- interventi di sostegno neuropsichiatrico/psicologico al minore o alla famiglia

- prescrizione psicofarmacologica

- trattamenti riabilitativi logopedici e/o neuropsicomotori individuali o di gruppo

- presa in carico dei soggetti inviati dal T.M e DGM

- relazioni per accertamenti Medico-Legali ( riconoscimento L104, I.C)

- incontri con le scuole e insegnanti

- consulenza ad altri servizi ( Serd, Consultorio, Servizio Sociale..reparti Pediatria Ospedaliera, SPDC,..)

- consulenza IPM ( Istituto Penitenziario Minorile) di Pontremoli

L'Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia Adolescenza della Lunigiana svolge attività di diagnosi e cura nell'ambito dei disturbi neuropsichiatrici (0-18 anni), occupandosi della salute mentale in senso lato (disturbi psichiatrici, psicologici, neurologici, neuropsicologici, funzionali, handicap...). Opera attraverso la presa in carico multidisciplinare in collaborazione con il complesso dei Servizi Sanitari, Scolastici, Sociali, Giudiziari, in linea con i percorsi assistenziali. Assicura, in base alle risorse disponibili, livelli uniformi ed essenziali di assistenza, nel rispetto della peculiarità della patologia e dei bisogni di salute

della singola persona. Poiché i disturbi neuropsichici dell'età evolutiva rientrano nel concetto di "patologie dello sviluppo" e sono cioè disturbi che rallentano, alterano la naturale crescita psicofisica e la completa acquisizione delle autonomie personali, l'attività clinica e di riabilitazione si è svolta con particolare attenzione alla qualità degli interventi, con particolare attenzione alla ricerca delle integrazioni interprofessionali. Ciò avviene per tutti i casi ad alta integrazione che rappresentano una buona percentuale degli utenti afferenti al nostro Servizio.

Nel 2018 il numero di utenti afferenti alla UFSMIA Zona Lunigiana è stato di 941 con quadri psicopatologici diversi; tra questi i soggetti portatori di handicap necessitano, oltre l'intervento terapeutico-riabilitativo, anche di un intervento di sostegno scolastico che prevede la formulazione da parte degli operatori della UFSMIA di Piani Educativi Personalizzati con la scuola e almeno due incontri all'anno con le istituzioni Scolastiche come previsto dalla L104.

Nel corso del 2018 sono state effettuate un totale di 4018 visite (neuropsichiatriche e psicologiche) e 6352 prestazioni riabilitative di tipo logopedico e/o neuropsicomotorio.

Durante l'anno è proseguita l'attività clinica (neuropsichiatrica e psicologica) e di riabilitazione con il costante obiettivo diretto a definire percorsi individualizzati, in stretta collaborazione con le famiglie e l'attuazione di un PDT individualizzato.

L'UFSMIA, inoltre, ha continuato a collaborare con il Centro Minori e Famiglie di Terrarossa (che ha in carico circa 275 bambini e famiglie) e le Istituzioni Giudiziarie (T.M, T.O, DGM) attraverso la presa in carico dei minori e delle loro famiglie, su mandato del Tribunale per i Minorenni in rapporto con altre Istituzioni Sanitarie, Socio-Sanitarie e Scolastiche.

Prosegue l'attività di supervisione e formazione congiunta tra operatori UFSMIA e operatori Centro Minori per sostenere l'integrazione multidisciplinare del gruppo di lavoro.

L'aumento delle famiglie in difficoltà e con disagio socio-familiare, anche alla luce delle nuove mutate condizioni di vita, sicuramente pone il problema di come attuare risposte adeguate dal punto di vista clinico, terapeutico, educativo, riabilitativo e socio assistenziale, in relazione alle reali risorse dei servizi.

Si segnala, negli ultimi anni, un aumento esponenziale della psicopatologia adolescenziale grave, che necessita di interventi integrati e multiprofessionali coordinati, anche in stretta collaborazione con i colleghi Serd e del Servizio di Salute Mentale Adulti in prossimità della maggiore età.

Ai fini di dare una risposta continuativa e integrata a questi disturbi, da alcuni anni è in atto la presa in carico congiunta della grave psicopatologia adolescenziale con i colleghi della UFSMA Zona Lunigiana anche per favorire la continuità terapeutica al passaggio della maggiore età, in stretta collaborazione con i Servizi Sociali dei minori e degli adulti, così come definito da un protocollo di intesa.

Inoltre l'UFSMIA Zona Lunigiana ha in atto alcune attività specifiche:

CENTRO EDU@PLAY per la Disabilità Complessa: il centro nel 2018 ha continuato il lavoro socioeducativo con 6 minori affetti da grave patologia neuropsichica e disabilità intellettiva accumulati da grave disturbo della comunicazione e della relazione di tipo autistico.

RAFFAELLO CRESCE (Adolescenti e giovani adulti affetti da Disturbo dello Spettro Autistico) nel 2018 il Centro semiresidenziale ha ospitato 5 pazienti che svolgono attività di tipo riabilitativo rivolte alla autonomia e allo sviluppo di competenze relazionali e comunicative.

Il Centro Raffaello è gestito da operatori ANFFAS in collaborazione con l' UFSMA Zona Lunigiana per gli adulti e con la UFSMIA Zona Lunigiana per i minori, che integra l'attività clinica degli operatori ANFFAS con il supporto della psicologa UFSMIA ( ore dedicate); i Responsabili delle due UF effettuano supervisioni mensili del progetto. Nel corso del 2018 tutti i pazienti hanno raggiunto la maggiore età con passaggio della presa in carico alla UFSMA.

Nel corso del 2018 è stata incrementata l'attività di consulenza Neuropsichiatrica Infantile presso l'IPM di Pontremoli (Istituto Penitenziario Minorile femminile) con la richiesta di interventi psicofarmacologici, consulenza e/o valutazione (se richiesti dal Tribunale per i Minorenni), incontri d'equipe e relative relazioni, con un notevole dispendio di ore dedicate.

Nell'ambito della Formazione continua tutti gli operatori sono stati coinvolti nella partecipazione ai programmi formativi con la finalità dell'integrazione multidisciplinare del gruppo di lavoro, nonché alla compartecipazione della discussione su casi o situazioni cliniche ed organizzative complesse attraverso la partecipazione agli Audit clinici e M&M.

L'UFSMIA unitamente alla UF SER.D. ha proseguito nella realizzazione di un Progetto Interservizi/Scuola rivolto ad alcune classi di un Istituto Comprensivo della Lunigiana, con incontri svolti dalla neuropsichiatra e psicologa rivolti agli insegnanti su tematiche riguardanti la pre-adolescenza e i bisogni emotivi dei bambini. Il Progetto ha la durata di 3 anni. In concomitanza con la riorganizzazione Aziendale per Area Vasta, l'UFSMIA Zona Lunigiana ha partecipato alle varie riunioni di Area Vasta sulla SALUTE MENTALE al fine di condividere modalità organizzative univoche.

E' proseguita per tutto l'anno l'attività di partecipazione alle UVMD per i minori portatori di Handicap, finalizzata alla definizione del Progetto di Vita (PV).

## IL SERVIZIO DIPENDENZE

### RESPONSABILE:

Dr. Giuseppe Panico

### PERSONALE:

1 medico-psichiatra  
3 psicologi  
1 assistente sociale  
2 Infermieri Professionali  
2 Educatori

### SEDE DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI:

Centro Polifunzionale Quartiere Gobetti, 54011 Aulla (MS)

### PRENOTAZIONE ED ACCESSO:

Il servizio è aperto dal lunedì al venerdì ore 8-14; Il martedì è aperto anche dalle 16,30 alle 19,30; ed il giovedì dalle 14,30 alle 17,30.

L'accesso al servizio è libero e non necessita di prenotazione tramite CUP. Per i primi colloqui, quando possibile, si cerca di fissare un appuntamento, ma in caso di necessità la prima accoglienza può essere effettuata anche senza preavviso, compatibilmente con lo svolgimento delle normali attività.

### DESCRIZIONE ATTIVITA'

Il servizio si occupa della prevenzione, cura e riabilitazione dei Disturbi da Uso di Sostanze e delle Dipendenze Comportamentali (Gioco d'Azzardo).

Nell'anno 2018 il gruppo di lavoro dell'U.F. Ser.D. della Lunigiana ha portato avanti l'attività di prevenzione, cura e riabilitazione come da programmazione fatta e ha raggiunto gli obiettivi individuati e predefiniti, aziendali e di Zona. Si riportano di seguito i dati e le considerazioni in merito.

Gli utenti che sono stati visitati nell'anno 2018 sono stati nr 362 (vs 286 nel 2017) divisi nei diversi moduli organizzativi: Servizio Tossicodipendenza nr 196 (vs 173 nel 2017) - Equipe alcologia nr 114 (vs 97 nel 2017) - Gioca d'azzardo nr 18 (vs 12 nel 2017), Tabagisti 34 (vs 6 nel 2017 si rammenta che il centro è stato riaperto il giorno 1.11.2017).

I dati mostrano un leggero aumento in tutte e 4 le categorie, anche se il numero di pazienti affetti da Gioco d'Azzardo in carico rimane leggermente più in basso delle aspettative, vista l'entità del fenomeno nel momento attuale. A tal proposito il SerD ha iniziato a mettere in atto gli interventi previsti all'interno del piano di contrasto al gioco d'azzardo, che prevederanno interventi di prevenzione nelle scuole, incontri con il III settore, ed eventi rivolti alla popolazione, oltre che alla formazione degli operatori

Il programma formativo orientato a sostenere l'integrazione multidisciplinare del gruppo di lavoro è proseguito anche nel 2018, mentre per il prossimo anno vi sarà una formazione più specifica per il Gioco d'azzardo

L'attività di prevenzione primaria nelle scuole e sul territorio si è ampliata grazie anche al coinvolgimento di specialisti aziendali e degli educatori della Cooperativa Aurora Domus

## U.F. CURE PALLIATIVE

### RESPONSABILE

Dr.ssa Antonella Battaglia

### PERSONALE

1 Medico

1 Infermiera

### SEDE DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI:

Centro sanitario polifunzionale

Quartiere Gobetti Aulla

Ospedale di Pontremoli

Via Nazionale Pontremoli

Ospedale di Fivizzano

Salita San Francesco Fivizzano

Ospedale Apuano per consulenze su pazienti residenti in Lunigiana, da inserire nella rete delle CP domiciliari o da autorizzare per ingresso in Hospice.

