

Piano Integrato di Salute **LUNIGIANA**



Programmazione 2006 – 2008

PROGRAMMAZIONE S.D.S. LUNIGIANA

Deliberazione n. 13 del giorno 20 luglio 2006

OGGETTO: approvazione Piano integrato di salute





INDICE

Programmazione anni 2006 – 2008	pag. 1
Schema riassuntivo progetti SdS e Montanità	pag. 8
Bilancio di previsione	pag. 11
Progetti inseriti nel piano sociale zona Lunigiana	pag. 14
Progetti	pag. 18

Piano sociale di zona

- Piano di Interesse Regionale
- Progetti in attesa di finanziamento
- Piano degli investimenti
- Progetti di intervento
- Montanità
- Programmi operativi
- Ulteriori progetti finanziati

Piano Integrato di Salute

- Anziani
- Disabilità
- Disagio mentale
- Minori
- Prevenzione
- Servizi



Programmazione Anni 2006 – 2008

"L'immagine di salute" evidenzia che le condizioni di salute della Lunigiana, in generale non sono peggiori rispetto al resto della Regione. Tuttavia si ritiene che vi siano ancora ampi spazi di miglioramento e che sia necessario un nuovo approccio "etico" nell'erogazione dei servizi offerti alla popolazione. E' pertanto fondamentale, a nostro parere, rivisitare l'organizzazione complessiva di tutto il sistema e promuovere la cultura dell'appropriatezza e dell'adeguatezza di quanto erogato migliorandone nel contempo la qualità.

Va tenuto conto dell'aspetto demografico che come rilevato è caratterizzato da un elevato indice di anzianità superiore al dato provinciale (zona Lunigiana 296,00 – Provincia Massa Carrara 207,54) e che in questa fascia di popolazione sono preminenti le patologie cronico degenerative che determinano un elevato carico assistenziale, con conseguente aggravio economico. Inoltre rispetto alla disabilità stimata (Lunigiana 7,1 – Apuane 6,3 – Provincia 6,5) nel prossimo futuro i servizi devono realizzare una più mirata e differenziata offerta di prestazioni che consentano di affrontare le problematiche affinché il tessuto sociale possa modificarsi ma comunque "contenere".

Il carico assistenziale che ci troveremo ad affrontare sarà sicuramente elevato in considerazione dei bisogni che emergeranno, quindi riorganizzare il sistema significa erogare prestazioni tenendo conto dei livelli di assistenza e della sostenibilità economica considerando le fughe, l'uso del farmaco l'attuazione dei programmi aziendali volti alla razionalizzazione del costo del farmaco accompagnati da una campagna di sensibilizzazione per un uso corretto in particolare con i MMG.

Quindi offrire differenziate ed appropriate risposte ai bisogni tenendo conto della sostenibilità economica.

Considerati i parametri demografici e di quanto le disposizioni di legge prevedono di assegnare ai servizi ospedalieri (43%), territoriali (52%) e di prevenzione (5%) si è cercato di produrre un bilancio di zona virtuale (in allegato).

E' necessario adottare metodi che consentono di monitorare e verificare costantemente l'andamento del bilancio.

Tenendo conto dei progetti pervenuti elaborati dai vari servizi (escluso il piano di potenziamento del personale, del costo relativo all'adeguamento delle strutture e delle nuove strutture previste e del miglioramento dell'accesso ai servizi) si stima che occorrono maggiori risorse rispetto al bilancio sopraccitato di circa € 2.415.052,50 (cure intermedie non incluse nell'importo).

Inoltre la programmazione PIS prevede una parte relativa ai progetti già finanziati composta dal fondo della "Montanità" pari ad € 1.128.229 annuali e dal Piano Assistenza Sociale di Zona di € 2.702.127, la restante parte necessita di finanziamento.

Per dare una concreta risposta al perseguimento delle finalità indicate e nel governo della domanda la SdS si occuperà comunque di aggiornare i regolamenti, i protocolli operativi fra i servizi territoriali, territorio – ospedale , per la continuità del percorso assistenziale, di attuare i livelli di assistenza

tenendo conto di collegare i costi della prestazione e dei processi assistenziali all'entità di finanziamento ai singoli livelli. Inoltre di disegnare una "Mappa di percorsi assistenziali" e coinvolgimento sempre maggiore dei M.M.G.

Tali strumenti sono considerati fondamentali per eliminare la domanda impropria e produrre percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali che abbiano un'alta valenza di efficienza ed efficacia.

Per conseguire inoltre un adeguato quadro in cui elaborare gli obiettivi di salute sono altresì importanti appositi accordi collaborativi con le diverse istituzioni ed agenzie presenti nel sistema con specifiche competenze (Zona socio – sanitaria confinante, Arpat, Dipartimento della Prevenzione, Comunità Montana: per Agenda 21, Comitato locale educativo, Provincia: piano rifiuti, formazione, inserimenti lavorativi, Osservatorio Provinciale)

Non trascurabile il patto con la cittadinanza per promuovere la cultura della partecipazione.

Per caratterizzare la qualità dei servizi nell'ambito della SdS della Lunigiana al fine di diminuire le fughe di cittadini per prestazioni erogate sia in ambito territoriale che ospedaliero e l'attuazione dei livelli di assistenza risultano da affrontare le seguenti priorità:

1° LOGISTICA:

Le sedi di erogazione dei servizi Socio-Sanitari territoriali in particolare quella di Aulla sono inadeguate sia sotto il profilo logistico strutturale che per la carenza degli spazi con conseguente sovraffollamento degli operatori e dell'utenza.

2° CITTADINI ATTIVI: la partecipazione

E' necessario pensare opportuni processi di "comunicazione" finalizzati alla maggior condivisione e al cambiamento. Condivisione con gli operatori socio – sanitari in particolare i MMG e la popolazione attraverso le agenzie rappresentative delle varie fasce e vari interessi.

Azioni

- indicazione nuova sede SdS e poliambulatorio di Aulla;
- utilizzo dell'ala dell'Ospedale di Pontremoli denominato "rustico" per potenziamento dell'attività specialistica;
- adeguamento dei presidi distrettuali di Barbarasco e Villafranca L.;

Azioni

- realizzazione piano di comunicazione interno ed esterno;
- carta dei servizi;
- carta di cittadinanza;
- protocolli operativi;
- tavoli permanenti con cittadinanza attiva
- Comitato di partecipazione, Consulta terzo settore, organizzazioni di categoria
- migliorare la percezione dei servizi;
- questionario "cosa ne pensa la gente";

3° ACCESSO AI SERVIZI:

Organizzare un sistema in grado di accogliere ed accompagnare i cittadini alla soluzione dei propri bisogni nel rispetto della dignità delle persone e della privacy.

Organizzare gli accessi ai servizi in maniera diffusa sul territorio tenendo conto delle caratteristiche geografiche e demografiche.

4° RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI:

"Promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio – sanitari" (PSR) per evitare le fughe e l'ospedalizzazione inappropriata (visto l'aumento dell'indice di ospedalizzazione ultra 75) ridurre le liste di attesa sia per accedere alle Rsa che per le visite specialistiche ambulatoriali.

Azioni

- apertura Punto Unico di Accesso
 1. Aulla
 2. Fivizzano
 3. Pontremoli
- formazione del personale;
- adeguamento delle sedi di erogazione dei servizi;
- potenziamento e miglioramento servizio CUP, accordo con la P.A. e Farmacie del territorio per la prenotazione diretta;
- medici in rete;
- informazione sui percorsi assistenziali
- organizzazione trasporti mirati per le fasce di popolazione fragile;
- potenziamento punti prelievi;
- potenziamento punti servizio farmaceutica territoriale;

Azioni

- realizzazione unità cure primarie;
- realizzazione Primo Soccorso in Aulla;
- potenziamento progetto "cuore";
- potenziamento attività specialistica;
- potenziamento servizio assistenza domiciliare cure palliative e fisioterapia;
- potenziamento punti prelievi;
- adeguamento organici di vari servizi:
 - Neuropsichiatria infantile
 - Servizio Tossicodipendenze
 - Servizio Sociale
 - Psichiatria
 - Servizi Infermieristici
 - Specialistica ambulatoriale
- adeguamento tecnologie strumentale ed informatizzazione (Progetto Genesi Plus);
- valorizzazione della formazione;

5° PREVENZIONE :

la prevenzione primaria e secondaria rappresenta uno strumento fondamentale per assicurare alla popolazione una vita più lunga in buona salute modificando i propri stili di vita e la possibilità di utilizzare metodiche per la diagnosi precoce.

La prevenzione attraverso l'integrazione con le politiche ambientali per garantire l'ambiente di vita nel suo complesso.

Azioni

- accordo di programma: ARPAT, Agenda 21 (Comunità Montana), Provincia (Piano dei rifiuti), Dipartimento di prevenzione;
- ricerca epidemiologica principali fattori di rischio nella zona Lunigiana progetto "Tolomeo";
- indagine epidemiologica sulle dipendenze da alcool e tabagismo:
- studio epidemiologico di fattori di rischio nella zona e degli incidenti domestici;
- educazione e promozione della salute:
 - la salute nei luoghi di lavoro
 - alimentazione e salute
 - gli incidenti domestici
 - fumo, alcool, sostanze stupefacenti
 - esercizio fisico
 - stili di vita in gravidanza ed allattamento
 - corretto uso del farmaco
- Sensibilizzazione, informazioni e screening nelle scuole per:
 - odontoiatria
 - scoliosi
 - piattismo plantare
 - oculistica
- estensione della copertura degli screening per mammella, collo dell'utero e colon retto;
- sorveglianza attiva "anziani fragili";
- potenziamento attività di prevenzione primaria e secondaria dalle problematiche legate alla tossicodipendenza e al disagio giovanile
- indagine epidemiologica sulla presenza di comportamenti a rischio in adolescenza;
- progetti di mediazione culturale per favorire l'integrazione agli immigrati;
- obiettivi di salute per la medicina di famiglia attività di prevenzione con MMG;
- potenziamento servizi consultoriali (programmi per la menopausa e percorsi madre-bambino, maternità e paternità consapevole);

6° ANZIANI E DIRITTO ALLA DOMICILIARITA' DELLE CURE:

Alta incidenza di persone anziane ultra/65

La non autosufficienza è il 10% con una stima della disabilità di circa 7,1% (zona Lunigiana)

Garantire il diritto alla domiciliarità delle cure attraverso i servizi territoriali e domiciliare per evitare i frequenti ricoveri in ospedale.

Valorizzazione della rete dei servizi semiresidenziali e residenziali per diminuire le liste di attesa per le RSA per i soggetti che non possono permanere nelle proprie abitazioni.

7° DISABILITA':

Aumento dei cittadini disabili.

Difficoltà dei minori con disabilità complesse all'integrazione scolastica.

Azioni volte all'integrazione sociale con opportunità di crescita autonoma e sostegno alle famiglie per l'accesso ai servizi.

Azioni

- Potenziamento delle attività domiciliari e ambulatoriali:
 - assistenza domiciliare
 - contributi scasso ricovero
 - fisioterapia
 - ADI
 - cure palliative
 - sostegno alle famiglie (care giver)
 - attività specialistica
- formazione permanente del personale;
- percorsi assistenziali e continuità ospedale-territorio;
- potenziamento Centri residenziali e semiresidenziali;
- trasporto sociale anziani prevenzione alle cadute domestiche;
- iniziative di comunicazione mirate alla conoscenza dei percorsi assistenziali;

Azioni

- Piano di zona per eliminare le barriere architettoniche: realizzazione della SdS del corso di formazione personale per gli uffici tecnici dei comuni finanziato dalla Regione Toscana;
- Realizzazione del servizio residenziale "dopo di noi" (parte del costo da recuperare sul bilancio socio sanitario);
- Percorsi assistenziali continuativi a sostegno alle famiglie;
- Realizzazione di attività diurne integrate con le attività scolastiche per minori: progetto Raffaello – interventi per minori con disabilità complessa;
- Valorizzazione dei centri di socializzazione e delle attività ricreative, ludiche e sportive;
- Potenziamento interventi di aiuto alle persone e assistenza domiciliare;
- Valorizzazione e potenziamento inserimenti lavorativi;
- Protocolli intesa scuola-servizi;

8° DISAGIO MENTALE:

*Incremento dei casi di patologie della sfera psichica e carenza di percorsi assistenziali certi con conseguente aumento di ricoveri "lunga degenza" in reparti specialistici fuori zona.
Aumento uso psicofarmaco.*

9° MINORI E FAMIGLIE:

la trasformazione delle famiglie ha comportato difficoltà e complessità nella rete dei legami che meno contengono il disagio sociale.

10° DIPENDENZE:

Aumento casi di tossicodipendenti e alcolodipendenti con abbassamento dell'età dei nuovi utenti e consumo sommerso di sostanze illegali

Azioni

- Adeguamento posti letto (n. 4) per la zona Lunigiana per emergenze psichiatriche (SPDC);
- Percorsi assistenziali e con certezza della continuità;
- Protocollo Ospedale-Territorio;
- Realizzazione di strutture leggere a bassa intensità terapeutica per riabilitazione e inserimento sociale (Bagnone);
- Realizzazione Day – Hospital;
- Ipotesi convenzione per 5 posti c/o Comunità Terapeutica Tiziano per post –acuti (recupero fughe pazienti psichiatrici);
- Valorizzazione interventi di attività riabilitativa e reinserimento sociale attraverso inserimento lavorativo;

Azioni

- valorizzazione degli istituti di affido e adozione;
- realizzazione della nuova sede per consulenza ed osservazione minori e famiglie;
- sostegno alla genitorialità;
- realizzazione di campagna preventiva nelle scuole;
- protocolli d'intesa scuola- servizi;
- realizzazione continuità assistenziale pediatrica ad Aulla;
- formazione del personale;
- Sensibilizzazione, informazioni e screening nelle scuole per:
odontoiatria - scoliosi – piattismo plantare – oculistica – i disturbi specifici dell'apprendimento scolastico e i disturbi della Condotta e dell'apprendimento scolastico;

Azioni

- campagna per stili di vita sani;
- indagine epidemiologica in collaborazione con MMG;
- potenziamento attività prevenzione primaria e secondaria delle problematiche legate alla tossicodipendenza ed al disagio giovanile;
- valorizzazione dei protocolli d'intesa ed integrazione con i servizi;
- tavolo permanente con la scuola per informazione – sensibilizzazione al problema e formazione di programmi sinergici;
- formazione permanente x operatori dei servizi ed iniziative in collegamento con la scuola;

11° IMMIGRAZIONE:

Aumento della presenza della popolazione immigrata in particolare quella residente nel Comune di Pontremoli

Azioni

- sostegno educativo ai minori a domicilio e nelle scuole;
- progetti di mediazione culturale per l'integrazione sociale;
- valorizzazione del mediatore sanitario;
- realizzazione "punto" immigrati;

PRIORITA'	MOTIVAZIONI	OBIETTIVI	AZIONI	PROGETTI	COSTO	RISULTATO ATTESO
Prevenzione delle malattie prevalenti e relativi percorsi assistenziali	I tumori del polmone, della mammella e dell'apparato digerente sono le neoplasie più frequenti tra i cittadini della Lunigiana; le patologie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte. Il Diabete è una delle patologie più frequenti tra quelle cronico-degenerative.	Riduzione dei determinanti di rischio e miglioramento dei percorsi assistenziali	a) Studio di fattori di rischio specifici nella zona (ricerca epidemiologica)	"Progetto Tolomeo"	€ 15.000 N.F.	Creazione di mappe per di decessi per neoplasie maligne per sedi tumorali ed aree geografiche; Riduzione numero dei fumatori,; Riduzione numero dei cittadini sovrappeso/obesi, Riduzione incidenza delle patologie e degli esiti invalidanti a queste correlati; Aumento numero diagnosi precoci; Ampliamento assistenza a pazienti terminali; ADI; Riduzioni tempi di attesa per l'accesso alle visite specialistiche;
			b) Promozione degli stili di vita salutari (attività fisica, alimentazione, promozione centri antifumo con coinvolgimento medici di famiglia, realizzazione interventi educativi nelle scuole)	- Sorridiamo alla prevenzione" - "Corretta alimentazione ed educazione al movimento come fattori determinanti della crescita" - "Indagine epidemiologica sull'abuso e la dipendenza da alcol e tabagismo nella popolazione generale in Lunigiana" - "Obiettivi di salute per la medicina di famiglia"	- € 15.000 N.F. - € 8.000 N.F. - € Isorisorse - € 150.000 annui N.F. (accordi regionali)	
			c) Attivazione estensione screening mammella,collo utero, colon – retto	- "Campagna screening aziendale per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero" - "Campagna di screening aziendale per la prevenzione dei tumori del colon retto"	- già finanziato a livello aziendale - già finanziato a livello aziendale	
			d) Potenziamento servizio assistenza domiciliare, cure palliative, fisioterapia domiciliare	- "Potenziamento proiezione extraospedaliera unità di medicina palliativa" - "Lavorare insieme per lavorare meglio" - "Potenziamento servizi territoriali ADI per anziani e adulti inabili (MONTANITA' - Potenziamento riabilitazione ambulatoriale (MONTANITA')	- Riorganizzazione servizio psicologico - € 6.000 N.F. (formazione) - € 150.000 F. MONTANITA' - € 146.000 F. MONTANITA'	
			e) Realizzazione di percorsi assistenziali per patologie cardiovascolari, tiroide, apparato respiratorio, diabete, pazienti stomizzati,	"Implementazione integrazione Ospedale-Territorio"	- F. Isorisorse	
				- "Uniti si vince" – percorsi assistenziali: costituzione equipie territoriali	- da definire in sede di contrattazione aziendale	
			f) Realizzazione Unità Cure Primarie.	- "Unità di cure primarie"	- stima € 250.000 annue (1 u.c.p.) N.F.	
			g) Potenziamento attività specialistica	- "Visite specialistiche: un obiettivo di qualità"	- N.F. da definire in relazione alla possibilità di assunzione" N.F.– stimate 214.000 €	
			h) Potenziamento progetto Cuore	.....	
			i) Realizzazione Primo Soccorso Aulla	"Primo soccorso" Aulla "Emergenza-Urgenza"	- € 230.400 annue N.F. - € 368.400 F. MONTANITA'	

F. Finanziato N.F. Non Finanziato

PRIORITA'	MOTIVAZIONI	OBIETTIVI	AZIONI	PROGETTI	COSTO	RISULTATO ATTESO
Anziani e diritto alla domiciliarietà delle cure	La percentuale di anziani (oltre 65 anni) sul totale della popolazione, nel comprensorio della lunigiana, è fra le più elevate d'Italia ed è destinata a crescere nei prossimi anni; conseguentemente si amplificheranno le problematiche di salute e della qualità della vita correlate a questa fascia di età. La maggior parte degli anziani della quarta età a domicilio è assistito da donne anziane della terza età: mogli, figlie, nuore	- Prendersi cura di chi si prende cura. -Migliorare il processo dell'invecchiamento in salute	a) miglioramento della fruibilità dei servizi offerti all'anziano (cura per i pazienti acuti, post-acuti, non autosufficienti, dementi, a domicilio)	- Interventi sperimentali in zona montana: interventi a favore di anziani N.A. Del.Reg. 402/04	- € 260.000 F. MONTANITA'	a) Miglioramento della salute e della qualità della vita della popolazione anziana
			b) sorveglianza degli incidenti domestici e campagna di sensibilizzazione (considerato che gli incidenti domestici sono spesso la causa che trasforma la condizione dell'anziano da fragilità a disabilità).	- "Prevenzione degli incidenti domestici, con particolare attenzione alle cadute negli anziani nella popolazione lunigianese"	- € 15.000 annue N.F.	
			c) miglioramento della vita di relazione e dell'accessibilità ai trasporti (valutando le opportunità e le criticità che la vita nei centri o nelle campagne offre alle persone anziane).	- Prosecuzione e potenziamento trasporto anziani	- € 20.000,00 F. MONTANITA'	
			d) progettazione realizzazione di programmi di educazione alla salute (promozione dell'attività fisica, dell'alimentazione corretta, del corretto uso dei farmaci).	"Vivere la comunità della terza età"	- Isorisorse	
			e) "costruzione" del tempo del sollievo (ricoveri di sollievo, banca del tempo, volontariato)			
			f) formazione del care giver (elaborazione di un progetto formativo finalizzato a migliorare la competenza dei familiari che assistono ammalati a domicilio).			
			g) sostegno alle donne in menopausa (informazioni, facilitazioni per l'accesso ai servizi)	- "Menopausa la saggezza femminile"	- Isorisorse	
			h) Realizzazione servizi diurni e residenziali per sostenere le non autosufficiente.	- "Completamento e piena operatività della RSA di Bagnone" - Centro diurno per anziani con problemi comportamentali	- € 818.000 per avvio N.F. - € 153.000,00 F. MONTANITA'	
			i) monitoraggio anziani fragili			
			l) cure intermedie			
m) semplificazione accesso ai servizi						
Disabilità	Aumento del numero dei cittadini disabili	Favorire l'integrazione sociale con opportunità di crescita autonoma e sostenere le famiglie all'accesso ai servizi	a) Piano eliminazione barriere architettoniche zonale; b) Realizzazione servizi residenziali "dopo di noi" e semiresidenziali c) Percorsi assistenziali continuativi di sostegno alle famiglie d) - Realizzazione centro diurno per minori con disabilità complesse;	a) formazione di zona rivolta ai tecnici per l'elaborazione del piano per l'eliminazione delle barriere architettoniche b) "Progetto per una residenzialità qualificata e differenziata delle persone disabili" c) d) "Raffaello: intervento per minori con disabilità complessa"	- € 338.609 per avvio N.F. € 59.293,50 per avvio e gestione N.F.	Riduzione del disagio derivante dalla mobilità Continuità dei percorsi assistenziali ed educativi

F. Finanziato N.F. Non Finanziato

PRIORITA'	MOTIVAZIONI	OBIETTIVI	AZIONI	PROGETTI	COSTO	RISULTATO ATTESO
Disagio Mentale Adulti	Incremento dei casi di patologia della sfera psichica e carenza di percorsi assistenziali certi con conseguente aumento ricoveri Aumento uso psicofarmaco	Attivazione di percorsi assistenziali certi Campagna di sensibilizzazione e informazione popolazione e MMG	a) Realizzazione day-hospital b) Realizzazione posti residenziali intermedi c) Protocollo con ospedale d) Aumento posti per la Lunigiana in SPDC (4posti)	a) "Programmazione per l'U.F.S.M.A. della zona Lunigiana b)..... - Centro accoglienza per persone con disagio mentale - Potenziamento "Rete Sociale Lunigiana"	a) 6000 € per la realizzazione day hospital; N.F. b) circa 200.750 € per avvio N.F. - € 196.453,364 F. MONTANITA' - € 40.000,00 F. MONTANITA'	- Ridurre i ricoveri in cliniche specialistiche Contenimento dell'uso dei farmaci psicoattivi Uso del farmaco in modo appropriato
Dipendenze	Aumento tossicodipendenti e alcolodipendenti Abbassamento età nuovi utenti Consumo sommerso di sostanze illegali	Diminuzione tossicodipendenti e alcolodipendenti Accesso privilegiato Piena comprensione del fenomeno	Promuovere campagne per stili di vita sani Campagna sensibilizzazione progetti di prevenzione Individuazione nuove strategie di intervento Indagine epidemiologiche in collaborazione con MMG servizi territoriali e ospedalieri	- "Potenziamento attività di prevenzione primaria e secondaria delle problematiche legate alla tossicodipendenza e al disagio adolescenziale" - "Indagine epidemiologica sull'abuso e la dipendenza da alcol e tabagismo nella popolazione generale inb Lunigiana" - "Indagine epidemiologica di popolazione in Lunigiana sulla presenza di comportamenti a rischio in adolescenza"	- già finanziato - Isorisorse - Isorisorse	Diminuzione tossicodipendenti e alcolodipendenti Più accessi di utenti giovani Meno sommerso
Minori e famiglie	Trasformazione famiglie aumento disagio Carenze di attività preventive e di percorsi assistenziali certi	Risposte adeguate ai problemi complessi con l'integrazione fra servizi e Istituzioni Evitare l'insorgere delle malattie e possibilità di interventi immediati in questa fascia di età;	a) Protocolli d'intesa scuola-servizi. b) Realizzazione servizio continuità assistenziale pediatrica ad Aulla; c) Realizzazione campagna preventiva nell'ambito scolastico. d) - Nuova sede per consulenza minori e famiglie	a) "La carta dei servizi socio-sanitari dei bambini" - "Ci vuole un villaggio per crescere un bambino" b) "Ambulatorio di consulenza pediatrica ambulatoriale (ACAP) c) - "Progetto screening della scoliosi e del piattismo plantare" - "Vediamoci chiaro – ricerca attiva delle patologie visive in età pediatrica" - Progetto Galileo disturbi per la condotta e l'apprendimento scolastico; - Progetto Leonardo disturbi specifici dell'apprendimento scolastico; d) Piano di Assistenza ostetrica in Lunigiana: "La continuità dell'assistenza one-to-one"	- circa 1000 € N.F. - € 5.000,00 - € 70.000 annue N.F. - da definire all'interno accordi integrativi aziendali circa 8000 € N.F. - € 10.000 annue (durata 3 anni) N.F. - Riorganizzazione del personale	Percorsi assistenziali certi
Immigrazione	Aumento della presenza popolazione immigrata	Facilitare l'integrazione sociale in particolare rivolta ai minori	- Progetti di mediazione sanitaria e culturale sia nelle scuole che nel territorio - Realizzazione punto immigrati			Diminuzione di atti che procurano disagio fra la popolazione e gli immigrati stessi

F. Finanziato N.F. Non Finanziato

TOTALE NON FINANZIATO= € 2.420.052,50

Regione Toscana Società della Salute della Lunigiana

Deliberazione del Consiglio Regionale n. 155 del 24 settembre 2003
Costituita il 28 dicembre 2004 in Aulla



Aulla

Tel. 0187/406155 – 406156 – 406157

Tel. e fax 0585/767524



Aulla, 6 luglio 2006

Facendo seguito alla deliberazione del Direttore Generale, 22.12.2005, n. 494 di approvazione Schema di Bilancio di previsione per l'anno 2006 e Bilancio pluriennale di previsione anni 2006/2008, si è provveduto ad un calcolo provvisorio di Ricavi e Costi imputabili alla Società della Salute Lunigiana, stimando una percentuale pari al 52% del totale (5% prevenzione, 43% ospedaliera).

Il risultato è stato a sua volta proporzionato sulla base della popolazione residente (provincia circa 200.000 abitanti, Lunigiana circa 52.000 abitanti).

BILANCIO DI PREVISIONE 2006 SDS LUNIGIANA

RICAVI	€	357.869.765,00
52%	€	186.092.277,80
proporzione su popolazione residente	€	48.383.992,23
parte sociale dai comuni per funzioni delegate Zona Lunigiana	€	2.702.127,00
Montanità da R.T. 545/03	€	1.128.229,00
TOTALE RICAVI	€	52.214.348,23

COSTI	€	348.869.765,00
52%	€	181.412.277,80
proporzione su popolazione residente	€	47.167.192,23
costi per servizi ed attività sociali delegate	€	2.702.127,00
Montanità da R.T. 545/03	€	1.128.229,00
TOTALE COSTI	€	50.997.548,23

BILANCIO DI PREVISIONE 2006 PREVENZIONE

RICAVI	€	357.869.765,00
5%	€	17.893.488,25
proporzione su popolazione residente	€	4.652.306,95
COSTI	€	348.869.765,00
5%	€	17.443.488,25
proporzione su popolazione residente	€	4.535.306,95

BILANCIO DI PREVISIONE 2006 OSPEDALI

RICAVI	€	357.869.765,00
43%	€	153.883.998,95
proporzione su popolazione residente	€	40.009.839,73
COSTI	€	348.869.765,00
43%	€	150.013.998,95
proporzione su popolazione residente	€	39.003.639,73

LUNIGIANA

DESCRIZIONE	COSTI	RICAVI
TERRITORIO	47.167.192,23	48.383.992,23
PREVENZIONE	4.535.306,95	4.652.306,95
OSPEDALE	39.003.639,73	40.009.839,73
SOCIALE	2.702.127,00	2.702.127,00
MONTANITA'	1.128.229,00	1.128.229,00
TOTALE GENERALE	90.167.192,23	93.046.138,90

APUANA

DESCRIZIONE	COSTI	RICAVI
TERRITORIO	134.525.353,44	137.708.285,57
PREVENZIONE	12.935.130,14	13.241.181,31
OSPEDALE	111.242.119,19	113.874.159,22
SOCIALE		
MONTANITA'		
TOTALE GENERALE	258.702.602,77	264.823.626,10

PROGETTI INSERITI NEL PIANO SOCIALE ZONA LUNIGIANA

Elenco dei Progetti di Intervento anno 2005

TITOLO	PROPOSTO	SETTORE	COSTO TOTALE DEL PROGETTO	SOMMA RICHIESTA A BUDGET
1) "Una strada per l'accoglienza e l'integrazione"	Istituto "G.Tifoni" Pontremoli	Immigrati	€ 4.000,00	€ 3.000,00
2) "La musica del Corpo"	Associazione Sogni di Terra Marea Gorasco-Aulla	Disabili	€ 1.500,00	€ 1.500,00
3) "Mondo che scuola"	Ass. El Kandil Carrara	Immigrati	€ 6.000,00	€ 6.000,00
		TOTALE RICHIESTA BUDGET		€ 10.500,00

Elenco dei Programmi Operativi per ciascuna area di intervento

TITOLO	PROPOSTO	AREA DI INTERVENTO	SOMMA RICHIESTA DEL BUDGET DI ZONA
"Interventi a favore della popolazione anziana"	A.S.L. n.1 Zona Lunigiana - Servizio Sociale	<i>Anziani</i>	€ 104.180,25
"Da stranieri a cittadini anno 2005"	A.S.L. n.1 Zona Lunigiana - Servizio Sociale		€ 5.914,50
"Diversificazione obiettivo normalita' ed estensione Rete Sociale Lunigiana anno 2005"	A.S.L. n.1 Zona Lunigiana - Servizio Sociale		€ 30.656,79
"Integrazione dei servizi per un lavoro in rete sulla disabilità anno 2005"	A.S.L. n.1 Zona Lunigiana - Servizio Sociale GOIF	Handicap	€ 41.360,50
"Diritti e pari opportunità dei minori anno 2005"	A.S.L. n.1 Zona Lunigiana - Servizio Sociale	Minori	€ 36.947,46
"Informafamiglie 2005"	Provincia di Massa Carrara	famiglie	€ 5.000,00
"Senza titolo (Seconda edizione)"	A.S.L. n.1 Zona Lunigiana - Servizio Sociale-SERT	tossicodipendenti	€ 26.871,75
		TOTALE	€ 250.931,25

Ulteriori Programmi Operativi finanziati

TITOLO	PROPOSTO	AREA DI INTERVENTO	RISORSE SOGGETTO PROPONENTE	PARTECIPAZIONE REGIONALE
Centro Diurno Alzheimer di Fivizzano	Comune di Fivizzano / Sd.S. della Lunigiana	<i>Anziani</i>	€ 150.000,00	€ 200.000,00
Attivazione percorsi integrati per la riqualificazione del processo assistenziale per le persone anziane N.A. anno 2006	A.S.L. n.1 S.d.S. della Lunigiana		-	€ 60.000,00
Sorveglianza attiva della persona anziana fragile nel periodo invernale	A.S.L. n.1 S.d.S. della Lunigiana		-	€ 55.000

Progetti di Interesse Regionale (P.I.R)

PRESENTATO DA:	ATTIVITÀ	N° UTENTI	OBIETTIVI	COSTO PROGETTO	PARTECIPAZIONE REGIONALE
S.D.S./ASL 1	Progetto socio-educativo Territoriale	500	L'obiettivo primario è il potenziamento della circolarità delle informazioni e l'evitamento di interventi singoli e sovrapposti, attraverso un lavoro di rete coordinato ed integrato che incoraggi a livello locale e provinciale l'interesse per le politiche giovanili.	€ 20.000,00	€ 9.000

Progetti In Attesa Di Finanziamento

PRESENTATO DA:	ATTIVITÀ	2006		2007	
		RISORSE PROPRIE	RICHIESTA FINANZIAMENTO	RISORSE PROPRIE	RICHIESTA FINANZIAMENTO
S.D.S./ASL 1	Sperimentazione alzheimer e cure domiciliari anno 2006-2007	€ 479.990,00	€ 230.404,50	€ 526.966,00	€ 582.209,96

PIANO DEGLI INVESTIMENTI

Zona Socio-Sanitaria LUNIGIANA

NUOVI SERVIZI DA ATTIVARE

<u>Presentato da:</u>	ATTIVITÀ	n° Utenti	Obiettivi	Investimenti	Costo Progetto	Finanziamento concesso
COMUNE DI PONTREMO LI	Eliminazione barriere architettoniche presso il plesso di scuola media "Pietro Ferrari" in Pontremoli	200	Permettere la fruizione degli spazi e delle attrezzature didattiche agli alunni con ridotta o impedita capacità fisica	€30.250,00	€ 60.500,00	€ 25.000,00
COMUNE DI FIVIZZANO	Centro Diurno per l'aggregazione degli Anziani	10-15	fornire un servizio che rinforzi la socialità e prevenga la non autosufficienza ed aiuti le famiglie a sostenere i loro famigliari	€ 140.000,00	€ 200.000,00	€ 119.000,00
COMUNE DI FILATTIERA	Ristrutturazione palazzo comunale con costruzione di un bagno per disabili	UTENTI SERVIZI	Adeguamento di un locale esistente al Piano terra da adibire a bagno per disabili.	€ 6.250,00	€ 12.500,00	€ 6.000,00
COMUNE BAGNONE	Consolidamento e Restauro dell'immobile ex pubblico soccorso, con rifacimento di impiantistica, ridefinizione degli spazi e servizi L'immobile è stato acquisito dal Comune con lo scioglimento dell'Ente e destinato, con decreto regionale, a finalità socio-assistenziali. Immobile di due piani con spazi esterni dotato di ampi locali interni per le attività sociali, aggregative, ubicato in Centro, quindi con facilità di raggiungimento da parte dei residenti	400	Il Centro si pone infatti come luogo di socializzazione e di integrazione culturale con il territorio nonché come centro di erogazione servizi: trasporto sociale, segretariato sociale, telesoccorso, attraverso l'impegno fattivo del terzo settore (Misericordia e Donatori Sangue), in modo da mantenere l'anziano nel proprio ambiente di vita e garantendo la sua partecipazione entro la società e nella cultura del territorio	€ 150.000,00	€ 301.400,00	€ 127.000,00
S.D.S./ASL 1	Individuazione di uno spazio disponibile presso l'edificio della scuola sito a Terrarossa (MS) dove potranno essere organizzate varie attività rivolte ai minori e alle famiglie; in particolare uffici per il centro affidi, attività di sensibilizzazione per le famiglie aspiranti all'adozione, spazi bambini-genitori, ludoteca per incontri protetti.		centro affidi famigliari per le varie fasi di realizzazione e la preparazione dei diversi attori dell'affido, sostegno alle famiglie affidatarie	€ 12.500,00	€ 25.000,00	€ 12.000,00

S.D.S./ASL 1	Dotare la rete delle strutture intermedie di un anello fondamentale quale la casa famiglia. Tale organismo, dotato di otto posti residenziali	8	Miglioramento delle capacità relazionali e sociali delle persone inserite.	€ 35.000,00	€ 196.000,00	€ 29.000,00
S.D.S./ASL 1	Offrire un luogo di vita e di assistenza alle persone anziane che non possono permanere nel proprio ambiente di vita	40	Arredamento locali da adibire a RSA per anziani	€ 103.291,38	€ 250.000,00	€ 106.000,00
S.D.S./ASL 1	Offrire un luogo di vita alle persone affette da disabilità gravi e medio gravi, sia fisica che psichica con problemi familiari per i quali non possono permanere nel proprio ambiente di vita	20	Arredamento locali da adibire a Centro Residenziale per Disabili	€ 51.645,69	€ 112.500,00	€ 43.000,00



Società della Salute
Lunigiana

PROGETTI PIANO INTEGRATO DI SALUTE

PROGETTI INSERITI NEL PIANO SOCIALE DI ZONA LUNIGIANA

Progetti di Interesse Regionale (p.i.r)

- Progetto Socio-educativo territoriale

Progetti in Attesa di Finanziamento

- Sperimentazione alzheimer e cure domiciliari anno 2006-2007

Piano degli Investimenti

- Eliminazione Barriere Architettoniche Presso il Plesso di Scuola Media "Pietro Ferrari" in Pontremoli.
- Centro Diurno per L'aggregazione degli Anziani
- Ristrutturazione Palazzo Comunale con Costruzione di un Bagno per Disabili
- Centro Polivalente Integrato per gli Anziani –Ex Pubblico Soccorso -
- Costituzione Centro Minori e Famiglie (C.M.F.)Richiesta Arredi .
- Il Filo di Arianna" Centro Di Accoglienza per Persone con Disagio Mentale
- Rsa
- Struttura Residenziale Per Disabili

Progetti di Intervento anno 2005

- "Una strada per l'accoglienza e l'integrazione"
- "La musica del Corpo"
- "Mondo che scuola"

Progetti Montanità

- Interventi sperimentali in zona montana: interventi a favore di anziani non autosufficienti Del. Reg. 402/04;
- Centro diurno per anziani con problemi comportamentali;
- Potenziamento "Rete Sociale Lunigiana";
- "Il filo di Arianna2 Centro accoglienza per persone con Disagio Mentale;
- Potenziamento Riabilitazione Ambulatoriale Domiciliare e Domotica;
- Prosecuzione ed ampliamento progetto trasporto anziani;
- Potenziamento servizi territoriali ADI per anziani ed adulti inabili;
- Progetto Emergenza Territoriale;

Programmi Operativi per ciascuna area di intervento

- "Interventi a favore della popolazione anziana"
- "Da stranieri a cittadini anno 2005"
- "Diversificazione obiettivo normalità e mantenimento Rete Sociale Lunigiana anno 2005"
- "Integrazione dei servizi per un lavoro in rete sulla disabilità anno 2005"
- "Diritti e pari opportunità dei minori anno 2005"
- "Informafamiglie" 2005"
- "Senza titolo (Seconda edizione)"

Ulteriori Progetti finanziati

- Centro Diurno Alzheimer di Fivizzano
- Attivazione percorsi integrati per la riqualificazione del processo assistenziale per le persone anziane N.A. anno 2006
- Sorveglianza attiva della persona anziana fragile nel periodo invernale

PROGETTI SOCIETA' DELLA SALUTE

Progetti Anziani

- Completamento e piena operatività della RSA di Bagnone -
- Vivere la comunità nella terza età

Progetti Disabilità

- Persone 'Reali' e Progetto Degli Habitat"
- Progetto "Raffaello – interventi per minori con disabilità complessa"
- Progetto per una residenzialità qualificata e differenziata delle persone disabili e potenziato dall'autonomia, integrazione sociale, autodeterminazione.

Progetti Disagio Mentale

- Programmazione per L'U.F.S.M.A. Della Zona Lunigiana in Avvio Sperimentale della Società della Salute

Progetti Minori

- Ambulatorio Di Consulenza Pediatrica Ambulatoriale (ACAP)
- La carta dei servizi sociosanitari dei bambini
- "Ci vuole un villaggio per crescere un bambino" - La mediazione comunitaria per rigenerare i legami
- Progetto "Leonardo – i disturbi specifici dell'apprendimento scolastico"
- Progetto "Galileo – i disturbi della condotta e dell'apprendimento scolastico"

Progetti Prevenzione

- Corretta alimentazione ed educazione al movimento come fattori determinanti della crescita
- Prevenzione degli incidenti domestici, con particolare attenzione alle cadute negli anziani nella popolazione lunigianese.
- Indagine epidemiologica sull'abuso e la dipendenza da alcol e tabagismo nella popolazione generale in Lunigiana
- Indagine epidemiologica di popolazione in Lunigiana sulla presenza di comportamenti a rischio in adolescenza
- Menopausa: la "Saggezza al Femminile"
- Obiettivi di salute per la medicina di famiglia
- "Piano di assistenza ostetrica In Lunigiana ` La Continuità ` Dell' Assistenza One To One"
- Progetti Ser.T
- Campagna Di Screening Aziendale Per La Prevenzione Dei Tumori Del Colon Retto
- Campagna Di Screening Aziendale Per La Prevenzione Dei Tumori Del Collo Dell'utero.
- Progetto Di Screening Della Scoliosi E Del Piattismo Plantare
- Progetto "Sorrriamo Alla Prevenzione"
- Progetto "Tolomeo"
- Progetto " Uniti Si Vince"
- Progetto "Vediamoci Chiaro"

Progetti Servizi

- Progetto Organizzativo Per La Istituzionalizzazione Di Un Punto Di Primo Soccorso Stabile Nel Comune Di Aulla
- Progetto "Lavorare Insieme, Lavorare Meglio"
- Implementazione Integrazione Ospedale Territorio
- Potenziamento Proiezione Extraospedaliera Unità Di Medicina Palliativa
- Unità Di Cure Primarie
- "Visite Specialistiche: Un Obiettivo Di Qualità"

PROGETTI PIANO SOCIALE
DI ZONA LUNIGIANA



PROGETTI INTERESSE REGIONALE

P.I.R.



TITOLO PROGETTO: PROGETTO SOCIO-EDUCATIVO TERRITORIALE

1.1 Informazioni generali

TITOLO PROGRAMMA OPERATIVO: PROGETTO SOCIO-EDUCATIVO TERRITORIALE

Il progetto giovani, iniziato nel 2004, si è sviluppato seguendo le linee indicate nei progetti precedenti; il laboratorio di Editing, congiuntamente al costituito Tavolo di Rete, ha prodotto il primo giornalino del gruppo: "Icaro News" nel quale sono state coinvolte, congruentemente ad un lavoro di integrazione tra territorio, servizi e mondo giovanile, sia le associazioni presenti sul territorio, che gruppi informali di giovani. Durante questa fase del progetto sono altresì stati realizzati eventi a carattere aggregativo (Concerto, Tornei Sportivi e Festa dei Centri di Aggregazione) che hanno avuto come protagonisti e realizzatori il gruppo del Tavolo di rete. In considerazione dell'interesse e della partecipazione mostrata dai giovani si ritiene opportuna la prosecuzione del progetto.

"Progetto giovani"

Obiettivo: L'obiettivo centrale del progetto giovani è la continuazione di ciò che è stato realizzato nel progetto precedente, focalizzando le azioni sulla valorizzazione delle risorse del "Progetto Senza titolo", la realizzazione di eventi formativi, attraverso il Tavolo di Rete dei Giovani per una Sensibilizzazione alle tematiche inerenti i diritti civili, la prevenzione delle dipendenze patologiche e la prevenzione dei comportamenti a rischio in adolescenza.

1.2a Soggetto pubblico titolare

Società della Salute, A.S.L.

1.2b Soggetto pubblico gestore

Società della Salute, A.S.L. (Ser.T e Servizio Sociale)

1.3 Soggetto attuatore

A.S.L. Cooperativa di Servizi

1.4 Responsabile del Programma

Dott.ssa Daniela Monali Responsabile Ser.T Lunigiana

1.5 Spesa totale prevista

€ 20.000,00

1.6 Localizzazione dell'intervento

Il territorio interessato è quello della Lunigiana.

L'articolazione del progetto comprende il mantenimento del lavoro del "Tavolo di coordinamento di Rete" con operatori ASL, Rappresentanti dell'Associazione e del Volontariato della Lunigiana, Insegnanti, Centri di Aggregazione e centri Pia ed un lavoro di potenziamento dello stesso, attraverso incontri volti a pianificare strategie per interventi progettuali comuni; il mantenimento del servizio di "Consulenza Online" sul già esistente www.senzatitolo.org.

Moduli previsti:

Mod. A Prevenzione primaria e Integrazione Interventi: Prosecuzione del lavoro del Tavolo di Rete

Mod. B. Informazione: Pubblicazione "Icaro News"

Mod. C Sensibilizzazione (Lavoro coordinato ed integrato con le associazioni del Territorio, gli enti locali e l'A.S.L. al fine di promuovere l'acquisizione, da parte dei giovani, di strumenti adeguati che permettano l'approfondimento e lo sviluppo di una coscienza civile);

Mod. D Formazione (personale ASL, Centri giovanili, Associazioni di Volontariato, Associazioni Culturali, Scuola e Gruppi di Studenti Animatori)

Mod. E Partecipazione attiva (Promozione di eventi culturali, Campagna di sensibilizzazione a tematiche inerenti i diritti umani, Concorsi Artistici, Pubblicazioni)

1.7 Obiettivi del Programma Operativo

L'obiettivo primario è il potenziamento della circolarità delle informazioni e l'evitamento di interventi singoli e sovrapposti, attraverso un lavoro di rete coordinato ed integrato che incoraggi a livello locale e provinciale l'interesse per le politiche giovanili.

Altri obiettivi del progetto sono:

- prevenzione dei comportamenti a rischio – uso/abuso di sostanze legali e illegali, disturbi nei comportamenti alimentari, comportamenti sessuali a rischio, bullismo...
- far sì che i giovani diventino partner protagonisti di un progetto territoriale.
- attivare risorse, interessi, reti di relazioni e sviluppare forme di comunicazione diversificate per un continuo confronto fra giovani, adulti, giovani e adulti;
- promuovere progetti territoriali di riferimento per i giovani della Lunigiana
- promuovere soprattutto stili di vita meno rischiosi, attraverso nuove opportunità per i giovani (cultura, sport, percorsi formativi, attività tempo libero)
- offrire un'informazione ai giovani tenendo conto che tale informazione deve essere spesso fattuale, orientativa, di consulenza e di sostegno.

1.8 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi)

- Coinvolgimento e partecipazione della popolazione giovanile ai progetti e ai servizi
- Maggiore conoscenza da parte dei giovani delle risorse del territorio
- Miglioramento della rete informativa, utilizzando i canali informativi preesistenti e ottimizzandone la fruibilità ed Incremento contatti sul Web (Senza titolo)
- promozione di partecipazione attiva agli interventi di prevenzione da parte dei giovani

1.9 Principali attività previste

- A) Mantenimento e potenziamento del già costituito Tavolo di Rete (comprendente una Rappresentanza dei Giovani del territorio, Operatori ASL, Rappresentanti Enti Locali, associazionismo, Volontariato, Scuola). Il tavolo di lavoro ha l'obiettivo di programmare e coordinare le attività di prevenzione e educazione sanitaria nel territorio, attività che vedono coinvolti in maniera rilevante operatori dell'ASL e agenzie educative formali ed informali.
- B) Pubblicazione Bimestrale del giornale del Gruppo di Lavoro "Icaro News"
- C) Servizio di Consulenza Online
- D) Attività di formazione e tutoraggio dei gruppi di lavoro
- E) Organizzazione eventi culturali e campagna di sensibilizzazione a tematiche inerenti i diritti umani con la produzione di materiali e pubblicazioni.

1.10 Contenuti tecnici (metodologia adottata, strumenti di lavoro, ecc..)

Il progetto si articola in cinque moduli :

- A) Tavolo di Rete
- B) Pubblicazione "Icaro News"
- C) Servizio di Consulenza Online

- D) Percorsi di formazione
- E) Organizzazione eventi e partecipazione attiva

Le attività proposte e portate avanti nei cinque moduli saranno puntualmente monitorate e coordinate, in modo da operare sinergicamente tra di loro.

Il Tavolo di Rete ha il compito di presiedere ad una regolamentazione degli interventi proposti, attraverso l'analisi dei bisogni, la definizione degli obiettivi prefissati e l'individuazione delle strategie di intervento.

L'obiettivo della pubblicazione da parte del gruppo di lavoro del Giornalino "Icaro News" è quello di raccogliere sia le esperienze del Tavolo di Rete, relative alla progettazione comune, che le esperienze relative al continuo confronto sulle tematiche di interesse per i giovani, oltre che un'informazione mirata a far conoscere e rendere visibili le Agenzie e l'Associazione presente sul territorio Lunigianese (attraverso recensioni, articoli di informazione ed approfondimenti).

Lo scopo del Servizio di Consulenza Online è quello di fornire un supporto ed un momento di prima accoglienza, con l'obiettivo implicito di offrire ai giovani l'opportunità di essere accompagnati ad una consulenza reale. Il Servizio di Consulenza si potrà avvalere inoltre della costituita rete dei servizi sanitari, alla quale affluiscono specialisti della salute, presente in una sezione dedicata del sito www.senzatitolo.org

Nei percorsi di formazione la metodologia seguita fa riferimento ai modelli teorici riguardanti lo studio delle dinamiche di gruppo e la conduzione di gruppi di lavoro, modelli che tengono conto della stretta relazione tra aspetti relazionali ed emozionali, aspetti cognitivi ed aspetti operativi.

Per quanto riguarda poi la produzione di microprogetti la formula adottata sarà quella della didattica laboratoriale e partecipata, secondo una prospettiva di "peer education", dove i giovani diventano riferimento per i gruppi di pari anche con il sostegno degli operatori coinvolti nel progetto.

Le giornate di studio saranno rivolte ad operatori dei Servizi e ai partecipanti al progetto.

L'Organizzazione degli eventi che parte dal Tavolo di Rete è la conclusione del percorso dei moduli precedenti.

1.11 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

Il progetto ha la durata di 1 anno.

	MESE 1	MESE 2	MESE 3	MESI 4-5-6...	MESI 7-8	MESE 9	MESI 10-11	MESE 12
A	Mod.A: Mantenimento Tavolo di Rete	Mod.A	Mod.A: Valutazione richieste e proposte interventi	Mod.A: Programmazione (individuazione strategie)	Mod.:	Mod.A: Giornate studio seminariali Valutazione risultati ob.intermedi	Mod.A: Programmazione tavolo di Rete 2006/2007	Mod.A: indiv.obiettivi e strategie per nuova programm. / Valutazione Progetto (Risultati/ob.raggiunti/efficacia interventi)
B	Mod.B: Numero 2° "Icaro News" Distribuzione Compiti Organizzativi da parte del comitato di	Mod.B: Organizzazione struttura/esperimento o materiale	Mod.B: Numero 3° "Icaro News" Distribuzione Compiti Organizzativi da parte del comitato di	Mod.B: Numero 4° "Icaro News" Distribuzione e Compiti Organizzativi da parte del	Mod.B: Presentazione Servizio di Numero 5° "Icaro News"	Mod.B: Numero 6° "Icaro News" Distribuzione Compiti Organizzativi da parte del comitato di	Mod.B: Produzione materiale informativo	Mod.B: Nuove proposte progettuali / Valutazione attività Progetto

	redazione		redazione	comitato di redazione		redazione		Relazione finale progetto
		Contatti con Agenzie del Territorio.					→	Numero 7° "Icaro News"
C	Strutturazione ed Organizzazione Materiale							→
				Produzione Materiale informativo				→
D	Mod.C: Pianificazione e del Coordinamento e della supervisione del progetto	Mod.C: Progettazione inizio attività seminariale	Mod.C:	Mod.C:	Mod.C:	Mod.C: Seminario sul lavoro di gruppo e in rete	Mod.C:	Mod.C: Valutazione e attività Programmazione nuovi interventi
		e			→	→		
						Valutazione dell'esperienza formativa		
						Produzione materiale lavoro gruppi	→	
E	Mod.D: Incontri del Tavolo di Rete e analisi delle proposte incontri con le Agenzie educative del territorio	Mod.D:	Mod.D: Creazione gruppi di lavoro Programm. Campagna di Sensibilizzazione	Mod.D: Incontri Gruppo di lavoro Pianificazione e eventi	Mod.D: Convegno conferenza Sul tema dell'adolescenza Realizzazione e Eventi (Concerti, Festival Artistici)	Mod.D: Giornata di sensibilizzazione e Raccolta materiali	Mod.D: Programm. Anno 2006/2007 Restituzione e dati e risultati Nuova programmazione	Mod.D: Pubblicazione esperienza Progetto
				→			→	

1.12 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del Programma

Educatori, Psicologi, Assistenti Sociali, Medici.

1.13 Tipologia di utenza per il Programma e stima della dimensione (domanda prevista)

Adolescenti compresi nella fascia di età 12/19 frequentanti le scuole medie inferiori e superiori del Territorio;
Adolescenti e giovani (fascia d'età 12/24 anni) frequentanti i Centri di Aggregazione del Territorio;
Contatti diretti n.500 adolescenti.
Giovani nella fascia di età tra i 12/26 appartenenti alle Reti del Volontariato e dell'Associazione Locale

1.14 Strumenti e Indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

Il progetto prevede un monitoraggio in itinere, attraverso incontri e supervisioni, elaborazione dati e relazioni periodiche. Le giornate studio programmate saranno inoltre un utile strumento di verifica e valutazione del processo in corso.

Indicatori dei risultati:

nr. Contatti adolescenti e giovani

nr microprogetti attivati

nr contatti Sito Web

nr richieste consulenze Centro Studi e Ricerche

nr partecipanti a percorsi formativi proposti

PROGETTI ATTESA FINANZIAMENTO



DATI GENERALI DEL PROGETTO

Soggetto pubblico proponente: Società della Salute della Lunigiana

Altri soggetti, pubblici o privati che collaborano al progetto: Cooperativa di servizi di categoria
– Associazioni di Volontariato

Titolo del progetto: "Sperimentazione Alzheimer e Cure Domiciliari anno 2006-2007"

Responsabile del Progetto: Ass. Sociale Dott.ssa Liviana Magnani Resp. Uff. Anziani

Esercizio finanziario di riferimento (per annualità)	2006	<input checked="" type="checkbox"/>
	2007	<input checked="" type="checkbox"/>

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Sintesi del contenuto del Progetto

Gli studi epidemiologici effettuati indicano che le malattie neurologiche invalidanti ed in particolare le demenze sono in costante crescita, in conseguenza dell'allungamento della speranza di vita ed in correlazione con l'età.

Si assiste quindi ad una crescita della malattia con conseguente necessità di intensificare la rete assistenziale territoriale differenziata sul territorio per garantire interventi adeguati alla necessità dell'utente e delle loro famiglie sulle quali grava spesso tutto il carico della cura dei propri congiunti, con la conseguenza emotiva tale da ricorrere poi all'istituzionalizzazione. Contemporaneamente con la realizzazione di percorsi assistenziali adeguati alla persona differenziati, circolari e continuativi, si intende migliorare la qualità di vita delle persone anziane affette da disturbi comportamentali e promuovere "dignità di vita".

La possibilità di differenziare il percorso assistenziale può dare garanzia di offrire risposte appropriate ed immediate nelle diverse fasi di attraversamento della malattia stessa, sia all'insorgenza che nelle fasi successive.

Consolidando la modalità di accesso al servizio, il gruppo multiprofessionale valuterà nell'ambito del piano terapeutico individuale e nei successivi monitoraggi, l'intervento più idoneo di cui il paziente potrà beneficiare con la possibilità di variare, di offrire servizi differenti e flessibili. Si tratta di realizzare una rete assistenziale e di protezione intorno a tali problematiche attraverso la realizzazione di:

- completamento della Struttura e avvio della gestione del Centro Diurno di Fivizzano e progettazione e realizzazione Centro Diurno Alzheimer di Aulla, al fine di coprire la rete territoriale dei Centri già esistenti e pieno funzionamento di questi ultimi.
- potenziamento dell'ADI
- realizzazione di un nucleo Alzheimer residenziale presso la RSA pubblica

La gestione del progetto sarà affidata all'ASL n.1 alla quale i Comuni hanno delegato i servizi socio assistenziali, tenendo conto della costituenda S.d.S. e l'attuazione dello stesso sarà della Cooperativa di Servizi convenzionati.

La realizzazione del progetto è rivolta a tutto il territorio lunigianese, con la presenza puntuale delle associazioni di volontariato.

Contesto

PROBLEMA ALLA BASE DEL PROGETTO E DESCRIZIONE DELLA SITUAZIONE ATTUALE

La Lunigiana è una terra colpita come altre zone rurali da "malessere demografico" in particolare dovuto alla diminuzione della popolazione e all'invecchiamento della stessa.

Nell'ultimo decennio la Lunigiana è passata da 53.243 abitanti a 51.439 unità con un saldo naturale negativo (-460) attenuato solo dalla presenza degli immigrati.

L'indice di vecchiaia è pari al 206,00 (Provincia 207,54) gli ultra 75 enni sono 8.050 .

Con la presenza di famiglia unipersonali e anziane pari al 37,7. (Provincia 33,3).

Attraverso il progetto "Anziani fragili" sono stati monitorati circa 200 anziani ultra 75 enni privi di rete formale e informale evidenziando situazioni di isolamento favorite della morfologia territoriale.

In tale contesto è evidente la necessità di organizzare una rete di servizi che siano in grado di prevenire la non autosufficienza e all'insorgere di questa, poter garantire interventi appropriati alle necessità di questa fascia di popolazione. In particolare si tiene conto delle patologie di tipo neurologiche sempre più in aumento dato anche il prolungamento della vita media e i maggior carichi da supportare da parte dei servizi socio-assistenziali e sanitari.

Si intende intervenire su tali problematiche al fine di dare risposte appropriate ai bisogni emergenti portati dall'incremento della popolazione anziana e conseguenti bisogni complessi attraverso l'organizzazione di servizi che prevedono il sostegno alle famiglie la dove sono presenti e l'organizzazione di servizi alle persone anziane prive di reti e informali affette da problemi comportamentali. L'obiettivo dei servizi è quello di promuovere "qualità di vita" anche in situazioni molto complesse prendendo in carico la persona sia dal punto di vista sanitario che sociale. Quindi si prevede la realizzazione dei C.D. di Fivizzano e di Aulla e la valorizzazione dei due Centri Alzheimer esistenti, potenziamento dell'ADI e l'apertura di modulo specialistico Alzheimer all'interno di una delle RSA aziendali. Un progetto che nella sua circolarità prevede la presa in carico globale delle persone.

Obiettivi e risultati attesi

- sviluppo di un'azione complessiva di riorganizzazione riqualificazione e potenziamento dei servizi a favore delle persone anziane non autosufficienti con problemi comportamentali con distribuzione capillare sul territorio della rete dei servizi, per facilitarne l'accesso.
- offerte di servizi differenziati flessibili e immediati rispondenti alle varie fasi della malattia, previa la valutazione del bisogno complesso dell'UVM e definizione del piano terapeutico individuale tenere conto delle attività socio-sanitarie da mettere in atto e del contesto di vita.
- avviare forme di formazione permanente rivolta a tutti gli operatori che prestano le proprie attività lavorative agli anziani affetti da problemi comportamentali nei vari contesti lavorativi in considerazione del fatto che si tratta di "lavoro usurante" con implicazioni emotive notevoli, al fine di rendere il gruppo di lavoro in grado di saper interpretare le dinamiche relazionali con l'utente, la famiglia e il gruppo stesso. valorizzazione e sostegno delle motivazioni e delle tecniche specialistiche applicate (Rot) sul lavoro volto al recupero delle capacità residue di autonomia.
- migliorare le qualità di cura e di vita degli anziani colpiti da sindrome demenziale e delle loro famiglie.
- aumentare l'offerta dei servizi, la facilità di accesso e continuità sul percorso assistenziale
- diminuzione ed evitare i ricoveri ospedalieri
- evitare l'istituzionalizzazione permanente

Articolazione del Progetto

1) Centri Alzheimer

In Lunigiana sono funzionanti n. 2 Centri Alzheimer nei Comuni di Villafranca L. e Pontremoli il primo è stato aperto nel 2000 il secondo nel 2005.

Ognuno ospita 10 utenti per periodi temporanei. Nell'anno 2005 vi è stata un'affluenza di circa n. 68 utenti. La lista di attesa è di circa n. 9 utenti .

La posizione geografica di due centri non favorisce l'accesso a tutti i residenti del territorio lunigianese, in particolare a quei cittadini che vivono nelle località situate nella bassa Lunigiana. Inoltre le difficoltose vie di comunicazione e la mancanza di mezzi di trasporto impediscono ulteriormente l'accesso ai servizi (il viaggio è di circa un'ora). Si è reso necessario realizzare un Centro Diurno Alzheimer nel Comune di Fivizzano e programmare un Centro Diurno Alzheimer nel Comune di Aulla, per superare le difficoltà di cui sopra e far fronte alle richieste.

Il procedimento di ristrutturazione dei locali messi a disposizione dal Comune di Fivizzano è stata avviata e in parte già finanziata dalla Regione Toscana sia dall'alta integrazione che sul Piano degli Investimenti. Per quanto riguarda la programmazione del Centro Diurno Alzheimer di Aulla i locali messi a disposizione dal Comune saranno ristrutturati dall'Asl.

Inoltre anche gli altri due centri da completare (Pontremoli) e migliorare il funzionamento (Villafranca L.) necessitano di ulteriori risorse.

I C.D.A. hanno come obiettivo quello di creare e potenziare una rete di servizi che consenta di evitare pur mantenendo nel proprio domicilio le persone affette da morbo di alzheimer e demenze senili. I progetti consistono nel fornire delle prestazioni socio-sanitarie qualificate, apportando un valido sostegno ai familiari.

Articolazione del progetto

I C.D.A. sono aperti così come quello che dovrà essere realizzato nel comune di Fivizzano dal lunedì al sabato dalle 8.00 alle 18.00, ogni centro accoglie 10 ospiti per periodi temporanei. Le figure professionali impiegate in numero adeguato all'utenza, sono: 1 inf. Prof. – 4 OSS, 1 animatore (per ogni centro). Il metodo di lavoro segue la tecnica Rot, l'accesso è effettuato previa valutazione dell'UVA e UVM

Fasi del progetto

Centro Alzheimer di Fivizzano:

- realizzazione ristrutturazione, ampliamento locali
- formazione personale
- avvio gestione

Centro Alzheimer di Pontremoli:

- completamento del funzionamento del centro (autista)
- formazione personale

Centro Alzheimer di Villafranca L.:

- formazione personale
- sostituzione arredo e attrezzature

Centro Alzheimer di Aulla:

- ristrutturazione locali
- formazione personale
- avvio gestione

Responsabile del Progetto: Assistente Sociale Cristina Magnavacca

2) ADI "miglioramento e potenziamento del modello organizzativo territoriale di assistenzadomiciliare" Del. 402/04

In seguito alla sperimentazione delle cure domiciliari in Lunigiana sono stati presi in carico n.17 utenti anziani ultra75enni affetti da varie patologie, alcuni dei quali in fase terminale. L'attività svolta nel periodo della sperimentazione ha posto in evidenza una forte complessità di problematiche per far fronte alle quali è stato fondamentale l'impiego di personale qualificato. L'inserimento di un OSS ha spesso favorito, allentando il carico assistenziale dei familiari, la permanenza dell'utente nel proprio domicilio, evitando il ricorso al ricovero ospedaliero.

Obiettivi e risultati attesi:

- Sviluppo di un'azione complessiva di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento dei servizi a favore delle persone anziane non autosufficienti, attraverso un'analisi dei bisogni assistenziali e una valutazione delle risorse necessarie ad attuare tramite il potenziamento dell'attività dell'UVM.

Elementi fondamentali di questo processo risultano:

- la valutazione multidimensionale del bisogno che implica un'azione di concertazione e presa in carico globale dell'utente
- la definizione del piano individuale di assistenza
- la definizione delle risorse sanitarie e sociali
- prevenzione dello stato di autosufficienza, soprattutto nei confronti degli "anziani fragili"
- garanzia della cura della persona anziana
- garanzia di continuità assistenziale tra ospedale e territorio
- diversificazione e personalizzazione dell'offerta di servizi e di interventi integrati attraverso una valutazione multidimensionale delle varie situazioni.
- diminuzione dei ricoveri ospedalieri
- diminuzione dei ricoveri in RSA

Articolazione del progetto

Il progetto prevede l'impiego di due OSS per n.38 ore settimanali, da inviare a domicilio dei vari utenti in base a quanto disposto dai progetti individualizzati elaborati dall'UVM della Zona Lunigiana

Responsabile del Progetto : Assistente Sociale Liviana Magnani

3) Organizzazione Modulare per disabilità presso una RSA Aziendale con utenti con problemi di natura cognitivo comportamentale (Del. 402/04)

Nell'ambito di una RSA Aziendale, si intende organizzare un servizio specialistico per quei soggetti con decadimento cognitivo medio-grave conseguente alla sindrome demenziale. Si tratta di completare l'offerta dei servizi offrendo continuità assistenziale e adeguata agli utenti e alle loro famiglie.

Il modulo previsto è per n. 8 persone principalmente per periodi temporanei, e non, per le persone prive di reti familiari. La modalità di accesso sarà valutata dall'UVA e presa in carico dall'UVM territoriale per un inquadramento sia sanitario che sociale della situazione, secondo le specifiche del piano terapeutico individuale e del percorso assistenziale. Sono previste assistenza medica sia del MMG di libera scelta che, degli specialisti necessari ai casi. Assistenza infermieristica per le prestazioni proprie infermieristiche su 24 h ed azionare la coerenza tra l'organizzazione dei servizi e il piano assistenziale previsto per l'utente e coordinamento degli interventi. Assistenza alla persona per la cura e le attività assistenziali e relazionali del paziente e del luogo di vita. Attivando le tecniche del metodo Rot, e particolare attenzione alla riduzione delle cadute e delle fughe. Attività di animazione e riabilitazione psico-sociale, volte sia al gruppo che a stimolare l'attenzione della persona all'interno del percorso che mira a migliorare alcune autonomie quotidiane e favorire la comunicazione.

Articolazione del progetto

Creazione di un modulo specialistico rivolto alle persone affette da sindrome demenziale all'interno di una RSA Aziendale con il potenziamento delle figure professionali dedicate e opportunamente formate. I ricoveri in RSA hanno la caratteristica della temporaneità (3 mesi), per dare continuità assistenziale e completare la rete dei servizi già in atto per queste tipologie di utenze. Sono previsti altresì alcuni posti dedicati agli utenti privi di rete familiare per i quali non è possibile mantenere la domiciliarità e quindi ricoveri permanenti.

Fasi del progetto

- riqualificazione ambientale dei locali
- formazione del personale
- potenziamento del personale-avvio progetto

Responsabile del progetto: Assistente Sociale Triacca Orlando

Elaboratori tecnici

Già inviati per ristrutturazione locali C.D.A. Fivizzano

SCHEDA DEI COSTI anno finanziario 2006

Indicare per l'anno di riferimento e per l'intero progetto le risorse aziendali e la partecipazione regionale.

1. Completamento degli interventi di sistemazione funzionale di locali da destinare a Centri Diurni Alzheimer così come definiti dal modello sperimentale toscano e avvio di gestione

	Risorse soggetto proponente	Partecipazione regionale richiesta
AVVIO ATTIVITA' DI NUOVO SERVIZIO SEMIRESIDENZIALE PER LE DEMENZE (CDA Fivizzano)		
di cui per:		
Personale Centro di Fivizzano		
Apparecchiature (inclusi canoni, leasing e noleggio)		
Collaborazioni specialistiche esterne, consulenze – formazione		
Spese generali Centro di Fivizzano – avvio		
Altro (specificare) Ristrutturazione locali C.D.A. Fivizzano (anno 2006)	€ 119.000,00	€ 100.000,00

	Risorse soggetto proponente	Partecipazione regionale richiesta
INVESTIMENTI PER SISTEMAZIONE ATTREZZATURE, ARREDI PER IL CDA Villafranca L. e Pontremoli		
di cui per:		
Lavori per piccole ristrutturazioni		
Arredi, attrezzature C.D.A. Villafranca L. (anno 2006)	€ 186.000,00 (Costo C.D. 2005)	€ 30.000,00
Altro (specificare) Completamento funzionamento C.D.A. Pontremoli (autista per trasporto utenti anno 2006)	€ 174.799,00 (costo C.D. 2005)	€ 33.404,50

2. Progetti di adeguamento dei modelli organizzativi territoriali in coerenza con le Linee guida per la sperimentazione di un modello organizzativo territoriale di assistenza domiciliare, contenute nella delibera GRT n.402/04.

	Risorse soggetto proponente	Partecipazione regionale richiesta
PROGETTI DI SUPPORTO PER LA SPERIMENTAZIONE LINEE GUIDA ADI DELIB. GRT 402/2004		
di cui per:		
Personale, collaborazioni, borse di studio. (2006)		€ 67.000,00
Acquisto attrezzature e supporti tecnologici		
Altro (specificare)		

3. Progetti riguardanti modalità innovative e sperimentali nella attuazione della Delibera GRT n.402/04 con particolare riferimento alla organizzazione di moduli residenziali specialistici.

	Risorse soggetto proponente	Partecipazione regionale richiesta
INTRODUZIONE DI MODALITA' INNOVATIVE NELLA ATTUAZIONE DELLA DELIB. GRT 402/2004		
di cui per:		
Personale		
Collaborazione esterne, consulenze		
Spese generali		
Altro : rifacimento giardino in RSA		

TOTALE GENERALE	€ 479.799,00	€ 230.404,50
------------------------	--------------	--------------

SCHEDA DEI COSTI anno finanziario 2007

Indicare per l'anno di riferimento e per l'intero progetto le risorse aziendali e la partecipazione regionale.

1. Completamento degli interventi di sistemazione funzionale di locali da destinare a Centri Diurni Alzheimer così come definiti dal modello sperimentale toscano e avvio di gestione

	Risorse soggetto proponente	Partecipazione regionale richiesta
AVVIO ATTIVITA' DI NUOVO SERVIZIO SEMIRESIDENZIALE PER LE DEMENZE (CDA Fivizzano e Aulla)		
di cui per:		
Personale Centri di Fivizzano e Aulla (anno 2007)		€ 376.000,00
Apparecchiature (inclusi canoni, leasing e noleggio)		
Collaborazioni specialistiche esterne, consulenze – formazione (anno 2007)		€ 15.000,00
Spese generali Centro di Fivizzano – avvio (anno 2007)	€ 57.000,00	
Altro (specificare) Ristrutturazione locali C.D.A. Aulla	€ 150.0000,00	

	Risorse soggetto proponente	Partecipazione regionale richiesta
INVESTIMENTI PER SISTEMAZIONE ATTREZZATURE, ARREDI PER IL CDA Villafranca L. e Pontremoli		
di cui per:		
Lavori per piccole ristrutturazioni		
Arredi, attrezzature C.D.A. Villafranca L.		
Altro (specificare) Completamento funzionamento C.D.A. Pontremoli (autista per trasporto utenti anno 2007)	€ 174.799,00 (costo C.D. 2005)	€ 33.404,50

2. Progetti di adeguamento dei modelli organizzativi territoriali in coerenza con le Linee guida per la sperimentazione di un modello organizzativo territoriale di assistenza domiciliare, contenute nella delibera GRT n.402/04.

	Risorse soggetto proponente	Partecipazione regionale richiesta
PROGETTI DI SUPPORTO PER LA SPERIMENTAZIONE LINEE GUIDA ADI DELIB. GRT 402/2004		
di cui per:		
Personale, collaborazioni, borse di studio. (2007)		€ 67.000,00
Acquisto attrezzature e supporti tecnologici		
Altro (specificare)		

3. Progetti riguardanti modalità innovative e sperimentali nella attuazione della Delibera GRT n.402/04 con particolare riferimento alla organizzazione di moduli residenziali specialistici.

	Risorse soggetto proponente	Partecipazione regionale richiesta
INTRODUZIONE DI MODALITA' INNOVATIVE NELLA ATTUAZIONE DELLA DELIB. GRT 402/2004		
di cui per:		
Personale (anno 2007)	€ 145.167,00	€70.805,46
Collaborazione esterne, consulenze		
Spese generali		
Altro : rifacimento giardino in RSA (anno 2007)		€ 20.000,00

TOTALE GENERALE	€ 526.966,00	€ 582.209,96
------------------------	--------------	--------------

PIANO DEGLI INVESTIMENTI



REGIONE TOSCANA – PISR 2002-2004

SCHEDA PROGETTO PER IL PIANO DEGLI INVESTIMENTI

(Punto 3.4.4 del PISR 2002-2004)

**NUOVE STRUTTURE NECESSARIE NELLA ZONA SOCIO-SANITARIA
(PROGETTI CON CARATTERE DI ASSOLUTA NECESSITÀ)**

“Zona socio-sanitaria” LUNIGIANA

1. SOGGETTI COINVOLTI

SOGGETTO TITOLARE (Ente e/o soggetto pubblico)	Denominazione SOCIETÀ DELLA SALUTE DELLA LUNIGIANA Indirizzo P.ZZA DELLA VITTORIA – AULLA (MS)
CO-PROPONENTE	Soggetto Co-proponente Forma giuridica
SOGGETTO GESTORE (Ente pubblico)	Denominazione S.D.S. <i>RESPONSABILE DEL PROGETTO</i> Nome e Cognome: GUASTALLI MARIO Indirizzo: P.ZZA DELLA VITTORIA – AULLA (MS) Tel: 0187406141-142 Fax: 0187406137 e-mail: m.guastalli@usl1.toscana.it
SOGGETTO ATTUATORE	Denominazione: S.D.S. Indirizzo: P.ZZA DELLA VITTORIA – AULLA (MS) Telefono: 0187406141-142 Fax: 0187406137 e-mail: m.guastalli@usl1.toscana.it Forma giuridica: consorzio

2. DATI IDENTIFICATIVI DEL PROGETTO

SETTORE DI INTERVENTO DELLE INFRASTRUTTURE (indicare con X):

Anziani	Dipendenti	Disabili	Famiglie	Immigrati	Minori	Nomadi
Senza fissa dimora		Altro da specificare				

MOTIVAZIONE DELLA NECESSITA' E DELL'URGENZA:

COMPLETAMENTO DELLA STRUTTURA RIVOLTA AD OSPITARE DISABILI CHE NON POSSONO PERMANERE NEL PROPRIO AMBIENTE DI VITA. LA STRUTTURA PER LA QUALE SONO TERMINATI I LAVORI DI RISTRUTTURAZIONE ED ADEGUAMENTO PER ESSERE POSTA IN FUNZIONE HA NECESSITA' DI ESSERE ARREDATA.

Titolo del Progetto:	STRUTTURA RESIDENZIALE PER DISABILI
Finalità generale:	COMPLETAMENTO DELLA RETE TERRITORIALE DEI SERVIZI RIVOLTI ALLE PERSONE DISABILI
Obiettivi specifici:	OFFRIRE UN LUOGO DI VITA ALLE PERSONE AFFETTE DA DISABILITA' GRAVI E MEDIO-GRAVI, SIA FISICA CHE PSICHICA CON PROBLEMI FAMILIARI PER I QUALI NON POSSONO PERMANERE NEL PROPRIO AMBIENTE DI VITA.
N° utenti coinvolti:	20

Descrizione dell'intervento:	ARREDAMENTO DEI LOCALI DA ADIBIRE A CENTRO RESIDENZIALE PER DISABILI
Localizzazione:	
<i>PROVINCIA</i>	MS
Comune/i	LICCIANA NARDI
Località'	MONTI
Interconnessione con altri progetti <i>(specificare)</i>	
Informazione sulle attività pregresse <i>(specificare, se vi hanno concorso finanziamenti pubblici, entità e origine)</i>	

3. CARATTERISTICHE FINANZIARIE, TECNICHE, E PROCEDURALI DEL PROGETTO

ASPETTI TECNICO-PROCEDURALI

<u>PROVVEDIMENTI</u>	<u>CRONOGRAMMA DI ATTUAZIONE</u>	
	Data prevista	
	Avvio	Ultimazione
FASE PRELIMINARE		
Studio di fattibilità		
Progettazione preliminare		
Progettazione definitiva		
Progettazione esecutiva		
Disponibilità immobile/terreno		
Avvio gara d'appalto		
Aggiudicazione gara d'appalto		

Stipula contratto		
<i>FASE REALIZZATIVA</i>		
Inizio lavori		
FASE CONCLUSIVA		
Fine lavori		
Collaudo / certif. regol. esecuz.		
Saldo pagamenti alle imprese		
Avvio esercizio		

NEL CASO DI "INTERVENTI DI COMPLETAMENTO"

<u>INDICARE SE SI TRATTA DI:</u>	Motivi per i quali l'intervento non è stato completato	
	Mancanza di risorse	Altre cause di blocco
Progetto integrale o lotto che completa un progetto complessivo		
Più lotti che completano un progetto complessivo		
Un lotto (o più lotti) che non completa(no) un progetto complessivo		
Progetto appaltato sospeso		
Progetto incompiuto	X	

DATI OCCUPAZIONALI

Mantenimento o miglioramento livelli occupazionali (indicare anche la modalità di gestione)	MIGLIORAMENTO LIVELLI OCCUPAZIONALI. LA GESTIONE DELLE ATTIVITA' SARA' DELLA COOPERATIVA DI SERVIZI
Sviluppo dei servizi innovativi	

aspetti finanziari

<i>PIANO FINANZIARIO</i>	Importo totale (Lire)	Importo totale (Euro)
- Acquisizione immobili/terreni		
- Ristrutturazione edilizia e recuperi funzionali		
- Consolidamenti statici		

- Ampliamenti di edifici		
- Installazione impianti		
- Messa a norma impianti e servizi		
- Costi di progettazione e direzione lavori		
- Arredamento		112.500
COSTO TOTALE		

DISPONIBILITÀ DELLE RISORSE FINANZIARIE PROPRIE¹

<u>Fonte del finanziamento</u>	Atto amministrativo	£.	€
<i>COMUNE DI</i> _____ _____			
<i>AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE DI</i> _____			
<i>AZIENDA USL DI MASSA CARRARA</i>	FINANZIAMENTO AZIENDA USL PER QUOTA LAVORI DELIBERA N. 1863 DEL 31/12/99	100.000.000	51.645,69
<i>ALTRO (SPECIFICARE)</i> _____			
TOTALE			

CONTRIBUTO RICHIESTO

€	% su totale investimento
112.500	

¹ Il Totale delle RISORSE PROPRIE deve essere non inferiore al 50% del costo totale dell'investimento

REGIONE TOSCANA – PISR 2002-2004

SCHEDA PROGETTO PER IL PIANO DEGLI INVESTIMENTI

(Punto 3.4.4 del PISR 2002-2004)

**NUOVE STRUTTURE NECESSARIE NELLA ZONA SOCIO-SANITARIA
(PROGETTI CON CARATTERE DI ASSOLUTA NECESSITÀ)**

“Zona socio-sanitaria” LUNIGIANA

3. SOGGETTI COINVOLTI

SOGGETTO TITOLARE (Ente e/o soggetto pubblico)	Denominazione SOCIETÀ DELLA SALUTE DELLA LUNIGIANA Indirizzo P.ZZA DELLA VITTORIA – AULLA (MS)
CO-PROPONENTE	Soggetto Co-proponente Forma giuridica
SOGGETTO GESTORE (Ente pubblico)	Denominazione S.D.S. <i>RESPONSABILE DEL PROGETTO</i> Nome e Cognome: GUASTALLI MARIO Indirizzo: P.ZZA DELLA VITTORIA – AULLA (MS) Tel: 0187406141-142 Fax: 0187406137 e-mail: m.guastalli@usl1.toscana.it
SOGGETTO ATTUATORE	Denominazione: S.D.S. Indirizzo: P.ZZA DELLA VITTORIA – AULLA (MS) Telefono: 0187406141-142 Fax: 0187406137 e-mail: m.guastalli@usl1.toscana.it Forma giuridica: consorzio

4. DATI IDENTIFICATIVI DEL PROGETTO

SETTORE DI INTERVENTO DELLE INFRASTRUTTURE (indicare con X):

<input checked="" type="checkbox"/> Anziani	<input type="checkbox"/> Dipendenti	<input type="checkbox"/> Disabili	<input type="checkbox"/> Famiglia	<input type="checkbox"/> Immigrati	<input type="checkbox"/> Minori	<input type="checkbox"/> Nomadi
<input type="checkbox"/> Senza fissa dimora	<input type="checkbox"/> Altro da specificare					

MOTIVAZIONE DELLA NECESSITA' E DELL'URGENZA:

COMPLETAMENTO DELLA STRUTTURA RIVOLTA AD OSPITARE ANZIANI CHE NON POSSONO PERMANERE NEL PROPRIO AMBIENTE DI VITA. LA STRUTTURA PER LA QUALE SONO TERMINATI I LAVORI DI RISTRUTTURAZIONE ED ADEGUAMENTO PER ESSERE POSTA IN FUNZIONE HA NECESSITA' DI ESSERE ARREDATA.