### PRENOTAZIONE ED ACCESSO:

Il Medico di Famiglia propone l'intervento del nostro servizio mediante richiesta di consulenza specialistica. I reparti di degenza possono chiedere la nostra attivazione mediante contatto telefonico con i medici o al cellulare infermieristico.

Accesso diretto mediante contatto con il personale dell'U.F.

### DESCRIZIONE ATTIVITA'

Le cure palliative rappresenta la via finale comune delle malattie croniche ad andamento evolutivo che non sono più suscettibili di guarigione-

La cultura delle cure palliative si sta progressivamente estendendo alle malattie croniche evolutive non oncologiche (ad esempio cardiologiche, neurologiche, respiratorie, epatiche) dal momento in cui l'obiettivo della cura non è più solo la guarigione ma soprattutto il mantenimento della migliore qualità di vita possibile.

L'assistenza a domicilio delle persone colpite da tale tipologia di malattia rappresenta un obiettivo della sanità territoriali, dato che l'ospedale si configura sempre di più come area di cura per gli eventi acuti.

A questo proposito risulta sempre più necessario che i professionisti che operano in sanità, i medici di famiglia e i cittadini stessi rimodulino il loro approccio alla cronicità, aprendosi alla possibilità di interagire con la Unità di Cure palliative molto più precocemente.

In questo senso la recente attivazione dell'ambulatorio di cure simultanee (simultaneous care) presso i DH oncologici rappresenta un modello paradigmatico..

La UF Cure Palliative Lunigiana, deliberata a gennaio 2018, si occupa della cura di queste persone, integrandosi il più precocemente possibile con i medici di famiglia, il DH oncologico distribuito sui due S.O. di Pontremoli e Fivizzano e le aree di degenza dei due ospedali.

Siamo sempre in attesa dello psicologo, sia per la supervisione dell'équipe che per pazienti e familiari.

Le attività del personale medico presso il Modulo 4 RSA Pontremoli proseguono in forma di consulenza; tuttavia si deve prevedere una riorganizzazione dopo il rinnovo eventuale della convenzione con Aurora Domus.

Prosegue, pur tra le difficoltà legate all'esiguità delle risorse professionali mediche, il progetto innovativo riguardante l'ambulatorio dedicato alle persone colpite da sclerosi multipla (simultaneous care dedicato)

La programmazione Aziendale prevede inoltre la realizzazione dell'Hospice di zona, con un progetto non ancora definito.

Attualmente i pazienti per cui l'assistenza a domicilio non risulta possibile, nella fase finale della vita vengono inseriti presso l'Hospice S. Maria delle pinete a Marina di Massa. Il raggiungimento dell'Hospice risulta spesso difficoltoso per familiari e rete amicale, con conseguente sradicamento della persona ammalata dai suoi affetti.

Nel 2018 i pazienti seguiti dalle cure palliative in Lunigiana (compreso anche il Comune di Fosdinovo) sono stati 89 (vs 80 del 2017), di cui 82 oncologici (vs 73 del 2017). I pazienti inseriti in Hospice sono stati 11. Nel 2019 l'andamento dei dati è pressoché sovrapponibile.



## IL SERVIZIO SOCIALE, SOCIO SANITARIO E SOCIO ASSISTENZIALE

### RESPONSABILE

Daniela Ghelfi

### PERSONALE

1 A.S. Coordinatore Settore Minori

1 A.S. Coordinatore Settore Psichiatria

1 A.S. Coordinatore Settore Dipendenze

1 A.S. Coordinatore Settore Disabilità e Non autosufficienza

1 A.S. Referente progetti innovativi e monitoraggio capitolati di gara - referente RSA aziendali - Referente UVM.

1 A.S. Referente Centro Donna Lunigiana e Codice Rosa. Referente Consultorio. Referente organizzazione attività di promozione alla salute

4 Assistenti Sociali competenti per il territorio

4 Assistenti Sociali tempo determinato

1 Assistente sociale cooperativa

1 Assistente Sociale interinale

### SEDE DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI E PRENOTAZIONE ED ACCESSO:

Si accede attraverso i Punto Insieme diffusi sul territorio. Gli Assistenti Sociali del Punto Insieme provvedono ad inoltrare l'utenza al servizio sociale professionale compreso quello che si trova nell'ambito delle unità funzionali

COMUNI	LUNEDÌ	MARTEDÌ	MERCOLEDÌ	GIOVEDÌ	VENERDÌ
AULLA					9.00-11.00
BAGNONE	9.00-10.00				
CASOLA L.				8.00-10.00	
COMANO				11.00-12.00	
FILATTIERA	11.00-12.00				
FIVIZZANO		8.30-12.00		10.30-12.30 Gragnola	
FOSDINOVO			9.30-11.30		
LICCIANA N.					10.00-12.00
MULAZZO				9.00-11.00	
PONTREMOLI			9.00-11.00		
TRESANA	10.00-12.00				
VILLAFRANCA L.				10.30-12.30	
ZERI					10.00-11.00

### DESCRIZIONE ATTIVITA'

Il servizio sociale è l'insieme degli interventi ed azioni che hanno l'obiettivo di prevenire, ridurre ed eliminare le condizioni di disagio sociale dell'individuo e delle famiglie promuovendo l'inserimento sociale.

Possono fruire degli interventi sociali tutti i cittadini residenti sul territorio della Lunigiana che si trovano in stato di disagio, di rischio sociale ed emarginazione; i soggetti che dimorano sul territorio della Lunigiana; i minori italiani e stranieri residenti e non sul territorio; i soggetti stranieri ed apolidi residenti nel territorio della Lunigiana; le donne straniere in stato di gravidanza e nei sei mesi post-parto; gli stranieri con permesso umanitario e i richiedenti asilo ed i rifugiati.



In Lunigiana da anni è funzionante un modello operativo che vede integrato il servizio sociale con quello sanitario attraverso la Società della Salute. Nel 2018 il Servizio Sociale vede impegnati 1 Coordinatore e 16 Assistenti Sociali. E' presente in

tutti i 14 Comuni tramite il Punto Insieme, come “porta di accesso ai servizi”, per svolgere attività di segretariato sociale ed attività di servizio sociale professionale.

Il Servizio Sociale Professionale è inserito in tutti gli ambiti dell'alta integrazione e suddiviso nelle aree Anziani, Handicap, Famiglie e Minori, Psichiatria, Ser.D..

Gestisce quindi una complessa rete di servizi a cui afferiscono diversi utenti per diverse problematiche.

Nel 2018 nelle tre RSA pubbliche in gestione Global Service (Pontremoli, Bagnone e Fivizzano) sono stati accolti n. 104 utenti (vs 107 del 2017), mentre nelle RSA private sono stati inseriti n.45 utenti nei posti convenzionati (vs 49 nel 2017) e 55 ricoveri sul FNA per persone over 65 (vs 36 del 2017).

Nei tre Centri Diurni Anziani anche con problemi comportamentali (Pontremoli, Villafranca e Pognana) sono stati ospitati 39 anziani (vs 38 nel 2017).

Nel Centro di disabilità complessa edu@play a Bagnone 7 ospiti (dato invariato rispetto il 2017).

Nella casa Famiglia multiutenza “Raggio di Sole” a Fivizzano 8 utenti (dato invariato rispetto il 2017).

Nella casa Famiglia “Filo di Arianna” per utenti psichiatrici a Bagnone 5 utenti (dato invariato rispetto il 2017).

Nei due appartamenti con percorsi sperimentali sulla vita autonomia per disabili “casa più” sono stati accolti 5 utenti (vs 6 nel 2017).



Nei due gruppi appartamento per utenti psichiatrici 5 utenti a Pallerone di Aulla e n. 2 utenti a Terrarossa di Licciana Nardi (vs 9 totali nel 2017).

Nel Centro Diurno di attività per utenti in carico all'UFSMA sono stati accolti 35 ospiti (vs 33 nel 2017).

Nei tre Centri di Socializzazione (Caprio di Filattiera, Quercia di Aulla e Moncigoli di Fivizzano) 41 ospiti (vs 43 nel 2017).

E' presente un Centro minori e famiglie a Terrarossa di Licciana Nardi che coordina sette Centri Educativi di aggregazione giovanile (Pontremoli, Aulla, Monzone, Fivizzano, Casola in Lunigiana e Fosdinovo in località Caniparola) in cui sono passati 595 ragazzi (vs 581 nel 2017), uno

aperto nel 2019 presso il Comune di Tresana in località Barbarasco.

Il Centro di prevenzione giovanile “Icaro” ha ospitato 66 ragazzi (vs 74 nel 2017) e il centro giovanile di Villafranca 29 utenti (vs 39 nel 2017).

Nei due Centri di aggregazione per anziani di Barbarasco e Villafranca sono stati ospitati 16 anziani (vs 24 nel 2017).

Inoltre a completare la rete di servizi sopra esposti sono presenti servizi di assistenza domiciliare sociale e sanitaria e scolastica. Per quanto riguarda le assistenze domiciliari sociali sono stati presi in carico 194 utenti (139 anziani (più FNA), 46 minori, 4 minori stranieri, 2 adulti e 3 per aiuto personale) (vs 121 nel 2017); mentre per l'assistenza domiciliare sanitaria 66 utenti (20 handicap, 46 psichiatria) (vs 85 nel 2017).

25 minori in assistenza educativa scolastica (vs 24 nel 2017), 14 minori in affido familiare (vs 11 nel 2017). 59 contribuiti sociali (5 anziani, 8 minori di cui 5 stranieri, 21 adulti di cui 7 immigrati e 25 contribuiti di cassa economica) (vs 39 nel 2017).