Titolo del Progetto:	RSA
Finalità generale:	COMPLETAMENTO DELLA RETE DI SERVIZI RESIDENZIALI PER ANZIANI
Obiettivi specifici:	OFFRIRE UN LUOGO DI VITA E DI ASSISTENZA ALLE PERSONE ANZIANE CHE NON POSSONO PERMANERE NEL PROPRIO AMBIENTE DI VITA.
N° utenti coinvolti:	40
Descrizione dell'intervento:	ARREDAMENTO DEI LOCALI DA ADIBIRE A RSA ANZIANI

Localizzazione:	
<i>PROVINCIA</i>	MS
Comune/i	BAGNONE
Località'	CA' DI GROTTO'
Interconnessione con altri progetti <i>(specificare)</i>	
Informazione sulle attività pregresse <i>(specificare, se vi hanno concorso finanziamenti pubblici, entità e origine)</i>	

3. CARATTERISTICHE FINANZIARIE, TECNICHE, E PROCEDURALI DEL PROGETTO

ASPETTI TECNICO-PROCEDURALI

<u>PROVVEDIMENTI</u>	<u>CRONOGRAMMA DI ATTUAZIONE</u>	
	Data prevista	
	Avvio	Ultimazione
FASE PRELIMINARE		
Studio di fattibilità		
Progettazione preliminare		
Progettazione definitiva		
Progettazione esecutiva		
Disponibilità immobile/terreno		
Avvio gara d'appalto		
Aggiudicazione gara		

d'appalto		
Stipula contratto		
<i>FASE REALIZZATIVA</i>		
Inizio lavori		
FASE CONCLUSIVA		
Fine lavori		
Collaudo / certif. regol. esecuz.		
Saldo pagamenti alle imprese		
Avvio esercizio		

NEL CASO DI "INTERVENTI DI COMPLETAMENTO"

<u>INDICARE SE SI TRATTA DI:</u>	Motivi per i quali l'intervento non è stato completato	
	Mancanza di risorse	Altre cause di blocco
Progetto integrale o lotto che completa un progetto complessivo	×	
Più lotti che completano un progetto complessivo		
Un lotto (o più lotti) che non completa(no) un progetto complessivo		
Progetto appaltato sospeso		
Progetto incompiuto		

DATI OCCUPAZIONALI

Mantenimento o miglioramento livelli occupazionali (indicare anche la modalità di gestione)	MIGLIORAMENTO LIVELLI OCCUPAZIONALI.
Sviluppo dei servizi innovativi	

aspetti finanziari

<i>PIANO FINANZIARIO</i>	Importo totale (Lire)	Importo totale (Euro)
- Acquisizione immobili/terreni		
- Ristrutturazione edilizia e recuperi funzionali		
- Consolidamenti statici		

- Ampliamenti di edifici		
- Installazione impianti		
- Messa a norma impianti e servizi		
- Costi di progettazione e direzione lavori		
- Arredamento		250.000,00
COSTO TOTALE		

DISPONIBILITÀ DELLE RISORSE FINANZIARIE PROPRIE²

<u>Fonte del finanziamento</u>	Atto amministrativo	£.	€
<i>COMUNE DI</i> _____ _____			
<i>AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE DI</i> _____			
<i>AZIENDA USL DI MASSA CARRARA</i>	FINANZIAMENTO AZIENDA USL PER QUOTA LAVORI DELIBERA N. 1861 DEL 31/12/99	200.000.000	103.291,38
<i>ALTRO (SPECIFICARE)</i> _____			
TOTALE			

CONTRIBUTO RICHIESTO

€	% su totale investimento
250.000	

² Il Totale delle RISORSE PROPRIE deve essere non inferiore al 50% del costo totale dell'investimento

REGIONE TOSCANA – PISR AGGIORNAMENTO 2005

SCHEDA PROGETTO PER IL PIANO DEGLI INVESTIMENTI

(Punto 3.4.4 del PISR 2002-2004)

**NUOVE STRUTTURE NECESSARIE NELLA ZONA SOCIO-SANITARIA
(PROGETTI CON CARATTERE DI ASSOLUTA NECESSITÀ)**

"Zona socio-sanitaria" **LUNIGIANA**

5. SOGGETTI COINVOLTI

SOGGETTO TITOLARE (Ente e/o soggetto pubblico)	Denominazione: COMUNE DI PONTREMOLI Indirizzo: Piazza della Repubblica, 1 Pontremoli
CO-PROPONENTE	Soggetto Co-proponente Forma giuridica
SOGGETTO GESTORE (Ente pubblico)	Denominazione: COMUNE DI PONTREMOLI <i>RESPONSABILE DEL PROGETTO:</i> Nome e Cognome: Dott.ssa Lucia Bellotti Indirizzo: c/o Comune di Pontremoli- Settore Servizi Sociali Tel: 0187/461007 Fax 0187/461155 e-mail: istr.pon@lunigiana.ms.it
SOGGETTO ATTUATORE	Denominazione: COMUNE DI PONTREMOLI Indirizzo: Piazza della Repubblica, 1 Pontremoli Telefono: 0187/461007 Fax:0187/461155 e-mail: istr.pon@lunigiana.ms.it Forma giuridica: Ente Locale

6. DATI IDENTIFICATIVI DEL PROGETTO

SETTORE DI INTERVENTO DELLE INFRASTRUTTURE (indicare con X):

Anziani	Dipendenze	Disabili	Famiglia	Immigrati	Minori	Nomadi
Senza fissa dimora		Altro da specificare: Studenti/ alunni				

MOTIVAZIONE DELLA NECESSITA' E DELL'URGENZA:

Il plesso di scuola media "Pietro Ferrari" è articolato su tre piani collegati unicamente da una rampa scala baricentrica rispetto alle ali dell'edificio che accolgono, ai diversi livelli, le classi dei tre corsi. Non esiste attualmente nessun impianto di ascensore, elevatore o servo scala adeguato alle necessità degli allievi, o altro personale, con ridotta o impedita capacità di movimento. Tutto ciò si configura come vero e proprio problema di superamento di barriere architettoniche che impediscono la piena e adeguata fruizione degli spazi e delle attrezzature della scuola da parte dei portatori di handicap. La presenza di alunni con ridotte possibilità di movimento all'interno della classe, richiede il trasferimento della stessa al piano terra, con relativo spostamento degli arredi e delle attrezzature, isolandola, di fatto, dal resto del corso e dalle attività che si svolgono ai piani superiori.

La richiesta urgente deriva dalla necessità di superare lo stato di fatto suddetto, reso ancora più grave dalla presenza di diversi alunni portatori di handicap, al fine di garantire un'adeguata fruizione degli spazi didattici a tutti gli utenti della scuola.

L'intervento richiesto è finalizzato alla dotazione di un impianto di ascensore attrezzato in modo specifico per l'eliminazione di vere e proprie barriere architettoniche nel plesso scolastico.

Titolo del Progetto:	Eliminazione barriere architettoniche presso il plesso di scuola media "Pietro Ferrari" in Pontremoli.
Finalità generale:	Permettere la fruizione degli spazi e delle attrezzature didattiche agli alunni con ridotta o impedita capacità fisica.
Obiettivi specifici:	Eliminazione di barriere architettoniche che costituiscono ostacolo all'accessibilità degli ambienti scolastici limitando in tal modo la fruizione di un servizio primario quale l'istruzione.
N° utenti coinvolti:	200 alunni + operatori scolastici.
Descrizione dell'intervento:	Dotazione di un impianto di ascensore interno al plesso conforme alla legge n° 13/89 per l'abbattimento delle barriere architettoniche, dimensionato sulla possibilità di accogliere anche utenti costretti ad adoperare la sedia a rotelle.
Tipologia di opere previste/realizzate:	Realizzazione di un vano ascensore in struttura metallica e vetro posizionato nell'ingresso del plesso, a contatto con l'esterno, facilmente raggiungibile dagli utenti, a collegamento con i tre piani sui quali è articolato l'Istituto.
Localizzazione:	Pontremoli, Via IV Novembre
PROVINCIA	Massa Carrara
Comune/i	Pontremoli
Località'	Via IV Novembre
Interconnessione con altri progetti	Interconnessione con progetti zionali mirati al potenziamento dei servizi alla persona.

Informazione sulle attività pregresse	Nessun finanziamento pubblico.
---------------------------------------	--------------------------------

3. CARATTERISTICHE FINANZIARIE, TECNICHE, E PROCEDURALI DEL PROGETTO

ASPETTI TECNICO-PROCEDURALI

PROVVEDIMENTI	CRONOGRAMMA DI ATTUAZIONE	
	Data prevista	
	Avvio	Ultimazione
FASE PRELIMINARE		
Studio di fattibilità	Ottobre 2005	Ottobre 2005
Progettazione preliminare	Ottobre 2005	Novembre 2005
Progettazione definitiva	Novembre 2005	Novembre 2005
Progettazione esecutiva	Novembre 2005	Dicembre 2005
Disponibilità immobile/terreno	Disponibile	
Avvio gara d'appalto	Gennaio 2006	Gennaio 2006
Aggiudicazione gara d'appalto	Febbraio 2006	Febbraio 2006
Stipula contratto	Febbraio 2006	Febbraio 2006
<i>FASE REALIZZATIVA</i>		
Inizio lavori	Marzo 2006	Giugno 2006
FASE CONCLUSIVA		
Fine lavori	Luglio 2006	
Collaudo / certif. regol. esecuz.	Agosto 2006	
Saldo pagamenti alle imprese	Settembre 2006	
Avvio esercizio	Settembre 2006	

NEL CASO DI "INTERVENTI DI COMPLETAMENTO"

INDICARE SE SI TRATTA DI:	Motivi per i quali l'intervento non è stato completato	
	Mancanza di risorse	Altre cause di blocco
Progetto integrale o lotto che completa un progetto complessivo		
Più lotti che completano un progetto complessivo		
Un lotto (o più lotti) che non completa(no) un progetto complessivo		
Progetto appaltato sospeso		
Progetto incompiuto		

DATI OCCUPAZIONALI

Mantenimento o miglioramento livelli occupazionali (indicare anche la modalità di gestione)	
Sviluppo dei servizi innovativi	

aspetti finanziari

<i>PIANO FINANZIARIO</i>	Importo totale (Lire)	Importo totale (Euro)
- Acquisizione immobili/terreni	già disponibili	
- Ristrutturazione edilizia e recuperi funzionali		
- Consolidamenti statici		
- Ampliamenti di edifici		
- Installazione impianti	106.494.850	55.000.00
- Messa a norma impianti e servizi		
- Costi di progettazione e direzione lavori	10.649.485	5.500.00
- Altro (specificare)		
COSTO TOTALE	117.144.350	60.500.00

DISPONIBILITÀ DELLE RISORSE FINANZIARIE PROPRIE³

Fonte del finanziamento	Atto amministrativo	£.	€
COMUNE DI PONTREMOLI	Assunzione mutuo	58.572.175	30.250.00
<i>AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE DI _____</i>			
<i>AZIENDA USL DI _____</i>			
ALTRO (SPECIFICARE) REGIONE TOSCANA		58.572.175	30.250.00
TOTALE		117.144.350	60.500.00

CONTRIBUTO RICHIESTO

€	% su totale investimento
30.250.00	50

³ Il Totale delle RISORSE PROPRIE deve essere non inferiore al 50% del costo totale dell'investimento

**REGIONE TOSCANA – PISR 2002-2004
AGGIORNAMENTO ANNO 2005
SCHEMA PROGETTO PER IL PIANO DEGLI INVESTIMENTI**

**NUOVE STRUTTURE NECESSARIE NELLA ZONA SOCIO-SANITARIA
(PROGETTI CON CARATTERE DI ASSOLUTA NECESSITÀ)**

1. "Zona socio-sanitaria" LUNIGIANA

SOGGETTO TITOLARE	Comune di Fivizzano Via Umberto I
CO-PROPONENTE	Soggetto Co-proponente : Società della Salute della Lunigiana Forma giuridica : Consorzio Pubblico
SOGGETTO GESTORE	COMUNE DI FIVIZZANO <i>RESPONSABILE DEL PROGETTO</i> Giovanni Ing. Bacci Sede comunale, Via Umberto 1 Tel.0585-942171 Fax. 0585-92593 e-mail utc@comune.fivizzano.ms.it
SOGGETTO ATTUATORE	Denominazione: Comune di Fivizzano Indirizzo Via Umberto,1 loc. Fivizzano Tel.0585-942171 Fax. 0585-92593 e-mail utc@comune.fivizzano.ms.it Forma giuridica : Pubblica amministrazione

2.DATI IDENTIFICATIVI DEL PROGETTO

SETTORE DI INTERVENTO DELLE INFRASTRUTTURE (indicare con X):

<input checked="" type="checkbox"/> Anziani	<input type="checkbox"/> Dipendenze	<input type="checkbox"/> Disabili	<input type="checkbox"/> Famiglia	<input type="checkbox"/> Immigrati	<input type="checkbox"/> Minori	<input type="checkbox"/> Nomadi
Senza fissa dimora		Altro da specificare: Centro diurno per aggregazione degli anziani e per il sostegno alle famiglie				

MOTIVAZIONE DELLA NECESSITA' E DELL'URGENZA:

Il comune di Fivizzano si estende per 181 kmq con una popolazione di 9.144 abitanti distribuita nei piccoli centri che sono dislocati sull'intero territorio.
Non esistono attualmente strutture di questo tipo, per far fronte alle esigenze di sostegno agli anziani, favorendone l'aggregazione e dando un importante sostegno alle famiglie.
Attualmente tale servizio viene garantito ad alcuni anziani del comune attraverso il centro diurno di Villafranca, distante 30 km circa da Fivizzano.
La disponibilità dell'immobile, unita ad una importante fonte finanziaria che copre oltre il 60% dell'investimento, e alla disponibilità del progetto definitivo, pongono le condizioni per un tempestivo intervento.

Titolo del Progetto:	CENTRO DIURNO PER L'AGGREGAZIONE DEGLI ANZIANI
Finalità generale:	SOSTEGNO ALLA POPOLAZIONE FRAGILE: ANZIANI E LORO FAMIGLIARI
Obiettivi specifici:	FORNIRE UN SERVIZIO CHE RINFORZI LA SOCIALITA' E PREVENGA LA NON AUTOSUFFICIENZA ED AIUTI LE FAMIGLIE A SOSTENERE I LORO FAMIGLIARI
N° utenti coinvolti:	10-15
Descrizione dell'intervento:	RECUPERO ED AMPLIAMENTO DI EDIFICIO ESISTENTE GIA' ADIBITO A SCUOLA ELEMENTARE ORA IN DISUSO
Tipologia di opere previste/realizzate: <i>(descrivere)</i>	Opere di ristrutturazione ed ampliamento edificio esistente, con demolizione di pareti interne, asportazione di pavimenti ed intonaci, eliminazione di impianti esistenti. Ricostruzione di pareti interne edificio esistente, intonaci, pavimenti, infissi, impianti. Opere di nuova realizzazione per ampliamento, comprendenti, scavo terreno, realizzazione di fondazioni e struttura portante in c.a. tamponamento in muratura di mattini a cassetta, copertura in legno. Nuove tramezze interne in mattoni forati, pavimenti, intonaci, infissi, impianti e quant'altro occorra per dare l'opera finita a regola d'arte e funzionante.
Localizzazione:	FIVIZZANO IN LUNIGIANA
PROVINCIA	MASSA CARRARA
Comune/i	FIVIZZANO
Località'	POGNANA
Interconnessione con altri progetti	Rete dei servizi per gli anziani: domicilio, semiresidenziale, residenziale.
Informazione sulle attività pregresse	

3. CARATTERISTICHE FINANZIARIE, TECNICHE, E PROCEDURALI DEL PROGETTO

ASPETTI TECNICO-PROCEDURALI

PROVVEDIMENTI	CRONOGRAMMA DI ATTUAZIONE	
	Data prevista	
	Avvio	Ultimazione
FASE PRELIMINARE		
Studio di fattibilità	avviato	ultimato
Progettazione preliminare	avviata	ultimato
Progettazione definitiva	avviata	ultimato
Progettazione esecutiva	20/11/05	20/12/05
Disponibilità immobile/terreno	avviato	20/12/05
Avvio gara d'appalto	10/1/06	10/2/06
Aggiudicazione gara d'appalto	12/2/06	12/3/06
Stipula contratto	13/3/06	13/4/06
<i>FASE REALIZZATIVA</i>		
Inizio lavori	13/4/06	1/6/07
FASE CONCLUSIVA		
Fine lavori	1/6/07	1/6/07
Collaudo / certif. regol. esecuz.	1/6/07	20/6/07
Saldo pagamenti alle imprese	20/6/07	15/7/07
Avvio esercizio	1/9/07	1/9/07

NEL CASO DI "INTERVENTI DI COMPLETAMENTO"

INDICARE SE SI TRATTA DI:	Motivi per i quali l'intervento non è stato completato	
	Mancanza di risorse	Altre cause di blocco
Progetto integrale o lotto che completa un progetto complessivo		
Più lotti che completano un progetto complessivo		
Un lotto (o più lotti) che non completa(no) un progetto complessivo		
Progetto appaltato sospeso		
Progetto incompiuto		

DATI OCCUPAZIONALI

Mantenimento o miglioramento livelli occupazionali	Si prevede di occupare stabilmente 5 persone. Le attività del centro saranno gestite dalla Società Della Salute, con l'utilizzo come soggetto di attuazione, della soc. cooperativa di servizi.
--	---

Sviluppo dei servizi innovativi	
---------------------------------	--

aspetti finanziari

<i>PIANO FINANZIARIO</i>	Importo totale (Lire)	Importo totale (Euro)
- Acquisizione immobili/terreni		
- Ristrutturazione edilizia e recuperi funzionali		40.000,00
- Consolidamenti statici		
- Ampliamenti di edifici		155.641,00
- Installazione impianti		27.000,00
- Messa a norma impianti e servizi		
- Costi di progettazione e direzione lavori		43.000,00
- Sistemazione esterna		19.100,00
Arredo		17.525,00
IVA ed Oneri vari		37.679,00
COSTO TOTALE		340.000,00

DISPONIBILITÀ DELLE RISORSE FINANZIARIE PROPRIE⁴

Fonte del finanziamento	Atto amministrativo	£.	€
Comune di _____			
Amministrazione Provinciale di _____			
<i>AZIENDA USL DI MASSA CARRARA</i>			200.000,00
<i>ALTRO (SPECIFICARE)</i> _____			
TOTALE			200.000,00

CONTRIBUTO RICHIESTO

€	% su totale investimento
140.000	41,2

⁴ Il Totale delle RISORSE PROPRIE deve essere non inferiore al 50% del costo totale dell'investimento

REGIONE TOSCANA – PISR AGGIORNAMENTO 2005

SCHEDA PROGETTO PER IL PIANO DEGLI INVESTIMENTI

**NUOVE STRUTTURE NECESSARIE NELLA ZONA SOCIO-SANITARIA
(PROGETTI CON CARATTERE DI ASSOLUTA NECESSITÀ)**

“Zona socio-sanitaria” U.S.L.n. 1 Lunigiana

1.SOGGETTI COINVOLTI

SOGGETTO TITOLARE (Ente e/o soggetto pubblico)	Denominazione COMUNE DI FILATTIERA Indirizzo Via S. Maria 7 54023 Filattiera (MS)
CO-PROPONENTE	Soggetto Co-proponente Forma giuridica
SOGGETTO GESTORE (Ente pubblico)	Denominazione COMUNE DI FILATTIERA <i>RESPONSABILE DEL PROGETTO</i> Nome e Cognome Vilmo Giuli Indirizzo Via S. Maria 7 54023 Filattiera (MS) Tel 0187/457321 Fax 0187/457328 e-mail vilmogiuli@libero.it
SOGGETTO ATTUATORE	Denominazione COMUNE DI FILATTIERA. Indirizzo Via S. Maria 7 54023 Filattiera (MS) Tel 0187/457321 Fax 0187/457328 e-mail: ufficio.tecnico@comune.filattiera.ms.it Forma giuridica: Amministrazione pubblica

2.DATI IDENTIFICATIVI DEL PROGETTO

SETTORE DI INTERVENTO DELLE INFRASTRUTTURE (indicare con X):

Anziani	Dipendenze	<input checked="" type="checkbox"/> Disabili	Famiglia	Immigrati	Minori	Nomadi
Senza fissa dimora		Altro da specificare Utenza nel Comune di Filattiera				

MOTIVAZIONE DELLA NECESSITA' E DELL'URGENZA:

Il Comune di Filattiera ha posto in opera, con finanziamento proprio, un servoscala per permettere l'accesso ai disabili ai vari uffici e per garantire l'accessibilità al primo piano ad

un proprio dipendente disabile.
 Si rende indispensabile la costruzione di un bagno accessibile all'interno della struttura per la dipendente in organico nel Comune di Filattiera e per le esigenze delle persone che accedono ai servizi dell'Amministrazione comunale.
 Negli uffici comunali, a frequenza bisettimanale, è presente anche l'assistente sociale.

Titolo del Progetto:	Ristrutturazione palazzo comunale con costruzione di un bagno per disabili
Finalità generale:	Adeguamento di struttura pubblica
Obiettivi specifici:	Fruizione di una struttura pubblica a persone disabili
N° utenti coinvolti:	Persone disabili che accedono ai servizi del Comune di Filattiera
Descrizione dell'intervento:	Adeguamento di un locale esistente al Piano terra da adibire a bagno per disabili.
Tipologia di opere previste/realizzate:	Costruzione di pareti interne, posa in opera di impianti idro-sanitari, scarichi, pavimenti, rivestimenti porta interna, finestra.
Localizzazione:	Municipio di Filattiera
PROVINCIA	Massa Carrara
Comune/	Filattiera
Località'	Filattiera-Capoluogo
Interconnessione con altri progetti	
Informazione sulle attività pregresse	Adeguamento di tutto il fabbricato per l'accessibilità di persone disabili. Finanziamento per € 15.000,00 per acquisto e posa in opera di servoscala e opere accessorie con fondi propri del Comune (Mutuo passivo della Cassa DD.PP.)

3. CARATTERISTICHE FINANZIARIE, TECNICHE, E PROCEDURALI DEL PROGETTO

ASPETTI TECNICO-PROCEDURALI

PROVVEDIMENTI	CRONOGRAMMA DI ATTUAZIONE	
	Data prevista	
	Avvio	Ultimazione
FASE PRELIMINARE		
Studio di fattibilità		
Progettazione preliminare	01.12.2005	10.12.2005
Progettazione definitiva	10.12.2005	31.01.2006

Progettazione esecutiva	10.12.2005	31.01.2006
Disponibilità immobile/terreno	si	
Avvio gara d'appalto	31.12.2006	28.02.2006
Aggiudicazione gara d'appalto	28.02.2006	28.02.2006
Stipula contratto	31.03.2006	31.03.2006
<i>FASE REALIZZATIVA</i>		
Inizio lavori	01.04.2006	01.04.2006
FASE CONCLUSIVA		
Fine lavori	30.06.2006	30.06.2006
Collaudo / certif. regol. esecuz.	30.08.2006	30.08.2006
Saldo pagamenti alle imprese	30.08.2006	30.08.2006
Avvio esercizio	01.09.2006	01.09.2006

NEL CASO DI "INTERVENTI DI COMPLETAMENTO"

<u>INDICARE SE SI TRATTA DI:</u>	Motivi per i quali l'intervento non è stato completato	
	Mancanza di risorse	Altre cause di blocco
Progetto integrale o lotto che completa un progetto complessivo	<i>x</i>	
Più lotti che completano un progetto complessivo		
Un lotto (o più lotti) che non completa(no) un progetto complessivo		
Progetto appaltato sospeso		
Progetto incompiuto		

DATI OCCUPAZIONALI

Mantenimento o miglioramento livelli occupazionali (indicare anche la modalità di gestione)	
Sviluppo dei servizi innovativi	

aspetti finanziari

<i>PIANO FINANZIARIO</i>	Importo totale (Lire)	Importo totale (Euro)
- Acquisizione immobili/terreni		
- Ristrutturazione edilizia e recuperi funzionali		
- Consolidamenti statici		
- Ampliamenti di edifici		
- Installazione impianti		
- Messa a norma impianti e servizi		10.000,00

- Costi di progettazione e direzione lavori		2.500,00
- Altro (specificare)		
COSTO TOTALE		12.500,00

DISPONIBILITÀ DELLE RISORSE FINANZIARIE PROPRIE⁵

Fonte del finanziamento	Atto amministrativo	£.	€
<i>COMUNE DI FILATTIERA</i>	Bilancio di previsione 2006		6.250,00
<i>AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE DI</i> _____			
<i>AZIENDA USL DI</i> _____ _____			
<i>ALTRO (SPECIFICARE)</i> _____			
TOTALE			6.250,00

CONTRIBUTO RICHIESTO

€	% su totale investimento
6.250,00	50 %

⁵ Il Totale delle RISORSE PROPRIE deve essere non inferiore al 50% del costo totale dell'investimento

REGIONE TOSCANA – PISR AGGIORNAMENTO 2005

SCHEDA PROGETTO PER IL PIANO DEGLI INVESTIMENTI

**NUOVE STRUTTURE NECESSARIE NELLA ZONA SOCIO-SANITARIA
(PROGETTI CON CARATTERE DI ASSOLUTA NECESSITÀ)**

“Zona socio-sanitaria”

LUNIGIANA

1. SOGGETTI COINVOLTI

SOGGETTO TITOLARE (Ente e/o soggetto pubblico)	Denominazione: COMUNE DI BAGNONE Indirizzo Piazza Marconi 7 –54021 Bagnone (MS)
CO-PROPONENTE	Soggetto Co-proponente Forma giuridica
SOGGETTO GESTORE (Ente pubblico)	Denominazione COMUNE DI BAGNONE <i>RESPONSABILE DEL PROGETTO</i> Nome e Cognome Guastalli Francesca Indirizzo Tel 0187/427828 Fax 0187/429210 e-mail affarigenerali@comune.bagnone.ms.it
SOGGETTO ATTUATORE	Denominazione Comune di Bagnone Indirizzo Piazza Marconi 7 –54021 Bagnone (MS) Telefono: Tel 0187/427828 Fax 0187/429210 e-mail Forma giuridica Ente locale

2. DATI IDENTIFICATIVI DEL PROGETTO

SETTORE DI INTERVENTO DELLE INFRASTRUTTURE (indicare con X):

Anziani X	Dipendenze	Disabili	Famiglia	Immigrati	Minori	Nomadi
Senza fissa dimora		Altro da specificare				

MOTIVAZIONE DELLA NECESSITÀ E DELL'URGENZA:

Creare un CENTRO POLIVALENTE integrato PER GLI ANZIANI DEL TERRITORIO ,significa sostegno al disagio familiare dovuto alla presenza di anziani in famiglie che ,per la particolarità montana del territorio e il pendolarismo di lavoro ,sono spesso isolati e soli ,per gran parte della giornata,quando non per interi periodi .Si intende dunque partire dalle indicazioni che provengono dalla popolazione residente e dagli attori sociali istituzionali e del volontariato per promuovere un partenariato stabile tra Istituzioni locali, organizzazioni di rappresentanza della popolazione residente in questo comune rurale ,organizzazioni del terzo settore che intendono compartecipare alla gestione ,per innalzare la qualità della vita delle popolazioni anziane ,ponendo in essere logiche di concertazione innovazione e cittadinanza attiva.Il progetto prevede il restauro funzionale dell'ex Pubblico Soccorso ,acquisito dal Comune, destinato a Centro Polivalente sociale ,integrato per gli anziani del territorio ,per assicurare loro una reale vita relazionale.

L'immobile destinato necessita di urgenti lavori di restauro e destinazione d'uso funzionale ,messa in sicurezza ,che diventano ancor più essenziali se si uniscono alla necessità rappresentata dalle locali associazioni di volontariato di avviare in sinergia una gestione di servizi per la popolazione anziana , , con familiari distanti, sempre più isolata in paesi quasi disabitati e privi di servizi ,cosa che in parte già la locale Misericordia ha cercato di ovviare con un servizio domiciliare per necessità mediche ,di rifornimento alimentare , ma che necessita anche di spazi propri per la socializzazione :ecco dunque l'esigenza in un territorio dalla forte vocazione di volontariato ,di creare una struttura attrezzata anche per lo svago e la gestione dei progetti presentati anche al Cesvot per vivacizzare la vita di relazione degli anziani sul territorio ,nella quale coinvolgere anche l'associazionismo sportivo , culturale e soprattutto i ragazzi ed adolescenti dei Centri giovanili ,per una partecipazione attiva

Titolo del Progetto:	CENTRO POLIVALENTE integrato per gli anziani –ex Pubblico soccorso -
Finalità generale:	Il Centro vuol dunque promuovere un'offerta diversificata ed integrata di servizi socio assistenziali sociali , anche tramite il volontariato locale (Misericordia e Donatori) ,avviando il processo di rafforzamento e qualificazione delle reti di offerta ,sia sotto il profilo dei contenuti che verso i temi della prossimità ,accessibilità, isolamento .
Obiettivi specifici:	Il Centro si pone infatti come luogo di socializzazione e di integrazione culturale con il territorio nonché come centro di erogazione servizi :trasporto sociale, segretariato sociale ,telesoccorso , attraverso l'impegno fattivo del terzo settore (Misericordia e Donatori Sangue) ,in modo da mantener l'anziano nel proprio ambiente di vita e garantendo la sua partecipazione entro la società e nella cultura del territorio
N° utenti coinvolti:	Popolazione ultrasessantacinquenne (circa 400)
Descrizione dell'intervento:	Consolidamento e Restauro dell'immobile ex pubblico soccorso,con rifacimento di impiantistica ,ridefinizione degli spazi e servizi L'immobile è stato acquisito dal Comune con lo scioglimento dell'Ente e destinato ,con decreto regionale , a finalità socio - assistenziali .Immobile di due piani con spazi esterni dotato di ampi local interni per le attività sociali , aggregative,ubicato in Centro ,quindi con facilità di raggiungimento da parte dei residenti
<i>Tipologia di opere previste/realizzate:</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Consolidamenti statici - Ristrutturazione edilizia e recuperi funzionali - Installazione impianti
Localizzazione:	- Palazetto ex ipab Bagnone
PROVINCIA	- Massa Carrara
Comune/i	- Bagnone
Località'	- Via G.B. Carteggi
Interconnessione con altri progetti	-
Informazione sulle attività pregresse	Nei confronti della popolazione anziana da un decennio ,con il volontariato (Misericordia e Donatori) si realizzano annualmente : La giornata dell'Anziano(Festa annuale giugno) , Incontri domenicali con i giovani e la parrocchia, Soggiorni climatici al mare (15 giorni –giugno), Cure termali (15 giorni –fine agosto ,primi settembre). Ginnastica per anziani .(gennaio ,Maggio)Il Comune ha messo sempre a disposizione mezzi e strutture per le iniziative ,unitamente a Misericordia (che mette i mezzi propri per i collegamenti degli anziani soli ai servizi e alle cure)e ai Donatori

	che concorrono con attività proprie. Necessita, a fronte di un frazionamento di luoghi , sedi , spazi ed iniziative un CENTRO strutturato , adeguato e con gestione unitaria che ottimizzi gli sforzi di tutti
--	--

3. CARATTERISTICHE FINANZIARIE, TECNICHE, E PROCEDURALI DEL PROGETTO

ASPETTI TECNICO-PROCEDURALI

PROVVEDIMENTI	CRONOGRAMMA DI ATTUAZIONE	
	Data prevista	
	Avvio	Ultimazione
FASE PRELIMINARE		
Studio di fattibilità		
Progettazione preliminare		
Progettazione definitiva	09/03/05	23/11/05
Progettazione esecutiva	23/11/05	20/12/05
Disponibilità immobile/terreno	Immediata	
Avvio gara d'appalto	30/06/06	
Aggiudicazione gara d'appalto	30/08/06	
Stipula contratto	30/09/06	
Inizio lavori		
	30/10/06	
Fine lavori		
		30/03/07
Collaudo / certif. regol. esecuz.	30/05/07	
Saldo pagamenti alle imprese	30/06/07	
Avvio esercizio	30/06/07	

NEL CASO DI "INTERVENTI DI COMPLETAMENTO"

INDICARE SE SI TRATTA DI:	Motivi per i quali l'intervento non è stato completato	
	Mancanza di risorse	Altre cause di blocco
Progetto integrale o lotto che completa un progetto complessivo		
Più lotti che completano un progetto complessivo		
Un lotto (o più lotti) che non completa(no) un progetto complessivo		
Progetto appaltato sospeso		
Progetto incompiuto		

DATI OCCUPAZIONALI

Mantenimento o miglioramento livelli occupazionali (indicare anche la modalità di gestione)	Il personale volontario può essere integrato con personale in convenzione e/o cooperativa o con giovani in servizio civile
Sviluppo dei servizi innovativi	Call center anziani ,centro ascolto ,servizio bus domiciliare

aspetti finanziari

<i>PIANO FINANZIARIO</i>	Importo totale (Lire)	Importo totale (Euro)
- Acquisizione immobili/terreni		
- Ristrutturazione edilizia e recuperi funzionali		€ 112.257
- Consolidamenti statici		€ 106.113
- Ampliamenti di edifici		
- Installazione impianti		€ 55.630
- Messa a norma impianti e servizi		
- Costi di progettazione e direzione lavori		€ 27.000
- Altro (specificare)		
COSTO TOTALE		€ 301.000

DISPONIBILITÀ DELLE RISORSE FINANZIARIE PROPRIE⁶

Fonte del finanziamento	Atto amministrativo	£.	€
COMUNE DI BAGNONE _____	Delib. 150 del 23/11/05 Approvazione progetto centro polivalente anziani ...		€ 151.400
_mutuo con cassa depositi e prestiti _____			
<i>AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE DI</i> _____			
AZIENDA USL DI LUNIGIANA _____			€ 150.000
<i>ALTRO (SPECIFICARE) CARITAS</i>			
TOTALE			€ 301.400

CONTRIBUTO RICHIESTO

€	% su totale investimento
€ 150.000	50%

⁶ Il Totale delle RISORSE PROPRIE deve essere non inferiore al 50% del costo totale dell'investimento

PROGRAMMA OPERATIVO:

1.1 Informazioni generali

Titolo Programma Operativo:
Costituzione Centro Minori e Famiglie (C.M.F.) Richiesta arredi .

Obiettivo di settore: Individuazione di uno spazio disponibile presso l'edificio della scuola sito in una frazione del Comune di Licciana N. (MS) dove potranno essere organizzate varie attività rivolte ai minori e alle famiglie ; in particolare uffici per il centro affidi , attività di sensibilizzazione per le famiglie aspiranti all'adozione , spazi bambini-genitori , ludoteca per incontri protetti .

1.2a Soggetto pubblico titolare

AZIENDA ASL N.1 DI MASSA CARRARA – ZONA LUNIGIANA E I 13 COMUNI DELLA ZONA LUNIGIANA.

2b Soggetto pubblico gestore

AZIENDA ASL N.1 DI MASSA CARRARA –ZONA LUNIGIANA.

1.3 Soggetto attuatore

AZIENDA ASL N.1 DI MASSA CARRARA –ZONA LUNIGIANA.

1.4 Responsabile del Programma

ASSISTENTE SOCIALE LEONARDI FRANCA

1.5 Spesa totale prevista

Totale spesa per arredo € 25.000,00
Somma richiesta R.T. € 12.500,00

1.6 Localizzazione dell'intervento

i TREDICI COMUNI DELLA LUNIGIANA.

1.7 Obiettivi del Programma Operativo

1. CENTRO AFFIDI FAMILIARI PER LE VARIE FASI DI REALIZZAZIONE E LA PREPARAZIONE DEI DIVERSI ATTORI DELL’AFFIDO , SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE AFFIDATARIE
2. INCONTRI PROTETTI E NON TRA GENITORI NATURALI E FIGLI , MONITORAGGIO DELL’INTERVENTO E VALUTAZIONE DEI RISULTATI
3. SENSIBILIZZAZIONE, INFORMAZIONE E SOSTEGNO ALLE COPPIE NELLE VARIE FASI DEL PERCORSO DELL’ADOZIONE NAZIONALE ED INTERNAZIONALE
4. SPAZIO MINORI PER ATTIVITA’ CHE RIGUARDANO LO STIMOLO E IL SOSTEGNO AI PROCESSI EVOLUTIVI CON PROMOZIONE ALLE AUTONOMIE IN PRESENZA DI EDUCATORE
5. SPAZIO PER LE FAMIGLIE CON L’IMPEGNO A SOSTENERE LE ESPERIENZE DI GENITORIALITA’ E LA VITA QUOTIDIANA METTENDO IN EVIDENZA GLI IMPEGNI DI CURA ,E I DUBBI EDUCATIVI E LE EVENTUALI DIFFICOLTA’ , METTENDO IN RETE SPUNTI EDUCATIVI ANCHE DI ALTRE CULTURE .

1.8 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi*)

POTENZIAMENTO DEI SERVIZI IN RETE CON LE ISTITUZIONI E LE ASSOCIAZIONI LOCALI PER FAVORIRE LA TUTELA DEL MINORE E IL SUO DIRITTO A CRESCERE IN UNA FAMIGLIA , SOSTEGNO ALLA FAMIGLIA NATURALE ED ALLA FAMIGLIA AFFIDATARIA , MANTENIMENTO DEI RAPPORTI CON I FIGLI
ATTIVAZIONE DI RETE INTERCULTURALE .

1.9 principali attività previste

ATTIVAZIONE CENTRO AFFIDI
SPAZIO GENITORI ASPIRANTE ADOZIONE
LUDOTECA
SOSTEGNO ALLA GENITORIALITA’
RECUPERO RELAZIONE GENITORI FIGLI

1.10 Contenuti tecnici (metodologia adottata, strumenti di lavoro, ecc...)

1. RECUPERO E SOSTEGNO AL RUOLO GENITORIALE
2. INTERVENTI DI SOSTEGNO ALLA RELAZIONE GENITORI -FIGLI
3. SOSTEGNO AL GRUPPO DELLE FAMIGLIE AFFIDATARIE
4. CENTRO AFFIDI
5. SPAZIO PER COPPIE ASPIRANTI ADOZIONE
6. LUDOTECA PER INCONTRI PROTETTI E NON

1.11 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del Programma

*EQUIPE CENTRO AFFIDI , SERVIZIO SOCIALE TERRITORIALE , SERVIZI
SPECIALISTICI INTERESSATI ALLA TUTELA MINORILE*

OPERATORI COOPERATIVE E ASSOCIAZIONI COINVOLTE

1.12 Tipologia di utenza per il Programma e stima della dimensione (domanda prevista)

MINORI 0-18 ANNI PREVENZIONE E SOSTEGNO AL DISAGIO ED AL RISCHIO DI
DEVIANZA CON PARTICOLARE ATTENZIONE ALLA TUTELA MINORILE
GENITORI E ASPIRANTI GENITORI PER UN SOSTEGNO E UNA SENSIBILIZZAZIONE
ALLA GENITORIALITA' .

1.13 Strumenti e Indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

BANCA DATI AFFIDO FAMILIARE

NUMERO PARTECIPANTE GRUPPO FAMIGLIA AFFIDATARIE

NUMERO FAMIGLIE PER SOSTEGNO ALLA GENITORIALITA'

ATTIVAZIONE INCONTRI PROTETTI

PROGRAMMA OPERATIVO:

1.1 Informazioni generali

Titolo Progetto :
"Il Filo di Arianna" Centro di Accoglienza per persone con Disagio Mentale

Soggetto pubblico titolare

ASL 1 di Massa e Carrara Zona socio – sanitaria Lunigiana
Società della Salute della Lunigiana

Soggetto pubblico gestore

ASL 1 di Massa e Carrara Zona socio – sanitaria Lunigiana
Società della Salute della Lunigiana

Responsabile del Programma

Serv. Psichiatrico/Serv. Sociale

Spesa totale prevista

Spesa Totale prevista € 75.000,00
Di cui Somma richiesta R.T. € 35.000,00

Localizzazione dell'intervento

Territorio Zona socio-sanitaria della Lunigiana

Obiettivi del Progetto

Dotare la rete delle strutture intermedie di un anello fondamentale quale la casa famiglia. Tale organismo, dotato di otto posti residenziali, accoglierà :

- a) persone che provengono da strutture a più alta protezione perché possano procedere nel percorso riabilitativo verso il recupero di un maggior grado di autonomia.
- b) persone affette da disturbo grave che per vari motivi non possono più vivere nel loro ambiente familiare e che comunque necessitano di assistenza continua.

Risultati attesi

Miglioramento delle capacità relazionali e sociali delle persone inserite.
Miglioramento delle autonomie e dell'integrazione nel contesto sociale di vita.
Miglior utilizzo dei servizi in rete.

Principali attività previste

Attività legate al recupero della cura di se e del proprio ambiente di vita.

Gestione condivisa della vita quotidiana.

Piccole attività di coltivazione ortaggi e floricoltura. attraverso lo sfruttamento di parte del terreno adiacente la casa

Contenuti tecnici (metodologia adottata, strumenti di lavoro, ecc)

Per ognuna delle persone seguite viene redatto un progetto terapeutico individualizzato monitorato in raccordo tra gruppo tecnico e l'equipe territoriale.

Riunioni settimanali del Gruppo Tecnico e degli operatori, per la programmazione mirata delle attività ed il monitoraggio costante dei percorsi di cambiamento intrapresi.

Attività di sensibilizzazione, iniziative pubbliche.

Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

La durata del progetto è di un anno.

Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del Progetto

- gruppo tecnico ASL (Assistente sociale, Psichiatra, Psicologo, Infermiere Professionale)
- educatore/OSA

Tipologia di utenza

- pazienti affetti da disturbi psichici

Strumenti ed indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

- n°. di pazienti che portano a termine i progetti avendo raggiunto un buon grado di autonomia.
- Diminuzione del numero di ricoveri in R.S.A. o altre strutture di giovani pazienti psichiatrici rispetto all'anno 2005.

PROGETTI INTERVENTO



Progetto di Intervento

1.1 Informazioni Generali

Presentazione di un progetto relativo all'attuazione del Piano Integrato Sociale Regionale 2005 (Del. G.R.T. n.800 del 01/08/05), relativo all'indirizzo immigrazione stabilito con Del. N. 10 del 26/10/2005.

Obiettivo di settore: Continuità negli interventi di Integrazione scolastica e socio-familiare per gli immigrati

Titolo del progetto: " *Mondo che Scuola*"

1.2 Soggetto pubblico titolare

ASL n° 1- Zona della Lunigiana

1.2b Soggetto pubblico gestore

Associazione O.N.L.U.S. El Kandil, iscritta all' Albo provinciale delle Associazioni (n° registrazione 243) e all' Albo della Regione Toscana

1.3 Soggetto attuatore

Associazione O.N.L.U.S. El kandil

1.4 Responsabile del programma

Associazione O.N.L.U.S. El Kandil, nella persona del presidente dell' Associazione, El Boudlali Abdessamad

1.5 Spesa totale prevista

€ 6.000,00 totali per l' anno 2006

1.6 Localizzazione dell'intervento

- Scuole della Lunigiana (escluse le scuole del Comune di Pontremoli)
- Centro Educativo "La Fortezza" di Aulla;
- Centro A.G.E. sito a Fivizzano;
- Doposcuola sito nel Comune di *Pontremoli*¹

¹ tale attività è stata richiesta all' Associazione El Kandil nell'anno 2005, e sono in corso accordi per verificarne la frequenza e le modalità.

1.7 Obiettivi del Programma operativo

Il progetto “Mondo che scuola”, già sperimentato con successo negli anni precedenti, presenta due obiettivi principali: l'integrazione dei minori stranieri sul territorio di residenza e la facilitazione all'inserimento/ successo scolastico degli alunni immigrati.