Nel 2018 sono stati erogati inoltre contribuiti economici per 3 donne vittime di violenza.

Sono state erogate 4 borse lavoro tossicodipendenti (vs 9 nel 2017), 34 ILSA (disabilità) (vs 27 nel 2017) e 33 TAL (psichiatria) (vs 34 nel 2017). Per la parte sanitaria sono stati erogati 9 contribuiti per gravissima disabilità (vs 10 nel 2017), 1 contributo sla (dato invariato), 105 contribuiti fna over 65 (vs 89 nel 2017) e 11 contribuiti FNA under 11 (vs 8 nel 2017).

Il servizio dei Lavori di Pubblica utilità ha ospitato 1 persona (vs 2 nel 2017).

Il Servizio ha il compito, oggi più che mai, di essere attore di cambiamento e di attrezzarsi per affrontare la maggior complessità sociale anche attraverso la promozione delle risorse comunitarie tenendo conto dei cambiamenti demografici e anche la presenza degli immigrati.

Le RSA Aziendali e i Centri Anziani anche con problemi comportamentali affidati in appalto mantengono una buona qualità nella prestazione dei servizi. E' terminata la gara di appalto delle assistenze domiciliari e scolastiche, e si è riunita la commissione per i servizi UFSMA, UFSMA e SER.D. mentre per i rimanenti servizi, si sta ancora provvedendo ad avviare il percorso per le relative gare.

Sono stati mantenuti i servizi nel settore della non autosufficienza, sia per i bisogni residenziali, semiresidenziali e domiciliari ed i servizi di prevenzione al disagio sociale nei settori anziani,

tossicodipendenti, psichici, minori, disabili ed immigrati che ci hanno permesso di avere una rete di servizi in grado di sostenere la popolazione in situazione di bisogno.

### **Il Centro Donna Lunigiana**

è un servizio di consulenza psicologica, sociale e legale per le persone che presentano un disagio, una difficoltà, ma anche a chi necessita di semplice ascolto ad un dubbio o ad una insicurezza.

E' inoltre punto di riferimento al quale rivolgersi per accedere ad una rete di informazioni che toccano la popolazione femminile, dai servizi alla famiglia, ai propri diritti sul lavoro, alle strutture che già operano sul nostro territorio. E' un luogo di incontro, di scambio tra diverse culture, un luogo di solidarietà ma anche di forza ed espressione di soggettività, dove far nascere progetti e dar voce alle donne del nostro territorio.

Nel 2018 il Centro Donna ha accolto 63 utenti (vs 78 nel 2017) che non usufruiscono del primo ascolto ma intercettano il Centro Donna Lunigiana per informazioni sui servizi presenti sul territorio. Di queste 27 sono di nazionalità non italiana (vs 24 nel 2017).

Le donne si sono rivolte al servizio per avere informazioni, per essere ascoltate e usufruire di consulenza legale nella maggioranza dei casi. Molte di esse si sono già rivolte ad altri servizi.

Nel 2018 n.40 utenti ricevuti dal centro sono state registrate con modulo dati sensibili e inserite nel database della regione Toscana sulla violenza di genere (vs 48 nel 2017).

Per quanto riguarda le utenti la maggioranza sono donne di età compresa tra i 30 e 60 anni in maggior parte italiane con un titolo di studio di media superiore in condizione lavorativa nella maggior parte occupate con qualifica di operaie tra quelle che hanno dato il dato, ma la maggioranza non ha dichiarato il lavoro. Delle persone accolte la maggior parte sono coniugate.

Il loro accesso è avvenuto nella maggior parte dei casi su segnalazione da parte di altri e dalla segnalazione di altri servizi. La maggioranza delle donne ascoltate vivono con il partner e il tipo di violenza riferita è, nella maggior parte dei casi, di tipo psicologico 42 casi (vs 34 nel 2017), a cui segue quella economica 30 casi (vs 26 nel 2017), fisica 15 (vs 18 nel 2017), stalking 2 (vs 7 nel 2017), molestie sessuali 1 caso (vs 5 nel 2017) e a seguire altre tipologie di violenza.

Nella maggioranza dei casi le violenze sono state procurate da parte di persone conosciute dalla vittima, una grande maggioranza da parte di familiari alla presenza dei figli in buona parte minorenni e per la quale non è stata sporta denuncia.

Per molti dei casi segnalati sono stati attivati e avviati percorsi di sostegno direttamente da questo servizio e da altre strutture.

## Le progettualità attivate

Per l'anno 2018 la Società della Salute della Lunigiana ha partecipato alle seguenti azioni progettuali:

### il Reddito di Inclusione REI

Con decreto legislativo n. 147 del 2017 l'Italia ha emanato per la prima volta nella sua storia una legge sulla povertà: il **Reddito di Inclusione (REI)**. Nel gennaio 2018 il progetto SIA lascia quindi posto al REI.

Il REI è un sostegno economico accompagnato da servizi personalizzati per l'inclusione sociale e lavorativa, non è quindi una misura assistenzialistica, un beneficio economico «passivo».

Al nucleo familiare beneficiario è richiesto un impegno ad attivarsi, sulla base di un progetto personalizzato condiviso con i servizi territoriali, che accompagni il nucleo verso l'autonomia.

La capacità dei servizi sociali di valutare il bisogno dei nuclei familiari in povertà, di porsi obiettivi concreti di inclusione, di individuare i sostegni necessari per attivare i percorsi verso l'autonomia è cruciale perché il REI possa raggiungere i risultati attesi, in un lavoro di rete con i centri per l'impiego, i servizi socio-sanitari, la scuola, le agenzie formative, i servizi per la casa.

Allo stesso modo è essenziale che la rete dei servizi si apra alla comunità, coinvolgendo il terzo settore e le forze produttive del territorio. Il lavoro continua ad essere la via maestra per uscire dalla povertà.

Il totale dei nuclei presi in carico al 31/12/2018 (Funzione: Presa in carico/ Assessment/Definizione dei progetti personalizzati) sono n. 248

Il totale dei destinatari presi in carico sono n. 312 così suddivisi:

Destinatari (persone)		Totali effettivi (a) + (b)	Uomini (a)	Donne (b)
Totale destinatari (persone) presi in carico (Funzione: Presa in carico/ Assessment/Definizione dei progetti personalizzati)		312	163	149
di cui:				
Migranti, destinatari di origine straniera, minoranze (comprese le comunità emarginate quali i Rom)		103	50	53
Destinatari con disabilità		51	28	23
<b>Caratteristiche Destinatari (persone)</b>		<b>Totali effettivi (a) + (b)</b>	<b>Uomini (a)</b>	<b>Donne (b)</b>
<b>Status lavorativo</b>	Inattivi	72	44	28
	Disoccupati	240	119	121
<b>Fascia d'età</b>	Persone di età compresa tra 0 e i 3 anni	5	2	3
	Persone di età compresa tra i 4 e i 15 anni	28	17	11
	Persone di età compresa tra i 16 e i 17 anni	6	5	1
	Persone di età compresa tra i 18 a 24 anni	22	7	15
	Persone di età compresa tra i 25 e i 54 anni	153	77	76
	Persone di età superiore 54 anni (a partire dal compimento dei 55 anni)	98	55	43
<b>Titolo di studio</b>	Persone nel ciclo precedente all'istruzione primaria (fase pre-scolare) (ISCED 0)	16	7	9
	Persone nel ciclo di istruzione primaria (ISCED 1)	63	34	29
	Persone in possesso di un diploma di istruzione secondaria inferiore (ISCED 2)	97	48	49
	Persone in possesso di un diploma di istruzione secondaria superiore (ISCED 3) o post secondaria (ISCED 4)	67	37	30
	Persone in possesso di un diploma di istruzione terziaria (ISCED da 5 a 8)	8	2	6
	Nessun titolo di studio	61	35	26
<b>Totale</b>	<b>Status lavorativo</b>	<b>312</b>	<b>163</b>	<b>149</b>
<b>Totale</b>	<b>Fascia d'età</b>	<b>312</b>	<b>163</b>	<b>149</b>
<b>Totale</b>	<b>Titolo di studio</b>	<b>312</b>	<b>163</b>	<b>149</b>

Il totale dei destinatari a cui sono stati erogati i servizi finanziati dal PON Inclusione sono i seguenti:

Tipologia di servizi/ interventi	Totali effettivi	Uomini	Donne
	(a) + (b)	(a)	(b)
<b>Totale destinatari (persone) per i diversi servizi/interventi</b> (Funzione: erogazione di servizi sociali)	<b>31</b>	<b>16</b>	<b>15</b>
<b>di cui:</b>			
Servizi socio-educativi	19		
Orientamento, implementazione competenze, consulenza informazione, attivazione lavorativa e work-experience	11	4	7
Formazione per il lavoro	0		
Altro (specificare)	0		
Altro (specificare)	0		
<b>Totale</b>	<b>31</b>	<b>16</b>	<b>15</b>

### IL REDDITO DI CITTADINANZA

Il Reddito di Cittadinanza (RdC) viene introdotto con il D.L. 28 gennaio 2019, n. 4 ed è diventato operativo dal 6 marzo 2019. È un livello essenziale delle prestazioni, da garantirsi su tutto il territorio nazionale, è una misura strutturale, universale, di politica attiva del lavoro a garanzia del diritto al lavoro, di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale

È una misura condizionata:

- al rispetto di determinati requisiti di cittadinanza e residenza
- alla valutazione della condizione economica
- all'adesione ad un percorso personalizzato di accompagnamento all'inserimento lavorativo e all'inclusione sociale

La persona che richiede il Reddito di cittadinanza deve essere congiuntamente cittadino italiano oppure cittadino dell'Unione Europea oppure suo familiare che sia titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente oppure cittadino di paesi terzi in possesso del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo o apolide in possesso di analogo permesso o titolare di protezione internazionale (asilo politico, protezione sussidiaria) e residente in Italia per almeno 10 anni, di cui gli ultimi due in via continuativa.

Deve avere un valore ISEE inferiore a 9.360 euro, un valore del patrimonio immobiliare, diverso dalla casa di abitazione, non superiore a 30.000 euro, un valore del patrimonio mobiliare non superiore a 6.000 euro per il single, incrementato di euro 2.000 per ogni componente familiare successivo al primo e sino a 10.000 euro, alla presenza di più figli (1.000 euro in più per ogni figlio oltre il secondo) o di componenti con disabilità (5.000 euro in più per ogni componente con disabilità e 7.500 per ogni componente con disabilità grave o non autosufficiente, come definita ai fini ISEE).

Un valore del reddito familiare inferiore a 6.000 euro annui, moltiplicato per il corrispondente parametro della scala di equivalenza (pari ad 1 per il primo componente del nucleo familiare, incrementato di 0,4 per ogni ulteriore componente maggiorenne e di 0,2 per ogni ulteriore componente minorenni, fino ad un massimo di 2,1) ovvero fino ad un massimo di 2,2 in presenza di persone con disabilità grave o di non autosufficienza, come definite ai fini ISEE.

Tale soglia è aumentata a 7.560 euro ai fini dell'accesso alla Pensione di cittadinanza. Se il nucleo familiare risiede in un'abitazione in affitto, la soglia è elevata a 9.360 euro.

Il beneficiario del RdC è tenuto ad aderire ad un percorso personalizzato di accompagnamento all'inserimento lavorativo e all'inclusione sociale.

Al 31/12/2019 i nuclei beneficiari RdC in Lunigiana risultano essere n.817 di cui n. 249 casi in gestione ai servizi sociali per l'attivazione e la gestione dei patti per l'inclusione sociale.

### Progetto EMPORIO

L'Emporio della Solidarietà è un vero e proprio supermercato di medie dimensioni con 19 generi alimentari di prima necessità. È rivolto a persone e nuclei familiari italiani e stranieri, residenti in Lunigiana, in



condizione di temporanea difficoltà economica e/o sociale, per un periodo di tempo stabilito (massimo 12 mesi).

I prodotti alimentari presenti nell'Emporio sono garantiti dall'impegno economico della Fondazione Carispezia e dalla SdS Lunigiana, della Caritas Diocesana della Spezia, Sarzana, Brugnato, che gestisce il servizio attraverso personale proprio.

Una Commissione di valutazione definisce l'inserimento delle persone che possono accedere a tale servizio, attraverso una card a punti.

La SdS partecipa al progetto Emporio dal mese di marzo 2018 e al 31/12 2018 erano state attivate 54 tessere, mentre al 31/12/2019 le tessere attivate sono 171.

#### **Progetto europeo POR FSE 2014-2020 “Servizi di accompagnamento al Lavoro per persone svantaggiate” “LUNIPERGLIALTRI”**

Il progetto europeo POR FSE, iniziato a maggio 2019, ha lo scopo di sostenere percorsi di accompagnamento al lavoro rivolto a donne sole con figli a carico, disoccupati che vivono in famiglie multiproblematiche, persone appartenenti a nuclei familiari monoreddito, persone inserite in strutture di accoglienza o in programmi di intervento in emergenza alloggiativa, persone inserite nei programmi di assistenza ai sensi dell'Art. 13, Legge, 11 agosto 2003, nr.228 a favore di vittime di tratta, persone inserite nei programmi di intervento e servizi ai sensi della Legge, nr.154/2001 - 38/2009 - 119/2013 a favore di vittime di violenza nelle relazioni familiari e/o di genere.

Su 40 partecipanti iniziali sono stati selezionati 20 persone con progetti personalizzati.

Si segnalano le nuove progettualità a cui la SdS ha aderito nel corso dell'anno 2019:

- Progetto sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia **“Comunità ... Laboratorio di vita”** Il progetto è finalizzato ad accompagnare e sostenere, nell'ambito della presa in carico della persona con limitazione dell'autonomia, interventi mirati a favorirne la permanenza presso il proprio domicilio attraverso il potenziamento e il consolidamento dei servizi di cura e di assistenza familiare. Il progetto privilegia un approccio globale nella presa in carico della persona con demenza coinvolgendo l'UVM. Gli interventi sono realizzati attraverso l'erogazione di buoni servizio alle persone aventi diritto sulla base dei piani individualizzati elaborati dall'UVM. Il progetto prevede due azioni: *azione 1* - percorsi innovativi per la cura e il sostegno familiare di persone affette da demenza lieve o moderata. L'azione finanzia i seguenti servizi: caffè Alzheimer, atelier Alzheimer, musei Alzheimer e relativi servizi di trasporto, trasporto utenti ai Centri Diurni Alzheimer; *azione 2* - ampliamento dei servizi di assistenza familiare a favore di persone affette da demenza grave con isogravità 4/5. L'azione finanzia l'erogazione di contributi economici alla spesa per un'assistente familiare regolarmente contrattualizzato al fine di sostenere la domiciliarità nonché promuovere l'occupazione regolare ed una maggiore sostenibilità della spesa a carico della famiglia.
- Progetto **“Argento Vivo”** è un progetto finalizzato ad iniziative a supporto dell'attività fisica adattata (A.F.A) nelle comunità, rivolto a persone adulte ultra65enni in buono stato di salute, realizzato con il supporto del terzo settore, una risorsa della comunità in quanto capace di promuovere, in rapporto con le istituzioni e gli operatori sanitari e sociali, azioni di promozione e protezione della salute come bene pubblico da difendere. Tenuto conto che le principali patologie croniche hanno in comune fattori di rischio modificabili tra i quali la sedentarietà, la diffusione dei citati fattori di rischio è influenzata da comportamenti individuali e familiari, ma anche fortemente sostenuta dall'ambiente di vita, di lavoro e da quello sociale, i dati esistenti indicano che ampie fasce di popolazione hanno scorretti stili di vita caratterizzati da una insufficiente attività fisica difforme dalle raccomandazioni internazionali e dalle linee guida nazionali e tenuto conto della continua evoluzione delle conoscenze scientifiche circa il ruolo dell'attività motoria, per i motivi suddetti è necessario dedicare particolare attenzione ai problemi peculiari legati alla sedentarietà di tutte le fasce della popolazione
- Progetto **“Botteghe della Salute”** impiegano n. 5 volontari del servizio civile di ANCI Toscana. In ragione della complessità territoriale e della specificità della zona Lunigiana, la rete delle Botteghe della Salute si propone di facilitare l'accessibilità ai servizi pubblici e di rilevanza pubblica secondo un modello nel quale non sono le persone che devono raggiungere i servizi ma sono i servizi che si avvicinano alle persone. Tale modalità di erogazione dei servizi avverrà attraverso l'attivazione di strutture mobili, il coinvolgimento attivo del terzo settore ed una regia forte dell'Ente Locale e della Zona Distretto, al fine di migliorare l'accessibilità delle persone alla rete dei servizi. Questo approccio, caratterizzato da operatori attivi sul territorio, con una presenza “fuori ufficio e fuori orario”, rappresenta una nuova frontiera per i servizi di cittadinanza, che si propone di aumentare le possibilità per le persone in condizioni di vulnerabilità sociale e/o ambientale di esprimere i propri bisogni anche al di fuori dei consueti



perimetri del sistema tradizionale dei servizi. La Bottega Mobile, quindi, si configura come un ulteriore avanzamento nel processo di facilitazione dell'accessibilità per quei territori che, per conformazione e posizione geografica e/o per le caratteristiche socio-demografiche della popolazione residente, sono portatori di esigenze particolari che richiedono pertanto particolari strumenti di intervento.

- Il Progetto **TEAMS (Tuscany Empowerment Actions for Migrant System)** di cui è capofila la Regione Toscana, propone un sistema integrato di azioni per qualificare/potenziare i servizi rivolti ai cittadini Paesi Terzi regolarmente presenti in Toscana e facilitarne l'accesso ai servizi con l'obiettivo di realizzare percorsi di integrazione fondati sulla valorizzazione della multiculturalità, sulle pari opportunità, su condivise e inclusive dinamiche di sviluppo socio-economico del territorio.

Infine si segnalano le progettualità in essere in continuità con gli anni precedenti:

- Iniziativa **Home Care Premium-INPS ex gestione INPDAP** che finanzia progetti innovativi e sperimentali di assistenza domiciliare e/o contributi a favore di dipendenti e pensionati pubblici utenti della gestione ex INPDAP; dei loro coniugi conviventi, loro vedovi, loro familiari di 1° grado, genitori o figli, figli minorenni se a carico del titolare del diritto. Nel 2018 grazie all'HCP si sono accolti 119 utenti totali di cui 95 in assistenza domiciliare, 7 contributi per inserimento in CDA, 17 contributi per ausili;
- Progetto regionale della **“Vita Indipendente”** nato per consentire alle persone disabili di vivere in casa propria senza ricorrere alle strutture residenze assistite e poter avere condizioni di vita con importanti margini di autonomia e indipendenza, si realizza mediante l'erogazione di un contributo economico finalizzato all'assunzione di un assistente personale;
- Progetto **“dopo di noi”** servizio alle persone con disabilità grave e fragilità del contesto familiare. Si realizza con azioni mirate alla sperimentazione di percorsi di autonomia con interventi tecnico professionali dedicati al rinforzo delle autonomie personali e sociali;
- **Progetto Adattamento Domestico per l'Autonomia personale (ADA)** ha l'obiettivo di orientare e sostenere la persona con disabilità grave e il suo nucleo familiare al fine di migliorare il suo grado di autonomia dentro l'abitazione attraverso informazione e consulenza sulle possibili soluzioni architettoniche, tecnologiche e informatiche nonché attraverso contributi economici finalizzati all'acquisto di prodotti e realizzazione di opere edili. Nel 2018 sono pervenute 11 domande tutte accolte (vs 12 nel 2017).
- Progetto **“Famiglie numerose servizi più leggeri”** destinato a famiglie con quattro o più figli che si è allargato poi alle famiglie in difficoltà.
- **Fondo di solidarietà interistituzionale** suddiviso su tre ambiti: **INTERVENTI A SOSTEGNO DELLA POVERTÀ ALIMENTARE**: un fondo destinato agli interventi a sostegno della povertà alimentare. In Lunigiana nel 2018: 3 beneficiari (vs 5 nel 2017) - **MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI O MINORI FUORI FAMIGLIA**: Fondo per l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati, istituito nello stato di previsione del Ministero dell'interno. I minori stranieri non accompagnati presenti nel territorio nazionale accedono, nei limiti delle risorse e dei posti disponibili, ai servizi di accoglienza finanziati con il Fondo nazionale per le politiche e i servizi dell'asilo. In Lunigiana nel 2018: 10 beneficiario (dato invariato rispetto il 2017) - **INTERVENTI A SOSTEGNO DEI PROFUGHI**: interventi a sostegno dell'accoglienza dei profughi accolti. In Lunigiana nel 2018: 1 beneficiario (dato invariato).
- Progetto **SPRAR** con il Ministero dell'Interno per i rifugiati politici e i richiedenti asilo, gestito per la nostra zona dall'ARCI in continuità con gli anni precedenti;
- Progetto per il percorso diagnostico e riabilitativo del gioco d'azzardo;
- Progetto europeo **POR FSE Assistenza Domiciliare per il potenziamento dei servizi di continuità assistenziale** - buoni servizio per il sostegno alla domiciliarità e da come indicazione regionale è stata costituita l'ACOT (Agenzia Continuità Ospedale-Territorio);
- Progetto **paziente complesso** è un progetto pilota della Regione Toscana per la presa in carico dei pazienti complessi finalizzato alla prevenzione dei ricoveri ripetuti e al fine di migliorare la qualità delle cure, alla luce della nuova delibera della sanità d'iniziativa, al fine di elaborare piani assistenziali individualizzati con percorsi ambulatoriali complessi e coordinati;
- Progetto **ARS** per la sperimentazione e del **futuro modello di Sanità di Iniziativa** basato sull'assistenza al paziente complesso;
- Progetto di **telemedicina** a completamento e integrazione dei servizi già offerti dalle Case della Salute e dai Presidi, unitamente alla Zona della Garfagnana, nell'ambito della Strategia nazionale Aree Interne;

## La Partecipazione

Per identificare le problematiche di salute prioritarie ai fini di realizzare l'analisi qualitativa sono stati previsti e realizzati una serie di incontri tematici con il coinvolgimento di numerosi amministratori locali, rappresentanti dei cittadini nelle istituzioni, rappresentanti dell'associazionismo, dirigenti scolastici, rappresentanti del terzo settore con l'obiettivo di diffondere l'informazione, condividere le scelte e raccogliere contributi di idee per mettere in atto le azioni di miglioramento dello stato di salute dei cittadini della Lunigiana.

Con l'iniziativa "Officina della idee" svoltasi al Castello di Terrarossa in data 25 gennaio 2020, si è avviata la fase progettuale del percorso partecipativo per la costruzione del Piano integrato di Salute (Pis) 2020 - 2022 della Società della Salute - Zona Lunigiana.

I temi affrontati da sette tavoli di lavoro sono stati i seguenti: prevenzione; lavoro; nuovi modelli di "care" e percorsi per affrontare la malattia cronica e il fine vita; famiglia; fragilità; cittadino protagonista; mobilità.

Ogni tavolo prevedeva la presenza di due facilitatori con funzioni e compiti ben chiari ed ha affrontato contenuti ed argomenti predefiniti con le seguenti finalità:

- fare il punto della situazione,
- dare o ricercare informazioni,
- avere chiarimenti,
- generare idee,
- proporre soluzioni,
- definire piani di intervento e di azione,
- migliorare i rapporti e le relazioni tra le persone.

Le tecniche di conduzione prevedevano l'utilizzo del brainstorming e dell'analisi swot, una check list di conduzione, inoltre sono state registrate le presenze dei partecipanti e redatto il verbale.

I gruppi di lavoro hanno evidenziato ed esaminato le criticità ritenute principali ed hanno fatto il punto delle risorse a disposizione per poter offrire le risposte considerate più appropriate ed efficaci, per trovare soluzioni anche agli obiettivi di salute indicati dall'Assemblea dei Soci ed individuare le azioni da realizzare per conseguirli.

Dal lavoro dei suddetti tavoli i coordinatori hanno sintetizzato alcune riflessioni e contributi di soluzione:

### TAVOLO 1 - LA PREVENZIONE



**STILI DI VITA:** La scuola viene ritenuta l'ambiente privilegiato per le attività di promozione/Educazione della salute (studenti, docenti e famiglie) ed è opportuno ricercare forme di collaborazione per sostenere/potenziare centri giovanili e luoghi di socializzazione e aggregazione. Gli interventi, secondo quanto emerso, per essere efficaci dovrebbero coinvolgere anche i genitori;  
**AFA:** E' emersa la necessità di potenziare il coinvolgimento di Rsa, case famiglie e centri di socializzazione e coinvolgere maggiormente i Mmg per promuovere i corsi. E' in fase di attuazione il progetto "Argento Vivo" che potenzia stili di vita sani e promuove passeggiate sul territorio;  
**SCREENING E VACCINI:** Viene consigliato di rivedere il percorso dello screening

mammografico e mettere in atto campagne informative e comunicative per sensibilizzare e informare correttamente tutta la popolazione interessata;

**AMBIENTE:** Appare prioritario sensibilizzare le amministrazioni per le opportune verifiche e il monitoraggio delle acque dei fiumi e realizzare campagne di informazioni mirate per chi utilizza prodotti chimici per le coltivazioni (in particolare il proprio orto). Sarebbe anche auspicabile attribuire un ruolo attivo ai MMG per per la sorveglianza epidemiologica

## TAVOLO 2 - IL LAVORO



Da una prima analisi sulla condizione di povertà del territorio, si evidenzia che la disoccupazione giovanile della provincia di Massa Carrara (15-20 anni) si attesta al 20,1% (vs Regione Toscana 5,7%), quella femminile al 12,4% e i neet 20%.

Il Reddito di Cittadinanza in Lunigiana vede coinvolti 780 nuclei familiari vs 1064 nuclei familiari della provincia.

I dati evidenziano un importante disagio economico che coinvolge un consistente numero di nuclei familiari in Lunigiana. Si sono evidenziati le opportunità di crescita del territorio, i punti di criticità, i punti di forza.

Per quanto riguarda le opportunità di crescita si sono evidenziati alcuni ambiti principali, quali l'agricoltura, il turismo, la cultura dell'economia verde e quello dell'assistenza sociale e socio

assistenziale.

Per quanto riguarda le criticità è emersa una carenza di capitale umano giovane e formato rispetto agli ambiti rilevati per le opportunità di crescita, l'invecchiamento della popolazione, la scarsa conoscenza delle informazioni, delle opportunità e delle misure fruibili sul territorio per l'avvio di attività imprenditoriali; la difficoltà nella ricerca del lavoro dovuta a fattori di individualismo e lavoro sommerso; infine la troppa burocrazia che complica e frena l'avvio di attività produttive e imprenditoriali.

Nonostante questo in Lunigiana sono presenti grandi potenzialità del territorio rispetto all'ambiente, alla cultura, al clima e alla posizione geografica, modelli virtuosi da prendere ad esempio e migliorare la qualità di vita lavorando nel e per il proprio ambiente.

E' opportuno puntare, quale opportunità di crescita, alla consapevolezza che l'agricoltura e l'economia sono cambiate, oggi e' sempre meno importante il settore di appartenenza e sempre più come si fa impresa. Gli esempi virtuosi sono quelli delle imprese digitalizzate (con una visione d'insieme ed internazionale) ed attente alla gestione finanziaria, pertanto si rende necessario introiettare l'idea di impresa multifunzionale, la coesione sociale e territoriale, l'aggiornamento e la messa in rete di nuovi dati d'interesse, valorizzare le differenze umane e di genere in quanto risorsa, identificare e censire le imprese presenti sul territorio e implementare il target di qualità. Infine favorire la cultura della "passione per la propria terra".

Per quanto sopra sono emerse le seguenti priorità:

#### PRIORITA' FORMAZIONE E PREVENZIONE

- condivisione di azioni mirate per lo sviluppo della cultura imprenditoriale e dei servizi di supporto alla famiglia;
- crescita della cultura della sicurezza sul lavoro (impatto sociale sanitario).

#### PRIORITA' PREVENZIONE E FORMAZIONE NELLA SCUOLE

- diffondere modelli virtuosi (es. narrazioni di vita ed esperienze professionali);
- tavoli permanenti su orientamento alle scelte negli studi e nel lavoro con coinvolgimento delle famiglie, della scuola e delle imprese;
- favorire nuovi indirizzi di studio coerenti con le prospettive di sviluppo e dentro un piano condiviso di tutto il territorio.

#### OPPORTUNITA' PER POTER INCLUDERE PERSONE SVANTAGGIATE NEL MONDO DEL LAVORO

- dare sistema a tavoli permanenti "snelli" per applicare protocolli e procedure condivise;
- fare circolare le informazioni;
- allargare i percorsi di autonomia dei lavoratori svantaggiati o in uscita da situazioni di gravi difficoltà.

Sicuramente il lavoro in Lunigiana può avere un futuro, "amare la nostra terra per quello che è e quello che ci può dare, all'insegna dell'identità, della comunità e delle pari opportunità".

## TAVOLO 3 - NUOVI MODELLI DI 'CARE'



Appare necessario migliorare la diffusione della cultura multiprofessionale e l'interazione fra le varie figure professionali (ospedale, territorio, ambulatori) definendo le competenze dei vari professionisti nei diversi percorsi assistenziali e anche innovativi.