Gli obiettivi specifici e specificati sopra, portano in sé molti significati sia di natura socio-politica che educativa-didattica; tali significati nascono dalla trasformazione di una società che sempre più si sta confrontando con nuove forze sociali e internazionali e che producono spostamenti di persone, di famiglie, facendo quindi incontrare lingue, valori, credenze e culture diverse tra loro.

La migrazione è quindi un fenomeno ormai accertato e strutturato nella nostra realtà, e coinvolge in quanto fenomeno strutturato e prevedibile, anche se non sempre pianificato, non solo la cittadinanza ma anche e soprattutto le Istituzioni.

Il tipo di programma che le istituzioni scelgono, rispetto all' “evento migrazione” ne influenza la modalità di inserimento ed accoglienza a livello territoriale. Una scelta di programma istituzionale pregnante al “contrasto” alla migrazione per la difesa del proprio territorio è alquanto anacronistica e dispendiosa; una scelta di acculturazione/ assimilazione attraverso la negazione delle diversità rischia per irrigidimento delle parti di creare fenomeni di ghettizzazione e chiusura al dialogo, e quindi rischia di incentivare atteggiamenti di devianza e delinquenza.

Gli obiettivi di questo progetto sono in linea con la scelta programmatica dell'incentivazione al dialogo interculturale, della promozione di forme di aggregazione ed integrazione sul territorio (vedi percorsi nei Centri Educativi territoriali) e di facilitazione al successo scolastico per gli alunni stranieri, in quanto *un uomo senza cultura è più pericoloso di un uomo armato.*

Pur mantenendo validi gli obiettivi qualitativi e quantitativi degli anni precedenti di attuazione del progetto, inizia a presentarsi un altro importante grande obiettivo, che si è potuto rilevare e raggiungere grazie alla *continuità* nel tempo degli interventi strutturati: una programmazione di tipo longitudinale e non estemporanea, che ha sviluppato sia nelle istituzioni che nelle comunità immigrate la possibilità di dare ed avere risposte strutturate e continuative alle difficoltà incontrate durante i processi di inserimento ed integrazione. Ciò ha permesso di cominciare (ed in questo senso vorremmo continuare) a promuovere una reale integrazione tra i cittadini, verificabile dal grado sempre crescente di scolarizzazione dei cittadini immigrati, dalla frequenza ai centri di aggregazione sempre più “misti” per provenienza geografica, dalla nascita sul territorio di gruppi spontanei di giovani ed adulti sempre più interculturali. In questo senso la scommessa e gli obiettivi sono rivolti, in maniera longitudinale, alle “seconde generazioni”. Vi è stata quindi una evoluzione del processo migratorio e dell'insediamento sul territorio, pertanto i nostri obiettivi iniziano a diversificarsi dalla semplice accoglienza od “emergenza linguistica” , nonostante questi due interventi siano ad oggi ancora quelli maggiormente richiesti.

Obiettivi Quantitativi:

- a) **inserimento e facilitazione scolastica, tramite supporto linguistico-culturale, per un totale max di 100 ore** di mediazione all'interno delle attività curriculari, da suddividere tra i vari plessi scolastici, e su richiesta;

- b) prosecuzione degli interventi di mediazione socio culturale, volti a favorire la partecipazione di minori stranieri nei vari **Centri di Aggregazione territoriale per un totale di 232 ore**;
- c) **coordinamento e sviluppo di progetti individualizzati** (se necessari), allo scopo di offrire una adeguata risposta alle esigenze dell'alunno e della sua famiglia, tramite anche (se necessario) un supporto di mediazione linguistico-culturale ai colloqui tra genitori e scuola volti al superamento delle difficoltà o barriere culturali, che possano impedire un adeguato inserimento del minore e del suo nucleo familiare sul territorio di residenza.

1.8 Risultati attesi

Come sopra esposto nel paragrafo 1.7 i risultati sono :

- migliore inserimento dei minori e del loro nucleo familiare nel contesto sociale, sviluppando i processi prima di inserimento socio-culturale e poi di integrazione
- migliore inserimento scolastico e prevenzione alla dispersione scolastica
- successo scolastico degli alunni immigrati (risultato a verifica longitudinale)
- migliore comunicazione scuola-famiglia
- sviluppo di un pensiero, di una comunicazione ed educazione interculturale all'interno delle istituzioni scolastiche stesse, promossa con incontri di programmazione e progettazione individualizzata tra il coordinatore e le insegnanti.

1.9 Principali attività previste

In continuità con le attività svolte negli anni precedenti ed ad integrazione delle stesse, in risposta ai risultati raggiunti e quindi ai cambiamenti promossi, le attività del progetto si svilupperanno presso:

a)Spazio doposcuola

Programmato *su tre punti*², Aulla, Fivizzano, Pontremoli, finalizzato allo svolgimento dei compiti ed alla facilitazione degli apprendimenti, in prosecuzione alle attività svolte negli anni precedenti.

Si rivolge sia ad alunni stranieri che italiani, di età compresa tra i 6 ed i 14 anni.

I mediatori culturali dell' associazione El Kandil lavorano in stretta collaborazione con gli operatori ed educatori delle associazioni o cooperative che gestiscono i Centri educativi.

La presenza del mediatore culturale in ciascun Centro educativo, è concordata con i responsabili della gestione del Centro stesso, in base ad indicatori:

- 1) quantitativi come il numero di minori stranieri che frequentano il centro, la provenienza culturale-geografica, il numero delle ore a disposizione dell' Associazione El Kandil, previste per gli interventi territoriali;
- 2) qualitativi, come le difficoltà presentate dai minori stranieri dovute a problemi di tipo linguistico-culturale e/o di tipo evolutivo-educativo, la

² La partecipazione degli alunni stranieri ai centri territoriali è costantemente aumentata nel corso degli ultimi quattro anni, tanto che la figura del mediatore culturale è stata estesa a ben tre poli territoriali, contro l'uno iniziale del 2001-2002 richiesto presso il Centro "La Fortezza" di Aulla. Questo è un indicatore positivo, rispetto al processo di integrazione.

collaborazione della famiglia, il livello di integrazione del minore (frequenza scolastica, livello di soddisfazione nella partecipazione alla vita scolastica, grado di inserimento nel gruppo dei pari, disponibilità a raccontare di sé, della propria famiglia, del paese di origine, possibilità di accedere a due codici linguistici, se conosciuti, senza vergogna etc....)

b) Inserimenti Scolastici

Si svolgono su progetto individualizzato e su richiesta scritta della scuola al coordinatore del progetto " Mondo che Scuola". In seguito ad una analisi, fatta dalle insegnanti e dal coordinatore del progetto (che può contattare anche la famiglia dell'alunno, per una maggiori informazioni riguardanti il percorso di scolarizzazione dell'alunno in questione) volta ad individuare:

- tipologia della difficoltà incontrata dall'alunno (linguistica, difficoltà di accettazione nel gruppo classe, emarginazione e/o autoemarginazione, problematiche culturali provenienti da paure, divieti o impasse culturali dei genitori..)
- il livello di scolarizzazione
- il grado di conoscenza della lingua italiana,
- le potenzialità e risorse ambientali e famigliari a disposizione del minore, ad esempio se ha fratelli/sorelle maggiori scolarizzate in Italia che lo possono aiutare, se la famiglia ha una discreta conoscenza della lingua italiana, se partecipa ai centri educativi territoriali, se ha altri tipi di aiuti per il supporto scolastico (volontari, vicini di casa, compagni di classe..)

il coordinatore e le insegnanti del minore, concordano un progetto individualizzato che può prevedere :

- affiancamento individuale, per il supporto linguistico, nelle ore curricolari;
- interventi di educazione interculturale rivolti a tutta la classe;
- lavoro in piccoli gruppi
- colloqui di mediazione ed informazione con i genitori ed insegnanti.

Totale ore annue previste 100.

1.10 Contenuti tecnici (metodologia adottata, strumenti di lavoro, etc.)

I contenuti tecnici e la metodologia applicata si differenziano in rapporto all'attività svolta.

Presso i Centri educativi territoriali ed i doposcuola, il mediatore lavorerà a stretto contatto con gli operatori ed educatori del Centro o del doposcuola.

Per quanto riguarda la frequenza e la durata degli interventi si prevede una organizzazione oraria di questo tipo: (*tot.ore 214*)

- c/o il Centro " La Fortezza" sito in Aulla, il mediatore culturale svolgerà 4 ore settimanali (2 ore per 2 volte alla settimana), per 40 settimane, che corrispondono a circa 9 mesi. Totale ore annue previste:160
- c/o li doposcuola di Fivizzano (A.G.E.), il mediatore culturale svolgerà complessivamente 4 ore al mese (2 ore ogni quindici giorni), per un totale di 18 settimane, che corrispondono circa a quattro mesi e mezzo. Totale ore annue previste: 18

- c/o il doposcuola sito a Pontremoli, il mediatore culturale svolgerà 2 ore alla settimana per un totale di 18 settimane, che corrispondono circa quattro mesi e mezzo. Totale ore annue previste: 36.

Inserimenti Scolastici: come sopra specificato, l'associazione propone 100 ore di mediazione scolastica, da suddividere in base alle richieste delle scuole dell'obbligo e dopo aver fatto una analisi dettagliata della situazione del minore, della scuola in rapporto agli alunni stranieri, e delle risorse previste dal progetto.

Per quanto riguarda la frequenza e la durata degli interventi andranno concordati in base al progetto educativo.

1.11 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

Diagramma temporale

Attività	Gen.	Feb.	Mar.	Apr.	Mag.	Giu.	Lug.	Ag.	Sett.	Ott.	Nov.	Dic.
Dopo scuola	si 1/2	si	si	si	si 1/2							
Inserimenti scolastici	si	si	si	si	si				si	si	si	si
Centro di Aulla	si	si	si	si	si	si				si	si	si
Coordinamento	si	si	si	si	si	si	si		si	si	si	si

Il presente programma operativo è realizzato in continuità con il periodo precedente ed ha necessità di trovare prosecuzione nelle annualità successive.

1.12 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del Programma

Saranno utilizzate le seguenti figure professionali:

mediatori culturali, operatori interculturali, coordinatore.

Gli operatori interculturali maggiormente richiesti sono stati fino ad oggi in lingua araba e albanese.

Le collaborazioni, ai fini socio educativi, saranno con le seguenti figure professionali: educatori, insegnanti, assistenti sociali, volontari in ambito sociale educativo.

1.13 Tipologia di utenza per il programma e stima della dimensione (domanda previsti)

Target: il progetto si rivolge prevalentemente ai minori immigrati in età scolare ed alle loro famiglie.

Stime e dimensioni: circa un centinaio di persone tra minori stranieri ed italiani, genitori, insegnanti, operatori socio-educativi.

1.14 Strumenti ed indicatori previsti e per il monitoraggio e la valutazione

Monitoraggio quantitativo:

numero di persone che usufruiranno di una delle attività del progetto, cioè inserimenti scolastici effettuati, colloqui con le famiglie, interventi nelle classi, utenti stranieri che partecipano ai centri territoriali, e relativa frequenza.

Monitoraggio qualitativo:

grado di soddisfazione della popolazione immigrata, degli operatori dei centri educativi territoriali, e del doposcuola, delle insegnanti.

Miglioramento del rendimento scolastica del minore, e minor dispersione scolastica, maggior collaborazione scuola-famiglia.

Progetto di Intervento

1.1 Informazioni generali

Titolo Progetto: *Una strada per l'accoglienza e l'integrazione*

Obiettivo di settore: favorire l'integrazione dei minori stranieri attraverso l'accompagnamento nel processo di inserimento scolastico e sociale in un percorso di multiculturalità.

1.2a Soggetto pubblico titolare

Società della Salute della Lunigiana –Asl 1 Massa Carrara

1.2b Soggetti gestori

Istituto Comprensivo di Scuola dell'Infanzia, di Scuola Primaria e di Scuola Secondaria di 1° grado "G. Tifoni" di Pontremoli ed Istituto Comprensivo di Scuola dell'Infanzia, di Scuola Primaria e di Scuola Secondaria di 1° grado "P. Ferrari" di Pontremoli.

1.3 Soggetti attuatori

Istituto Comprensivo "G. Tifoni" ed Istituto Comprensivo "P. Ferrari" di Pontremoli.

1.4 Responsabile del Progetto

M^a Nadia GRASSI, insegnante di Scuola Primaria a tempo indeterminato presso l'Istituto Comprensivo "G. Tifoni" di Pontremoli, responsabile della Funzione Strumentale AREA 2 per l'A.S. 2005/06 e Paola DENEGRÌ, insegnante di Scuola Secondaria di 1^a grado a tempo indeterminato presso l'Istituto Comprensivo "P. Ferrari" di Pontremoli, referente della Commissione "Integrazione e recupero degli alunni immigrati".

1.5a Spesa totale prevista

€ 4000,00 (3500,00 per spese di personale e 500,00 per spese di materiale)

1.5b Finanziamento totale concesso

€ 3.000,00

1.6 Eventuale compartecipazione finanziaria di soggetti privati

Cofinanziamento da parte degli Enti gestori E 1000,00

Compartecipazione finanziaria degli utenti (rette)

1.7 Localizzazione dell'intervento

Il progetto verrà attuato presso la Scuola Primaria “G. Tifoni” di Via Martiri della Libertà, nel Comune di Pontremoli e presso l’Istituto Comprensivo “P. Ferrari” – sede distaccata di Filattiera.

La Scuola Primaria di Via Martiri, che ospita gli uffici di Direzione e di Segreteria, è costruita su tre piani nei quali sono ubicate 12 aule per l’attività didattica ordinaria, più:

- laboratorio multimediale dotato di 11 PC;
- laboratorio “Un tempo per noi un tempo per le famiglie”, fornito di vario materiale strutturato per gli alunni diversamente abili e/o con difficoltà di apprendimento;
- laboratorio di arte e immagine;
- laboratorio di scienze naturali attrezzato con sussidi idonei all’attività scientifica e usato anche per attività manipolative;
- Palazzetto dello sport provvisto di attrezzatura per l’attività ludico-motoria.

L’edificio scolastico di Filattiera comprende la Scuola dell’Infanzia, la Scuola Primaria e la Scuola Secondaria di 1^ grado, costruita su tre piani nei quali sono distribuite le aule ed seguenti laboratori:

- laboratorio multimediale
- laboratorio di lettura
- laboratorio di arte e immagine
- laboratorio di tecnologia
- laboratorio di archeologia

1.8 Obiettivi del Progetto

Gli obiettivi del progetto fanno riferimento all’Area dell’Intercultura e dell’Educazione alla Mondialità, presente nei P.O.F. dell’Istituto Comprensivo “G. Tifoni” e “P. Ferrari” di Pontremoli. In particolare si fa riferimento agli Obiettivi Formativi del Progetto Intercultura:

- Acquisire una prima conoscenza di culture diverse per favorire lo scambio tra alunni italiani ed extra-comunitari e far capire loro che la **diversità è un valore positivo**.
- Ridurre le difficoltà scolastiche degli alunni figli di immigrati, aumentando l’autostima e favorendo l’inserimento all’interno del gruppo classe.
- Favorire l’accoglienza, l’inserimento e la socializzazione attraverso un processo di integrazione e di consolidamento delle competenze linguistiche.

La situazione degli alunni extracomunitari iscritti, nell’Istituto Comprensivo “G. Tifoni”, nel corrente a.s. è la seguente:

Scuola dell’Infanzia	Scuola Primaria	Scuola Secondaria di 1^ grado
N. 16	N. 32	N. 4

La situazione degli alunni extracomunitari iscritti, nell’Istituto Comprensivo “P. Ferrari”, nel corrente a.s. è la seguente:

Scuola dell’Infanzia	Scuola Primaria	Scuola Secondaria di 1^ grado
N. 8	N. 10	N. 25

1.9 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi)

- Acquisire livelli minimi di competenza orale per garantire la comunicazione dei bisogni primari;
- Comprendere l'importanza della comunicazione per l'integrazione scolastica ed extrascolastica;
- Acquisire informazioni relative all'igiene personale e comprenderne l'importanza;
- Acquisire e rispettare le principali regole della convivenza civile.
- Acquisire le strumentalità linguistiche e logico-matematiche sia orali che scritte, tali da consentire un accettabile inserimento nella scuola e nella società.
- Migliorare le capacità relazionali degli alunni stranieri, anche attraverso il potenziamento dell'autostima personale.

1.10 Principali attività previste

- Attività ludico-motorie
- Attività manipolative e/o manuali
- Attività con l'uso di software didattici specifici
- Attività di ascolto, di lettura e di rielaborazione, anche con l'ausilio di audio e video cassette
- Attività didattica in classe tenuta da una mediatrice linguistica e/o personale esterno
- Attività individualizzata
- Corso di nuoto
- Danze etniche tenute da un'insegnante esterna.

1.11 Contenuti tecnici (metodologia adottata, strumenti di lavoro, ecc.....)

Il progetto verrà attuato presso l'Istituto Comprensivo "G. Tifoni" di Via Martiri della Libertà 12 in Pontremoli e presso l'Istituto Comprensivo "P. Ferrari" – sede distaccata di Filattiera.

La metodologia prevede lezioni frontali, conversazioni, ascolto di musica, uso di software didattici, uso di attrezzi per l'attività motoria e manipolativa, uso di sussidi scientifici, danze ecc.....

1.12 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

L'intervento è previsto da gennaio 2006 a maggio 2006

Fasi di lavoro:

- Accoglienza e rilievo di principali bisogni
- Verifica delle competenze possedute
- Organizzazione delle attività in base ai gruppi di livello
- Progettazione dei piani di lavoro
- Verifiche in itinere
- Eventuali adeguamenti
- Verifiche finali

Nota: i corsi attuati nei precedenti anni scolastici hanno dato risultati positivi, ma necessitano di continuità al fine di consolidare gli obiettivi raggiunti.

E' inoltre di primaria importanza prevedere attività specifiche per rendere possibile la scolarizzazione e l'integrazione dei soggetti giunti in gran numero nel corso del corrente anno scolastico. Questi ultimi presentano, infatti, gravi problematiche igienico-sanitarie, linguistiche e relazionali.

1.13 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione dell'intervento

- Insegnanti dei due Istituti Comprensivi che si rendono disponibili a sostenere l'iniziativa
- mediatori linguistici
- collaboratori scolastici;
- esperti esterni

1.14 Tipologia di utenza per l'intervento e stima della dimensione (domanda prevista)

Vedi punto 1.7

1.15 Strumenti e Indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

Registrazione su apposito modulo:

1. degli interventi settimanali di programmazione delle attività e di articolazione dei gruppi a livello;
2. delle presenze giornaliere degli alunni partecipanti al progetto e degli operatori in esso coinvolti;
3. delle verifiche effettuate in itinere e finali.

Pontremoli, 19 novembre 2005

Progetto di Intervento

1.1 Informazioni generali

TITOLO DEL PROGETTO: *“La musica del corpo”*

Obiettivo di settore: Svolgere attività di drammatizzazione a favore dei soggetti disabili.

1.2a Soggetto pubblico titolare

ASL

1.2b Soggetto gestore

Associazione culturale “Sogni di TerraMarea”, via Verdi 2, Gorasco di Aulla (MS). Tel. 0187417991 – cell. 339 4830116 . P.iva 01098260456

1.3 Soggetto attuatore

L’Associazione culturale “Sogni di TerraMarea” svolge attività di utilità sociali, culturali, ricreative, volte alla formazione e al miglioramento della persona attraverso il linguaggio artistico, teatrale e musicale.

Nell’anno 2004-2005 ha già svolto i laboratori di drammatizzazione nei tre centri di socializzazione della Lunigiana (Quercia, Moncigoli, Caprio), non che il progetto **“Il mare racconta”**

1.4 Responsabile del Progetto

Associazione “Sogni di TerraMarea”. Operatori di riferimento: Anna Baldassini, Sabina Franchina, Alex Garlandini.

1.5a Spesa totale prevista

€ 1500,00

1.5b Finanziamento totale concesso

€ 1500,00

1.6 Eventuale compartecipazione finanziaria di soggetti privati

Non ci sono finanziamenti da parte di privati.

1.7 Localizzazione dell’intervento

L’intervento sarà svolto all’interno dei centri di socializzazione per disabili : Quercia di Aulla, Moncigoli di Fivizzano e Caprio di Filattiera.

1.8 Obiettivi del Progetto

- Benessere psico-fisico
- risvegliare le emozioni inesprese
- migliorare le capacità fisiche e motorie
- rendere più consapevoli del proprio corpo in rapporto allo spazio, al ritmo, agli altri
- sperimentare linguaggi non verbali come la musica e la danza
- divertire
- sviluppare la propria capacità di ascolto di sé e degli altri
- sperimentare nuovi linguaggi alla scoperta di una nuova gestualità
- allontanare da stereotipi, azioni meccaniche, ripetitive non creative
- migliorare la capacità di concentrazione
- sviluppare la fiducia in sé e negli altri
- sviluppare l'integrazione del gruppo, la socializzazione e la solidarietà
- sviluppare il senso di responsabilità e di appartenenza
- diminuire blocchi e paure
- migliorare le relazioni

1.9 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi*)

Ci aspettiamo di assolvere gli obiettivi sopra elencati.

1.10 Principali attività previste

Attività di drammatizzazione, musicoterapica, arte-terapia, danza-terapia.

1.11 Contenuti tecnici (metodologia adottata, strumenti di lavoro, ecc..)

Il lavoro sarà caratterizzato dalla particolare interazione dei diversi linguaggi artistici, al fine di offrire a tutti gli strumenti più consoni alla propria espressione.

Per noi e per gli educatori sarà anche un modo per verificare i talenti e la predisposizione di ognuno dei "ragazzi", e anche un modo per modellare il percorso sulla base di queste inclinazioni e attitudini.

Parte integrante del percorso sarà il linguaggio musicale, inteso come strumento non verbale accessibile anche a chi ha particolari difficoltà di relazioni con l'esterno, di comunicazione. La **Musicoterapia** attiva, cioè d'esecuzione, utilizzerà strumenti musicali o ritmi e suoni prodotti dal proprio corpo, come mediatori di relazioni interpersonali allo scopo di un'efficace espressione. Verranno inoltre utilizzate le tecniche passive e cioè di ascolto musicale per evocare emozioni e di conseguenza stimolare la comunicazione di tipo verbale.

Attraverso la **Danza-terapia** si farà muovere il corpo in relazione agli altri e alla musica ed infine tramite l' **Arte-terapia** le esperienze e le emozioni vissute verranno visualizzate tramite la grafica e il colore.

Il laboratorio teatrale sarà caratterizzato dalla *ricerca* intesa come continuo sviluppo di capacità psico-fisiche e di nuovi linguaggi *personali*.

Le indicazioni, gli esercizi che verranno mano a mano proposti saranno all'insegna della flessibilità, terranno infatti sempre presente i diversi tempi della persona e seguiranno le tendenze personali come punto di partenza per la ricerca.

Uno degli scopi primari è quello di allontanarsi dagli stereotipi che spesso sono causa o effetto di blocchi. Attuato questo, ci sarà il libero flusso alle emozioni vere.

All'interno delle proposte strutturate ci sarà un grande margine che terrà conto del singolo, della sua individualità, dei movimenti, dei tempi, dei ritmi, della realtà di ognuno, del proprio essere, per non ingabbiare il sé entro schemi a lui sconosciuti e indecifrabili, che gli provocherebbero un senso di ulteriore disagio.

Altro fine sarà quello di lavorare per diminuire la separazione tra corpo e mente. Il corpo è, deve essere, un prolungamento della mente, uno strumento comunicativo perché il pensiero sia espresso, esteriorizzato in modo vero, reale, completo. Un corpo che non si conosce non può comunicare, una mente bloccata vive nella prigione della sofferenza. Sarà data attenzione ad ogni persona perché possa trovare il proprio canale espressivo, le proprie attitudini e sarà data anche la possibilità attraverso la drammatizzazione, intesa come insieme di linguaggi espressivi: danza, musica, arte) di sviluppare nuovi canali, ancora sommersi, che gli diano modo di sentirsi bene, appagato e unico.

Si cercherà di sviluppare la memoria, non soltanto verbale, ma anche corporea, e di far nascere una gestualità fresca, spontanea e consapevole.

1.12 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

Periodo complessivo di attuazione: da aprile a settembre 2006.

Numero totale incontri: 21 di 1h 30.

Il progetto di intervento è realizzato in continuità con il periodo precedente (2005)

Si prevede che il Progetto debba trovare prosecuzione nelle annualità successive alla prima (con ulteriori risorse da impegnare successivamente).

1.13 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione dell'intervento

Per la realizzazione del progetto sono previsti tre operatori qualificati. Ogni operatore svolgerà 30 h.

1.14 Tipologia di utenza per l'intervento e stima della dimensione (domanda prevista)

Il progetto è destinato agli utenti dei tre centri di socializzazione con ragazzi disabili di Quercia, Moncigoli e Caprio.

1.15 Strumenti e Indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

Dopo il lavoro svolto nell'anno 2005 si è ritenuto proporre questo progetto rimodellato sulla base dell'esperienza passata. L'obiettivo è quello di sviluppare nuove capacità.

Dopo un'attenta osservazione del percorso saranno valutate, insieme agli educatori, i progressi ottenuti con relazione finale.

PROGETTI MONTANITA'



ELENCO PROGETTI ZONA MONTANA

A	INTERVENTI A FAVORE DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI Del.Reg. n. 402/04	€	260.000,00
B	CENTRO DIURNO PER ANZIANI CON PROBLEMI COMPORAMENTALI	€	153.000,00
C	POTENZIAMENTO "RETE SOCIALE LUNIGIANA"	€	40.000,00
D	CENTRO ACCOGLIENZA PER PERSONE CON DISAGIO MENTALE	€	196.453,364
E	POTENZIAMENTO RIABILITAZIONE AMBULATORIALE DOMICILIARE E DOMOTICA	€	146.000,00
F	POTENZIAMENTO SERVIZI TERRITORIALI ADI PER ANZIANI E ADULTI INABILI	€	150.000,00
G	PROSECUZIONE E POTENZIAMENTO TRASPORTO ANZIANI	€	20.000,00
H	EMERGENZA-URGENZA	€	368.400,00
	TOTALE	€	1.333.943,364

FONDO MONTANITA' ANNO 2005 € 1.128.228,89

ALLEGATO A

Interventi sperimentali in zona montana: interventi a favore di anziani non autosufficienti Del. Reg. 402/04.

Soggetto pubblico titolare

ASL 1 di Massa e Carrara Zona socio – sanitaria Lunigiana
Società della Salute della Lunigiana

Soggetto pubblico gestore

ASL 1 di Massa e Carrara Zona socio – sanitaria Lunigiana
Società della Salute della Lunigiana

Responsabile del Programma

Resp. Ufficio Anziani

Spesa totale prevista

€ 260.000,00 annuali per il triennio 2005-2006-2007

Localizzazione dell'intervento

Territorio Zona Lunigiana

Obiettivi del Progetto

- Far fronte all'aumento del costo delle rette sanitarie (costo 1° livello da €35.89 a € 41.10) pari al 12% di aumento
- Organizzazione "a moduli" (Del. Reg. n.402/04) presso le RSA pubbliche per le persone anziane non autosufficienti affette da patologie gravi con alto carico assistenziale
- Miglioramento della qualità di vita dei residenti nelle strutture
- miglioramento delle prestazioni assistenziali

Risultati attesi

Presenza in carico di n. persone anziane non autosufficienti

Principali attività previste

Inserimenti appropriati di anziani in Strutture residenziali presenti sul territorio della Lunigiana opportunamente riconosciute organizzate in moduli assistenziali diversificati e specifici rispetto al 1° livello.

Contenuti tecnici (metodologia adottata, strumenti di lavoro, ecc)

Utilizzo del Regolamento Servizio Sociale e delle procedure dei percorsi assistenziali.

Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

Triennio 2005-2006-2007

Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del Progetto

- Medico di base
 - Assistente sociale
 - Infermiere
 - Geriatra
 - Riabilitatore
- U. V. M.

Tipologia di utenza

n. anziani non autosufficienti

Strumenti ed indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

- Diminuzione ricoveri ospedalieri
- Appropriatelyzza dell'intervento di inserimento in struttura residenziale opportunamente organizzata

ALLEGATO B

Centro Diurno Per Anziani Con Problemi Comportamentali

Soggetto pubblico titolare

ASL 1 MASSA CARRARA Zona Socio Sanitaria della Lunigiana
Società della Salute della Lunigiana

Soggetto pubblico gestore

ASL 1 MASSA CARRARA Zona Socio Sanitaria della Lunigiana
Società della Salute della Lunigiana

Responsabile del Programma

Resp. Ufficio Anziani

Spesa totale prevista

€ 153.000,00 annuali per il triennio 2005-2006-2007

Localizzazione dell'intervento

Il Centro Diurno con sede a Pontremoli è rivolto a persone affette dal morbo di Alzheimer e demenza, residenti nel comprensorio della Lunigiana

Obiettivi del Progetto

- Migliorare la qualità delle cure e della vita degli anziani affetti da sindrome di Alzheimer;
- Favorire il mantenimento a domicilio degli anziani;
- Adeguare, espandere e specializzare la rete dei servizi socio-sanitari nella presa in carico;
- Valorizzare la circolarità del percorso assistenziale;
- Sostenere le famiglie;
- Diminuzione inserimenti in RSA ed ospedale;
-

Risultati attesi

Inserimento di n. 10 anziani affetti da sindrome demenziale e morbo di Alzheimer sulla logica della temporaneità (inserimenti per 6 mesi) dell'uso dei servizi e la continuità circolare del percorso assistenziale.

Principali attività previste

Le attività, programmate in relazione al percorso individuale stabilito dall'UVM, saranno articolate in prestazioni a carattere generale e prestazioni specifiche di tipo riabilitativo: contenimento dei problemi comportamentali; mantenimento delle capacità e abilità cognitive residue.

Attività generali:

- Prestazioni socio-assistenziali relative alla cura della persona, assistenza igienica ecc.
- Prestazioni socio-sanitarie: assistenza medica, infermieristica, riabilitativa;
- Attività di animazione, socializzazione e rieducazione.

Attività specifiche:

psicomotricità, individuale e di gruppo, giochi di movimento.

Contenuti tecnici (metodologia adottata, strumenti di lavoro, ecc)

Modalità di accesso:

la richiesta di inserimento del soggetto nella struttura deve essere inoltrata dall'interessato o da un suo familiare al Servizio Sociale del distretto socio-sanitario di residenza dell'anziano e deve contenere la documentazione reddituale e quella sanitaria richiesta dall'UVM.

L'UVM valutati i bisogni socio-sanitari e assistenziali elabora il piano individualizzato d'intervento ed effettua periodiche verifiche.

Orario di apertura e trasporto:

Il Centro Diurno sarà aperto dalle ore 8.00 alle ore 18.00, dal lunedì al sabato.

Il trasporto può essere a carico dei familiari o effettuato con mezzi messi a disposizione dall'ASL.

Ruolo dei familiari:

le famiglie svolgono un ruolo fondamentale nel piano di cura e nella verifica del programma di assistenza.

Con i singoli familiari dei pazienti vengono effettuati incontri individuali e periodici, a carattere informativo e di sostegno, con il personale del centro, al fine di una migliore gestione della persona a domicilio e per favorire la comunicazione fra familiari e operatori.

Saranno costituiti gruppi di auto aiuto fra i familiari condotti da personale esperto e sarà favorita la partecipazione e la rappresentanza delle famiglie per la condivisione delle attività e delle scelte nella programmazione.

Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

Triennio 2005-2006-2007

Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del Progetto

- Gruppo UVM
- Assistente Sociale/medico di base
- OSS
- Infermiere
- Animatore

Tipologia di utenza

Anziani affetti da morbo di Alzheimer e demenze, caratterizzati da disturbi comportamentali.

Strumenti ed indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

N° accessi

N° utenti inseriti nella circolarità nei percorsi assistenziali.

ALLEGATO C

Potenziamento “Rete Sociale Lunigiana”

Soggetto pubblico titolare

ASL 1 di Massa e Carrara Zona socio – sanitaria Lunigiana
Società della Salute della Lunigiana

Soggetto pubblico gestore

ASL 1 di Massa e Carrara Zona socio – sanitaria Lunigiana
Società della Salute della Lunigiana

Responsabile del Programma

Serv. Psichiatrico/Serv. Sociale

Spesa totale prevista

€ 40.000,00 annuali per il triennio 2005-2006-2007

Localizzazione dell'intervento

Territorio Zona socio-sanitaria della Lunigiana

Obiettivi del Progetto

- Recupero di pazienti psichiatrici divenuti Facilitatori Sociali;
- Maggior coscienza e conoscenza sociale sulle malattie psichiche;
- Miglioramento delle capacità relazionali e sociali e delle autonomie delle persone con disagio psichico in carico al servizio;
- Reinserimento sociale delle persone con grande ritiro sociale;
- Valorizzazione delle capacità relazionali dei soggetti inseriti presso la RSA ed altre strutture residenziali nei confronti del contesto esterno;

Risultati attesi

- miglioramento delle capacità relazionali e sociali delle persone con disagio psichico per evitare forme di isolamento e discriminazione;
- messa in rete delle RSA nelle relazioni sociali;
- contesto sociale maggiormente sensibilizzato al problema del disagio psichico;

Principali attività previste

Affiancamento e accompagnamento delle persone sofferenti di problemi psichiatrici da parte del facilitatore sociale nelle mansioni quotidiane e nella relazione sociale.

Contenuti tecnici (metodologia adottata, strumenti di lavoro, ecc)

Per ognuna delle persone seguite viene redatto un progetto terapeutico individualizzato monitorato in raccordo tra gruppo tecnico e l'equipe territoriale.

Riunioni settimanali del Gruppo Tecnico e dei Facilitatori Sociali, per la programmazione mirata delle attività ed il monitoraggio costante dei percorsi di cambiamento intrapresi.

Attività di sensibilizzazione, iniziative pubbliche.

Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

Triennio 2005-2006-2007

Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del Progetto

- gruppo tecnico ASL (ass. sociale, psichiatra, psicologo)
- Facilitatori Sociali

Tipologia di utenza

- pazienti affetti da disturbi psichici
- collettività per le azioni di sensibilizzazione

Strumenti ed indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

- n°. dei pazienti che partecipano alla Rete Sociale
- n°. di pazienti che portano a termine i progetti avendo raggiunto un buon grado di autonomia.

ALLEGATO D

“Il Filo di Arianna” Centro di accoglienza per persone con Disagio Mentale.

Soggetto pubblico titolare

ASL 1 di Massa e Carrara Zona socio – sanitaria Lunigiana
Società della Salute della Lunigiana

Soggetto pubblico gestore

ASL 1 di Massa e Carrara Zona socio – sanitaria Lunigiana
Società della Salute della Lunigiana

Responsabile del Programma

Serv. Psichiatrico/Serv. Sociale

Spesa totale prevista

€ 196.453,364 annuali

Localizzazione dell'intervento

Territorio Zona socio-sanitaria della Lunigiana

Obiettivi del Progetto

Dotare la rete delle strutture intermedie di un anello fondamentale quale la casa famiglia.

Tale organismo, dotato di otto posti residenziali, accoglierà :

a) persone che provengono da strutture a più alta protezione perché possano procedere nel percorso riabilitativo verso il recupero di un maggior grado di autonomia.

b) persone affette da disturbo grave che per vari motivi non possono più vivere nel loro ambiente familiare e che comunque necessitano di assistenza continua.

Risultati attesi

Miglioramento delle capacità relazionali e sociali delle persone inserite.
Miglioramento delle autonomie e dell'integrazione nel contesto sociale di vita.
Miglior utilizzo dei servizi in rete.

Principali attività previste

Attività legate al recupero della cura di se e del proprio ambiente di vita.
Gestione condivisa della vita quotidiana.
Piccole attività di coltivazione ortaggi e floricoltura. attraverso lo sfruttamento di parte del terreno adiacente la casa

Contenuti tecnici (metodologia adottata, strumenti di lavoro, ecc)

Per ognuna delle persone seguite viene redatto un progetto terapeutico individualizzato monitorato in raccordo tra gruppo tecnico e l'equipe territoriale.

Riunioni settimanali del Gruppo Tecnico e degli operatori, per la programmazione mirata delle attività ed il monitoraggio costante dei percorsi di cambiamento intrapresi.

Attività di sensibilizzazione, iniziative pubbliche.

Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

La durata del progetto è di un anno.

Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del Progetto

- gruppo tecnico ASL (Assistente sociale, Psichiatra, Psicologo, Infermiere Professionale)
- educatore/OSA

Tipologia di utenza

- pazienti affetti da disturbi psichici

Strumenti ed indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

- n°. di pazienti che portano a termine i progetti avendo raggiunto un buon grado di autonomia.
- Diminuzione del numero di ricoveri in R.S.A. o altre strutture di giovani pazienti psichiatrici rispetto all'anno 2005.

ALLEGATO E

Potenziamento Riabilitazione Ambulatoriale Domiciliare e Domotica

Soggetto pubblico titolare

SdS Lunigiana

Soggetto pubblico gestore

SdS Lunigiana

Soggetto attuatore

UF.R.R.F. e U.O. R.F.

Responsabile del Programma

UFR.R.F. e U.O. R.F.

Spesa totale prevista

€ 146.000

Localizzazione dell'intervento

Strutture di Riabilitazione di Pontremoli ed Aulla.
Territorio Zona Lunigiana Distretto zona socio-sanitaria Lunigiana

Obiettivi del Progetto

Garanzia della continuità assistenziale, per il raggiungimento degli obiettivi riabilitativi, attraverso la riduzione della Lista di attesa. (Attualmente, negli Ambulatori, l'attesa per l'Urgenza non è inferiore ai 10gg. e per la media-urgenza ai 6-8 mesi.

Per la Riabilitazione Domiciliare l'attesa è di 8 mesi per circa 65 utenti.)

Risultati attesi

Riduzione dei tempi di attesa, a garanzia di prese in carico riabilitative appropriate, favorendo la reintegrazione nelle attività quotidiane o prevenendo disabilità secondarie.

Principali attività previste

Prestazioni ex art. 26 di assistenza riabilitativa, ed ex art. 25 di Medicina riabilitativa, secondo la Del.R.T 595 .Riabilitazione domiciliare.

Contenuti tecnici (metodologia adottata,strumenti di lavoro, ecc)

Linee Guida regionali e nazionali sulla Riabilitazione e sulla Medicina Fisica; Protocolli d'Intesa; Protocolli operativi; Percorsi assistenziali aziendali e di Area Vasta.

Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

12 MESI,da rinnovarsi per tre anni

Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del Progetto

Fisioterapisti e Logopedisti

Tipologia di utenza

Pazienti in regime ex art. 25 ed ex art. 26 L.833/78: Disabilità transitorie o permanenti che possono accedere agli Ambulatori e i Non trasportabili.

Strumenti ed indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

Rientro tempi di attesa secondo disposizioni regionali.
N° di Attivazioni ambulatoriali/ domanda appropriata.
N° di Attivazioni domiciliari/domanda appropriata.

Descrizione Progetto:

-1 Fisioterapista a 36h/sett. Per la sede ambulatoriale di Pontremoli . Euro 28.000
-1 Logopedista a 30h/sett. Per gli ambulatori di Aulla e Pontremoli. Euro 23.000
-1 Fisioterapista a 36h/sett. Per la sede ambulatoriale di Aulla. Euro 28.000
-2 Fisioterapisti a 30h/sett. Per ADI e Domiciliare Post-acuzie. Euro 46.000

I rimanenti Euro 21.000, nel 1° anno: ripartiti per l'acquisto di un'autovettura e per la quota attuale in convenzione AIAS.

ALLEGATO F

Progetto: prosecuzione ed ampliamento progetto trasporto anziani

Premessa

Il progetto è rivolto soprattutto ad anziani e persone con grosse difficoltà motorie o relazionali ed è finalizzato a permettere loro di non sentirsi del tutto emarginati da un tessuto sociale di relazione.

Si tratta di un Programma che intende attivare le Associazioni di volontariato per interventi a favore degli anziani e dei disabili di tutte le età già assistiti a domicilio da operatori del Distretto Sanitario di Lunigiana (Medici di Medicina Generale, Assistenti domiciliari dell'ADI, Operatori dell'Unità di cure palliative, Assistenti sociali, ecc.) e delle rispettive famiglie.

Attualmente l'attività di supporto è attuata in forma frammentaria e discontinua, quando è possibile, da vicini, conoscenti, parenti, ecc. Questa attività risulta poco qualificata e comunque non permette di assicurare una risposta significativa ai bisogni dell'anziano. Vi è scarsa attenzione agli aspetti di riservatezza e di rispetto dei diritti della persona di una certa età.

Dovendo rinnovare la richiesta di finanziamento per permettere la prosecuzione del progetto trasporto anziani realizzato negli anni scorsi da questa UF grazie al sostegno della Comunità Montana, si ritiene indispensabile proporre l'inserimento all'interno del programma per l'utilizzo dei "fondi della Montanità". Si fa presente che attualmente collaborano alla realizzazione di questa importante attività le associazioni Pubblica Assistenza di Fivizzano e Monzone per coprire le necessità del comune di Fivizzano, e la Misericordia di Mulazzo per le necessità del comune di Tresana.

Visto l'ottimo gradimento suscitato dall'iniziativa nei fruitori, si ipotizza la necessità di estendere il servizio a tutti i comuni della SdS.