E' stato ritenuto anche opportuno pubblicizzare per rendere più visibili e fruibili i servizi offerti nel territorio

Inoltre, è prioritario implementare percorsi e modelli efficaci per affrontare cronicità e fine vita e realizzare l'Hospice di zona.

## TAVOLO 4 - LA FAMIGLIA



Da subito si è parlato del bisogno di rete fra servizi e del bisogno di pubblicizzarne l'esistenza e per far venire meno gli stereotipi e i pregiudizi vari legati ai servizi stessi. E' emerso il senso di solitudine negli utenti che si dovrebbero rivolgere a servizi addetti, ma anche negli stessi operatori.

Si è parlato della crisi della famiglia sul nostro territorio (aumento delle separazioni, alto tasso di minori in affido...), la presenza di poche strutture per sostenere le famiglie, pochi asili nido, necessità di spazi per favorire le reti relazionali delle famiglie.

E' emersa la necessità di formalizzare e potenziare i percorsi di sostegno alla famiglia, messi in atto dalle varie agenzie pubbliche e private e di attivare la formazione di gruppi di

famiglie come scambio intergenerazionale, favorendo interventi multidisciplinari, informandoli sui rischi e risorse; di sostenere il senso di comunità.

Inoltre, appare improcrastinabile incrementare le iniziative mirate alla prevenzione partendo dalla scuola materna, ma anche dalle coppie genitoriali in uno scambio tra pubblico e privato.

Per ultimo, ma non in ordine di importanza, è stata evidenziata la mancanza di servizi che favoriscano la conciliazione lavoro-famiglia.

Al termine dell'ampia discussione il gruppo di lavoro ha proposto:

- costituire un gruppo di confronto studio/lavoro fra i vari partecipanti, con un setting definito di incontri periodici;
- costituire gruppi di famiglie attraverso il contributo associativo;
- programmare interventi formativi, volti a rafforzare il sostegno alle famiglie nelle diverse fasi evolutive più critiche;
- attivare interventi di sensibilizzazione nelle scuole, a partire dalla scuola materna, nei centri giovanili educativi e luoghi di aggregazione giovanile sulla violenza di genere, sul bullismo, uso di sostanze e sulle varie tematiche emergenti;
- attivare di interventi per conciliare lavoro e bisogni famigliari (asili nidi sul posto di lavoro, orari più flessibili...)



**TAVOLO 5 - FRAGILITA'**

**DISABILITÀ:** il gruppo di lavoro ha ritenuto opportuno inserire tra le priorità le azioni mirate a migliorare l'accessibilità e la fruibilità nell'uso dei servizi anche attraverso una maggiore sinergia tra MMG, pediatri e scuola.

**STRANIERI:** è opportuno organizzare incontri di informazione e formazione per gli immigrati mirati alla consapevolezza dell'illegalità dell'uso di cannabis e costituire tavoli di lavoro con le istituzioni per realizzare progetti mirati di inserimento anche lavorativo e snellire la burocrazia.

**DIPENDENZE:** è emersa la necessità di anticipare i programmi di prevenzione relativi ai comportamenti a rischio di abuso di sostanze fin dalle scuole primarie di primo grado e realizzare

progetti strutturati di formazione/educazione dedicati ai genitori della prima infanzia.

Relativamente al fenomeno della ludopatia è stata proposta la costituzione di tavoli di lavoro interistituzionali e con i servizi esercenti per la sensibilizzazione e la consapevolezza.

**TAVOLO 6 - IL CITTADINO PROTAGONISTA**

E' emersa la necessità di:

- Avere un maggiore livello di informazione e conoscenza dei percorsi che vedono coinvolti gli attori della partecipazione con l'obiettivo di contribuire a facilitare l'accesso ai servizi da parte degli utenti;
- Realizzare un modello comunicativo più efficace da sviluppare con un apposito piano di comunicazione strettamente correlato (organico) con gli obiettivi strategici della programmazione individuati nel PIS;
- Realizzare la mappatura di tutte le associazioni sul territorio al fine di creare una rete territoriale comunitaria;
- Realizzare di punti di ascolto con contenitore delle proposte anonimo.

**TAVOLO 7 - LA MOBILITA'**

Tra le questioni che sono state sollevate e le principali proposte dei partecipanti al gruppo di lavoro sono apparse prioritarie per migliorare la mobilità del territorio:

- la riorganizzazione generale del servizio di trasporto pubblico locale valutando modalità alternative quali ad esempio, servizi scolastici a porte aperte, servizi a chiamata, coinvolgimento delle associazioni di volontariato;
- il censimento delle fermate TPL e delle stazioni ferroviarie relativamente anche all'accessibilità dei disabili;
- le analisi e la riorganizzazione del servizio di TPL su gomma in coincidenza con i treni alle stazioni ferroviarie della Lunigiana;

Le azioni necessarie condivise dal Tavolo sono

risultate le seguenti:

- condivisione delle sinergie di tutti i settori.

Riorganizzazione rete scolastica e sanitaria;

Ricognizione dei servizi di trasporto scolastici, extrascolastici e sanitari presenti in ciascun comune;

Modalità alternative quali ad esempio, servizi scolastici a porte aperte, servizi a chiamata, coinvolgimento delle associazioni di volontariato;

Collegamento con il NOA e con i presidi ospedalieri;

Collegamento del centro di Pontremoli con l'ospedale;

Servizi ferroviari collegamenti con il servizio di TPL;

Accessibilità dei disabili sia per i servizi di TPL su gomma che su ferro;

Manutenzione della viabilità.

Supporto alla mobilità da parte delle associazioni di volontariato soprattutto per anziani e disabili.

Affidamento della gara di TPL al nuovo gestore con possibilità per il territorio di riprogrammare il servizio di TPL;





## Le Linee Strategiche 2020-2022

---

Dall'analisi degli indicatori del Profilo di Salute, l'Assemblea dei Soci della SdS Lunigiana, tenuto conto dei pronunciati della Regione Toscana (Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale - PSSIR 2018-2020) ha approvato gli indirizzi politici ed individuato le seguenti linee strategiche:

- 1 - promuovere le azioni e i percorsi per affrontare la malattia cronica
- 2 - utilizzare la tecnologia informatica nell'assistenza territoriale
- 3 - pianificare e potenziare in maniera condivisa le cure nell'ultima fase della vita
- 4 - ridurre le disuguaglianze e facilitare l'accesso ai servizi
- 5 - sviluppare nuovi modelli di assistenza
- 6 - implementare la partecipazione dei cittadini e diffondere la cultura per la sostenibilità del sistema
- 7 - promuovere azioni di comunità per migliorare la consapevolezza degli stili di vita positivi e promuovere gli interventi di prevenzione.

Queste linee strategiche sono state tradotte in precisi progetti e programmi operativi miranti a migliorare gli aspetti di salute ritenuti prioritari tenendo conto dei profili di salute, dei servizi e dell'espressione dei tavoli partecipativi.

Gli obiettivi generali che si intendono realizzare, elencati di seguito, sono suddivisi in diversi Programmi a cui sono attribuite le schede poa.

Gli obiettivi generali sono quattro:  
Promuovere azioni di Prevenzione;  
Mantenere e Sviluppare l'assistenza territoriale;  
Sostenere la riabilitazione e il reinserimento sociale;  
Inclusione sociale e lotta alla povertà.

# Programmazione Operativa Annuale 2020:

---

## GLI OBIETTIVI E LA DEFINIZIONE DELLE AZIONI

Gli obiettivi individuati per la Zona Lunigiana, tenendo conto dei livelli di programmazione e le istanze dei tavoli concertativi sono:

Promuovere azioni di Prevenzione;  
Mantenere e Sviluppare l'assistenza territoriale;  
Sostenere la riabilitazione e il reinserimento sociale;  
Inclusione Sociale e lotta alla povertà.

Gli obiettivi sono a loro volta suddivisi in diversi Programmi Zonali a cui sono attribuite le schede poa.

## 1 - PROMUOVERE AZIONI DI PREVENZIONE

L'obiettivo mira a mettere in atto azioni efficaci di prevenzione per migliorare lo stato di salute della popolazione e contrastare i rischi psicosociali.

**Programmi relativi all'obiettivo 1:**

### 1 - STRUTTURE DI AGGREGAZIONE E PREVENZIONE AL DISAGIO

*Il programma prevede di attuare azioni di prevenzione al disagio giovanile e di supporto alle famiglie.*

Schede POA:

Centri aggregazione anziani  
Centro Giovanile "Icaro"  
Centri educativi e di aggregazione minori

### 2 - RIDUZIONE DELL'ISTITUZIONALIZZAZIONE

*Il programma prevede l'attivazione di interventi di assistenza domiciliare al fine di prevenire l'isolamento sociale, l'istituzionalizzazione e le forme di non autosufficienza.*

Schede POA:

Assistenza domiciliare - SAD

### 3 - ATTIVITA' DI PREVENZIONE PER LE DIPENDENZE

Il programma prevede azioni di contrasto ai comportamenti a rischio attraverso attività sulla popolazione sana, valorizzare le situazioni che ne prevengono o ritardano l'insorgere o allo scopo di attenuare gli effetti dannosi prodotti dalle sostanze stupefacenti o dal comportamento oggetto dell'intervento preventivo. L'obiettivo, dunque, è intervenire sul problema in corso di sviluppo, prima che questo abbia manifestazioni cliniche.