Soggetto pubblico titolare:

SdS della Lunigiana - ASLI di Massa Carrara

Soggetto pubblico gestore:

SdS della Lunigiana - ASLI di Massa Carrara

Responsabile del Programma:

Dr.ssa Paola Vivani Resp. UF ASC Zona della Lunigiana

Spesa totale prevista:

20.000 euro annui

Localizzazione dell'intervento:

Zona della Lunigiana

Obiettivi del progetto:

1. Mantenimento del servizio integrato e coordinato con il volontariato per l'assistenza socio sanitaria e psicosociale a favore degli anziani sul territorio Lunigianese.
2. Sensibilizzazione delle famiglie e dell'opinione pubblica alle nuove opportunità assicurate dal volontariato e sulle modalità d'accesso al servizio;
3. Diffusione del modello organizzativo in tutta la realtà lunigianese
4. Mantenimento di un contatto con il tessuto sociale delle persone anziane
- 5.

Risultati Attesi:

Miglioramento della qualità dei servizi socio-assistenziali;
riduzione dei ricoveri ospedalieri impropri e delle richieste improprie di attività infermieristica a domicilio;
supporto alla famiglia nei momenti di difficoltà, evitando il burn out;
incremento delle attività del volontariato e miglioramento dei rapporti tra volontariato e comunità civile;
crescita di un volontariato competente e responsabile nei confronti della realtà sociale e civile della comunità.;

Contenuti tecnici:

Il progetto farà riferimento alla metodologia della ricerca - azione (analisi dei bisogno, percorsi di riflessione sull'esperienza, creazione del modello, verifica e valutazione, diffusione del modello, ecc.) mirante a promuovere la partecipazione degli anziani e delle famiglie alla organizzazione delle attività di supporto psicosociale.

Principali attività previste:

Trasporti per le persone anziane e per i disabili di tutte le età che vivono situazioni di isolamento e di disagio, permettendo agli stessi abitanti di rimanere a vivere nel proprio ambiente di vita e di esercitare le proprie autonomie utili per non lasciarsi andare.

Durata complessiva dell'intervento:

3 anni

Principali fasi di lavoro:

Trasferimento del modello organizzativo già attivato alle altre realtà lunigianesi;
Stipula di intese con le Istituzioni;

Messa a punto di una ricerca empirica sui bisogni degli anziani e delle rispettive famiglie; Predisposizione del Piano di comunicazione per sensibilizzare l'opinione pubblica al nuovo servizio;
Avvio delle attività psicosociali integrate con le esistenti attività socio sanitarie a supporto degli anziani e delle famiglie;
Verifica e valutazione dell'attività tramite questionari e interviste;

Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del progetto:

Volontario
Amministrativo
Assistente Sociale
Capo sala competente per territorio
Medico UFASC

Tipologia di utenza:

cittadini anziani e disabili di tutte le età

Strumenti ed indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

Questionario di soddisfazione

N. anziani > 65 anni coinvolti/ n. anziani > 65 anni totale (per ogni comune)

N. disabili coinvolti/ n. disabili certificati L. 104 totale (per ogni comune)

ALLEGATO G

Progetto: potenziamento servizi territoriali -ADI per anziani ed adulti inabili

Premessa

Si ipotizza di acquisire personale o prestazioni infermieristiche finalizzati alla risoluzione di problemi legati alla carenza di personale e determinati dalla introduzione di nuovi quesiti quali la "aspirazione di catarro" nei tracheostomizzati e dall'obbligo di garantire la apertura di programmi ADI in RSA come da accordi regionali di recente introduzione.

Per assicurare la continuità del progetto "Casa Serena" dal 2006, quando cioè verrà sospeso il finanziamento finora erogato dalla CARISPE, dovrà anche essere reso disponibile un numero di ore di personale addetto alla assistenza di base tale da assolvere al bisogno evidenziatosi negli anni scorsi.

Essendo stata più volte stimolata l'estensione del servizio ADI o AD ai pazienti attualmente seguiti a domicilio dal servizio di Cure Palliative con proprio personale, al fine di evitare duplicazioni di passaggi e prestazioni verso lo stesso paziente, è opportuno dotarsi di risorse umane, attrezzature e mezzi di trasporto.

Soggetto pubblico titolare:

SdS della Lunigiana - ASI, I di Massa Carrara

Soggetto pubblico gestore:

SdS della Lunigiana - ASL I di Massa Carrara

Responsabile del Programma:

Dr.ssa Paola Vivani Resp. UF ASC Zona della Lunigiana

Spesa totale prevista:

150.000 euro annui

Localizzazione dell'intervento:

Zona della Lunigiana

Obiettivi del progetto:

1. Mantenere e migliorare il livello quantitativo e qualitativo delle prestazioni erogate al domicilio dei pazienti
2. Dotarsi delle risorse necessarie per poter attivare progetti assistenziali individuali completi e rispondenti ai bisogni rilevati
3. Evitare il ricorso inappropriato al ricovero ospedaliero
4. Permettere il miglioramento e la maggior completezza dei servizi domiciliari offerti, evitando nel contempo passaggi a favore dello stesso paziente, eseguiti da operatori afferenti a servizi diversi
5. Permettere la continuazione del progetto "Casa Serena", reso non più finanziabile dalla Fondazione CARISPE, finalizzato all'acquisizione di personale OSS da destinare alla cura personale degli ammalati assistiti a domicilio ed all'alleggerimento del carico di attività delle II.PP. territoriali, liberandone, così parte dell'orario per essere destinato all'assunzione di un numero maggiore di pazienti in carico
6. Alleggerimento del carico assistenziale gravante sulle famiglie evitandone il burn out ed il ricorso a richieste di inserimento dei famigliari in RSA
7. Consolidamento e potenziamento dell'equipe multidisciplinare di assistenza

Risultati Attesi:

Miglioramento della qualità dei servizi socio-assistenziali;
rendere attuabili i piani assistenziali individuali progettati;
riduzione dei ricoveri ospedalieri impropri e delle richieste improprie di attività infermieristica a domicilio;
ridurre il ricorso all'istituzionalizzazione dei propri congiunti da parte delle famiglie;
alleggerimento del carico assistenziale gravante sulla famiglia nei momenti di difficoltà, evitando il burn out;
miglioramento del livello di integrazione tra i diversi servizi nell'ambito delle cure di fine vita;

Principali attività previste:

Assistenza infermieristica al domicilio del paziente
Assistenza alla persona

Durata complessiva dell'intervento:

3 anni

Principali fasi di lavoro:

Acquisizione del personale e/o stipula di convenzioni con Associazioni e/o Enti privati no profit; Acquisizione mezzi e strumenti (acquisto o comodato d'uso)
Attuazione dei progetti assistenziali individuali di cure domiciliari elaborati dall'UVM;
Verifica e valutazione dell'attività tramite questionari e interviste;

Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del progetto:

Infermiere

OSS

Tipologia di utenza:

cittadini di tutte le età inseriti in programmi di assistenza domiciliare
cittadini bisognosi di cure di fine vita

Strumenti ed indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione:

Questionario di soddisfazione

N. accessi infermieristici domiciliari

N. prestazioni inf. Domiciliari

N. accessi OSS domiciliari N. prestazioni OSS domiciliari

N. progetti individuali di Cure Domiciliari elaborati da UVM compiutamente
attuati

N. progetti totali di Cure Domiciliari elaborati da UVM

ALLEGATO H

Progetto: Emergenza Territoriale

Dati Generali del Progetto

Azienda USL proponente: Azienda USL 1 di Massa e Carrara / Società della Salute della Lunigiana

Responsabile del progetto: Responsabile DEU - Dr. Franca Leonardi

L'organizzazione del 118 in Lunigiana è stata realizzata diversamente rispetto alla Zona di costa per ragioni orografiche (distanze, paesi sparsi nel territorio) ed ha comportato l'esigenza di destinare risorse aggiuntive per garantire ai cittadini livelli di assistenza e percorsi assistenziali adeguati. Già durante la vigenza del precedente PSR, l'Azienda, di concerto con le Comunità locali coinvolte, aveva inteso potenziare il sistema dell'emergenza urgenza, inserendolo nei progetti relativi all'assistenza sanitaria negli ambienti montani. I progetti relativi al periodo 2002-2004 vengono nuovamente proposti, seppure rivisitati alla luce dei bisogni di salute del territorio, mentre viene proposto un nuovo progetto la realizzazione di un'elisuperficie a Fivizzano, nato dall'esigenza di adeguare il sistema dell'emergenza.

1. **REALIZZAZIONE ELISUPERFICIE A FIVIZZANO**

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Realizzazione di una piazzola per decollo e atterraggio del servizio di elisoccorso della Regione Toscana. E' prevista la possibilità di utilizzo anche nel periodo notturno, al momento in essere solo a Grosseto.

Motivazione: assicurare al paziente critico, degente nello S.O. o che giunge al Pronto Soccorso, un percorso assistenziale sollecito e rapido verso gli Ospedali di 2° o 3° livello per le specialità non presenti nel nosocomio.

Progettazione: anno 2005 - Costo previsto € 30.000,00

Realizzazione: entro la fine del 2007 - Costo previsto € 300.000

Costo totale previsto circa € **330.000**

2. **ATTIVITA' DI PRIMO INTERVENTO con assunzione di responsabilità presso il P.S. dello S.O. di Pontremoli.**

Progetto già approvato nel triennio 2002 - 2004. Dal 1 ottobre 2002 è stata disposta la presenza tutti i giorni, feriali e festivi, di un medico DEU, a rotazione, nel P.S. di Pontremoli, con orario 8-20. Tale sanitario ha funzioni di gestione del P.S. In precedenza il medico di reparto svolgeva anche attività presso il P.S., ciò tuttavia comportava difficoltà gestionali, considerando anche il numero di accessi al pronto soccorso stesso.

Dal 1 settembre 2005 si è prevista la copertura anche del turno notturno 20- 8.

Il costo annuo è di circa € 135.400.

3. **PRONTA DISPONIBILITÀ** (negli stabilimenti di Pontremoli e Fivizzano) per il personale infermieristico adibito al trasporto assistito **dei pazienti dagli Stabilimenti ospedalieri di Fivizzano e Pontremoli verso gli ospedali della costa ovvero verso altre strutture sanitarie..**

Si prevede l'integrazione del progetto, già presentato e approvato nel triennio 2002 - 2005, estendendo la pronta disponibilità notturna anche al pomeriggio con orario 14 - 20.

Costo previsto € 23.000

4. **TROMBOLISI PREOSPEDALIERA - completamento**

Tale progetto, già ricompreso nei progetti 2002 - 2004, aveva come finalità la gestione dell'emergenza cardiologica nella Zona Lunigiana, dal territorio al Laboratorio di emodinamica per i casi di infarto anteriore esteso, per il quale le linee guida internazionali vogliono che si esegua l'angioplastica primaria entro le due ore dall'insorgenza della sintomatologia previa trombolisi parziale. Detto progetto è stato sviluppato e portato a compimento in collaborazione con le due UTIC di Massa e Carrara e con l'emodinamica interventistica e la cardiologia adulti dell'OPA.

A completamento si è prevista una convenzione di consulenza con i cardiologi dell'OPA che permetta un'attività di teleconsulto con le unità mobili del 118 in lunigiana che sulla base di precisi protocolli diagnostico-terapeutici, consentano il trasferimento del paziente al laboratorio di emodinamica dell'OPA.

Costo annuo previsto € 80.000,00

Previsione totale costi

	2005	2006	2007
elisuperficie			
progettazione	30.000,00		
realizzazione	100.000,00	100.000,00	100.000,00
primo intervento	135.400,00	135.400,00	135.400,00
pronta disponibilità	23.000,00	23.000,00	23.000,00
trombolisi - conven.	80.000,00	80.000,00	80.000,00
	368.400,00	338.400,00	338.400,00

Con riferimento al progetto dell'elisuperficie, l'Azienda si riserva di aggiornare i costi in quanto al momento non è in possesso del progetto esecutivo.

PROGETTI
PROGRAMMI
OPERATIVI

PROGRAMMA OPERATIVO

1.1 Informazioni generali

TITOLO PROGRAMMA OPERATIVO: DIRITTI E PARI OPPORTUNITÀ FAMIGLIE E MINORI ANNO 2005

Obiettivo di settore: _____
interventi di educazione familiare di sostegno al ruolo e alle competenze genitoriali, prevenzione del rischio, del disagio, della devianza ed attivazione e promozione benessere psico fisico dell'infanzia e adolescenza ,in riferimento ai loro diritti e pari opportunità.

1.2a Soggetto pubblico titolare

AZIENDA ASL N.1 DI MASSA CARRARA – ZONA LUNIGIANA E I 13 COMUNI DELLA ZONA LUNIGIANA.

2b Soggetto pubblico gestore

AZIENDA ASL N.1 DI MASSA CARRARA –ZONA LUNIGIANA.

1.3 Soggetto attuatore

AZIENDA ASL N.1 DI MASSA CARRARA –ZONA LUNIGIANA/ Cooperativa di servizi

1.4 Responsabile del Programma

ASSISTENTI SOCIALE LEONARDI Franca

1.5 Spesa totale prevista

FONDO A BUDGET	€ 36.947,46
FONDO A PARAMETRO/COMUNI/ASL-SdS	€ 269.596,66
TOTALE	€ 306.544,12

1.6 Localizzazione dell'intervento

i TREDICI COMUNI DELLA LUNIGIANA.

1.7 Obiettivi del Programma Operativo

1. programmazione servizio mediazione familiare
2. incremento assistenza educativa rivolta ai minori ed alle famiglie
3. potenziamento dell'istituto affidamento familiare in collaborazione con i comensori scolastici a campione della zona
4. migliramento delle attività ricreative, culturali ,sportive erogate dal centro educativo di aulla.

1.8 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi*)

potenziamento dei servizi in rete con le istituzioni e le associazioni locali per favorire la socializzazione, l'aggregazione, l'integrazione socio- affettiva , la prevenzione di fattori di rischio,sensibilizzazione e attivazione istituto affido familiare.

1.9 principali attività previste

sensibilizzazione e fomzazione istituto affodo familiare
attivazione mediazione familiare
assistenza domiciliare ed educativa
attivitá svolte dal centro educativo di aulla
sostegno alla genitorialita'
recupero relazione genitori figli

1.10 Contenuti tecnici (metodologia adottata,strumenti di lavoro,ecc...)

1. potenziamento servizio affido familiare e della pronta accoglienza di minori in difficoltà
2. assistenza domiciliare ed educativa
3. sostegno a minori ed adolescenti in difficoltà e possibilità di socializzazione e di aggregazione
4. interventi di rimozione di stati del disagio giovanile
5. contenimento delle situazioni rproblematiche ed a rischio, ancora allo stadio iniziale.
6. recupero e sostegno al ruolo genitoriale
7. interventi di sostegno alla relazione genitori -figli

1.11 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi del lavoro

la durata complessiva del programma e' annuale e presegue le attività dell'anno precedente .si prevedono verifiche semestrali e annuali in cui saranno coinvolte le istituzioni , le associazioni ed il volontariato locale

FASI	MESE 1	MESE 6...	Mese N 12
MEDIAZIONE FAM.	ATTIVAZIONE SERVIZIO	VERIFICA PRESA IN CARICO	VERIFICA ANNUALE E BANCA DATI
AFFIDO	REPERIMENTO FAMIGLIE	BANCA DATI FAMIGLIE POTENZIAMENTO PRONTA ACCOGLIENZA STESURA PROGETTO	VERIFICA ANNUALE
CENTRO EDUCATIVO	AUMENTO 10 ORE SETTIMANALI	VERIFICA ANDAMENTO CENTRO	VERIFICA ANNUALE
ASS. EDUCATIVA E DOMICILIARE	VERIFICA DEI CASI E P.I. DI INTERVENTO	ATTIVAZIONE SERVIZI	VERIFICA ANNUALE

1.12 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del Programma

GRUPPO INTERDISCIPLINARE ASL
OPERATORI COOPERATIVE E ASSOCIAZIONI COINVOLTE

1.13 Tipologia di utenza per il Programma e stima della dimensione (domanda prevista)

minori 0-18 anni prevenzione e sostegno al disagio ed al rischio di devianza con particolare attenzione alla tutela minorile
minori 10-15 anni attività ricreative, di aggregazione, culturali, sportive ed educative.

1.14 Strumenti e Indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

BANCA DATI AFFIDO FAMILIARE
NUMERO PRESE IN CARICO DI MEDIAZIONE FAMILIARE
NUMERO PARTECIPANTI MINORI CENTRO EDUCATIVO
AMPLIAMENTO ORARIO OPERATORI CENTRO EDUCATIVO
NUMERO DI FAMIGLIE PER SOSTEGNO ALLA GENITORIALITA'
NUMERO MINORI CHE PARTECIPANO ALLE ATTIVITA' RICREATIVE, CULTURALI, SPORTIVE ED EDUCATIVE.

PROGRAMMA OPERATIVO

1.1 Informazioni generali

TITOLO PROGRAMMA OPERATIVO: PROGETTO INFORMA FAMIGLIE 2005

Obiettivo di settore:

- Orientare ed informare le famiglie su agevolazioni pubbliche e sui servizi pubblici e privati di cui possono fruire.
- Collaborare con l' Osservatorio per le Politiche Sociali della Provincia di Massa-Carrara
- Rendere effettiva la presenza sul territorio anche attraverso l' attività itinerante dello sportello (realità montane disagiate)

1.2a Soggetto pubblico titolare

PROVINCIA DI MASSA- CARRARA

1.2b Soggetto pubblico gestore/Soggetti Promotori

PROVINCIA DI MASSA-CARRARA
MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI
REGIONE TOSCANA
CONFERENZA DEI SINDACI DELLA ZONA DELLE APUANE
CONFERENZA DEI SINDACI DELLA ZONA DELLA LUNIGIANA
AZIENDA USL 1 DI MASSA E CARRARA

1.3 Soggetto attuatore

COOPERATIVA DIFFUSIONE

1.4 Responsabile del Programma

Provincia dii Massa-Carrara
Servizio Politiche Sociali
Abramo Tarabella - Responsabile Progetto InformaFamiglie

1.5 Spesa totale prevista

Fonti di finanziamento			importo in €
Provincia di Massa Carrara			10.000,00
Comune di Carrara			45.000,00
Comune di Massa			5.000,00
Comune di Montignoso			1.000,00
Comune di Fosdinovo			1.000,00
Società della salute			5.000,00
Totale			67.000,00

1.6 Localizzazione dell'intervento

Elenco delle Sedi dell' ASL 1 di Massa e Carrara, presso le quali si trovano i locali concessi in comodato d' uso gratuito alla Cooperativa Diffusione per la realizzazione del Progetto InformaFamiglie:

- Aulla, Piazza della Vittoria, 22 (sede fissa per il Distretto della Lunigiana)
- Avenza, Via Giovan Pietro, ang. Viale XX Settembre
- Carrara-Centro; Piazza Sacco e vanzetti, 5 (sede provvisoria per il Distretto di Carrara)
- Fivizzano (MS), c/o Presidio Distrettuale, Salita san Francesco
- Fosdinovo, c/o Presidio Distrettuale, Via Roma, 9
- Marina di Massa, Via delle Pinete, 40
- Massa-Centro, Via Bassa tambura, 4 (sede fissa per il Distretto di Massa)
- Montignoso, Via C. sforza, 58
- Pontremoli, c/o Presidio Distrettuale, Via Mazzini, 48 (proiezione)

1.7 Obiettivi del Programma Operativo

Il progetto InformaFamiglie è stato inserito, per le sue caratteristiche, in quelle iniziative sperimentali promosse dagli enti locali entro il 30 settembre 2000, per la realizzazione di specifici servizi di informazione sulle attività e sulla rete dei servizi attivati nel territorio in favore delle famiglie. Esso si inserisce nell' ambito della Legge n. 328/2000, meglio conosciuta come 'Legge Turco', che promuove iniziative innovative di informazione da parte degli Enti Locali per favorire la fruizione dei servizi alle famiglie e per promuovere iniziative di auto-aiuto.

E' in questa prospettiva che la provincia di Massa-Carrara ha ritenuto opportuno distribuire sul territorio gli sportelli Informafamiglie, con i seguenti obiettivi operativi:

- Diffondere informazione sulle agevolazioni economiche pubbliche, assegni familiari, libri di testo, reddito minimo di inserimento, indennità di disoccupazione
- Diffondere informazione sui servizi pubblici e privati relativi ad occupazione, pensioni, trasporti, tutela del consumatore, ecc.
- Diffondere informazione sui servizi per l' assistenza familiare offerta alle famiglie con anziani non autosufficienti, persone portatrici di handicap, minori con problemi socio-psicologici
- Diffondere informazioni culturali e sul tempo libero allo scopo di favorire l' ottimizzazione di quest' ultimo
- Sperimentare servizi di ascolto e di consulenza familiare a domicilio, con somministrazione di questionari per ricerche sociali
- Orientare ed informare le famiglie su agevolazioni pubbliche e sui servizi pubblici e privati di cui possono fruire
- Collaborare con l' Osservatorio per le Politiche Sociali

1.8 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi*)

- 1) Attraverso il conseguimento degli obiettivi, di cui sopra, il servizio si costituirà come punto di

riferimento fondamentale per l' informazione sul territorio (La programmazione per il prossimo anno prevede la costituzione di uno SPORTELLO UNICO DI ACCESSO, che sia collegato in rete con tutti gli altri enti, uffici, istituti insistenti sul territorio)

- 2) Favorire, per quanto è possibile, il processo di unificazione del flusso di informazioni, in particolare attraverso la progettazione di un punto unico di accesso, così da far convergere la pluralità di informazioni provenienti dagli altri servizi nella unitarietà che si andrà a produrre con la creazione dello SPORTELLO UNICO DI ACCESSO.

1.9 Principali attività previste

Il progetto prevede la realizzazione di sportelli INFORMAFAMIGLIE in cui saranno attive operatrici, in grado di fornire informazioni sulle aree di intervento, di cui sopra. L' InformaFamiglie, tuttavia, opererà non solo attraverso gli sportelli, ma anche mediante un proprio 'contact center' telefonico e diffonde informazioni anche attraverso il proprio portale

1.10 Contenuti tecnici (metodologia adottata, strumenti di lavoro, ecc..)

La metodologia utilizzata e gli strumenti di lavoro verranno definiti in base alle attività realizzate: per il loro funzionamento gli sportelli sono dotati di operatrici appositamente formate attraverso l'attivazione di un corso finanziato dal FSE per 'Operatrici di sportello InformaFamiglie', all'interno del quale molto spazio è stato dedicato alla docenza di tematiche, quali 'Tecniche di comunicazione', 'Role Playing', 'L' ascolto', 'L' Empatia', ecc.

La Cooperativa 'Diffusione' gestisce il servizio di InformaFamiglie, che, a tutt'oggi, è l'unica realtà esistente sul territorio regionale e, per l'espletamento di tale attività, essa si avvale, come già abbiamo visto, di operatrici che con modalità immediata, rispondono ai cittadini direttamente agli sportelli, oppure telefonicamente tramite un 'contact center', oppure, ancora, su Internet, tramite un sito web (www.informafamiglie.it)

A livello generale la metodologia si baserà su:

Saranno inoltre predisposte verifiche sull'andamento del progetto attraverso sopralluoghi sul luogo in cui si svolgono le predette attività e mediante colloqui atti ad evidenziare eventuali problematiche.

1.11 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

Esempio di diagramma temporale da utilizzare

FASI	PERIODO DI ATTUAZIONE in mesi											
	Genn.	Febr.	Mar.	Apr.	Mag.	Giu.	Lug.	Ago.	Sett.	Ott.	Nov.	Dic.
Stipula convenzione		→										
Inizio attività		→										

Nota: Il Servizio oggetto del Programma Operativo è realizzato in continuità con il periodo precedente (2003/2004) e si prevede che il Programma Operativo debba trovare prosecuzione nelle annualità successive.

1.12 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del Programma

attività	n. addetti	n. mesii	n. giorni
Sportello InfromaFamiglie; Contact center; Sito Internet	8/9operatr ici	12 mesi	365

1.13 Tipologia di utenza per il Programma e stima della dimensione (domanda prevista)

Si prevede che i destinatari del progetto InformaFamiglie siano tutti i cittadini residenti sul territorio provinciale (maschi e femmine) in età compresa tra i 18 e i 65 anni.

1.14 Strumenti e Indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

Per la valutazione finale dell'intervento (o valutazione ex-post) verranno utilizzati i seguenti indicatori quantitativi:

- n. di utenti degli sportelli per genere
- n. di richieste pervenute agli sportelli per classe di età
- frequenza del tipo di richieste

Verranno inoltre utilizzati i seguenti indicatori qualitativi

Per quanto concerne le attività di valutazione, durante il corso del progetto sarà attuata una valutazione in itinere o monitoraggio da parte della Provincia.

PROGRAMMA OPERATIVO

1.1 Informazioni generali

TITOLO PROGRAMMA OPERATIVO: DA STRANIERI A CITTADINI ANNO 2005

Obiettivo di settore:

**INTERVENTI A FAVORE DEGLI IMMIGRATI E DELLE LORO FAMIGLIE:
AGEVOLAZIONI DEL PROCESSO DI INTEGRAZIONE E VALORIZZAZIONE DEL
MEDIATORE SANITARIO**

1.2a Soggetto pubblico titolare

ASL n° 1 Massa Carrara – Zona della Lunigiana

1.2b Soggetto pubblico gestore

ASL n° 1 – Zona della Lunigiana Società della Salute

1.3 Soggetto attuatore

ASL N° 1 – Zona della Lunigiana
Cooperativa di Servizi

1.4 Responsabile del Programma

AA.SS. Cristina Magnavacca e Renata Leonardi

1.5 Spesa totale prevista

FONDO A BUDGET:	€ 5.914,50
FONDO A PARAMETRO/COMUNI/ASL-SdS	€ 11.000,00
TOTALE	€ 16.914,50

1.6 Localizzazione dell'intervento

Cooperativa di Servizi

presente nei presidi distrettuali di:

- Pontremoli – Distretto Via Mazzini
- Aulla – Poliambulatorio ASL
- Fivizzano – Distretto ASL c\o ospedale Fivizzano a chiamata

1.7 Obiettivi del Programma Operativo

Nonostante l'espansione del fenomeno migratorio, sia in Europa, che in Italia e la conseguente importanza di perseguire obiettivi di integrazione e di buon inserimento degli immigrati nel tessuto sociale, sono state ridotte le risorse a disposizione per i suddetti interventi. Pertanto, pur mantenendo chiari gli obiettivi di integrazione socio-culturale e di agevolazione dei percorsi di accesso ai servizi sanitari e sociali, si renderà necessario focalizzare le risorse su alcuni aspetti particolarmente significativi:

- I. presa in carico di situazioni sociali particolarmente a rischio, attraverso l'attività di supporto educativo domiciliare, a favore dei nuclei con minore;
- II. confermare, anche se in modo più limitato, la presenza del Mediatore Sanitario nei servizi di base, come facilitatore all'accesso ai servizi stessi.

1.8 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi*)

Il servizio di Mediazione Sanitaria, sul territorio lunigianese, è stato frequentato in particolare da nuclei o singoli di provenienza marocchina o albanese; sui tre presidi sanitari è stato condotto il seguente numero di mediazioni linguistiche e accompagnamento ai servizi:

- n. 30 incontri con utenti di nazionalità Albanese
- n.55 incontri con utenti di nazionalità Marocchina
- n. 6 incontri con con utenti di nazionalità Rumena

Gli interventi hanno riguardato:

- Assistenza linguistica ed informazioni per ottenere il rilascio del libretto sanitario;
- Assistenza linguistica per il pagamento o richiesta di esenzione ticket;
- Assistenza linguistica e affiancamento c\o il Consultorio, per visite ginecologiche;
- Assistenza linguistica ed informazioni relative ai permessi di soggiorno per motivi di salute;
- Assistenza linguistica per visite pediatriche e oculistiche;
- Affiancamento al Servizio Sociale nei casi di inserimento di minori per affidamento extrafamiliare;
- Contatti con le famiglie di origine e con le case famiglia di minori stranieri;
- Contatti coi medici per problemi di salute;
- Incontri di concertazione con gli enti pubblici, per affrontare le problematiche legate all'immigrazione;
- Assistenza finalizzata all'integrazione scolastica, in collaborazione con il progetto "Mondo che scuola".

Per il futuro si prevede un mantenimento dell'utenza seguita dai Mediatori Sanitari, che forniranno anche un monitoraggio della situazione ed un'analisi della domanda.

Per quanto riguarda l'attività di sostegno alle famiglie sono stati effettuati i seguenti interventi:

- n. 12 contributi economici
- n. 7 affidi familiari
- n. 3 ass. domiciliari

oltre a numerosi altri interventi di segretariato sociale e di colloqui professionali.

Qualitativamente si attende una integrazione costante alla popolazione immigrata relativamente all'uso corretto dei servizi e delle regole.

1.9 Principali attività previste

- a) l'attività dei mediatori sanitari è prevista all'interno dei servizi distrettuali in tre poli socio-sanitari: Pontremoli e Aulla con il servizio di sportello settimanale e Fivizzano a chiamata secondo le necessità rilevata dagli op. ei distretti; per un totale di 24 ore mensili. Verranno svolti anche incontri di supervisione e coordinamento.
- b) L'assistenza domiciliare, economica ed educativa per i nuclei immigrati con presenza di minori, viene prevista in tutta la Zona della Lunigiana su formulazione di progetti individuali multiprofessionali.

1.10 Contenuti tecnici (metodologia adottata, strumenti di lavoro, ecc..)

Per la mediazione sanitaria viene prevista apposita convenzione con personale qualificato (di provenienza extra- comunitaria) per le varie etnie, afferente a cooperativa o associazioni che effettuano azioni di mediazioni interculturale e supporto tra immigrati e servizi pubblici. Gli strumenti operativi sono il colloquio, l'informazione relativa a tutti i servizi sanitari(vaccinazioni,visite mediche, libretti sanitari ecc), l'invio ad altri servizi, l'affiancamento nei casi di traduzione linguistica.

Relativamente agli interventi di sostegno e integrazione alle famiglie , è utilizzata la metodologia del piano individualizzato multiprofessionale con presa in carico da parte dei servizi sociali; per l'accesso ai servizi sono utilizzati i regolamenti aziendali.

1.11 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

L'attività di mediazione sanitaria verrà svolta continuativamente nell'anno solare, tranne il mese di agosto, secondo un calendario predisposto.

Per gli interventi alle famiglie, non essendo prevedibile la manifestazione del bisogno, rimane indispensabile l'utilizzo dell'intero anno.

FASI	PERIODO DI ATTUAZIONE										
	MESE 1	MESE 2	MESE 3	Mese N
A											
B	→										→
C											
D											
...											
N											

I servizi proposti sono in continuità con gli anni precedenti(2003-2004), avendo dato buoni risultati; si auspica una successiva prosecuzione del servizio stesso.

1.12 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del Programma

- mediatori sanitari, anche di etnia extracomunitaria con qualifica ed esperienza nel settore.

- Personale di assistenza educativa domiciliare
- Operatori del Servizio Sociale Distrettuale per la gestione dei progetti individualizzati e per la proposta di servizi domiciliari ed economici.

1.13 Tipologia di utenza per il Programma e stima della dimensione (domanda prevista)

l'utenza è la popolazione immigrata e le loro famiglie, in particolare nuclei familiari con minori e donne, o nuclei familiari con figli minori e solo il padre; quest'ultimo fenomeno risulta in espansione in alcuni Comuni della Lunigiana

1.14 Strumenti e Indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

Per la mediazione sanitaria si formulano schede di accesso e di rilevazione delle presenze erogate.

Secondo gli indicatori di attività si riportano i seguenti dati:

n. di mediatori culturali e sanitari n. 3

n. di persone che ricorrono al mediatore sanitario circa n. 60

indicatori di risultato:

tasso di soddisfazione della domanda : circa 100 colloqui

indicatori di impatto:

miglior utilizzo della rete di servizi da parte di tutta la popolazione immigrata.

Programma Operativo

1.1 Informazioni generali

TITOLO PROGRAMMA OPERATIVO: INTEGRAZIONE DEI SERVIZI PER UN LAVORO IN RETE SULLA DISABILITA' ANNO 2005.

Obiettivo di settore: promozione di attività e interventi di rieducazione, recupero ed integrazione dei disabili.

L.R.41/05

L. 104/92

L. 328/00

L. 68/99

1.2a Soggetto pubblico titolare

I 13 Comuni della Lunigiana, ASL n.1, Comunità Montana, Società della Salute Zona Lunigiana

1.2b Soggetto pubblico gestore

ASL n.1 Società della Salute Zona Lunigiana-Servizio Sociale

1.3 Soggetto attuatore

Coop. Di Servizi

1.4 Responsabile del Programma

Servizio Sociale-GOIF Zona Lunigiana
A.S. Daniela Ghelfi

1.5 Spesa totale prevista

FONDO A BUDGET	€ 41.360,50
FONDO A PARAMETRO/COMUNI/ASL-SdS	€ 271.158,68
TOTALE	€ 312.519,18

1.6 Localizzazione dell'intervento

I Centri di Socializzazione sono ubicati a Caprio di Filattiera, a Quercia di Aulla e a Moncigoli di Fivizzano.

L'aiuto personale e l'inserimento lavorativo sono presenti su tutto il territorio dei Comuni della Lunigiana.

Il numero verde è collocato c/o GOIF Aulla.

L'assistenza scolastica c/o i plessi lunigianesi.

1.7 Obiettivi del Programma Operativo

Creare una rete di servizi che risponda alle esigenze dei disabili.

In specifico, per i Centri di Socializzazione si prevede l'accesso di soggetti con gravissime disabilità. Le attività dei Centri sono in continuità con i progetti precedenti e in collaborazione con il Privato Sociale.

Per l'aiuto personale e per le assistenze domiciliari e scolastiche si prevede di innalzare la qualità del servizio al fine di avere come obiettivo l'inserimento e la partecipazione alle attività del territorio come parte attiva.

Il numero verde dell'Handicap, è un punto di informazione per utenti e familiari, se ne prevede la valorizzazione con l'apertura di uno sportello all'interno della struttura ASL.

Sostegno alle famiglie nella gestione dei soggetti portatori di handicap con minor ricorso a strutture residenziali.

Inserimento lavorativo come strumento di integrazione sociale e supporto alle autonomie personali nonché come verifica per i prerequisiti all'accesso lavorativo vero e proprio.

1.8 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi*)

Mantenimento delle abilità residue e delle autonomie personali, potenziamento delle capacità sociali nei soggetti portatori di handicap con verifiche periodiche dei progetti individuali.

Sostegno al disabile e alle famiglie nell'aiuto della gestione del quotidiano e alleggerimento del carico assistenziale della famiglia con minor ricorso all'istituzionalizzazione.

Incremento di un punto che sostenga la rete degli interventi e che sia punto di riferimento per informazione riguardanti servizi, percorsi e normative a tutela del disabile e del suo nucleo familiare.

Gli inserimenti lavorativi come promozione dell'autonomia, il mantenimento e riqualificazione nonché acquisizione di capacità lavorative spendibili nel mondo del lavoro. Lavoro in rete con altre agenzie formative ed istituzioni in attuazione della L.68/99.

1.9 Principali attività previste

Le attività programmate presso i Centri sono integrabili e basate su progetti individualizzati che hanno dei punti di contatto su attività pratiche di carattere occupazionale, l'autonomia personale, l'abilità domestica e l'acquisizione delle regole.

È privilegiata inoltre l'integrazione nel contesto sociale, attraverso interventi idonei e la partecipazione del volontariato e del Privato Sociale.

L'aiuto personale e l'assistenza domiciliare prevedono la cura della persona e facilitando la possibilità di integrazione nel contesto sociale e culturale.

L'assistenza scolastica sarà ad integrazione dei PEI con particolare riguardo all'inserimento ed integrazione per un tempo scuola qualitativamente diverso.

A seguito delle riduzioni delle ore di insegnanti di sostegno si è assistito ad un significativo aumento delle richieste di assistenza scolastica, non sempre

1.12 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del Programma

Gruppo GOIF e GOM, SIL, composti da operatori ASL.

Operatori della Coop. Cadal con mansioni diverse a seconda delle attività.

I centri sono aperti dalle ore 9.00 alle 16.30 con rapporti operatori-disabili che variano a seconda della

gravità dei soggetti inseriti.

L'articolazione del numero verde è su 30 ore settimanali.

L'aiuto personale, le assistenze domiciliari e scolastiche, sono previste come impegno temporale secondo il progetto individualizzato concordato.

1.13 Tipologia di utenza per il Programma e stima della dimensione (domanda prevista)

Portatori di handicap medio-gravi e gravissimi che vivono in famiglia per favorire l'integrazione e la socializzazione e per sollevare la famiglia da una parte del carico assistenziale.

Portatori di handicap lieve/medio per l'inserimento lavorativo.

1.14 Strumenti e Indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

- N. contatti Numero Verde Handicap
- N. di disabili che ricorrono all'aiuto personale
- N. di disabili che ricorrono all'assistenza domiciliare e scolastica
- N. di disabili che richiedono inserimento nei Centri
- N. di disabili iniziati all'inserimento lavorativo e successivamente collocati nel mondo del lavoro.
- N. di PARG attivati
- Riunione e incontri di supervisioni.

PROGRAMMA OPERATIVO

1.1 Informazioni generali

TITOLO PROGRAMMA OPERATIVO: INTERVENTI A FAVORE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA

Obiettivo di settore:

- Favorire e sostenere l'autonomia della persona anziana agevolando la permanenza nel proprio ambiente
- Potenziamento della qualità della vita nelle strutture residenziali incentivando le attività di animazione, socializzazione, ricreative.
- Attivazione percorso assistenziale "Attività motoria adattata"

1.2a Soggetto pubblico titolare

I tredici comuni della Lunigiana e ASL 1 Zona Lunigiana

1.2b Soggetto pubblico gestore

ASL 1 Zona Lunigiana – Servizio Sociale

1.3 Soggetto attuatore

Cooperativa di servizi

1.4 Responsabile del Programma

Dott.ssa Magani Liviana – Assistente Sociale

1.5 Spesa totale prevista

SOMMA A BUDGET	€ 104.180,25
SOMMA A PARAMETRO/COMUNI/ASL-SdS	€ 312.906,91
TOTALE	€ 417.087,16

1.6 Localizzazione dell'intervento

Interventi di assistenza domiciliare e A.D.I. in forma diretta ed indiretta, i corsi di ginnastica adattiva sono destinati agli anziani residenti nel territorio dell'ASL 1 Zona Lunigiana. Le strutture residenziali sono di proprietà aziendale.

1.7 Obiettivi del Programma Operativo

Obiettivo primario permane il potenziamento dei servizi tesi a mantenere il più a lungo possibile l'anziano nel proprio ambiente di vita (A.D.I., Assistenza domiciliare, ginnastica dolce). Se le condizioni socio – sanitarie rendono indispensabile il ricovero in strutture residenziali, scopo prioritario è l'incentivazione dei servizi mirati ad un'ottimizzazione della qualità della vita.

1.8 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi*)

Realizzazione percorso assistenziale "Attività motoria adattata".

Ulteriore potenziamento degli interventi di assistenza domiciliare e A.D.I. in forma diretta ed indiretta per sostenere le famiglie con anziani a carico.

Favorire gli interventi tesi ad un miglioramento dell'integrazione sociale e dell'autonomia.

1.9 Principali attività previste

- assistenza domiciliare
- A.D.I. in forma diretta ed indiretta
- Attività tese al miglioramento della qualità della vita nelle strutture residenziali
- Promozione di attività di ginnastica adattiva

1.10 Contenuti tecnici (metodologia adottata, strumenti di lavoro, ecc..)

Per l'attuazione del presente programma è attiva l'equipe che si occupa della problematica, in particolare si sta sperimentando con la Del. 402/03 il percorso assistenziale e di presa in carico dell'anziano attraverso l'U.V.M. Tale sperimentazione ci sta fornendo gli strumenti di organizzazione del Servizio Anziani nel modo più appropriato. Per quanto riguarda la ginnastica dolce adattiva, il ser. Sociale porta la propria esperienza di progettazione di anni con la Comunità Montana realizzando la "ginnastica dolce"

1.11 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

la durata dell'intervento è 1 anno.

I servizi proposti vengono realizzati in continuità con l'anno precedente, ad eccezione della ginnastica dolce.

1.12 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del Programma

Per la realizzazione del programma è necessario l'impiego di:

- Gruppo interdisciplinare per la valutazione e la presa in carico
- Operatore cooperativa di servizi convenzionata con l'A.S.L.

1.13 Tipologia di utenza per il Programma e stima della dimensione (domanda prevista)

E' previsto il mantenimento dell'utenza che usufruirà dell'assistenza domiciliare, dell'A.D.I. e l'avvio della ginnastica adattiva accoglierà tutti gli utenti che precedentemente si rivolgevano ai servizi di fisioterapia.

1.14 Strumenti e Indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

- n. A.D.I. dirette attivate
- n. A.D.I. indirette erogate
- n. assistenze domiciliari a favore di anziani
- n. interventi economici a favore di anziani o di famiglie con anziani a carico
- n. anziani iscritti ai corsi di ginnastica adattiva

PROGRAMMA OPERATIVO

1.1 Informazioni generali

TITOLO PROGRAMMA OPERATIVO: SENZATITOLO (Seconda Edizione)

Dall'esperienza del triennio operativo del Senzatitolo si è giunti alla fisiologica proposta della prosecuzione di un progetto che, in tre anni di vita, ha creato un modello di integrazione tra i Servizi (Sanitario e Sociale) e le Istituzioni scolastiche, all'interno del quale vengono accolti ed accompagnati nel percorso di crescita gli adolescenti ai quali i nostri interventi sono rivolti.

Nel proporre una seconda edizione del Progetto Senzatitolo si è tenuto conto sia delle risorse che delle difficoltà incontrate durante questi anni di attività.

La formulazione del nuovo Progetto è, dunque, generata dalla valutazione di ciò che è stato realizzato fino ad oggi.

Obiettivo: Potenziamento attività di prevenzione primaria e secondaria delle problematiche legate alla tossicodipendenza e al disagio adolescenziale.

1.2a Soggetto pubblico titolare

Società della Salute della Lunigiana, A.S.L.

1.2b Soggetto pubblico gestore

Società della Salute della Lunigiana, A.S.L. (Ser.T e Servizio Sociale)

1.3 Soggetto attuatore

Società della Salute della Lunigiana, A.S.L., Cooperativa di Servizi

1.4 Responsabile del programma

Dott.ssa Daniela Monali Responsabile Ser.T Lunigiana

1.5 Spesa totale prevista

Fondo Budget	€ 26.871,75
FONDO A PARAMETRO/COMUNI/ASL-SdS	€ 36.417,25

Spesa totale prevista	€ 63.289,00
-----------------------	-------------

1.6 Localizzazione dell'intervento

Il territorio interessato è quello della Lunigiana.

1.7 Obiettivi del Programma Operativo

1. Potenziamento attività di prevenzione primaria e secondaria delle problematiche legate alla tossicodipendenza e al disagio adolescenziale.
2. Costruzione di una rete per interventi di educazione e prevenzione, contestualizzati e mirati alle reali esigenze dei giovani del territorio.
3. Efficace programmazione di Interventi CIC
4. Avvio microprogetti extra-scolastici.

1.8 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi)

1. Coinvolgimento e partecipazione della popolazione giovanile ai progetti e ai servizi.
2. Maggiore conoscenza da parte dei giovani delle risorse del territorio.
3. Incremento contatti sul Web.
4. Promozione di partecipazione attiva agli interventi di prevenzione da parte degli insegnanti, degli adolescenti e dei giovani, degli operatori dei Servizi, interventi che dovranno essere programmati e coordinati.
5. Individuazione/sperimentazione strategie di intervento nelle scuole medie inferiori e superiori della Lunigiana.
6. Miglioramento accesso ai Servizi per adolescenti.

1.9 Principali attività previste

- A) Azioni di coprogettazione tra operatori sociosanitari e scolastici
- B) Azioni di coprogettazione “con e per i giovani”.
- C) Realizzazione progetti di prevenzione disagio e promozione dell’agio condivisi in rete.

1.10 Contenuti tecnici (metodologia adottata, strumenti di lavoro, ecc...)

Il progetto si articola in quattro moduli:

- A) Tavolo di Lavoro Scuola-Servizi
- B) Consulenza Istituzionale ai Gruppi di studenti nelle scuole medie superiori (ex “Gruppo Studenti Animatori”)
- C) Costituzione Gruppo di Consulenza Giovani per il mantenimento del sito Web (www.senzatitolo.org)
- D) Organizzazione eventi

1.11 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

Il progetto ha la durata di 1 anno.

	mese1	mese2	mese3	mesi4-5-6	mesi7-8	mese9	mesi10-11	mese12
A	Mod.A: Incontri di programmazione ed individuazione strategie	Mod.A:	Mod.A:	Mod.A:	Mod.A: Verifica progetto	Mod.A: Organizzazione giornate di studio seminari Valutazione risultati ob. intermedi	Mod.A:	Mod.A: Valutazione progetto e Verifica finale
B	Mod.B: Consulenza Istituzionale ai Gruppi di Studenti	Mod.B:	Mod.B:	Mod.B: Consulenza Istituzionale ai Gruppi di Studenti	Mod.B:	Mod.B: Consulenza Istituzionale ai Gruppi di Studenti	Mod.B:	Mod.B: Consulenza Istituzionale ai Gruppi di Studenti
C	Mod.C: Costituzione Gruppo di Consulenza che si occupa del Sito Web Mantenimento del Sito Web www.senzatitolo.org	Mod.C:	Mod.C :	Mod.C : Analisi funzionalità del servizio online	Mod.C : Elaborazione strategie per rendere più accessibile ed utilizzabile il servizio	Mod.C :	Mod.C : Verifica andamento sito (accessi e contatti)	Mod.C : Relazione finale
D	Mod. D: Valutazione del percorso "Senzatitolo"	Mod. D: Analisi dei bisogni del gruppo di lavoro	Mod. D:	Mod. D: Definizione degli obiettivi formativi	Mod. D:	Mod. D: Progettazione dell'intervento	Mod. D:	Mod. D: Realizzazione Evento Formativo

1.12 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del Programma

Psicologi, Educatori, Assistenti Sociali, Medici

1.13 Tipologia di utenza per il Programma e stima della dimensione (domanda prevista)

Adolescenti compresi nella fascia di età 12/19 frequentanti le scuole medie inferiori e superiori del Territorio.

1.14 Strumenti e Indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

Il progetto prevede un monitoraggio in itinere, attraverso incontri e supervisioni, elaborazione dati e relazioni periodiche. Le giornate studio programmate saranno inoltre un utile strumento di verifica e valutazione del processo in corso.

Indicatori dei risultati:

nr. contatti adolescenti e giovani

nr. microprogetti attivati

nr. contatti Sito Web

PROGRAMMA OPERATIVO

1.1 Informazioni generali

TITOLO PROGRAMMA OPERATIVO: DIVERSIFICAZIONE OBIETTIVO NORMALITÀ E MANTENIMENTO RETE SOCIALE LUNIGIANA ANNO 2005.

Obiettivo di settore: fornire alle persone con disturbi psichi e gravi problematiche familiari, sociali e/o abitative, opportunità di autonomia assistita per porre le basi di percorsi personalizzati e diversificati al fine di andare a realizzare una progressiva e graduale autosufficienza.

Recuperare le capacità relazionali delle persone con disagio sociale inserite presso Le Strutture residenziali della Lunigiana e sostegno attivo delle loro potenzialità di reinserimento sociale

1.2a Soggetto pubblico titolare

I 13 Comuni della Lunigiana e l'A.S.L. N.1 Zona Lunigiana

1.2b Soggetto pubblico gestore

A.S.L. N. 1 Zona Lunigiana

1.3 Soggetto attuatore

A.S.L. N.1 Zona Lunigiana.
Cooperativa di Servizi.

1.4 Responsabile del Programma

Servizio Sociale e Servizio Salute Mentale "Zona Lunigiana"
Assistente Sociale Dott.ssa Castellini Enrica

1.5 Spesa totale prevista

FONDO A BUDGET	€ 30.656,79
FONDO A PARAMETRO/COMUNI/ASL-SdS	€ 20.000,00
TOTALE	€ 50.656,79

1.6 Localizzazione dell'intervento

Il gruppo appartamento già operativo, situato nel Comune di Licciana N. Loc. Terrarossa Via dei Pini. ha avuto la possibilità in questi anni di vedere potenziate e diversificate le sue Capacità operative.

La rete sociale continuerà il suo lavoro operativo nei confronti delle persone con disturbi psichici, in favore di cui, l'Assistente Sociale di Zona, lo Psichiatra di Riferimento ed il gruppo Tecnico, che segue il progetto, concorderanno la necessità dell'intervento di un Facilitatore Sociale. Il progetto è indirizzato a pazienti con grave ritiro sociale che

necessitano di un percorso di avviamento e accompagnamento all'approccio a realtà riabilitative quali il Centro Diurno o a dimensioni protette quali il Centro delle Occasioni, ed ai pazienti Psichiatrici inseriti in Strutture residenziali.

1.7 Obiettivi del Programma Operativo

In relazione al gruppo appartamento è previsto il proseguimento dell'attività, anche nella differenziazione fra residenzialità e accoglimento temporaneo, che, attraverso un lavoro integrato fra Equipe Territoriale e Gruppo Tecnico in merito ai progetti terapeutici individualizzati, permettono alla struttura di divenire luogo stabile di vita o "base sicura" da cui poter attivare nuove capacità di autonomia.

La Rete Sociale in continuità con i progetti precedenti sarà impegnata nel recupero delle potenzialità di autonomia fisica e psichica e nel potenziamento delle capacità relazionali di:

- a) pazienti che necessitano di un percorso di graduale reinserimento sociale, ove possibile propedeutici all'inserimento in realtà riabilitative quali il Centro Diurno o in dimensioni protette quali il Centro delle Occasioni;
- b) pazienti già inseriti in strutture residenziali, al fine di migliorare le loro capacità relazionali e di recupero delle autonomie, sia all'interno dei contesti in cui sono inseriti, sia nei loro rapporti con altre realtà di vita.

1.8 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi*)

In merito al gruppo appartamento si prevede accanto a progetti di residenzialità stabile, interventi temporanei di appoggio tesi al recupero di potenzialità di autonomo reinserimento sociale con la presenza di tre/quattro persone, due a lungo periodo e due a breve periodo.

La rete sociale si prefigge di raggiungere progressi sostanziali nelle autonomie personali e nelle capacità di socializzazione e/o di reinserimento sociale delle persone con grave ritiro sociale e delle persone inserite presso le R.S.A. o altre strutture residenziali.

1.9 Principali attività previste

GRUPPO APPARTAMENTO: attività pratiche finalizzate a raggiungere il recupero, da parte delle persone inserite, delle capacità di gestione ambientale e personale.
Sviluppo delle capacità relazionali, dei rapporti sociali e delle capacità lavorative

RETE SOCIALE: promozione e sostegno de capacità relazionale delle persone con grave ritiro sociale. Sostegno delle loro potenzialità e attuazioni di percorsi socializzanti attraverso l' inserimento presso il Centro Diurno, il Centro delle Occasioni o in altri contesti di vita.

Accompagnamento al risveglio e potenziamento delle capacità relazionali dei soggetti inseriti presso le R.S.A. ed altre strutture residenziali, sia nei rapporti interni sia nei confronti dei contesti esterni alle stesse.

1.10 Contenuti tecnici (metodologia adottata, strumenti di lavoro, ecc..)

Per ognuna delle persone seguite viene redatto un progetto terapeutico individualizzato monitorato in raccordo tra il gruppo tecnico e l'equipe territoriale
Riunioni settimanali del Gruppo Tecnico e dei Facilitatori Sociali, per la programmazione mirata delle attività ed il monitoraggio costante dei percorsi di cambiamento intrapresi.
Verifica dei progetti individualizzati attraverso incontri trimestrali tra l'Equipe Territoriale ed il Gruppo Tecnico.
Sostegno alle famiglie.
Supervisione degli operatori.

1.11 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

Gli interventi descritti sono in continuità con quanto iniziato nei precedenti anni. Si prevede il proseguimento dell'attività per tutto l'anno solare e per gli anni successivi con la necessità di impegnare nuove risorse.

FASI	PERIODO DI ATTUAZIONE											
	MESE 1	MESE 2	MESE 3	Mese N
A	→											
B		→										
C												
D												
....												
N												

1.12 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del Programma

Il Gruppo Tecnico A.S.L. che gestisce i progetti in collaborazione con l'equipe territoriale (Assistente Sociale, Psichiatra) vede impegnati, un Assistente Sociale, uno Psichiatra, una Psicologa, un'Infermiere Professionale ed eventualmente personale delle R.S.A. o di altre strutture residenziali coinvolte.

Nel gruppo appartamento sono attivi, a rotazione, quattro facilitatori sociali, per un monte orario giornaliero complessivo di ore 4.

Nella Rete Sociale sono impegnati 5 facilitatori sociali.

1.13 Tipologia di utenza per il Programma e stima della dimensione (domanda prevista)

Il gruppo Appartamento accoglie persone, con disagio psichiatrico e gravi problematiche, sociali ambientali e familiari, ma dotati di buone capacità di autonomia. Si stima di poter ospitare tre persone in forma stabile e una saltuariamente.

La Rete Sociale Lunigiana interviene in situazioni di presenza di disagio psichiatrico e di grave ritiro sociale e di situazione in cui è possibile favorire una deistituzionalizzazione o un percorso di socializzazione interno ed estero alle strutture.

1.14 Strumenti e Indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

Gruppo Appartamento:

Miglioramento delle capacità gestionali e delle autonomie delle persone inserite.

Numero dimissioni per miglioramento autonomie.

Numero inserimenti lavorativi o terapeutici.

Rete Sociale Lunigiana:

Miglioramento delle capacità relazionali e sociali e delle autonomie delle persone con

disagio psichiatrico inserite in strutture residenziali o delle persone con grave ritiro sociale.

Numero dimissioni per inserimenti in contesti socializzanti .

ULTERIORI PROGETTI

FINANZIATI



TITOLO DEL PROGETTO: ATTUAZIONE PERCORSI INTEGRATI PER LA RIQUALIFICAZIONE DEL PROCESSO ASSISTENZIALE PER LE PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI - ANNO 2006 -

Soggetto Pubblico Titolare:

Società della Salute Zona Lunigiana/ A.S.L. n. 1 / A.S.L. n. 1

Soggetto Gestore:

Società della Salute/A. S. L. n. 1 -

Soggetto Attuatore:

A.S.L. n. 1 - Cooperativa di Servizi

Responsabile del Progetto:

Dott.ssa Liviana Magnani- Responsabile Ufficio Anziani

Informazioni generali

Con la Deliberazione G.r.t. N. 402/2004 LA Regione Toscana ha messo in atto azioni mirate allo sviluppo e alla razionalizzazione dei servizi per prevenire la non autosufficienza e garantire cure appropriate all'"anziano fragile".

La zona della Lunigiana, in base ai dati riguardanti la struttura della popolazione, evidenzia un progressivo invecchiamento con un indice di vecchiaia pari a circa 296 per 1000 abitanti e uno spopolamento soprattutto delle zone più montane.

L'entità e la complessità delle problematiche legate all'invecchiamento richiedono innanzitutto lo sviluppo del lavoro di ricerca sui bisogni assistenziali della persona anziana, una ridefinizione del processo assistenziale con una diversificazione nell'offerta dei servizi, la collaborazione tra le istituzioni, lo sviluppo delle reti familiari, dei volontariato e delle associazioni di auto-mutuo-aiuto.

L'organizzazione e l'attuazione dei servizi in generale e dell'anziano in particolare non può prescindere dall'integrazione socio-sanitaria per una presa in carico globale dell'utente. A tal fine assume fondamentale importanza l'attività dell'UVM , istituita a livello distrettuale e che, per la Lunigiana, ha sede ad Aulla.

L'UVM predispone per ogni singolo utente dei piani individuali di assistenza che vengono sottoposti a verifiche periodiche.

Attraverso la sperimentazione sono stati presi in carico n. 17 utenti, infra e ultra sessantacinquenni affetti da varie patologie, alcuni dei quali in fase terminale. In base ai progetti predisposti sono stati attivate varie tipologie di intervento (aiuto domiciliare, assistenza infermieristica, riabilitativa ecc.).

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Analisi della situazione

L'attività svolta nel periodo della sperimentazione ha posto in evidenza una forte complessità di *problematiche per far fronte* alle quali è stato fondamentale l'impiego di personale qualificato. L'inserimento di un OSS ha spesso favorito, allentando il carico assistenziale dei familiari, la permanenza dell'utente nel proprio domicilio, evitando il ricorso al ricovero ospedaliero.

Obiettivi del Progetto:

- Sviluppo di un'azione complessiva di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento dei servizi a favore delle persone anziane non autosufficienti, attraverso un'analisi dei bisogni assistenziali e una valutazione delle risorse necessarie da attuare tramite il potenziamento dell'attività dell'UVM.

Elementi fondamentali di questo processo risultano:

- la valutazione multidimensionale del bisogno che implica un'azione di concertazione tra i soggetti coinvolti
- la definizione del piano individuale di assistenza
- la definizione delle risorse sanitarie e sociali

Risultati attesi:

- prevenzione dello stato di autosufficienza, soprattutto nei confronti degli "anziani fragili"
- garanzia della cura della persona anziana
- garanzia di continuità assistenziale tra ospedale e territorio
- diversificazione e personalizzazione dell'offerta di servizi e di interventi integrati attraverso una valutazione multidimensionale delle varie situazioni.
- diminuzione dei ricoveri ospedalieri
- diminuzione dei ricoveri in RSA

Articolazione dei Progetto:

Il progetto prevede l'impiego di due OSS per n. 38 ore settimanali, da inviare a domicilio dei vari utenti in base a quanto disposto dai progetti individualizzati elaborati dall'UVM della Zona Lunigiana.

SCHEDA DEI COSTI

Si riportano i costi presunti in base a quanto previsto nel progetto per un anno di attività, per la copertura dei quali si chiede l'intervento regionale.

Risorse richieste: n. 2 OSS per 38 ore settimanali ciascuno: costi calcolati: **€ 60.000**
Partecipazione regionale: **€ 60.000**

TITOLO DEL PROGETTO: Sorveglianza attiva della persona anziana fragile nel periodo invernale.

Soggetto Pubblico Titolare:

Società della Salute zona Lunigiana

Soggetto Gestore:

Comuni e Società della Salute

Soggetto Attuatore:

Comuni e/o Associazioni Volontariato

Responsabile Progetto:

Responsabile Ufficio Anziani A.S. Dott.ssa Liviana Magnani

Spesa Totale Prevista:

€ 55.000 – finanziamento assegnato dalla Regione Toscana. Di cui € 30.000 da destinare ai Comuni secondo il criterio demografico; ed € 25.000 di utilizzo per situazioni di emergenza gestiti dal Servizio Sociale – SdS Lunigiana.

Localizzazione intervento:

Anziani ultra 75enni residenti nel territorio dei tredici Comuni della Lunigiana.

Obiettivi del progetto:

Costruzione di un progetto di qualità di vita attraverso una rete di sorveglianza attiva nel territorio. Attivazione di un servizio strutturato, continuo ed organico inserito nel contesto della rete distrettuale rivolta agli anziani ultrasettantacinquenni soli o in coppia, privi di sostegno familiare, in condizioni economiche disagiate e con criticità sanitarie.

Risultati Attesi:

- Riduzione ricoveri ospedalieri e in R.S.A.;
- Ricorso a ricoveri temporanei;
- Integrazione delle risorse e attivazione di protocolli d'intervento condivisi tra gli operatori coinvolti;
- Creazione di un flusso informatico per anziani a rischio;
- Definizione delle modalità di intervento;
- Modulazione dell'offerta e sua promozione;
- Presa in carico della persona a rischio attraverso le rete di servizi.

Fasi del progetto:

- 1) Nomina referente del progetto;
- 2) Individuazione punto di diramazione previsioni metereologiche;
- 3) Individuazione referente dei comuni;
- 4) Identificazione dei soggetti attraverso i dati forniti dai MMG, dagli operatori dei servizi sociali, dai comuni;

5) Realizzazione del progetto:

- Individuazione mappatura delle persone ultra 65 a rischi sociale e sociosanitario;
- Compilazione schede di raccolta dati da parte degli operatori sociali e socio-sanitari territoriali;
- Compilazione scheda di raccolta dati da parte dei medici di medicina generale;
- Monitoraggio attraverso contatti telefonici (servizio telefonico contattabile dall'utente), colloqui, visite domiciliari;
- Invio schede alla Regione Toscana Ars.

Strumenti ed indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione: E' previsto un monitoraggio costante ed una valutazione in itinere ed export-intervento, con la collaborazione dei medici di MMG, delle associazioni di volontariato al fine di realizzare una rete di sorveglianza attiva per le persone prese in carico.

SUDDIVISIONE PER COMUNE CONTRIBUTO REGIONALE ANZIANI FRAGILI

COMUNE	POPOLAZIONE ULTRA 75	FINANZIAMENTO REG.LE
AULLA	1284	€ 4.785,00
BAGNONE	418	€ 1.558,00
CASOLA L.	252	€ 939,00
COMANO	173	€ 645,00
FILATTIERA	398	€ 1.483,00
FIVIZZANO	1572	€ 5.858,00
LICCIANA NARDI	617	€ 2.299,00
MULAZZO	433	€ 1.614,00
PODENZANA	189	€ 704,00
PONTREMOLI	1466	€ 5.463,00
TRESANA	316	€ 1.178,00
VILLAFRANCA L.	642	€ 2.393,00
ZERI	290	€ 1.081,00
TOTALE	8050	€ 30.000,00

PROGETTO CENTRO DIURNO ALZHEIMER DI FIVIZZANO

PREMESSA

Gli studi epidemiologici effettuati indicano che le malattie neurologiche invalidanti ed in particolare le demenze, sono in costante crescita, in conseguenza dell'allungamento della speranza di vita ed in correlazione con l'età.

Si assiste quindi ad una crescita delle malattie, con conseguente necessità di intensificare la rete assistenziale presente sul territorio per garantire interventi adeguati alle necessità dell'utente e della famiglia ad affrontare questi nuovi bisogni.

Nella zona socio – sanitaria SdS della Lunigiana al fine di garantire risposte assistenziali integrate improntate su un approccio globale al paziente ed ai propri familiari, si è puntato sulla costruzione del "Percorso assistenziale con caratteristiche di circolarità". Infatti durante il percorso della malattia sono previsti interventi, flessibili ed interscambiabili sulla base del bisogno e delle modifiche delle condizioni di salute, come l'ADI, ricoveri di sollievo, inserimenti in Centri Diurni, ecc.....

All'interno della rete di Servizi sono stati realizzati n. 2 Centri Alzheimer di Villafranca e Pontremoli, ognuno del quale ospita n. 10 utenti per periodi temporanei. I due centri sono notevolmente apprezzati dalla popolazione ed in particolare dalle fasce di utenti che soffrono di queste problematiche, a questo proposito la Giunta della Società della Salute nella seduta del 28.10.05 ha evidenziato la necessità di provvedere alla realizzazione di ulteriori servizi diurni in particolare nel comprensorio del Comune di Fivizzano. La realizzazione di un ulteriore Centro Diurno rafforza la rete di servizi già presenti ed andrebbe a soddisfare le molteplici esigenze assistenziali dei cittadini residenti in un territorio con gravi difficoltà di viabilità.

SOGGETTO PUBBLICO PROPONENTE: Comune di Fivizzano - Società della Salute della Lunigiana

SOGGETTI PUBBLICI COINVOLTI: I comuni della S.d.S. – ASL – Comunità Montana

SOGGETTI PRIVATI COINVOLTI: Associazione di volontariato- Cooperativa Sociale- Associazioni di categoria e sindacali

TITOLO DEL PROGETTO: Centro Diurno Alzheimer di Fivizzano

RESPONSABILE DEL PROGETTO: Rosanna Vallelonga – Coordinatore Sociale della Zona Socio Sanitaria S.d.S. Lunigiana

ESERCIZI FINANZIARI: Progetto Regionale. Anni 2005 – 2006

SINTESI DEL CONTENUTO DEL PROGETTO

Il progetto Alzheimer della S.d.S. Zona Lunigiana è rivolto a tutta la popolazione anziana residente nella Zona Lunigiana, ha come obiettivo la creazione nella zona di una rete di servizi che consente di assistere, pur mantenendole nel proprio domicilio, le persone affette dal morbo di Alzheimer o da demenza senile. Il progetto consiste nel fornire delle prestazioni socio – sanitarie qualificate al domicilio stesso dei pazienti e presso dei Centri Diurni adeguatamente attrezzati ed organizzati.

La progettazione si inserisce in un Piano complessivo di interventi e servizi già operanti sul territorio, previsti nei Piani di zona quali:

- Assistenza domiciliare, ADI diretta o Indiretta, contributi, alternative al ricovero, ricovero in RSA e Centri Diurni per Alzheimer siti in Villafranca ed a Pontremoli.
- Programmazione di un altro Centro Diurno nella zona di Aulla

Caratterizzazione dell'offerta diversificata e flessibile dei servizi, in base al percorso assistenziale individualizzato. Andando a provvedere alle esigenze di quei cittadini che per caratteristiche geografiche hanno difficoltà ad accedere ai due centri oggi funzionanti sia per la distanza che per le difficoltà di trasporto.

CONTESTO E MOTIVAZIONE

La Lunigiana comprende 13 Comuni con 51465 abitanti, di cui il 28,98% ultra sessantacinquenni. Tenuto conto che la stima più generalmente accettata fa ritenere che il 6% della popolazione > 65 sia affetta da Alzheimer, il fenomeno di queste patologie è rilevante.

Si è attivato il Centro Diurno per anziani affetti da Alzheimer e demenza senile presso la Venerabile Confraternita "La Misericordia" di Villafranca nel 1999. Il 1° febbraio 2005 si è attivato il Centro Diurno Alzheimer di Pontremoli sito in Via Mazzini a Pontremoli. I Centri Diurni ospitano n. 10 anziani non autosufficienti ciascuno che vivono in famiglia. Il

soggiorno ha la caratteristica della temporaneità, in quanto ultimato il percorso terapeutico l'anziano rientra a domicilio per favorire il ricambio degli ospiti e per sostenere un numero maggiore di utenti e di famiglie.

L'accesso al Servizio ed il piano terapeutico è stabilito dalla commissione composta dall'equipe multiprofessionale su segnalazione del medico di base e del Servizio Sociale distrettuale (U.V.M.).

Nell'Azienda USL 1 l'Unità Valutativa Alzheimer (UVA) è operativa da tempo, è coordinata dal Direttore dell'U.O. Attività Sanitarie di Comunità e composta dal Geriatra, dal Neurologo e dallo Psichiatra in caso di disturbi del comportamento collegati con la malattia, per ogni persona viene elaborato un Piano Individuale di Intervento.

La realizzazione dell'eventuale Centro Alzheimer di Fivizzano si è resa necessaria sia per le richieste che per avere una presenza capillare in un territorio morfologicamente difficoltoso dal punto di vista della mobilità che di fornire servizi vicini alle persone affette da malattia di Alzheimer o demenza presso le proprie famiglie.

OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

- Migliorare la qualità delle cure e della vita degli anziani colpiti da sindrome demenziali;
- Offrire un servizio maggiormente accessibile alla popolazione bisognosa evitando il trasferimento dal domicilio al Centro e viceversa molto difficoltoso data l'ampia;
- distanza dall'ubicazione del Comune di Fivizzano rispetto ai due centri aperti;
- Potenziamento della rete di servizi, adeguamento espansione e specializzazione della stesse rete di servizi socio – sanitari nella presa in carico e cura dei soggetti affetti da demenza e morbo di Alzheimer;
- Sostenere le famiglie e la rete di aiuto informale;
- Evitare l'istituzionalizzazione permanente.

ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

Il C.D.A. di Fivizzano sarà aperto dal lunedì al sabato dalle 8 alle 18 senza interruzioni estive accoglierà 10 ospiti.

Le figure professionali interne in numero adeguate all'utenza, sono previste in : 1 Infermiera Professionale, 4 OSS, 1 Animatore, Il Responsabile del C.D., i quali opereranno in collaborazione con l'Equipe distrettuale socio – sanitaria che ha in carico il progetto Alzheimer.

Saranno attuate le tecniche ROT, della reminescenza, della motivazione; terapie occupazionali e della valutazione; educazione all'alimentazione, all'igiene personale, alla cura di sé; al recupero delle capacità residue di autonomia.

Il progetto è presentato dal Comune di Fivizzano, dalla S.d.S. e dall'ASL 1 di Massa e Carrara.

I locali per il Centro Alzheimer sono di proprietà del Comune di Fivizzano che provvederà alla ristrutturazione e successivamente in comodato d'uso sarà destinato alla S.d.S.. La Società della Salute provvederà alla gestione per il funzionamento del servizio.

Il Centro si trova in una piccola frazione del comune di Fivizzano i locali erano adibiti a scuola elementare ormai chiusa per mancanza di scolari. Si trova in mezzo al verde e vicino al paese a pochi chilometri dal capoluogo.

FASI DEL PROGETTO

1. Ristrutturazione dei locali (ex scuola elementare)
2. Ampliamento locali
3. Completamento
4. Apertura Centro Alzheimer di Fivizzano

SCHEDE DEI COSTI

Indicare per l'anno di riferimento e per l'intero progetto le risorse aziendali e la partecipazione regionale anni 2005/2006.

	Risorse soggetto proponente	Partecipazione regionale
Investimenti per sistemazione locali e spazi esterni, attrezzature, arredi	€ 100.000	
Lavori per ristrutturazione		€ 200.000
Arredi, attrezzature per giardino	€ 50.000	
Altro (pulmino)		
Completamento		

PROGETTI DELLA SOCIETA' DELLA SALUTE LUNIGIANA



PROGETTO ANZIANI



PROGRAMMA OPERATIVO

1.1 Informazioni generali

Titolo Programma Operativo:

Vivere la comunità nella terza età

Obiettivo di settore:

Promuovere lo scambio di conoscenze ed esperienze sullo sviluppo delle politiche per la salute a livello locale, affinché diventando più accessibili, i servizi offerti dalla Comunità (Comuni, ASL, Società della Salute), agevolino le persone anziane a vivere la propria condizione e a svolgere un ruolo sociale attivo.

1.2a Soggetto pubblico titolare

Società della Salute

1.2b Soggetto pubblico gestore

Società della Salute – Comunità Montana della Lunigiana

1.3 Soggetto attuatore

U.O. Educazione alla Salute

1.4 Responsabile del Programma

Dott.ssa Angela Simonelli

1.5 Spesa totale prevista

1.6 Localizzazione dell'intervento

Tutti i Comuni del territorio della Lunigiana

1.7 Obiettivi del Programma Operativo

Punto cardine del progetto è che i diversi soggetti istituzionali e non, che operano sul territorio allaccino alleanze per la salute dei cittadini; cittadini che devono essere soggetti attivi del progetto, in quanto determinano lo stato di salute della comunità attraverso le scelte di stili di vita e dell'uso che fanno dei servizi. Questo percorso va ad inserirsi dentro la progettualità degli obiettivi previsti dall'OMS nel progetto "Città Sane" , al quale la Comunità Montana della Lunigiana ha aderito nell'anno 2002. Il progetto "Città Sane" ha infatti come obiettivo la promozione nella cittadinanza di comportamenti e stili di vita per la salute, il contrasto delle principali patologie, il miglioramento del contesto ambientale, del

contesto sociale e di quello sanitario e l'informazione per la conoscenza e la fruizione di questi ultimi.

1.8 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi*)

Aumentare le conoscenze circa la dimensione dell'organizzazione e gestione dei servizi con conseguente utilizzo degli stessi

1.9 Principali attività previste

- ❖ Indagine sulla progettualità esistente sul territorio e valorizzazione della stessa perché diventi risorsa per nuovi percorsi
- ❖ Costituzione gruppo di lavoro interdisciplinare con il compito di integrare i servizi offerti dalle istituzioni pubbliche e dall'associazionismo
- ❖ Promuovere e realizzare sul territorio iniziative atte a perseguire obiettivi di tutela della salute degli anziani
- ❖ Elaborazione di una guida informativa contenente modalità di accesso ai servizi
- ❖ Divulgazione dell'opuscolo informativo anche attraverso le associazioni di volontariato del territorio

1.10 Contenuti tecnici (metodologia adottata, strumenti di lavoro, ecc..)

Elaborazione di un "Piano di Salute" dove vengano raccolti tutti i progetti elaborati nei confronti della salute degli anziani a livello di Lunigiana, e che altresì individui linee ed obiettivi concreti per la vivibilità del territorio e la fruizione dei servizi esistenti

1.11 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

3 anni

1.12 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del Programma

operatori sociosanitari

1.13 Tipologia di utenza per il Programma e stima della dimensione (domanda prevista)

Preso atto della realtà dell'invecchiamento della popolazione a livello della Lunigiana, sembra pertinente attivare un percorso che consenta all'anziano di controllare e migliorare la propria salute.

1.14 Strumenti e Indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

PROGRAMMA OPERATIVO

1.1 Informazioni generali

Titolo Programma Operativo:

Completamento e piena operatività della RSA di Bagnone -

Obiettivo di settore:

Rendere operativa la RSA di Bagnone per numero 31 posti.

La piena operatività della RSA di Bagnone implementa la rete dei servizi rivolti agli anziani, in particolare offre una risposta a quelle situazioni che rendono necessaria una collocazione dell'anziano in una situazione protetta di tipo residenziale.

Diminuzione della lista d'attesa relativa alle richieste di inserimento di anziani in strutture protette.

Possibilità di dare risposte anche alle richieste di inserimento temporaneo per far fronte a quelle situazioni prodotte da una momentanea impossibilità della famiglia di assistere l'anziano

1.2° Soggetto pubblico titolare

SOCIETA' DELLA SALUTE della LUNIGIANA

1.2b Soggetto pubblico gestore

SOCIETA' DELLA SALUTE della LUNIGIANA

1.3 Soggetto attuatore

COOPERATIVA SERVIZI e ASL n.1 Massa Carrara

1.4 Responsabile del Programma

Orlando Triacca - assistente sociale

1.5 Spesa totale prevista

ARREDI: Euro 230.000 (Euro 106.000 già finanziati dalla R.T.)

PERSONALE:

Infermiericosto annuo € 128.000

Terapistacosto annuo € 32.000

Operatori addetti all'assistenza e animatore.....costo annuo € 676.000

Ristorazione ospiti - in appalto.....costo annuo € 115.000

Altre spese (pulizia, lavanderia, utenze,ecc.).....costo annuo € 210.000

TOTALE SPESA..... € 1.391.000

Compartecipazione utenti..... € 467.000

1.6 Localizzazione dell'intervento

Bagnone

1.7 Obiettivi del Programma Operativo

Obiettivo primario è quello di potenziare la rete di servizi assistenziali alle persone anziane, in particolare agli anziani non autosufficienti e parzialmente non autosufficienti, che necessitano di una collocazione in strutture residenziali.

1.8 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi*)

Soddisfacimento delle richieste di assistenza in luogo protetto mantenendo elevata la qualità della vita dell'anziano.

Diminuzione della lista di attesa.

1.9 Principali attività previste

Assistenza alla persona per quanto riguarda le sue esigenze primarie.

Controllo dello stato di salute ed interventi terapeutici necessari

Predisposizione di programmi individuali finalizzati al mantenimento delle abilità fisiche e delle capacità relazionali.

Interventi di fisioterapia.

Attività di animazione sia interna alla struttura (laboratori) che esterna (gite ecc.).

Attività finalizzate al mantenimento dei rapporti con la famiglia e l'ambiente esterno

1.10 Contenuti tecnici (metodologia adottata, strumenti di lavoro, ecc..)

Coordinare le diverse specificità professionali facendole convergere in un progetto personalizzato costruito sulle esigenze dell'anziano

1.11 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

Completamento RSA Bagnone (acquisto arredi) e sua piena operatività

1.12 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del Programma

Medici di medicina generale

Infermieri

Assistenti Sociali

Terapisti della Riabilitazione

Operatori Addetti all'Assistenza

Animatore

1.13 Tipologia di utenza per il Programma e stima della dimensione (domanda prevista)

Anziani non autosufficienti e parzialmente autosufficienti.

1.14 Strumenti e Indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

Verifiche periodiche da parte della commissione prevista dalle normative in materia

Verifica costante da parte del Servizio Sociale del rispetto dei livelli qualitativi individuati

PROGETTO DISABILITÀ



REGIONE TOSCANA
Direzione delle Politiche Sociali

Seminario di Aggiornamento
per i tecnici comunali e tecnici ASL della Zona

"PROGETTAZIONE PER L'UTENZA ALLARGATA"
data

1. TITOLO DEL PROGETTO FORMATIVO: "Persone 'Reali' e Progetto Degli Habitat"

2. PERSONALE DOCENTE

Direttore:	Antonio Lauria, Dipartimento di Tecnologie dell'Architettura e Design "P. Spadolini", Università di Firenze (DT&D)
Altri Componenti:	Alessandro Bacchetti, Marcello Balzani, Beatrice Dei Ministro, Paolo De Rocco, Fanny Di Cara, Leris Fantini, Carmelo Manca, Elena Matteucci, Giovanni Pasqualetti, Luca Marzi, Daniela Sorana, Maurizio Tira, Stefan Von Prondzinski, Iberto Tronconi, Gaetano Venturelli, Stefano Zanut.

3. STATO DELL'ARTE

Nei Paesi industrializzati si ritiene che oltre il 20% della popolazione legale di età superiore ai 15 anni abbia, a causa di una qualche limitazione fisica, sensoriale o mentale, delle significative difficoltà di autonomia negli spostamenti e nell'uso delle attrezzature.

Questo dato esprime compiutamente la distanza tra persone reali e adulto-medio-sano - lo standard di riferimento progettuale comunemente adottato - ed impone un ripensamento profondo dei concetti invalsi di normalità e di diversità.

Dal punto di vista legislativo, le questioni relative alle cosiddette barriere architettoniche sono purtroppo affrontate e risolte in termini settoriali, valutando essenzialmente le esigenze di mobilità delle persone su sedia a ruote che rappresentano, peraltro, un segmento della popolazione disabile assai limitato.

Come conseguenza, la stessa espressione 'barriera architettonica' è solitamente intesa dai progettisti esclusivamente nei suoi termini 'fisici' e le persone su sedia a ruote hanno finito per assurgere, loro malgrado, a ruolo di 'metafora' del disabile.

Cos', non di rado si assiste a trasformazioni degli habitat in cui il superamento delle barriere di tipo fisico delle persone su carrozzina si traduce in un inasprimento delle condizioni percettive per le persone con problemi sensoriali o cognitivi.

Ciò dimostra che per conseguire obiettivi di qualità di effetto generalizzato non basta ammettere l'esistenza delle diversità rispetto alla norma e, ancor meno, fare di una singola diversità un'entità simbolica che rappresenta, raccoglie ed integra i bisogni dei diversi profili d'utenza: occorre definire un nuovo concetto di norma che contempererà al suo interno variabili, alterazioni e contaminazioni dello standard.

Sotto il profilo operativo, una carente concezione della qualità dell'habitat conduce molti progettisti a considerare l'accessibilità come un'entità autonomamente significativa rispetto al progetto d'architettura, come un requisito che può essere soddisfatto mediante la semplice applicazione di normative calate dall'alto.

In realtà, la qualità dell'habitat non deriva che in minima parte dall'applicazione di norme e regolamenti; la qualità dell'habitat è una delle manifestazioni più eloquenti del livello di civiltà raggiunto da una comunità in un determinato periodo storico.

4. OBIETTIVI

Il Seminario - rivolto al personale tecnico dei Comuni e dell'azienda Sanitaria Locale della Zona Pistoiese che interviene nei processi di trasformazione degli habitat con il ruolo di progettista o di validatore - affronterà i complessi problemi relativi alla fruibilità di ambienti ed attrezzature da parte di profili d'utenza diversi.

Fornirà, come è necessario, informazioni strumentali di carattere manualistico e normativo, tuttavia il suo obiettivo prioritario consiste nel definire le coordinate concettuali di una nuova cultura del progetto basata su un quadro esigenziale ampliato, in grado di inglobare anche le esigenze e le aspettative dei bambini, delle persone deboli e delle persone disabili.

5. DURATA E ARTICOLAZIONE

Il seminario ha la durata di **70 ore** e si svolgerà secondo un calendario concordato con i committenti.

Si articola in **11 moduli**, 10 didattici, ognuno dei quali costituito da una o più comunicazioni, e uno di verifica dell'apprendimento.

Il primo modulo tratta dei principi dell'accessibilità e della progettazione per l'utenza allargata; nel secondo si descrivono limiti e potenzialità di alcuni profili d'utenza non assimilabili all'adulto-medio-sano; nel terzo, quarto, quinto e sesto si affrontano quattro essenziali requisiti tipologici per creare ambienti ed attrezzature ad ampio spettro di utilizzabilità: l'orientamento, la sicurezza d'uso, l'accessibilità, il comfort; nel settimo si descrivono le più evolute tecnologie per elevare l'autonomia domestica delle persone disabili; nell'ottavo sono discusse le complesse problematiche relative alla mobilità in ambito urbano; il nono pone l'attenzione su strumenti e metodi, tradizionali e avanzati, per la conoscenza e la gestione degli stati di fatto e per la programmazione degli interventi; il decimo è dedicato ad una disamina delle normative vigenti con l'intento specifico di evidenziare ed approfondire gli aspetti controversi anche in relazione alle altre normative; l'ultimo modulo è finalizzato a verificare il livello di apprendimento dei corsisti attraverso esercitazioni, presentazioni dei lavori svolti e questionari.

Tra i docenti si annoverano alcuni tra i maggiori esperti del nostro Paese in materia di accessibilità e di *design for all* liberi professionisti, funzionari di Enti Pubblici, professori universitari e giovani e qualificati ricercatori.

Ciascuno dei moduli didattici propone una parte teorica (informazione di base, criteri interpretativi, problematiche ...), ed una applicativa (soluzioni operative, esperienze positive in Italia e all'estero...).

I termine di due segmenti didattici (III.2; V.2) sono previste esperienze sul campo svolte presso la sede del Corso per comprendere ed introiettare le esigenze delle persone con problemi di vista e delle persone su sedie a ruota.