Schede POA:

DGA - Prevenzione e terapia del gioco di azzardo patologico  
Prevenire le dipendenze: educare curare riabilitare  
Prevenzione alcolismo  
Prevenzione tabagismo

### 4 - ACCOMPAGNAMENTO NELLE VARIE FASI DELLA VITA

*Il programma prevede attività di supporto alle donne nelle varie fasi della vita.*

Schede POA:

Donne e menopausa  
Percorso per l'educazione alla salute riproduttiva

### 5 - EDUCAZIONE ALLA SALUTE NELLE SCUOLE

*Il programma prevede la promozione di azioni e percorsi di educazione alla salute nelle scuole per prevenire il disagio giovanile.*

Schede POA:

Tavolo scuola servizi

**6 - RAFFORZARE L'ATTIVITA' DI PREVENZIONE**

*Il Programma intende rafforzare le azioni di prevenzione previste dal piano nazionale e regionale della prevenzione, prevedendo la collaborazione tra i diversi dipartimenti interessati per ridurre la prevalenza di stili di vita e condizioni che possono aumentare il rischio di malattia.*

Schede POA:

Campagna informativa per la sicurezza stradale  
 Il Piano della prevenzione  
 Piano di comunicazione per prevenzione nutrizionale  
 Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate  
 Gli screening oncologici  
 Il Piano di comunicazione della SdS Lunigiana  
 Implementazione azioni di prevenzione per le malattie diffuse emergenti

**7 - IMPLEMENTARE LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI E PROMUOVERE AZIONI DI COMUNITA' PER LA PREVENZIONE**

*Il programma prevede la costituzione di un tavolo permanente tra operatori e rappresentanti delle Istituzioni, Associazionismo, Enti, ecc. finalizzato a promuovere azioni di comunità per migliorare la consapevolezza degli stili di vita positivi e promuovere gli interventi di prevenzione.*

Schede POA:

Istituzione tavolo permanente Prevenzione

**2 - MANTENERE E SVILUPPARE L'ASSISTENZA TERRITORIALE**

L'obiettivo è mirato a mantenere l'attuale assistenza territoriale e a svilupparne le attività in aderenza con l'evoluzione epidemiologica e normativa.

**Programmi relativi all'obiettivo 2:**

**1 - LA NON AUTOSUFFICIENZA E LA DISABILITA'**

*Il programma prevede la presa in carico di persone non autosufficienti con disabilità grave attraverso progetti personalizzati (UVM, UVMD) per contrastarne l'istituzionalizzazione e supportare le famiglie.*

Schede POA:

Casa Più  
 Centro Disturbi Cognitivi e Demenze: C.D.C.D. Lunigiana  
 Percorso di presa in carico persone con gravissima disabilità  
 Percorso non autosufficienza  
 Home Care Premium  
 Progetto "Comunità... laboratorio di vita"  
 Regolamento UVMD  
 Residenzialità disabili  
 Trattamento riabilitativo persone in carico alle strutture territoriali

**2 - PROMOZIONE DELLE AUTONOMIE**

*Il programma prevede interventi che permettono ai beneficiari di condurre una vita in autonomia.*

Schede POA:

Residenzialità minori

**3 - LA RETE DI EMERGENZA URGENZA**

*Il Programma prevede l'attivazione delle azioni necessarie per affrontare le situazioni di emergenza urgenza sanitaria.*

Schede POA:

Rete emergenza urgenza

**4 - INSERIMENTO ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI E ADULTI IN STATO DI BISOGNO IN STRUTTURE**

*Il programma prevede l'inserimento in RSA di anziani non autosufficienti e di adulti in stato di bisogno socio sanitario e socio assistenziale che non possono essere assistiti a domicilio.*

Schede POA:

Inserimento anziani in RSA  
 Inserimento adulti con disagio psicosociale in Strutture Comunitarie

**5 - COMUNITA' EDUCATIVA/TERAPEUTICA PER MINORI**

*Il programma prevede l'inserimento dei minori in comunità terapeutiche, spesso predisposto dal Tribunale per i Minorenni, quando altri percorsi non sono in grado di tutelarli pienamente.*

Schede POA:

Residenzialità minori

**6 - PERCORSI TERAPEUTICO RIABILITATIVI CON GRAVI PATOLOGIE PSICHIATRICHE**

*Il programma prevede il mantenimento della rete dei servizi offerti dalle strutture residenziali per la salute mentale e assicurare la presa in carico dei pazienti con gravi patologie psichiatriche anche a seguito della dimissione dalle REMS-D o in alternativa ad esse o al Carcere.*

Schede POA:

Struttura residenziale Psichiatrica "Tiziano"

**7 - INTEGRAZIONE SCOLASTICA**

*Il programma prevede l'intervento nella scuola di ogni grado per facilitare l'inserimento scolastico dell'alunno disabile e il supporto dei minori con quadro medio - grave nelle attività pomeridiane in continuità con le attività scolastiche, supportando le famiglie nel periodo pomeridiano ed estivo.*

Schede POA:

Assistenza educativa scolastica e domiciliare

**8 - AZIONI DI INTERVENTO PER LA VIOLENZA DI GENERE**

*Il programma prevede di fornire alle donne vittime di violenza strumenti di aiuto per riappropriarsi di condizioni di vita dignitose nel rispetto dell'autodeterminazione*

Schede POA:

Attività di informazione, formazione e sensibilizzazione sulle tematiche della violenza

Attività di supporto e aiuto alle donne che hanno subito violenza e ai loro figli

Centro Donna Lunigiana

Codice Rosa

**9 - ATTIVITA' A SOSTEGNO DELLA GENITORIALITA'**

*Il programma prevede il sostegno ai genitori nei momenti di criticità nel rapporto con i propri figli per aiutarli in una crescita armoniosa.*

Schede POA:

La rete territoriale a sostegno del pre post partum

Percorso nascita

Affido familiare

Sostegno alle famiglie.

Progetto "mille giorni"

Progetto P.I.P.P.I.

Rapporti con Autorità Giudiziaria

Tavolo permanente sulla famiglia

**10 - PROMOZIONE DELLA CULTURA DELLE CURE PALLIATIVE**

*Il programma prevede l'organizzazione delle attività della U.F. Cure Palliative appena costituita con azioni mirate all'implementazione della cultura delle Cure Palliative*

Schede POA:

Implementazione della cultura delle Cure Palliative (L.38/2010)

Integrazione tra l'U.F. Cure Palliative e i Coordinatori AFT

Progettazione Hospice di Zona

**11 - PROMUOVERE AZIONI PER LA SANITA' DI INIZIATIVA E L'INVECCHIAMENTO ATTIVO**

*Il programma prevede l'implementazione dei percorsi individuati dalla normativa regionale per la sanità di iniziativa e l'invecchiamento attivo.*

Schede POA:

Aggiornamento indirizzi organizzativi per AFA

Attivazione Day service

Infermiere di Famiglia e di Comunità IFeC

Progetto "Argento Vivo"

Modello IDEA

Programmazione agende cup per la cronicità

Sviluppo sanità d'Iniziativa su indicazioni RT per nuovo modello

#### **12 - MIGLIORARE I TEMPI DI ATTESA**

*Il programma prevede l'implementazione della DGRT 750/2018 sotto la direzione della struttura di GO che assicura il coordinamento complessivo delle attività.*

Schede POA:

Medicina specialistica  
Passaggio specialisti a strutture dipartimentali  
Progetto Assistenza Domiciliare Odontoiatrica - ADO  
Promozione dell'adesione del pediatra al programma delle vaccinazioni  
Riduzione tempi di attesa

#### **13 - MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA**

*Il programma prevede l'implementazione dell'accordo integrativo aziendale per la medicina generale con il coinvolgimento delle AFT dei MMG e dei medici specialisti.*

Schede POA:

Applicazione/monitoraggio accordo aziendale - MMG  
Appropriatezza prescrittiva farmaceutica Medicina Generale  
Omogeneità nei percorsi e consumi assistenza integrativa  
Procedure aziendali relative ai farmaci

#### **14 - MIGLIORARE LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

*Il programma prevede la riorganizzazione dei servizi di continuità assistenziale e il rafforzamento dei percorsi integrati territorio ospedale territorio.*

Schede POA:

ACOT - Prosecuzione  
Analisi fabbisogno e rimodulazione dell'offerta e della domanda di Cure Intermedie  
Apertura punto prelievo presso Presidio socio sanitario di Mulazzo  
Attivazione nuovo presidio socio sanitario Caniparola  
Casa della Salute  
Mappatura presidi territoriali e approvazione piano  
Organizzazione continuità assistenziale  
Sviluppo della rete consultoriale  
Cure domiciliari

#### **15 - MANTENERE L'ASSISTENZA PEDIATRICA**

*Il programma prevede azioni di monitoraggio e sensibilizzazione per l'adesione agli accordi aziendali e regionali.*

Schede POA:

Assistenza pediatrica territoriale

#### **16 - FACILITARE L'ACCESSO E LA PRESA IN CARICO**

*Il programma prevede la facilitazione dell'accesso ai servizi sociali, socio assistenziali e socio sanitari attraverso azioni di informazione e sensibilizzazione dei cittadini. Prevede inoltre il potenziamento della presa in carico di persone in stato di bisogno e dare risposte immediate e concrete a situazioni impreviste e imprevedibili.*

Schede POA:

Botteghe della Salute  
Progetto T.E.A.M.S.  
Pronto Intervento Sociale  
Segretariato Sociale: accesso ai servizi

#### **17 - UTILIZZO TECNOLOGIA INFORMATICA NELL'ASSISTENZA TERRITORIALE**

*Implementare la tecnologia nel Servizio Sanitario per la pianificazione dell'evoluzione del sistema verso una gestione più efficace della salute dei cittadini.*

Schede POA:

Software unico per i consultori ATNO  
Telemedicina

#### **18 - DIFFONDERE LA CULTURA PER LA SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA**

*Il programma prevede la costituzione di un tavolo permanente tra operatori e rappresentanti delle Istituzioni, Associazionismo, Enti, ecc. finalizzato a diffondere la cultura per la sostenibilità del sistema.*

Schede POA:

Istituzione tavolo permanente Assistenza territoriale

### **19 - ATTIVITA' CONSULTORIALE**

*Il Programma ha l'obiettivo di raccogliere diversi percorsi e servizi di salute primaria che vengono svolti all'interno dei Consulteri volti a tutelare e promuovere la salute pubblica.*

Schede POA:

Percorso IVG

Sviluppo progetto ICARE

### **20 - RAFFORZAMENTO RETE TRA SERVIZI TERRITORIALI**

*Il programma si propone di implementare e migliorare il lavoro di equipe fra servizi territoriali mediante incontri e riunioni, confronti, progetti condivisi in sinergia fra tutti i servizi che operano sul territorio (SMA, SMIA, Consultorio, Cure primarie, Ser.D e Servizio Sociale e Centro Minori e Famiglie).*

Schede POA:

Rete dei servizi socio sanitari: SMA, SMIA, Consultorio, Cure primarie, Ser.D e Servizio Sociale e Centro Minori e Famiglie

## **3 - SOSTENERE LA RIABILITAZIONE E IL REINSERIMENTO SOCIALE**

L'obiettivo mira a sostenere la riabilitazione e il reinserimento sociale.