6. PROGRAMMA DELLE COMUNICAZIONI

DATA	LEZIONE	DOCENTE	ORE	
			n.ro	progr

PRIMO MODULO: I PRINCIPI DELLA PROGETTAZIONE PER L'UTENZA ALLARGATA

01	<i>Test d'entrata</i> Presentazione del Seminario	dott. Giovanni Pasqualetti, Regione Toscana	1	5
		prof Antonio Lauria, DT eD, Firenze	-	
	I.1 Esigenze dell'uomo e progetto degli habitat	prof- Antonio Lauria, DT eD, Firenze	4	

SECONDO MODULO: PROFILI ESIGENZIALI E CONDIZIONI Di CONFLITTO UOMO-AMBIENTE

02	II.1 Bambini, persone deboli, persone disabili	prof. Antonio Lauria, Firenze	5	10
	II.2 Le tipologie di barriere architettoniche			

TERZO MODULO: ORIENTAMENTO e MOBILITA'

03	III.1 Orientamento e wayfinding negli ambienti complessi	arch. Daniela Sorana, DT eD, Firenze	2	12
04	III.2 Orientamento e Mobilità per le persone con gravi problemi di vista	dott. Stefan von Prondzinski, N 10M e P, Ferrara	3	15
	<i>Il valore dell'esperienza</i>			

QUARTO MODULO: SICUREZZA D'USO

05	IV.1a Sicurezza e normativa antincendio	arch. Stefano Zanut, Comando Vigili dei Fuoco, Pordenone	5	20
	IVA Prevenzione degli infortuni nei luoghi di lavoro e nelle abitazioni			
06	IV.2a Pavimentazioni e protezione dalle cadute	arch. Alessandro Bacchetti, DT eD, Firenze	5	25
	IV.2b Segnaletica sul piano di calpestio per non vedenti ed ipovedenti			

DATA	LEZIONE	DOCENTE	ORE	
			n.ro	progr

QUINTO MODULO: ACCESSIBILITA'

07	V.1a Accessibilità urbana	arch. Gaetano Venturelli, CERP , Rimini	5	30
	V.1b Accessibilità negli edifici esistenti			
08	V.2a Accessibilità negli ambienti confinati	arch. Fanny Di Cara, libero professionista, Firenze	3	33
	V.2b Accessibilità nei servizi Igienici	ing. Carmelo Manca, nnic Firenze	2	
	<i>Il valore dell'esperienza</i>			35
09	V.6 Accessibilità nelle aree verdi	arch. Paolo De Rocco, libero professionista, Udine arch. Elena Matteucci, libero professionista, Firenze	5	40

SESTO MODULO: COMFORT URBANO

10	Attrezzature ed arredi urbani adatti ad un'utenza allargata	prof. Marcello Balzani, Università di Ferrara, Forlì	5	45
-----------	---	--	---	-----------

SETTIMO MODULO: DOMOTICA

11	Attrezzature per l'autonomia domestica	dott. Iberto Tronconi, libero professionista, Sesto Fiorentino	5	70
-----------	--	--	---	-----------

OTTAVO MODULO: MOBILITA' URBANA

12	Mobilità e sistemi di moderazione dei traffico	prof. Maurizio Tira, Università di Brescia, Brescia	5	55
-----------	--	---	---	-----------

NONO MODULO: LA CONOSCENZA DEGLI STATI DI FATTO

13	IX.1 I piani per l'abbattimento delle barriere architettoniche	arch. Luca Marzi, DT eD, Firenze	5	60
	IX.2 Il rilievo ambientale			

DECIMO MODULO: LE NORMATIVE PER L'ACCESSIBILITA'

14	X.1 Le normative nazionali	arch. Leris Fantini	3	65
	X.2 Le politiche e le normative della Regione Toscana in materia di accessibilità	dott. Giovanni Pasqualetti	2	

VERIFICA

15	<i>Test di verifica</i>	prof. Antonio Lauria	2	70
	<i>Esercitazione</i>			
	<i>Presentazione dei lavori</i>	prof. Antonio Lauria	2	
	<i>Chiusura dei corso</i>		1	

PROGRAMMA OPERATIVO

1.1 Informazioni generali

Titolo Programma Operativo:

Raffaello: interventi per minori con disabilità complessa.

Obiettivo di settore:

elevare la qualità dell'integrazione/inclusione di minori con disabilità complessa nell'ambiente di vita ed attraverso le attività contenimento e riabilitative per valorizzare le capacità residue nelle ore extra scolastiche.

1.2a Soggetto pubblico titolare

S.D.S

1.2b Soggetto pubblico gestore

S.D.S.

1.3 Soggetto attuatore

COOPERATIVA DI SERVIZI

1.4 Responsabile del Programma

SERVIZIO SOCIALE – GOIF – UF. SMIA

1.5 Spesa totale prevista

COSTI PRESUNTI

PERSONALE € 85.000
ARREDO € 12.000
COSTI GENERALI € 5.000
€ 102.000

ENTRATE PREVISTE

RECUPERO SOMME
ASS. DOMICILIARE 42.706,50

COSTO: 59.293,50 €

1.6 Localizzazione dell'intervento

AULLA PRESSO QUARTIERE GOBETTI – SERVIZIO RIVOLTO

1.7 Obiettivi del Programma Operativo

Spazio di supporto all'intervento scolastico e riabilitativo nelle ore pomeridiane. gestire tutti quei bambini con disabilità complessa che non possono usufruire della permanenza scolastica, oltretutto quelli per la permanenza pomeridiana nella scuola diventasse troppo stancante.

nel centro, alla presenza di personale altamente qualificato, vengono svolte tutta una serie di attività a carattere espressamente ludico e socio-riabilitativo, sia in piccolo gruppo che individualizzate.

Il centro si connoterebbe anche come punto di ascolto, di riferimento e di supporto alle famiglie, ed avrebbe anche il compito di programmare il lavoro svolto dalle stesse, a domicilio.

Non ultimo, durante il periodo estivo il centro rappresenterebbe un adeguato spazio di contenimento e di gestione educativa (oltrechè di supporto alle famiglie), in sostituzione ed in continuità al lavoro svolto dalle scuole.

1.8 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi*)

Riduzione della richiesta di istituzionalizzazione. dare un senso agli interventi riabilitativi nel loro naturale estrinsecamento nelle attività quotidiane mediante la creazione di un percorso socio – assistenziale sollievo alle famiglie con una gestione pomeridiana dei minori durante l'anno scolastico (la mattina frequentano le lezioni) e durante la chiusura delle scuole.

1.9 Principali attività previste

Acquisizione di competenze per il quotidiano ai fini di una maggiore autonomia. gestione del tempo libero come acquisizione di competenze che possono elevare la qualità della vita. supporto alle famiglie, non solo come sollievo dal carico assistenziale, ma anche come punto di incontro e di supporto psicologico.

Consulenza educativa e didattica alle scuole.

1.10 Contenuti tecnici (metodologia adottata, strumenti di lavoro, ecc..)

Assistenza pomeridiana con attività educative, ludiche e ricreative in uno spazio idoneo e protetto. Le attività verranno svolte da personale qualificato e adeguatamente formato (modello teach) e supervisionato da operatore specializzato. sono previsti piccoli moduli per patologie simili.

1.11 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

1. FASE: RISTRUTTURAZIONE LOCALI
2. FASE: PREPARAZIONE UTENTI, LORO FAMIGLIARI ED EDUCATORI
3. FASE: AVVIO ATTIVITA'

1.12 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del Programma

Personale qualificato con esperienza nel settore della disabilità complessa e nel lavoro in rete della cooperativa vincitrice di gara d'appalto.

1.13 Tipologia di utenza per il Programma e stima della dimensione (domanda prevista)

Minori affetti da disabilità complessa, autismo disturbi dello spettro autistico e grave ritardo mentale in numero di circa 10 .

1.14 Strumenti e Indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

Numero utenti coinvolti.

Valutazione degli obiettivi raggiunti tramite sczala aa – pep
capacità operative a 12 mesi (rispetto valutazione iniziale)

competenze comunicative a 12 mesi (rispetto valutazione iniziale)

PROGRAMMA OPERATIVO

1.1 Informazioni generali

Titolo Programma Operativo:

Progetto per una residenzialità qualificata e differenziata delle persone disabili e potenziato dall'autonomia, integrazione sociale, autodeterminazione.

Obiettivo di settore:

sostegno per i cittadini con disabilità e loro famiglie.

1.2a Soggetto pubblico titolare

S.D.S.

1.2b Soggetto pubblico gestore

S.D.S.

1.3 Soggetto attuatore

COOPERATIVA DEI SERVIZI

1.4 Responsabile del Programma

SERVIZIO SOCIALE - GOIF

1.5 Spesa totale prevista

PREVISIONE COSTI

Personale

n. 3 Infermieri	96.000
n. 12OSS	209.683
n. 4 Ed.	135.237
Pasti	73.627
Attrezzat. – mater.	5.000
Spese generali	20.000
Arredo	<u>112.500</u>
	652.047

PREVISIONE ENTRATE

Arredo finanz. R.T.	43.000
Compartecipazione	120.000
Recupero rette	
n.5 ospiti altre strutture	<u>150.438</u>
	313.438

COSTO: 338.609 €

1.6 Localizzazione dell'intervento

MONTI – LICCIANA NARDI

1.7 Obiettivi del Programma Operativo

Accrescere la qualità dell'offerta residenziale, differenziandola in relazione alla tipologia di disabilità e al livello di gravità e, quindi, al grado di autonomia della persona disabile (anche secondo la linea del "dopo di noi"). consentire alla persona disabile il raggiungimento della massima autonomia e l'integrazione nel proprio contesto sociale favorendo il rientro dei disabili attualmente ospiti di r.s.d. collocate in altre regione o asl con recupero delle somme versate per pagamento delle rette. tale rientro sarà concordato con le famiglie e i servizi che li hanno in carico.

Garantire periodi di sollievo alle famiglie delle persone disabili prevedendo posti a turnazione per minori.

1.8 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi*)

Sperimentazione di modelli diversificati di intervento di tipo residenziale. miglioramento della qualità della vita della persona disabile e della sua famiglia prevedendo moduli di ricovero temporaneo.

Creazione e/o sviluppo di modelli di intervento per la presa in carico dei disabili adulti.
sensibilizzazione del contesto sociale.

1.9 Principali attività previste

Attività di assistenza in strutture residenziali con attività differenziate in relazione alla tipologia di disabilità. Attività di assistenza previste per le r.s.d. dalle disposizioni regionali (interventi di riabilitazione estensiva con la caratteristica di attività ad alta integrazione socio-sanitaria).

Attività rivolte a disabili gravi o medi finalizzate a garantire l'assistenza, la cura della persona e la partecipazione a occasioni ricreative culturali. attività domestiche, di condivisione delle "regole" della convivenza, di gestione delle dinamiche di gruppo e di organizzazione del tempo libero.

1.10 Contenuti tecnici (metodologia adottata, strumenti di lavoro, ecc..)

rilevazione del bisogno da parte degli operatori referenti e definizione di un piano di intervento individualizzato che può attuarsi attraverso:

- inserimento in una struttura residenziale idonea alla tipologia di disabilità nel luogo di residenza in modo da favorire i rapporti familiari e con il tessuto sociale di appartenenza. occorre prevedere un programma di formazione permanente e un sistema di verifica e revisione continua del servizio.

1.11 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

- 1 Fase: Ultimazione struttura
- 2 Fase: Preparazione utenti, famiglie, operatori
- 3 Fase: Avvio Progetto

1.12 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del Programma

Il profilo degli operatori è quello definito dalle disposizioni regionali.

1.13 Tipologia di utenza per il Programma e stima della dimensione (domanda prevista)

Utenti fino a 65 anni portatori di disabilità stabilizzata o progressiva con riconoscimento di handicap prevalentemente in situazioni di gravità, non assistibili a domicilio, che necessitano di una risposta continuativa, a carattere residenziale, tesa a mantenere i livelli di autonomia acquisita ed a garantire un adeguato intervento socio assistenziale.

Inoltre è previsto un ristretto modulo a carattere temporaneo per minori affetti da grave disabilità la cui famiglia sia momentaneamente in difficoltà e pertanto si renda necessario un breve periodo di inserimento in struttura. numero di utenti massimo globale e' 20.

1.14 Strumenti e Indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

Un indicatore sarà rappresentato dal n. di utenti coinvolti. per i minori un indicatore sarà rappresentato dal n. di giorni/utenti minori.

Deve essere previsto una supervisione esterna per tutti gli operatori coinvolti nella struttura con personale qualificato nel settore della gestione di r.s.d.

DISAGIO MENTALE



(ALLEGATO A)

PROGRAMMAZIONE PER L'U.F.S.M.A. DELLA ZONA LUNIGIANA IN AVVIO SPERIMENTALE DELLA SOCIETA' DELLA SALUTE

PREMESSA

Il recente quadro normativo regionale (Delibera di G.R. n. 596/2003 – PSR 2005-2007 – L.R. 15/2005 – PIRS 2005) ha ribadito come punti di riferimento per l'organizzazione dei servizi per la salute mentale sia **la presa in cura** sia **la continuità terapeutica**, e la necessità di rivederne l'organizzazione con riferimento ai nuovi livelli politico-istituzionali di governo del sistema: Area Vasta, Zona/Distretto – Società della Salute.

L'articolazione dell'assistenza attualmente prevista (Centro di Salute Mentale – Centro Diurno/Day Hospital – Strutture Residenziali – S.P.D.C. ospedaliero) non è una semplice soluzione organizzativa, ma una strategia complessiva, che si fonda su alcuni principi essenziali:

- **la capacità di formulare una diagnosi accurata e di fornire interventi precoci** (per evitare lo sviluppo delle forme meno reversibili di disabilità);
- **la continuità terapeutica** (con il coinvolgimento di familiari, utenti e M.M.G.);
- **la presa in cura** (con l'offerta di una gamma diversificata di servizi in "rete", per garantire percorsi terapeutico-riabilitativi individualizzati);
- **l'integrazione con l'assistenza sanitaria di primo livello e con il Servizio Sociale;**
- **il coinvolgimento attivo della e nella Comunità.**

Per mantenersi in linea con i sopra esposti indirizzi organizzativi della Regione e garantire una gestione appropriata del disturbo mentale senza il rischio di perdere i livelli minimi di assistenza, è necessario, ancor più in questa fase di passaggio verso il modello sperimentale della Società della Salute, tenere in gran conto le criticità del sistema e apportare gli adeguati correttivi e miglioramenti seguendo criteri di priorità e tenendo conto delle risorse disponibili.

STATO ATTUALE

Per una descrizione più ampia e una analisi più particolareggiata si rimanda alle schede di Valutazione risultati e Pianificazione Obiettivi presentate in occasione della concertazione Budget nell'anno 2004 e nell'anno 2005.

Qui in sintesi si riportano i punti di forza e i punti di debolezza, rilevate nell'area dell'urgenza/emergenza e nella gestione delle recidive e delle acuzie psicopatologiche, nonché quelle rilevate nell'area del trattamento a lungo termine del disturbo mentale e in particolar modo di quello grave con disabilità.

Le criticità vengono considerate rispetto sia alla articolazione dell'organizzazione assistenziale attualmente funzionante nella Zona Lunigiana, sia al nuovo modello gestionale della Società della Salute.

Area emergenza/urgenza

Punti di forza: - Rapporto di collaborazione sufficientemente buono con i diversi presidi presenti nel territorio;

-Buona professionalità ed esperienza dell'equipe medico-infermieristica

Punti di debolezza: - Assenza di protocolli d'intesa, condivisi tra i vari soggetti coinvolti nella risposta in emergenza, che regolamentino a livello di Zona con chiarezza e appropriatezza il percorso assistenziale territorio-ospedale-territorio.

- Carezza di spazio proprio del servizio idoneo al trattamento nella fase pre-critica e post-ricovero.

Ricoveri: Si effettuano di norma nell'SPDC Aziendale dell'Ospedale di Massa (T.S.O. e T.S.V.) e nei posti letto attribuiti(?) presso i Reparti di Medicina degli Ospedali di Pontremoli e Fivizzano (T.S.V.).

Il numero insufficiente di posti letto in SPDC (6 p.l.) in rapporto alla popolazione della Provincia da servire, l'assenza di un protocollo di regolamentazione dei ricoveri nei posti letto dei Reparti di Medicina dei P.O. della Lunigiana, l'assenza di un Day-hospital territoriale, rappresentano tre punti di debolezza che concorrono alla criticità rilevata in questa area del sistema.

Area percorsi terapeutico-riabilitativi

Rappresenta l'area dei trattamenti a lungo termine che sono indicati in buona parte dell'utenza afferente al servizio.

Punti di forza: - Coesione del gruppo operativo, costituito in maggioranza da personale sufficientemente motivato alla realizzazione del processo di integrazione pluriprofessionale e multidisciplinare, altresì orientato allo sviluppo dell'approccio multidimensionale nella gestione del disturbo mentale;

- Attività ambulatoriale psichiatrica svolta tutti i giorni dal lunedì al venerdì presso il CSM di Aulla, una volta alla settimana presso i Distretti socio-sanitari di Pontremoli e Fivizzano, con erogazione di prestazioni specialistiche per circa 1.200 utenti all'anno e mantenimento dei tempi di attesa delle prime visite entro i 15 giorni;

- Monitoraggio infermieristico continuo a domicilio per circa 80 utenti all'anno;

- Sufficientemente buona collaborazione con gli altri servizi competenti del territorio.

Punti di debolezza: - Difficoltosa accessibilità della sede del CSM e Diurno al Quartiere Gobetti;

- **La non stabilizzazione del personale, in modo molto critico per quello medico, crea lacune nella continuità terapeutica, allungamento dei tempi di erogazione della visite successive, ritardi nell'attuazione dei progetti terapeutico-riabilitativi e assistenziali individualizzati;**

- **Lacune nella definizione e specificazione dei posti di residenzialità disponibili e ancora insufficiente diversificazione dei percorsi per i soggetti con disturbi mentali gravi giovani e/o senza deterioramento;**

OBIETTIVI PRIORITARI

Ridurre la criticità nell'area emergenza/urgenza:

- Per i ricoveri in TSO e TSV presso SPDC dell'Ospedale di Massa c'è la necessità di un protocollo di regolamentazione degli ingressi e delle dimissioni degli utenti provenienti dalla Lunigiana, in modo che per essi sia sempre garantita la disponibilità del 25% almeno dei posti letto;

- Per i ricoveri in TSV presso i posti letto dei Reparti di Medicina degli Ospedali di Pontremoli e Fivizzano c'è la necessità di un protocollo di regolamentazione degli ingressi e dimissioni;

- **In attesa del progetto di fattibilità del Day-hospital territoriale (obiettivo per il momento sospeso in quanto è fermo il progetto "Polo Sanitario" al Quartiere Gobetti), si propone una soluzione provvisoria minima (vedi Proposta in allegato B).**

Ridurre la criticità nell'area Percorsi terapeutico-riabilitativi:

- **Progetto Centro di Accoglienza "Il filo di Arianna" a Bagnone (vedi progetto incluso nell'elenco progetti Zona Montana);**

- Stabilizzazione del personale medico;

- Maggiore definizione e specificazione della Residenzialità disponibile, con eventuali protocolli d'intesa per la regolamentazione degli ingressi, dei programmi terapeutico-riabilitativi integrati, dei tempi di degenza;

- Ampliamento dell'attività del Diurno con apertura estesa al sabato mattina;

- **Potenziamento della "Rete sociale Lunigiana", di supporto ai percorsi emancipativi dei soggetti svantaggiati (vedi progetto incluso nell'elenco progetti Zona Montana).**

(ALLEGATO B)

PROPOSTA-PROGETTO DI DAY-HOSPITAL PSICHIATRICO U.F. SALUTE MENTALE ADULTI LUNIGIANA

PREMESSA

Tra le attività dell'U.F. quelle cliniche, terapeutiche ed assistenziali vengono erogate presso:

- gli ambulatori del Centro di Salute Mentale(C.S.M.) di Aulla e dei distretti di Pontremoli e Fivizzano;
- il domicilio dei pazienti;
- i luoghi di degenza.

Tuttora l'U.F. manca del Day Hospital psichiatrico territoriale, come previsto dalla normativa vigente, per l'esecuzione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative specifiche e appropriate per le fasi pre-critica e post-ricovero della malattia.

L'U.F. manca altresì di un proprio spazio di ricovero ospedaliero, per cui si serve, nei casi di acuzie psicopatologica in regime di T.S.O. e T.S.V., del SPDC dell'Osp. di Massa Zona Apuana peraltro sottodimensionato di posti letto.

CRITICITA' NELLE ACUZIE PSICOPATOLOGICHE

Data la assoluta dipendenza della Zona Lunigiana rispetto alla Zona Apuana per i ricoveri ospedalieri in SPDC e la mancanza del Day-Hospital territoriale, anche nel 2004 e nel 2005 l'U.F. ha sofferto serie difficoltà ed inadeguatezze assistenziali nella fase di acuzie psicopatologica della malattia o in quella di recrudescenza sintomatologica di patologie psichiatriche croniche.

In tali situazioni di crisi e in caso di necessità di ricovero, la gestione del paziente deve avvenire in luoghi di cura appositamente predisposti, come il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) ospedaliero, che per i circa 51.000 abitanti della Zona Lunigiana dovrebbe garantire la disponibilità di almeno 4 posti letto.

Altresì prevista è la dotazione del Day Hospital (DH) di norma extra-ospedaliero e annesso al C.S.M. o al Centro Diurno, per la gestione delle fasi pre-critiche di malattia e per la continuazione del trattamento psichiatrico nella fase post-ricovero.

Pertanto nella Zona Lunigiana, carente di reparto ospedaliero proprio e di Day-Hospital territoriale, i pazienti con urgenza psicopatologica abbisognevole di ricovero sono inviati presso l'SPDC dell'Osp. di Massa, dotato finora di 6 posti letto per una popolazione di 200.000 abitanti, per cui le degenze sono spesso brevi e alla dimissione diversi pazienti seppur migliorati rimangono in condizioni psicopatologiche di instabilità.

In caso di indisponibilità di posti letto ed in condizioni di compatibilità (soggetto collaborante, tranquillo, senza tentato suicidio in anamnesi e senza la necessità di assistenza psichiatrica continuativa) il soggetto può essere ricoverato nei posti letto riservati presso i Reparti di Medicina degli Ospedali di Pontremoli e Fivizzano. In caso contrario il paziente viene ricoverato in reparti psichiatrici fuori ASL.

Alla dimissione il soggetto, secondo le condizioni cliniche, torna al domicilio oppure deve proseguire il trattamento in regime di residenzialità o semiresidenzialità presso strutture sanitarie o socio-riabilitative o socio-assistenziali.

In tale area, ove sono presenti punti di elevata criticità come sopra esposto, bisogna apportare gli idonei adeguamenti allo scopo di migliorare l'efficienza ed efficacia degli interventi in

acuzie psicopatologica e di evitare la cronicizzazione delle patologie, con il conseguente aggravio di onere per le famiglie e per l'intera comunità.

SITUAZIONE ATTUALE PER LE ACUZIE PSICOPATOLOGICHE

Nel corso degli anni 2004 e 2005 l'U.F. ha eseguito nell'area emergenza/urgenza i seguenti interventi:

		2005
Interventi urgenze medico-infermieri	133	103
Interventi medici per riacuzie psicopatologica	159	166
Ricoveri in T.S.O.	9	22
Ricoveri in T.S.V.	64	66
Ricoveri fuori ASL	40	49
Ricoveri Istituti privati (socio-sanitario)	37	48

Dai dati sopra riportati si evidenzia intanto la consistenza delle attività nell'area emergenza/urgenza che merita prioritariamente la giusta attenzione.

Inoltre il fenomeno dei ricoveri fuori ASL rappresenta ormai un fattore diseconomico che è contenibile attraverso l'adeguamento della rete di servizi locale.

OBIETTIVI

1) Per migliorare efficienza/efficacia degli interventi sulle acuzie psicopatologiche bisogna finalmente dotare l'U.F. operante in Lunigiana di un luogo diurno per le attività diagnostiche e terapeutiche per le fasi pre-critiche e post-ricovero.

Per tale funzione viene di norma previsto il Day-Hospital (DH) psichiatrico territoriale, da anettere al Centro di Salute Mentale (C.S.M.) o al Centro Diurno (C.D.).

2) Liberare lo spazio occupato attualmente dal diurno per attività riabilitative psichiatriche, divenuto insufficiente rispetto agli utenti inseriti nei programmi, spostandolo negli spazi adiacenti inutilizzati del fabbricato (progetto di riqualificazione della struttura in corso).

PROPOSTA

Per quanto sopra descritto si può dotare l'U.F.S.M.A. della Zona Lunigiana di un Day-Hospital con 3 posti, collocandoli presso il C.S.M. del Quartiere Gobetti di Aulla, nello spazio attualmente occupato dal diurno per le attività riabilitative.

Tenuto conto delle risorse disponibili attualmente e in attesa di risorse aggiuntive, si può prevedere per la fase iniziale di avvio un'attivazione circoscritta di 2-3 ore nella fascia oraria del mattino e secondo i casi un'articolazione funzionale con le attività riabilitative pomeridiane del diurno.

Agli utenti per i quali nella fascia oraria pomeridiana sarà indicato proseguire con un programma riabilitativo bisogna assicurare il pasto.

I presidi sanitari necessari per l'avvio dell'attività sono:

n.3 Poltrone reclinabili Day Clinic con annesse aste portaflebo.

n.1 Carrello della terapia.

n.1 Carrello con kit di presidi per l'emergenza.

PREVISIONE COSTI

Per i soli presidi sanitari, necessari per l'avvio di attività, si prevede un costo di 5.000-6.000 euro circa

(Poltrona Day Clinic circa 1.200 euro x 3 = 3.600 euro).

Modulo media assistenza
a gestione mista RSA – UFSMA
(progetto di massima)

➤ **Tipologia dell'utenza**

Il progetto media assistenza è rivolto a pazienti della Azienda USL 1 Massa Carrara, residenti nella Zona Lunigiana, con psicopatologia grave non in fase acuta, con parziale instabilità psichica e comportamentale e problematiche di adattamento sociale, che abbiano bisogno di un periodo di osservazione e di cure tali da poter essere esplicate in ambiente non ospedaliero.

➤ **Caratteristiche del modulo**

Il modulo sarà composto di 5-6 posti letto e sarà ubicato in una zona a se stante, attualmente ancora da definire, all'interno della struttura Sogespa "Michelangelo". Il numero di 5-6 posti letto è stato calcolato considerando i parametri costo/efficacia; un minore numero di posti letto non abbasserebbe infatti le spese da sostenere mentre un numero più alto richiederebbe maggiori investimenti in termini di operatori presenti.

La struttura fisica avrà caratteristiche di RSA, sarà quindi aperta e non sarà possibile effettuare una sorveglianza continua dei pazienti presenti. Le spese e il personale di assistenza di base saranno rapportate ai parametri già vigenti in RSA Sogespa.

➤ **Obiettivi dell'inserimento nel modulo**

La finalità del periodo di ricovero, volontario, è il proseguimento del progetto terapeutico iniziato in SPDC o nel territorio e lo svolgimento di programmi riabilitativi finalizzati a:

1. Stabilizzazione psichica e comportamentale
2. Adesione al trattamento psicofarmacologico
3. Condivisione e accettazione del programma terapeutico riabilitativo proposto
4. Elaborazione, avvio, verifica del programma terapeutico riabilitativo proposto

➤ **Durata dell'inserimento**

La durata dell'inserimento sarà valutata caso per caso, non potrà essere superiore ad un anno e sarà specificata nel progetto di inserimento stesso. Alla fine di tale periodo sarà effettuata dal personale del Modulo e dal personale del Servizio Psichiatrico valutazione degli obiettivi raggiunti e della situazione attuale del paziente e, se la situazione lo richiede, potrà essere rinnovato il progetto di inserimento.

➤ **Procedure di inserimento**

1. Accertamento dell'assenso e della motivazione del paziente ad intraprendere il percorso proposto da parte dello psichiatra curante del Servizio Psichiatrico
2. Proposta di inserimento da parte dello psichiatra curante del Servizio Psichiatrico e dell'assistente sociale competente.
3. Parere favorevole del Direttore sanitario del Modulo
4. Elaborazione congiunta del programma terapeutico riabilitativo individualizzato
5. Valutazione ed assenso da parte dell'assistente sociale referente per la Salute Mentale Adulti Lunigiana
6. Parere favorevole del Responsabile dell'UFSMA e del Responsabile dei Servizi Sociali della Zona Lunigiana.

➤ **Il Progetto Terapeutico - Riabilitativo**

Considerato il parametro del nucleo di 5-6 posti letto, per l'attuazione del progetto terapeutico-riabilitativo si ritengono necessarie le seguenti professionalità:

- medico psichiatra per n.20 ore/sett.
- psicologo per n.10 ore/sett.
- assistente sociale per n.10 ore/sett.
- educatore per n.84 ore/sett.
- infermiere prof.le : viene garantita la copertura infermieristica nella misura di un infermiere nelle 24 ore per tutta la struttura, non la presenza fisica nel modulo.

Il medico psichiatra sarà presente 5 mattine la settimana e garantirà ogni mattina almeno una visita psichiatrica per paziente e la verifica della terapia farmacologica in corso.

Lo psicologo garantirà almeno 2 colloqui settimanali per paziente, la valutazione periodica anche tramite tests e scale, e i rapporti con i familiari.

L'assistente sociale sarà presente 4-5 giorni alla settimana e si occuperà della gestione delle risorse finanziarie dei pazienti, degli aspetti pensionistici, della tutela dei diritti e degli altri bisogni socio-assistenziali.

L'educatore sarà presente tutti i giorni dalle ore 8 alle ore 20 e si occuperà di attività di risocializzazione, del recupero delle capacità relazionali, dell'insegnamento di abilità e svolgerà il suo lavoro prevalentemente all'interno della struttura.

Le risorse sopra indicate sono al momento di difficile reperibilità tra il personale già assegnato sia alla Comunità Tiziano che alla UFSMA Lunigiana.

COSTO PER 5 POSTI

Spesa presunta circa € 200.750 annuali

MINORI



SCHEDA DI PROGRAMMA OPERATIVO

1.1 Informazioni generali

Titolo Programma Operativo:

“Ci vuole un villaggio per crescere un bambino”

La mediazione comunitaria per rigenerare i legami

Obiettivo di settore:

riduzione dei conflitti tra gruppi sociali e incremento del benessere relazionale

1.2a Soggetto pubblico titolare

Unità operativa di Educazione alla salute, Azienda USL1 di Massa e Carrara

1.2b Soggetto pubblico gestore

Azienda USL1 di Massa e Carrara

1.3 Soggetto attuatore

Mediatore di comunità

Assistente sociale

Psicologo

Supervisione scientifica del laboratorio di mediazione comunitaria dell' Università Cattolica Sacro Cuore Milano

1.4 Responsabile del Programma

Dott.ssa Maria Maddalena Freddi

U.O. Educazione alla salute, Azienda USL1 di Massa e Carrara

1.5 Spesa totale prevista

Euro 5000,00

1.6 Localizzazione dell'intervento

Società della salute della Lunigiana

La comunità scolastica e la comunità territoriale di riferimento

1.7 Obiettivi del Programma Operativo

- Produrre un maggior potere di azione degli attori sociali, secondo una prospettiva di empowerment relazionale che supera la logica redistributiva, per accedere alla rigenerazione di legami
- Riscoprire la propria identità nel proprio ambito di appartenenza, riattivare una capacità di azione, ricollocarsi in un ruolo sociale positivo gestendo i conflitti
- Imparare a promuovere relazioni costruttive, sperimentando il riconoscimento reciproco

1.8 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi*)

- A breve termine: gestione/riduzione/superamento dei conflitti , recupero di una capacità autotrasformativa delle relazioni che consentano alle persone e ai gruppi sociali di sperimentare una situazione di benessere relazionale;
- A medio termine: introduzione dei contesti di vita delle abilità di risoluzione delle controversie che siano fattori di protezione dallo scatenarsi di comportamenti anomici o delinquenti all'interno dei luoghi di vita dei singoli e dei gruppi;
- A lungo termine: la mediazione può concorrere a costruire una cittadinanza societaria che permetta alle persone , in forza dell'adesione a un bene comune, di rinforzare i legami e di promuovere la comunità come luogo di soddisfazione complessiva e adeguatezza relazionale dei singoli e delle famiglie che in essa vivono o, che di essa, si sentono appartenenti.

1.9 Principali attività previste

Sul piano operativo il processo di mediazione prevede una serie di tappe che sono sequenziali e rigorose:

- Premediazione: l'ipotesi di mediabilità
- Accoglienza: il patto metodologico
- Negoziazione relazionale: la ricerca di una soluzione creativa
- Patto relazionale: la redazione degli accordi
- Valutazione di efficacia: accompagnare la tenuta nel tempo

Si prevedono attività specifiche per il contesto relazionale al quale il processo di mediazione si riferisce, dunque vi saranno attività specifiche per la popolazione scolastica e altrettanto articolate attività per la comunità territoriale (comune, quartiere,...).

1.10 Contenuti tecnici (metodologia adottata, strumenti di lavoro, ecc..)

L'orizzonte teorico "relazionale" è quello nel quale ci collochiamo nell'osservare e intervenire sulle relazioni comunitarie e/o sociali: da un punto di vista relazionale il conflitto contiene sempre , oltre alla esperienza di stare in una condizione di contrapposizione tra la soddisfazione dei miei bisogni e quelli che l'altro rivendica come propri, anche la necessità di trovare una terza via che apra ad una operazione generativa che consenta di non perdere né se stessi né l'altro e neppure la relazione.

Portare in salvo 'appartenenza dopo un conflitto è la mission degli interventi di mediazione nella comunità.

Gli strumenti del processo di mediazione:

- ❖ i colloqui individuali
- ❖ il focus group
- ❖ la mappa di Toood e l'Ecomappa
- ❖ la scala di escalation del conflitto di Glasl

- ❖ l'osservazione diretta del contesto in cui si è prodotto il conflitto
- ❖ regole della mediazione
- ❖ strategie della negoziazione
- ❖ strategie di redazione degli accordi
- ❖ follow up a tre e a sei mesi dalla redazione degli accordi per la verifica e la tenuta nel tempo degli stessi

1.11 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

FASI	PERIODO DI ATTUAZIONE												
	MESE 1	MESE 2	MESE 3,4,5	MES E6,7 ...	...	...	...	...	...	...	...	Mese N	
A	Ottobre 2006	Novembre 2006											
B	→		Dicembre, gennaio, febbraio 2007										
C				Marzo, aprile 2007									
D					Maggio 2007								
....													
N													

1.12 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del Programma

Mediatore comunitario
 Professionisti del sociale

1.13 Tipologia di utenza per il Programma e stima della dimensione (domanda prevista)

Popolazione scolastica della scuola primaria e della scuola secondaria di primo grado del territorio della società della salute della Lunigiana e la popolazione della comunità territoriale della Lunigiana.

La dimensione stimata potrebbe essere corrispondente alla popolazione dei Comuni a rischio di conflittualità tra gruppi sociali

1.14 Strumenti e Indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

Relativamente al processo di mediazione di comunità tre sono le aree che possono essere sottoposte a valutazione:

- L'efficacia della mediazione per la soluzione del problema specifico
- La soddisfazione delle parti implicate
- L'impatto della mediazione nelle relazioni comunitarie e nell'eventuale miglioramento delle stesse

Le aree sono da considerarsi i descrittori.

Efficacia della mediazione per la soluzione del problema specifico:

- indicatori
 - accordo scritto e sottoscritto da tutte le parti
 - previsione nell'accordo di una verifica della tenuta dell'accordo
 - soddisfazione per l'accordo aggiunto
- Strumenti
 - testo dell'accordo
 - questionario in uscita dopo tre mesi

Soddisfazione della mediazione come strumento utile per il miglioramento delle relazioni tra le parti:

- Indicatori
 - n° di invii in mediazione di altri, da parte di col oro che hanno già beneficiato dell'intervento
 - n° di richieste di ulteriore accesso alla mediazion e per trattare altri conflitti
- Strumenti
 - griglia di soddisfazione
 - griglie di raccolta dati

Impatto della mediazione come strumento utile per il miglioramento delle relazioni nella comunità:

- Indicatori riduzione/scomparsa di episodi conflittuali tra le parti, nel corso del primo anno di lavoro
 - avvio di dinamiche comunitarie tese a creare relazioni stabili per la gestione dei problemi sul territorio associatività costituzione di attività associative

PROGRAMMA OPERATIVO

1.1 Informazioni generali

Titolo Programma Operativo:

Ambulatorio Di Consulenza Pediatrica Ambulatoriale (ACAP)

Obiettivo di settore:

ridurre gli accessi impropri ai PS ospedalieri, soprattutto fuori regione, e dare un servizio sul territorio.

1.2a Soggetto pubblico titolare

SOCIETA' DELLA SALUTE

1.2b Soggetto pubblico gestore

SOCIETA' DELLA SALUTE

1.3 Soggetto attuatore

PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

1.4 Responsabile del Programma

SOCIETA' DELLA SALUTE

1.5 Spesa totale prevista

70.000 euro

1.6 Localizzazione dell'intervento

Pubblica Assistenza croce bianca di Aulla o in alternativa poliambulatorio

1.7 Obiettivi del Programma Operativo

INTRODUZIONE

La bassa Lunigiana che comprende i comuni di Aulla, Licciana, Podenzana ,Tresana ed in parte Fivizzano, ha un bacino di utenza di 50.000 abitanti.

La popolazione in età pediatrica,che comprende i bambini dalla nascita ai 16 anni, è circa il 20% della popolazione totale.

Gli accessi annuali ai pronto soccorso ospedalieri di cittadini in età pediatrica sono per tutta l' ASL 1 circa 10.000. La maggior parte degli accessi ai PS ospedalieri fuori regione provengono da questo bacino di utenza

Gli accessi al PS per la maggior parte sono codici bianchi e codici verdi, cioè codici che si riferiscono a patologie di lieve entità.

OBIETTIVI DEL PROGRAMMA OPERATIVO

Al fine di contrastare questi accessi impropri ai PS, la Regione Toscana, in accordo con i pediatri di libera scelta, con deliberazione 1 dicembre 2003 n. 1279, approva uno schema di accordo per avviare in via sperimentale la consulenza pediatrica ambulatoriale nei giorni prefestivi e festivi.

Al fine di rispondere all' aumento di richieste degli utenti, per ottenere una sempre migliore qualità del servizio in risposta al bisogno di salute espresso, per contrastare il frequente ricorso inappropriato al Pronto Soccorso, e per la lontananza del territorio della bassa Lunigiana dagli Ospedali di zona i pediatri di libera scelta danno attuazione al progetto di continuità assistenziale

1.8 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi*)

Riduzione degli accessi ai ps e risparmio di spesa

1.9 – 1.10 Principali attività previste e Contenuti tecnici (metodologia adottata, strumenti di lavoro, ecc..)

L' ambulatorio di ACAP per una efficace risposta dovrà essere collocato in locali adiacenti al servizio di Continuità Assistenziale.

- Gli ACAP dovranno essere dotati di:
- Arredi e strumenti adatti ad un ambulatorio pediatrico
- Linea telefonica riservata alle comunicazioni con il Servizio di Continuità Assistenziale e con i Pronto Soccorso
- Dovranno essere dotati di computer con programma appositi per la registrazione degli accessi
- Materiale per diagnostica rapida (tamponi, stick urine, pcr)

La quantificazione oraria del servizio calcolata in base al numero dei residenti in età pediatrica ed alla domanda espressa e degli accessi di pediatria medica ai PS viene calcolata su un monte orario giornaliero di ore sette per i giorni prefestivi e festivi.

Le modalità di accesso all'ambulatorio ACAP avverranno, tramite invio concordato telefonicamente con la Continuità Assistenziale od il servizio di PS O del 118 o per accesso diretto, nel rispetto degli orari di apertura dell' ACAP.

L'attività viene svolta attraverso:

- consulenza telefonica al medico della Continuità assistenziale
- visite ambulatoriali

I pediatri di famiglia che hanno aderito alla sperimentazione nomineranno al loro interno un referente che disporrà le turnazioni e nomineranno un pediatra garante delle turnazioni.

L'ADESIONE AL PROGETTO E' SU BASE VOLONTARIA.

Qualora l'adesione fosse tale da non garantire la copertura del servizio , l' ASL potrebbe individuare altri apporti professionali fra i pediatri inseriti nella graduatoria per la pediatria di libera scelta.

In caso di totale assenza di adesione dei pediatri di libera scelta il servizio ACAP potrebbe essere inserito nel progetto UCP erogato in collaborazione con i medici di medicina generale. Qualora la figura professionale del pediatra fosse inserita nel contesto delle UCP il pediatra avrebbe una remunerazione quale specialista consulente.

L'accesso al servizio ACAP avverrà in modo indiretto, o attraverso la Continuità Assistenziale, o attraverso i servizi di pronto soccorso.

I medici della Continuità Assistenziale, in quanto istituzionalmente garanti dell'assistenza di base da erogare a tutti i cittadini compresi quelli della fascia di età 0 – 16 anni durante le ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi, qualora ritenessero opportuna una consulenza specialistica pediatrica invierebbero il paziente al medico dell' ACAP secondo i parametri di attivazione e gli orari localmente concordati.

1.11 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

UN ANNO SU BASE SPERIMENTALE

Qualora i risultati non fossero conformi alle attese, la sperimentazione sarà conclusa.