**Programmi relativi all'obiettivo 3:**

### **1 - INSERIMENTO LAVORATIVO**

*Il programma prevede di migliorare l'occupabilità di soggetti svantaggiati, consolidare le infrastrutture territoriali e favorire il collegamento con i centri per l'impiego, valorizzando la presa in carico multidimensionale e la progettazione personalizzata dei percorsi di inclusione socio-lavorativa e terapeutico.*

Schede POA:

Inserimento lavorativo persone con disagio psichico

Inserimenti lavorativi disabili

Servizi di accompagnamento al Lavoro per persone svantaggiate - luniper gli altri

Borse lavoro Ser.D.

### **2 - CENTRI DIURNI ANZIANI ANCHE CON PROBLEMI COMPORTAMENTALI**

*Il programma prevede di accogliere persone anziane non autosufficienti in centri diurni dedicati per mantenerne le residue capacità di autonomia per prevenirne l'istituzionalizzazione e dare sollievo alle famiglie.*

Schede POA:

Centri Diurni Anziani

### **3 - LA SEMIRESIDENZIALITA' PER SOGGETTI FRAGILI**

*Il programma è rivolto a persone in situazione di disabilità medio-grave e grave e promuove azioni di supporto al mantenimento delle capacità residue, alla valorizzazione della socializzazione e al sostegno alle famiglie. Per i minori sono previste attività extra scolastiche e di integrazione ai percorsi scolastici al fine di favorire l'integrazione sociale e il supporto psicoeducativo.*

Schede POA:

Centri di socializzazione disabili

Centro edu@play

### **4 - SISTEMA DI PROTEZIONE RIFUGIATI E RICHIEDENTI ASILO**

*Il programma prevede l'attuazione di interventi di "accoglienza integrata" che superando la sola distribuzione di vitto e alloggio, prevedendo, in modo complementare, misure di informazione, accompagnamento, assistenza e orientamento, attraverso la costruzione di percorsi individuali di inserimento socio-economico.*

Schede POA:

Sistema di protezione per rifugiati e richiedenti asilo



**5 - INTERVENTI RIABILITATIVI PER ADULTI**

*Il programma prevede lavori di pubblica utilità non retribuiti a favore della collettività come manutenzione del territorio, pulizia delle aree pubbliche.*

Schede POA:

Lavori di pubblica utilità (LPU)

**6 - FAVORIRE IL PERCORSO DI AUTONOMIA E VITA INDIPENDENTE PER SOGGETTI AFFETTI DA PATOLOGIA PSICHIATRICA**

*Il programma prevede l'individuazione e la creazione di gruppi appartamento per pazienti psichiatrici stabilizzati che non possano più permanere in famiglia. Il programma prevede, attraverso la presenza di educatori e facilitatori sociali, il recupero delle abilità di vita indipendente, al fine di garantire una vita sociale e relazionale quanto più normale possibile.*

Schede POA:

Abitare supportato

Progetto Raffaello Cresce

Supporto al disagio psichico attraverso l'impiego di facilitatori sociali

**7 - OFFERTA RESIDENZIALE**

*Il programma prevede la creazione di specifici percorsi residenziali terapeutico-riabilitativi, per i pazienti afferenti al DSM (UFSMA , UFSMIA SERD) che abbiano bisogno di programmi intensivi al fine di una stabilizzazione sintomatologica in caso di acuzie e di recuperare le abilità sociali e relazionali residue.*

Schede POA:

La risposta residenziale alla grave psicopatologia adolescenziale

Progetti riabilitativi residenziali Ser.D

Risposta residenziale psichiatrica

**8 - PRESA IN CARICO PAZIENTI CON PROBLEMATICHE PSICOSOCIALI DALL'INFANZIA ALL'ETA' ADULTA**

*Il programma prevede la presa in carico dei pazienti particolarmente a rischio a causa di fattori sociali, psicologici, biologici e ambientali nelle fasi della prima infanzia, adolescenza ed età adulta . Data la loro vulnerabilità e i loro bisogni le attività di promozione della salute mentale, di prevenzione e di trattamento dei problemi ad essi correlati in favore di queste fasce di popolazione, dovranno essere prioritarie. I disturbi nell'infanzia possono essere importanti precursori di disturbi nell'età adulta. Il programma prevede pertanto la creazione di specifici percorsi facilitati di transizione e passaggio dalla UFSMIA alla UFSMA*

Schede POA:

Continuità del trattamento assistenziale nel passaggio dall'infanzia-adolescenza all'età adulta

Gestione integrata Territorio-Ospedale Disturbi Condotta Alimentare in età evolutiva

Individuazione precoce disturbi del linguaggio

Integrazione con rete punti nascita

Integrazione con rete punti nascita

Presa in carico dei minori multiproblematici

Presa in carico tempestiva urgenze psicopatologiche dell'infanzia e adolescenza

Sostegno ai migranti

Tempestività del percorso diagnostico e terapeutico disturbi dello spettro autistico

**9 - IMPLEMENTARE LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI PER FACILITARE L'ACCESSO AI SERVIZI**

*Il programma prevede la costituzione di un tavolo permanente tra operatori e rappresentanti delle Istituzioni, Associazionismo, Enti, ecc. finalizzato a facilitare l'accesso ai servizi.*

Schede POA:

Istituzione tavolo permanente Partecipazione, Accesso e Mobilità.

**4 - INCLUSIONE SOCIALE E LOTTA ALLA POVERTA'**

L'obiettivo è mirato a sostenere tutte le misure e le azioni per favorire l'inclusione sociale e contrastare la povertà.

**Programmi relativi all'obiettivo 4:**

**1 - MISURE DI CONTRASTO ALLA POVERTA'**

*Il programma prevede la presa in carico di persone in stato di povertà, di indigenza e isolamento sociale, attraverso l'attuazione di tutte le azioni di contrasto alla povertà.*

Schede POA:

Contributi economici  
Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale  
Fondo solidarietà interistituzionale  
Progetto Emporio

**2 - PROGRAMMA REDDITO DI CITTADINANZA**

Il programma prevede la presa in carico delle persone in stato di povertà e disagio sociale percettori del Reddito di Cittadinanza.

Schede POA:

RDC - Fondo povertà (PON Avviso 1 e Avviso 3) - A. Rafforzamento dei servizi sociali  
RDC - Fondo povertà (PON Avviso 1 e Avviso 3) - B. Interventi socio educativi e di attivazione lavorativa  
RDC - Fondo povertà (PON Avviso 1 e Avviso 3) - C. Promozione di accordi di collaborazione in rete  
Reddito di cittadinanza - quota servizi - LEP 1 - Presa in carico  
Reddito di cittadinanza - quota servizi - LEP 2 - Interventi e servizi  
Reddito di cittadinanza - quota servizi - LEP 3 - Informazione e orientamento al RdC  
PUC: Progetti Utili alla Collettività

**9 - IMPLEMENTARE LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI PER AFFRONTARE LA TEMATICA DEL LAVORO**

*Il programma prevede la costituzione di un tavolo permanente tra operatori e rappresentanti delle Istituzioni, Associazionismo, Enti, ecc. finalizzato ad approfondire la tematica del lavoro.*

Schede POA:

Istituzione tavolo permanente lavoro

## Bibliografia

---

### *Fonti dei dati:*

ISTAT

ARS

U.O. Sistema Informativo Aziendale

U.O. Controllo di Gestione

U.O. Tecnologie e Procedure Informatiche

### *SITI INTERNET:*

<https://www.ars.toscana.it/>

<https://www.regione.toscana.it/>

[www.sdslunigiana.it](http://www.sdslunigiana.it)

<https://www.tuttitalia.it/>

<https://uggeo.urbistat.com/>

## Ringraziamenti

---

Ringraziamo tutti coloro che hanno partecipato all'elaborazione del PIS 2020-2022 della Lunigiana unitamente al Profilo di Salute, dei Servizi e alla stesura delle schede POA.

Ringraziamo per l'impegno e l'entusiasmo, in particolare tutti i Responsabili dei servizi territoriali della Lunigiana e i Responsabili dei dipartimenti e dei servizi dell'asl TNO e a tutti i loro collaboratori.

Un ringraziamento particolare al Direttore dell'Azienda USL Toscana Nord ovest,

ai Sindaci dei Comuni della Lunigiana,

al collegio sindacale,

ai Sindacati,

al Comitato di Partecipazione,

alla Consulta del Terzo Settore

e tutte le Associazioni con cui collaboriamo,

Allo staff della SdS Lunigiana

A tutto il personale ASL della Zona Lunigiana

A tutte le persone che hanno collaborato alla realizzazione del PIS Lunigiana e della programmazione.

Con questo elaborato ci auguriamo di aver contribuito in qualche misura ad una riflessione sul nostro territorio.

Ringraziamo infine tutti i cittadini della Lunigiana fonte preziosa continua di ispirazione, questo elaborato è dedicato, per molte ragioni, a loro.

Il Presidente  
Riccardo Varese

La Direttrice  
Rosanna Vallelonga

Si prega il lettore, di segnalare alla segreteria della SDS (tel 187/406142-143-156) eventuali possibili anomalie, riscontrate nelle tabelle dei dati, che potrebbero essere state determinate dall'uso di fonti informative diverse o da anomalie dell'editing tipografico.