1.12 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del Programma

1.13 Tipologia di utenza per il Programma e stima della dimensione (domanda prevista)

1.14 Strumenti e Indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

PROGRAMMA OPERATIVO

1.1 Informazioni generali

Titolo Programma Operativo:

La carta dei servizi sociosanitari dei bambini

Obiettivo di settore:

Sviluppare la collaborazione tra scuola, famiglia e comunità considerando i servizi sociosanitari presenti nella comunità come una risorsa per perseguire obiettivi di salute

1.2a Soggetto pubblico titolare

Società della Salute

1.2b Soggetto pubblico gestore

1.3 Soggetto attuatore

U.O. Educazione alla Salute – Rete delle scuole che promuovono salute

1.4 Responsabile del Programma

Dott.ssa Angela Simonelli

1.5 Spesa totale prevista

circa € 1.000

1.6 Localizzazione dell'intervento

Scuole primarie del territorio della Lunigiana

1.7 Obiettivi del Programma Operativo

Aumentare la presa di coscienza circa l'utilità dei servizi anche in prospettiva di prevenzione e non solo di cura, rappresenta la principale motivazione pedagogica del progetto

1.8 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi*)

- ❖ Maggiore conoscenza dei servizi sociosanitari presenti sul territorio con la costruzione e promozione di un percorso di responsabilizzazione per la fruizione dei servizi

- ❖ Coinvolgimento degli insegnanti e dei genitori nel percorso
- ❖ Divulgazione capillare delle informazioni relative ai servizi
- ❖ Sviluppo del potenziale educativo dei servizi sociosanitari nella scuola attraverso un sostegno attivo

1.9 Principali attività previste

- ❖ Lavoro integrato tra insegnanti ed operatori sociosanitari al fine di proporre agli alunni specifiche tematiche di educazione alla salute secondo quanto previsto nei POF dei singoli istituti scolastici
- ❖ Diffusione delle informazioni relative ai servizi sul territorio sia nelle classi, attraverso attività laboratoriali mirate allo scopo, sia alle famiglie attraverso momenti di confronto dibattito
- ❖ Esame critico della Carta dei Servizi sociosanitari aziendali al fine di far emergere le offerte dei servizi in relazione ai bisogni espressi dal territorio
- ❖ Promozione di percorsi didattici finalizzati alla produzione di materiale informativo e divulgativo elaborato dagli stessi alunni al fine di realizzare una "carta dei servizi" fruibile all'interno della scuola e divulgabile nel territorio

1.10 Contenuti tecnici (metodologia adottata, strumenti di lavoro, ecc..)

- ❖ Focus group e interviste ai genitori per valutare il grado di apprezzamento dell'esperienza

1.11 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

1 anno scolastico

1.12 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del Programma

operatori sociosanitari

1.13 Tipologia di utenza per il Programma e stima della dimensione (domanda prevista)

Alunni della scuola primaria
Genitori
Insegnanti

1.14 Strumenti e Indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

Numero di classi coinvolte nel progetto
Partecipazioni alle riunioni dei genitori e del personale insegnante

RELAZIONE “ PROGETTO LEONARDO”

Il Progetto Leonardo si pone come obiettivo la prevenzione dei disturbi dell'apprendimento attraverso la somministrazione di uno strumento di rilevazione delle acquisizioni didattiche già previste dal POF per le scuole materne.

L' SR 4-5 (strumento identificato) permette di dare una valutazione normativa delle prestazioni ottenute dal bambino in ogni area in cui lo strumento è suddiviso: abilità linguistica, abilità fonologica, abilità logico-matematica, sviluppo psicomotorio, simbolizzazione e rapporti sociali.

Il Progetto prevede una prima somministrazione dello strumento nel periodo iniziale dell'anno scolastico in modo tale da individuare le aree in difficoltà per ciascun bambino e, di conseguenza, fornire agli insegnanti indicazioni utili per creare laboratori di attività di programmazione didattica. La successiva somministrazione avverrebbe nel periodo finale dell'anno scolastico, con l'obiettivo di individuare quelle aree in cui ogni singolo bambino continua a presentare delle difficoltà. In questi ultimi casi è consigliabile invitare i genitori a condurre il bambino da uno specialista per una valutazione più approfondita.

Il Progetto prende idealmente inizio con il convegno per pediatri tenutosi a Costamala al centro “Icaro”, il primo Aprile 2006 la cui tematica era il ruolo della prevenzione nei disturbi dell'apprendimento.

Successivamente, il 6 Maggio 2006, si è tenuto al Castello di Terrarossa la presentazione ufficiale del Progetto Leonardo alle scuole.

In seguito a quest'ultimo incontro hanno aderito al Progetto le scuole materne di Bagnone, Filattiera, Patigno, Scorcetoli e Villafranca, i cui insegnanti hanno poi partecipato ad un incontro nella sede Us1 di Aulla sulle modalità di somministrazione dello strumento.

Dal 7 Giugno 2006 ha avuto inizio lo screening in classe che, per motivi logistici, è stato svolto solo su bambini di cinque anni.

PRIORITA' Prevenzione delle malattie prevalenti e relativi percorsi assistenziali

MOTIVAZIONI Incremento Disturbi Specifici dell'Apprendimento Scolastico (14% della popolazione scolastica)

OBIETTIVI Individuazione precoce del problema
Consapevolezza del problema nel personale insegnante

AZIONI Attività di screening sulle Scuole dell'Infanzia di tutti gli Istituti Comprensivi della Lunigiana
Formazione del personale insegnante

PROGETTI Progetto Leonardo: la diagnosi precoce nei DSA
Progetto Galileo: i disturbi dell'apprendimento e del comportamento

COSTO Leonardo: 9000 euro
Galileo: 3000 euro

PRIORITA' Puerperio e prima infanzia

MOTIVAZIONI Prevenzione al disagio psicologico

OBIETTIVI Prevenzione primaria al disagio psichico della gravidanza e del puerperio
Prevenzione primaria e secondaria alla patologia del neonato e della prima infanzia

AZIONI Supporto psicologico alle gestanti, in collaborazione con l'ostetricia ospedaliera
Supporto psicologico e neuropsichiatrico durante il puerperio ed il primo anno di vita (con estensione ai primi 36 mesi di vita), in collaborazione con la Pediatria ospedaliera

PROGETTI Progetto 0 – 12
Progetto 0 – 36

COSTO Isorisorse

PREVENZIONE



PROGRAMMA OPERATIVO

1.1 Informazioni generali

Lo sviluppo dell'apparato visivo avviene nel periodo fetale ma non si completa alla nascita ,quando il bambino ha ancora una scarsa acuità visiva ed una ridotta visione centrale.

Questo è riconducibile ad uno stato d'immaturità retinica e corticale.

Questa immaturità si riduce progressivamente con la crescita ma non scompare del tutto fin oltre il 5° anno di vita occupando un periodo detto "periodo critico" o "periodo plastico".

In questo periodo gli stimoli esterni sono in grado di condizionare positivamente o negativamente lo sviluppo visivo , corticale, motorio e psichico del bambino.

Nel periodo critico il bambino è sottoposto a delle radiazioni luminose che generano segnali visivi, la cui trasmissione al cervello determina delle modificazioni strutturali mediante un processo di riduzione e segregazione dendritica.

Tutti gli autori concordano su un punto della massima importanza clinica:

il normale sviluppo della corteccia visiva necessita di un corretto ed equilibrato sviluppo dell'esperienza visiva durante il periodo plastico

e tutto ciò che si discosta da un normale input sensoriale determina delle distorsioni funzionali più o meno evidenti a livello della corteccia visiva.

Tutte le alterazioni che intervengono nella formazione dell'immagine, nella sua proiezione retinica e nella sua trasmissione ai centri corticali provocano **una riduzione dell'acuità visiva che se si prolunga oltre il periodo critico si definisce ambliopia.**

L'ambliopia è una delle anomalie sensoriali più drammatiche nei bambini, conseguente a strabismo, ametropie elevate , anisometropie e cataratte congenite e, oltre il periodo critico è irreversibile.

Titolo del programma:

Progetto "vediamoci chiaro"

RICERCA ATTIVA DELLE PATOLOGIE VISIVE IN ETA' PEDIATRICA

1.2 Soggetto pubblico titolare e gestore :

Società della Salute

1.3 Soggetto attuatore:

Società della Salute

1.4 Responsabile del programma:

Resp. UFASC e Referente Specialisti ambulatoriali: Dott.Liria Querci

1.5 Spesa totale prevista

€ 9.500,00 - 10.000,00 ANNUA

1.6 Localizzazione Dell'intervento

Il training d'indagine si terrà in tutte le scuole materne della Lunigiana e coinvolgerà i bambini di età 3 - 4 - 5 anni per il primo anno del progetto, poi negli anni successivi i bambini di 3 e 5 anni .

L'ortottista che condurrà l'indagine si sposterà nelle varie scuole con un calendario concordato con la direzione didattica e le insegnanti e, nel caso dei bambini più piccoli, con la presenza di un genitore.

Ogni mese è previsto un incontro dell'ortottista con lo specialista referente per razionalizzare al meglio questo programma, individuare ed eliminare possibili imperfezioni nella conduzione dello stesso in modo da agevolare al massimo genitori e bambini.

1.7 Obiettivo del programma operativo

L'obiettivo è indagare tutta la popolazione infantile in età prescolare per riconoscere tempestivamente e rimuovere le cause ambliopigene perchè la vera prevenzione dell'ambliopia consiste nell'identificare precocemente i fattori causali. Ricordando il concetto di "periodo critico" si comprende come, quanto più elevata è l'età del bambino , tanto più drastico e prolungato sarà il trattamento riabilitativo.

1.8 Risultati attesi

Il gold standard è eliminare l'ambliopia dalla popolazione infantile.

Questo è un risultato ambizioso ma realizzabile.

La strutturazione del programma (con esami che si ripetono ciclicamente nei bambini di 3 -5 anni ogni anno) quindi con maglie strette di controllo, ci consente di sperare che nessun bambino sfugga all'esame.

Inoltre questa indagine, condotta a tappeto, avrà sicuramente una ricaduta d'informazione positiva a livello della popolazione, e spingerà a modificare alcuni comportamenti errati, come :

" aspettiamo che il bambino sappia leggere!"

1.9 - 1.10 Principali attività previste e contenuti tecnici

Le procedure d'indagine prevedono:

- esame dell'acutezza visiva con apposite tavole pediatriche
- test del riflesso corneale
- cover test
- stereo test
- esame del senso cromatico.

A tutti i bambini verrà rilasciata una scheda contenente i risultati dell'esame.

Ai bambini che presenteranno una qualche alterazione nei dati raccolti oltre alla scheda ortottica verrà programmata (sempre con il parere favorevole del genitore) una visita oculistica, presso l'ambulatorio Oculistico del Distretto di Aulla alla quale il bambino accederà liberamente, senza richiesta medica, in uno spazio precedentemente concordato, presentando unicamente la scheda ortottica.

Il compito dell'oculistica è verificare la presenza di patologia, diagnosticarla ed impostare un programma terapeutico.

Le visite specialistiche successive alla prima rientreranno nella normale procedura di prenotazione e ticket.

1.11 Durata complessiva dell'intervento

Il programma è triennale

Si auspica che questo intervento possa entrare nelle procedure di prevenzione permanenti nel nostro territorio

Si prevede che si svolga nell'arco dell'anno scolastico, quindi con inizio il 1° ottobre e termine 30 maggio.

1.12 Profilo degli operatori richiesti

Si richiede la presenza di un'ortottista con provata e documentata esperienza pediatrica e che abbia già eseguito questo tipo di intervento.

Lo specialista oculista di riferimento al Poliambulatorio di Aulla è la Dott. Querci Liria

1.13 Tipologia di utenza e dimensione

Facendo riferimento alla popolazione scolastica dei bambini 3 -4- 5 anni si presume un numero che potrà variare tra 900 e 1000 bambini ogni anno.

PROGRAMMA OPERATIVO

1.1 Informazioni generali

Titolo Programma Operativo:
Progetto “ uniti si vince”

Obiettivo di settore:

percorsi assistenziali / costituzione equipe territoriale (accordo integrativo regionale per la medicina generale)

1.2a Soggetto pubblico titolare

SDS della Lunigiana ASL1

1.2b Soggetto pubblico gestore

SDS della Lunigiana ASL1

1.3 Soggetto attuatore

SDS della Lunigiana ASL1

1.4 Responsabile del Programma

Direttore SdS della Lunigiana o suo delegato

1.5 Spesa totale prevista

3600 euro (1200 all'anno per ciascun responsabile MMG dell'equipe)
Più quanto previsto dalle determinazioni del comitato aziendale su obiettivi specifici

1.6 Localizzazione dell'intervento

SDS della Lunigiana

1.7 Obiettivi del Programma Operativo

Costituzione di equipe territoriali sulla base delle disposizioni previste dall'accordo integrativo regionale per la medicina generale finalizzate al:

- a) miglioramento dell' integrazione dei servizi, ottimizzazione dei percorsi assistenziali per pazienti diabetici, stomizzati, tiroidei, ADI, dimissioni ospedaliere programmate
- b) educazione sanitaria

1.8 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi*)

ottimizzazione percorso assistenziale pazienti diabetici, stomizzati, tiroidei
 ottimizzazione percorso assistenziale Dimissioni ospedaliere programmate
 ottimizzazione percorso assistenziale ADI e Medicina Palliativa

1.9 Principali attività previste

Individuazione componenti equipe (10-15 MMG, Medico Continuità Assistenziale, Pediatra, Specialista Ambulatoriale, Assistente Sociale, Operatore UO Educazione Sanitaria, Medico UFASC, Medico Ospedaliero, Infermiere)
 Nomina responsabile dell'equipe (un medico di famiglia con meccanismo elettivo)
 riunioni
 revisione tra pari e audit clinico e/o di percorso assistenziale
 condivisione ed applicazione di linee guida e di percorsi assistenziali
 commento e condivisione della reportistica sulla appropriatezza ed assorbimento di risorse e qualità dell'assistenza

1.10 Contenuti tecnici (metodologia adottata, strumenti di lavoro, ecc..)

Riunioni, gruppo di lavoro, Audit,

1.11 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

Tre anni

FAS I	PERIODO DI ATTUAZIONE											
	MESE 1	MESE 2	MES E 3	...	...	...	...	...	...	...	Mese N	
A	Individuazione responsabile MMG											
B		Richiesta direttore SdS	Scelta obiettivi comitato aziendale									
C				Delibera DG ASL1								
D					Riunioni equipe							
E												Applicazione Protocolli operativi

1.12 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del Programma

MMG, Medico Continuità Assistenziale, Pediatra, Specialista Ambulatoriale, Assistente Sociale, Operatore UO Educazione Sanitaria, Medico UFASC, Medico Ospedaliero, Infermiere.

1.13 Tipologia di utenza per il Programma e stima della dimensione (domanda prevista)

I protocolli condivisi ed elaborati saranno applicati agli assistiti di tutti i medici di famiglia (tutti i cittadini della zona sanitaria della Lunigiana)

1.14 Strumenti e Indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

N. percorsi revisionati

N. protocolli condivisi ed applicati

PROGRAMMA OPERATIVO

1.1 Informazioni generali

Titolo Programma Operativo:
progetto "TOLOMEO"

Obiettivo di settore:

"indagine epidemiologica/realizzazione mappe geografiche dei casi di decessi per tumore occorsi nella zona della Lunigiana nel periodo 1987-2004, al fine di evidenziare eventuali aree (nell'ambito comunale o intercomunale) con densità di casi significativa".

1.2a Soggetto pubblico titolare

SdS della Lunigiana

1.2b Soggetto pubblico gestore

SdS della Lunigiana

1.3 Soggetto attuatore

SdS della Lunigiana in collaborazione con ARS e CSPO

1.4 Responsabile del Programma

Dr Baldi Amedeo

1.5 Spesa totale prevista

15.000 euro (di cui 12000 per finanziare una borsa di studio e 3000 per l'acquisto di carte geografiche GIS dalla provincia e di 2 computer)

1.6 Localizzazione dell'intervento

Zona Sanitaria della Lunigiana

1.7 Obiettivi del Programma Operativo

Quest'indagine di tipo descrittivo ha come obiettivo l'individuazione di eventuali disomogeneità nella distribuzione spaziale dei decessi per tumore e di eventuali eccessi presenti negli ambiti comunali o intercomunali della zona sanitaria della Lunigiana: lo scopo è quello di illustrare per quali sedi tumorali ed in quali zone geografiche si evidenzia un eccesso di rischio.

Gli attuali dati disponibili, basati sulle schede ISTAT di causa di morte, non consentono di evidenziare fenomeni che occorrono in eventuali aree intercomunali, inoltre la numerosità di casi nelle aree Comunali considerate non sempre permette di raggiungere valori di rischio significativi; l'osservazione dei dati raggruppati per area diversa da quella comunale può suggerire ipotesi per futuri studi analitici atti a misurare l'associazione fra esposizione a fattori di rischio e incremento di rischio neoplastico.

L'analisi è anche utile a confermare segnalazioni di incremento di rischio già note.

1.8 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi*)

Creazione di mappe di occorrenza di decessi per neoplasie maligne per sedi tumorali e aree geografiche.

1.9 Principali attività previste

Ricerca casi di persone decedute per tumore nella zona sanitaria della Lunigiana
Valutazione dei fenomeni migratori (residenze)
Creazione Data Base per la costruzione delle Mappe
Acquisizione carte geografiche GIS (Provincia)
Realizzazione mappe di mortalità
Analisi dati

1.10 Contenuti tecnici (metodologia adottata, strumenti di lavoro, ecc..)

Stime di Rischio Relativo, rapporto standardizzato di occorrenza, stimatori bayesiani, programma informatico epi info 3, epi map

1.11 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

12 Mesi

FAS I	PERIODO DI ATTUAZIONE											Mese 12	Mese		
	MESE 1	MESE 2	MESE 3								Mese 10				
A	Disegno dello studio in collaborazione con CSPO e ARS														
B	Bando/Assegnazione borsa di studio →														
C			Raccolta dati e creazione e data base								→				
D											Analisi dei dati e realizzazione mappe				
E												Report			

1.12 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del Programma

Operatore con diploma universitario o laurea, reperibile con assegnazione di borsa di studio
Medico epidemiologo

1.13 Tipologia di utenza per il Programma e stima della dimensione (domanda prevista)

Decessi per tumore nella zona della Lunigiana periodo 1987-2004

1.14 Strumenti e Indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

Mappe geografiche per sedi tumorali (realizzazione 100% di quelle previste)
Report analisi differenze statistiche (Produzione report)

PROGRAMMA OPERATIVO

1.1 Informazioni generali

Titolo Programma Operativo:
"Sorridiamo alla Prevenzione"

Obiettivo di settore:

Indagine epidemiologica sullo stato di salute orale dei bambini delle scuole medie della Lunigiana

1.2a Soggetto pubblico titolare

Società della Salute Lunigiana

1.2b Soggetto pubblico gestore

Società della Salute Lunigiana

1.3 Soggetto attuatore

Convenzione odontoiatri

1.4 Responsabile del Programma

Dott. Carlo Podestà, pediatra membro dello staff della SdS
Dott.ssa Angela Simonelli Responsabile Educazione Sanitaria Lunigiana

1.5 Spesa totale prevista

€ 15.000

1.6 Localizzazione dell'intervento

Scuole medie inferiori del territorio della Lunigiana ubicata nei comuni di Aulla, Bagnone, Casola L., Filattiera, Fivizzano, Licciana N., Mulazzo, Pontremoli, Tresana, Villafranca L., Zeri.

1.7 Obiettivi del Programma Operativo

L'indagine che si intende svolgere è non solo strettamente correlata alla patologia cariosa ma a tutto l'apparato stomatognatico, in particolare a una prima valutazione delle malocclusioni (morso crociato, III classi, ecc). Essendo l'odontoiatria una branca della medicina la cui terapia difficilmente permette un "restituito ad integrum" per cui l'indagine epidemiologica allargata ha come obiettivo non tanto un atto terapeutico in senso stretto, bensì la prevenzione dell'evento patologico.

Nonostante che a partire dagli anni 70 gli studi epidemiologici sulla prevalenza della carie dentale condotti nei paesi industrializzati hanno messo in luce un declino della patologia cariosa nei bambini e negli adolescenti, si rendono ancora necessari ulteriori approfondimenti in linea con gli

obiettivi dell'OMS sullo stato di salute delle giovani popolazioni ripresi anche dalla Regione Toscana.

In particolare ci appare del tutto opportuno conoscere il fenomeno nel territorio lunigianese mai affrontato prima per poi stabilizzare l'entità e le modalità di soluzione. Al progetto hanno avanzato un'adesione di massima le Scuole Medie Inferiori della Lunigiana.

1.8 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi*)

Maggior conoscenza delle patologie orodentali in età pediatrica (11-14 anni) per reperire dati utili all'attuazione di programmi specifici di prevenzione e per poter confrontare i risultati con gli obiettivi regionali su tali tematiche. La fascia d'età presa in considerazione è particolarmente sensibile ai fattori di rischio collegati allo sviluppo di carie e alla correzione delle malocclusioni.

1.9 Principali attività previste

- lezione teorica di istruzione all'igiene per singole classi;
- esame clinico (scheda di valutazione dell'OMS – cartella clinica di screening);
- analisi dei dati e sintesi;

1.10 Contenuti tecnici (metodologia adottata, strumenti di lavoro, ecc..)

Impiego dell'indice DMFT che rappresenta lo strumento globalmente riconosciuto per quantificare la diffusione della patologia cariosa, si riferisce al numero dei denti cariati (Decayed, D), mancanti (Missing, M) e otturati (Field, F) sia in dentatura permanente sia in decidua. Venendo rispettivamente indicato da lettere maiuscole (DMTF) e minuscole (dmtf). Inoltre si ritiene importante considerare lo stato di salute parodontale utilizzando l'indice CPI (Community Periodontal Index) che fornisce la proporzione di soggetti con gengive sanguinanti per gengivite (CPI=1) o soggetti con presenza di tartaro (CPI=2) rispetto al totale dei soggetti esaminati.

1.11 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

circa sei mesi

1.12 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del Programma

Odontoiatri n. 1

1.13 Tipologia di utenza per il Programma e stima della dimensione (domanda prevista)

Alunni iscritti alle scuole medie inferiori del comprensorio della Lunigiana (1.049 alunni) in età da 11 a 14 anni.

1.14 Strumenti e Indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

Screening su popolazione con l'impiego di DMFT e CPI

Alunni Iscritti Scuole Medie statali inferiori comuni della Lunigiana a.s. 2003/2004

Fonte elaborazione Osservatorio Scolastico della Provincia di Massa-Carrara su dati Sistema informativo del M.I.U.R

Alunni Iscritti Scuole Medie statali inferiori comuni della Lunigiana a.s. 2004/2005

Comune	Classe prima	Classe seconda	Classe terza	TOTALI
Aulla	81	81	64	226
Bagnone	12	12	10	34
Casola L.	7	12	11	30
Comano	-	-	-	-
Filattiera	25	13	18	56
Fivizzano	52	61	56	169
Licciana Nardi	36	32	28	96
Mulazzo	15	13	15	43
Pontremoli	81	68	79	228
Tresana	15	13	13	41
Villafranca in L.	32	46	36	114
Zeri	6	-	6	12
LUNIGIANA	362	351	336	1049

Fonte elaborazione Osservatorio Scolastico della Provincia di Massa-Carrara su dati Sistema informativo del M.I.U.R.

Classi e alunni delle scuole materne, elementari e medie statali, per comune-anno scolastico 2003/2004

COMUNE	CLASSI			ALUNNI			
	Elem.	Media	Tot.	Mater.	Elem.	Media	Tot.
Aulla	27	12	39	78	405	232	715
Bagnone	5	3	8	16	80	35	131
Casola L.	4	3	7	14	38	56	108
Comano	3	-	3	6	29	0	35
Filattiera	5	3	8	16	90	48	154
Fivizzano	18	11	29	58	247	195	500
Licciana N.	15	6	21	42	181	100	323
Mulazzo	5	3	8	16	75	49	140
Podenzana	4	-	4	8	37	0	45
Pontremoli	17	9	26	52	313	195	560
Tresana	5	3	8	16	58	39	113
Villafranca L.	9	6	15	30	147	114	291
Zeri	2	2	4	8	17	17	42
Totale Lunigiana	119	61	180	360	1717	1.080	3.157

Fonte: elaborazioni osservatorio scolastico della Provincia di Massa Carrara

Alcuni indicatori strutturali sulla scuola dell'obbligo per comune, anno scolastico 2003/2004

COMUNE	Alunni per classe		Tasso di iscrizione*		
	Elem.	Media	Materna	Elem.	Media
Aulla	15,0	19,3	35,9	105,2	87,9
Bagnone	16,0	11,7	42,1	153,8	134,6
Casola L.	9,5	18,7	63,6	111,8	169,7
Comano	9,7	-	46,2	107,4	0,0
Filattiera	18,0	16,0	34,0	96,8	92,3
Fivizzano	13,7	17,7	35,2	98,0	121,1
Licciana N.	12,1	16,7	41,6	90,0	97,1
Mulazzo	15,00	-	31,4	87,2	106,5
Podenzana	9,3	0,0	18,6	51,4	0,0
Pontremoli	18,4	21,7	37,1	108,7	109,6
Tresana	11,6	13,0	40,0	98,3	105,4
Villafranca L.	16,3	19,0	35,3	94,2	100,9
Zeri	8,5	0,0	42,1	89,5	100,0
Totale Lunigiana	173,1	153,8	503,1	1.292,3	1.225,1

Fonte: elaborazioni osservatorio scolastico della Provincia di Massa Carrara

* Tasso di iscrizione= N°iscritti (popolazione nella corrispondente fascia di età) *100

Studenti residenti in Provincia di Massa Carrara immatricolati ai CORSI DI LAUREA all'a.a. 2002/03 - Dati al 31 luglio 2003

CITTA'	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
BOLOGNA	17	15	32
FIRENZE	33	96	129
GENOVA	14	19	33
MILANO	13	27	40
PARMA	65	70	135
PISA	358	391	749
ROMA	2	2	4
SIENA	4	3	7
MODENA E REGGIO EMILIA	0	2	2
UDINE	2	0	2
URBINO	3	1	4
ALTRI (Bolzano, Catania, Chieti, Messina, Palermo, Pavia, L'Aquila, Piemonte Orientale, Torino, Toscana, Venezia)	7	5	12
TOTALE GENERALE	518	631	1149

Fonte Dati: Miur-Urst, Ufficio di Statistica – Indagine sull'Istruzione Universitaria

PROGRAMMA OPERATIVO

1.1 Informazioni generali

Titolo Programma Operativo:
Progetto Di Screening Della Scoliosi E Del Piattismo Plantare

Le patologie interessanti l'apparato scheletrico sono in continuo aumento a causa delle mutate condizioni di vita come la sedentarietà

Obiettivo:

Individuazione precoce del difetto

Lo screening per la SCOLIOSI verrà eseguito dai pediatri convenzionati ai bambini dell'età di 10 anni (più o meno 12 mesi), mediate specifica visita.

Lo screening per il PIATTISMO PLANTARE verrà eseguito ai bambini di età di 3 anni più o meno 12 mesi.

Nel caso in cui sia individuato portatore o sospetto di patologia, il pediatra provvederà ad inviarlo a visita specialistica ortopedica.

A tal proposito è opportuno definire uno specifico percorso e collegamento con l' ambulatorio ortopedico per le scoliosi e prevedere, per il futuro, un secondo screening all' età di 12 anni.

Soggetto Pubblico Titolare Del Progetto:

SOCIETA' DELLA SALUTE

Soggetto Pubblico Gestore:

SOCIETA' DELLA SALUTE

Soggetto Attuatore:

PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

Compenso:

Tenendo a riferimento le tariffe già previste negli accordi regionali e nel nomenclatore tariffario delle prestazioni (visita specialistica etc) si concorda di corrispondere per ciascun screening della scoliosi effettuato, all'età di 10 anni EURO 15,00.

Costo del progetto

Al fine di mantenere un livello di spesa compatibile con le risorse disponibili, si individua un tetto massimo di compensi da erogare a ciascun pediatra, fissato in:

-EURO 8.000 COMPLESSIVI SE ASSOCIATO AL SELF- HELP E A DIMISSIONE PRECOCE DEL NEONATO

-EURO 9.000 SE ASSOCIATO A SELF-HELP, DIMISSIONE PRECOCE DEL NEONATO E SCREENING DELL' ACUITA' VISIVA.

PROGRAMMA OPERATIVO

1.1 Informazioni generali

Titolo Programma Operativo:

Campagna di screening aziendale per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero.

Obiettivo di settore:

Sottoporre a pap test la maggior parte possibile della popolazione bersaglio (donne in età compresa tra i 25 e i 64 anni di età) nell'arco di tre anni.

1.2a Soggetto pubblico titolare:

ASL n°1 di Massa e Carrara.

1.2b Soggetto pubblico gestore:

Direzione Sanitaria della ASL.

1.3 Soggetto attuatore:

U.O. Attività Sanitarie di Comunità
U.O. Anatomia e Istologia Patologica
UU.OO. Ostetricia e Ginecologia
UU.OO. Attività Infermieristica Territoriale
U.O. Tecnologie e Procedure Informatiche
U.O. Sistema Informativo.

1.4 Responsabile del Programma:

Responsabile Organizzativo – Dr U. Bola, U.O. ASC
Responsabile Valutativo – Dr F. Pietrini, U.O. Anat. Patologica
Responsabile Clinico - Dr P. Migliorini, U.O. Ost. e Ginecologia.

1.5 Spesa totale prevista:

non quantificata.

1.6 Localizzazione dell'intervento:

a) Fase dell'informazione alla popolazione e della promozione della campagna di screening attraverso la distribuzione di materiale informativo (manifesti, locandine), articoli sulla stampa locale ed interventi sulle TV locali.

b) Fase convocazioni, informazioni telefoniche, spedizione referti, ecc. -

Centro Screening Carrara

c) Fase prelievi - 14 punti prelievo aziendali.

Per la Lunigiana

- Presidio di Zeri (per la popolazione di Zeri) - attivo,
- Presidio di Pontremoli (per la popolazione di Pontremoli e Filattiera) - attivo,
- Presidio di Villafranca (per la popolazione di Villafranca, Mulazzo e Bagnone) - attivo,
- Presidio di Licciana (per la popolazione di Licciana e Comano) - attivo,
- Presidio di Aulla (per la popolazione di Aulla, Tresana e Podenzana) - attivo,
- Presidio di Fivizzano (per la popolazione di Fivizzano) - attivo,
- Presidio di Casola (per la popolazione di Casola) - attivo

d) Fase valutativa - Laboratori di anatomia Patologica di Carrara e Massa

e) Approfondimenti diagnostici di 2° livello (colposcopie con eventuali biopsie) - ambulatori dedicati c/o Ospedali di Carrara, Massa, Pontremoli e Poliambulatorio di Aulla

f) Fase raccolta ed elaborazione dati - Responsabile valutativo (in realtà Responsabile organizzativo) in collaborazione con le UU.OO. Tecnologie e Procedure Informatiche e Sistema Informativo.

1.7 Obiettivi del Programma Operativo:

Completare le convocazioni della popolazione bersaglio, compresi i solleciti per le donne non presentate al primo invito, entro i tre anni previsti per questa campagna di screening (entro il 31 dicembre 2006)

1.8 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi):

- a) Adesione all'invito: **45%** della popolazione individuata come bersaglio.
- b) Invio alla colposcopia: **2 – 3 %** della popolazione che aderisce all'invito.
- c) Adesione alla colposcopia per tutte le classi citologiche: **70 – 80 %**.
- d) Tempo di attesa per il referto: entro **20 gg.** dal prelievo.
- e) Tempo di attesa per la colposcopia: **< 15** giorni.
- f) Citologie inadeguate: **< 5 %**.

1.9 Principali attività previste:

vedi punto **1.6**

1.10 Contenuti tecnici (metodologia adottata, strumenti di lavoro, ecc.)

L'organizzazione e la gestione dello screening per la diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero sono disciplinate dalle Linee Guida della Commissione Europea, recepite dalla Commissione Oncologica Nazionale, che prevedono:

- la popolazione bersaglio costituita dalle donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni;
- un intervallo di screening di tre anni;
- la refertazione utilizzando per la citologia la classificazione Bethesda e per l'istologia la classificazione Snomed;
- la gestione dei casi positivi o che comunque necessitano di approfondimenti, prevedendo:
 - a) un servizio di follow-up per la gestione dei casi positivi alla citologia,
 - b) un servizio di colposcopia per gli approfondimenti,

- c) specifici protocolli diagnostici e terapeutici,
- d) strutture di riferimento per il trattamento;
- l'archiviazione dei dati relativi allo screening e dei referti.

Per la definizione del programma sono stati presi in considerazione i seguenti elementi:

- la qualità dell'anagrafe assistiti (attualmente affidabile);
- l'individuazione della popolazione oggetto di screening;
- la capillare informazione della popolazione, anche con la collaborazione delle associazioni di volontariato;
- la periodicità del prelievo;
- le modalità di invito;
- la collaborazione con i MM.MM.GG.;
- il coinvolgimento delle UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia, di Anatomia Patologica, Educazione Sanitaria, Sistema Informativo, Tecnologie Informatiche e Attività Sanitarie di Comunità;
- il programma di gestione;
- il supporto certo e costante di un esperto informatico;
- la messa in rete della sede operativa dello screening (Centro screening) con i laboratori di Anatomia Patologica, le sedi di prelievo e gli ambulatori individuati per le colposcopie;
- le possibilità operative delle UU.OO. coinvolte;
- l'adeguata formazione del personale addetto;
- la precisione dei tempi di risposta (al massimo entro venti giorni dal prelievo);
- la presenza certa del personale negli orari indicati nell'invito (garanzia delle eventuali sostituzioni);
- la definizione di protocolli per gli esami di approfondimento;
- la messa in atto di controlli di qualità sistematici, su tutte le fasi del programma.

1.10 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro:

Il programma dello screening deve esaurirsi in 3 anni, dopodichè riprende una nuova campagna triennale.

Principali fasi di lavoro:

a) Invito.

Il Centro Screening provvede alla stampa e alla spedizione per posta prioritaria delle lettere di invito personalizzate. Nella lettera, dopo breve informativa relativa al test e agli scopi dello screening, sono indicati:

- il giorno, l'ora e la sede in cui la donna deve presentarsi per sottoporsi al prelievo;
 - indicazioni propedeutiche ad una corretta esecuzione dell'esame;
 - il numero telefonico verde **800324647**, a cui risponde il personale del Centro screening nella fascia oraria stabilita, che può essere contattato per ogni tipo di informazione e per cambiare la data dell'appuntamento.
 - la possibilità di effettuare il prelievo anche dal proprio ginecologo di fiducia.
- E' allegato alla lettera un opuscolo informativo prodotto dalla Regione Toscana.

b) Esecuzione dell'esame

I Centri prelievo sono collegati in rete e l'ostetrica vede sullo schermo e stampa il foglio di lavoro del turno con l'elenco delle donne invitate.

Quando la persona invitata si presenta, l'ostetrica svolge le seguenti azioni:

- richiama in video lo storico relativo all'assistita;
- effettua l'**accettazione informatica** inserendo nella procedura tutte le informazioni che acquisisce al momento del prelievo, relative a:
 - a) dati anagrafici,
 - b) il numero telefonico a cui la paziente può essere rintracciata con sicurezza (cellulare, numero di casa, dell'ufficio, ecc....);

- c) notizie anamnestiche e cliniche utili per l'esame,
 - d) il codice di chi effettua il prelievo,
 - e) la data dell'ultima mestruazione o la data di inizio della menopausa,
 - f) l'eventuale opzione del ritiro del referto c/o il punto prelievo (di regola è previsto l'invio per posta);
- assegna il codice personale che identifica l'assistita nel programma di screening;
 - informa la paziente che riceverà per posta a domicilio il referto del pap test e che, qualora questo non sia negativo, l'invio viene preceduto da una telefonata dell'ostetrica stessa che ne spiega il contenuto e propone la prenotazione della colposcopia, qualora ritenuta necessaria;
 - prima di procedere al prelievo, consegna alla donna, e si accerta che questa lo consulti attentamente, uno stampato che fornisce ulteriori informazioni sullo screening, sul prelievo a cui viene sottoposta e sulle modalità di comunicazione del referto;
 - nel caso la donna opti per il ritiro del referto presso il punto prelievo, le viene consegnato uno stampato indicante i giorni e gli orari per il ritiro;
 - effettua il prelievo secondo le linee guida del CSPO;
 - prepara il vetrino e trascrive sulla banda smerigliata il numero identificativo del prelievo (numero progressivo fornito automaticamente dalla procedura al momento dell'accettazione);
 - stampa la scheda relativa all'accettazione del prelievo e la abbina al vetrino;
 - a fine turno inserisce i vetrini e le relative schede cartacee negli appositi contenitori per il trasporto insieme con il foglio di lavoro giornaliero contenente il numero dei vetrini, l'elenco nominativo delle donne sottoposte al test, la data e la sede dei prelievi, il timbro e la firma dell'ostetrica.

Nell'ambito dell'acquisizione di notizie anamnestiche e cliniche, se la donna riferisce di non aver mai avuto rapporti sessuali completi, l'ostetrica sconsiglia il prelievo, in considerazione della scarsa incidenza di neoplasie del collo dell'utero in tali soggetti.

Qualora la donna, nonostante il suggerimento dell'ostetrica, insista per essere sottoposta all'esame, viene informata che il pap test è pur sempre un esame invasivo per cui, pur adottando tutte le misure idonee, permane la possibilità di traumi dell'imene.

c) **Refertazione**

I vetrini sono trasportati ai laboratori di Anatomia Patologica di Massa e di Carrara dai punti prelievo dei rispettivi Distretti.

La Lunigiana invia i vetrini al laboratorio di Anatomia Patologica di Carrara, utilizzando i trasporti già organizzati dai Laboratori dell'Ospedale di Fivizzano (il mercoledì e il sabato) e dall'Ospedale di Pontremoli (il martedì e il venerdì).

Successivamente il lettore effettua le seguenti azioni:

- richiama a video il record relativo al prelievo identificato con il numero dato automaticamente dalla procedura all'atto dell'accettazione;
- effettua la lettura del campione;
- scrive il referto direttamente nella procedura informatizzata;
- stampa il referto e firma solo i non i negativi;

I referti sono inviati dall'Anatomia Patologica al Centro Screening tramite lo stesso autista che provvede al trasporto dei vetrini, già suddivisi secondo il seguente criterio: a) richiamo dopo tre anni, b) richiamo dopo 6 mesi, c) positivi, d) inadeguati.

L'archivio della popolazione bersaglio viene alimentato automaticamente con la refertazione tramite procedura (sia da parte della U.O. Anatomia Patologica che da parte del ginecologo che effettua la colposcopia, quando non è previsto l'esame istologico); la donna viene inserita nell'archivio delle persone da chiamare con l'intervallo di tempo previsto in relazione all'esito dell'esame, in applicazione del codice SNOMED.

d) Comunicazione dei referti

Presso il Centro Screening il personale amministrativo:

- Provvede all'imbustamento e alla spedizione per posta prioritaria al domicilio della donna dei referti negativi;
- Provvede all'imbustamento e all'invio all'ambulatorio ospedaliero o territoriale dove è stato fatto il prelievo dei referti delle donne che hanno optato per il ritiro di persona;
- Nel caso dei referti non negativi, compresi gli inadeguati, predispone gli elenchi dei referti stessi suddivisi per punto prelievo, indicando Cognome, Nome della donna e data di nascita; trasmette gli elenchi via fax al punto prelievo territoriale di riferimento, dopo aver preavvisato telefonicamente l'ostetrica dedicata allo screening dell'invio.

Qualora il punto prelievo territoriale non sia dotato di fax, l'elenco viene inviato presso altro punto prelievo di riferimento, indicato dall'ostetrica.

In base all'elenco ricevuto, l'ostetrica accede tramite la procedura informatica ai referti delle utenti segnalate e le contatta telefonicamente preannunciando l'invio del referto al domicilio, fornendo le spiegazioni opportune e, se necessario, proponendo l'appuntamento per l'accertamento di 2° livello al quale, in caso di assenso, provvede direttamente; nel caso che donna rifiuti l'appuntamento proposto, registra il rifiuto nell'elenco.

Qualora la donna abbia necessità del referto con urgenza (ad es. in caso di prenotazione immediata per la colposcopia), prima del recapito postale, può recarsi al punto prelievo dove, a sua richiesta, le sarà stampata e fornita una copia provvisoria naturalmente priva della firma del Lettore Anatomico Patologo: sul foglio stampato deve essere scritto a mano "**copia**".

L'ostetrica ritrasmette via fax al centro screening l'elenco dei referti con l'esito delle telefonate.

- Provvede all'imbustamento e all'invio per raccomandata con ricevuta di ritorno dei referti positivi;
- Provvede all'imbustamento e alla spedizione per posta prioritaria degli altri referti non negativi;
- Per due ore al giorno, dalle ore 10,00 alle ore 12,00, è a disposizione per le informazioni telefoniche sullo screening e per spostare gli appuntamenti.

e) Secondo livello

Nella Lunigiana, le colposcopie sono eseguite, su appuntamento, negli ambulatori dedicati allo screening dello Stabilimento Ospedaliero di Pontremoli e del presidio distrettuale di Aulla.

E' stata individuata dalla U.O. di Ostetricia e Ginecologia la colposcopista Drssa Genzianella Ricci, dell'Ospedale di Pontremoli;

L'accettazione della donna viene fatta dallo specialista utilizzando la procedura informatica; allo stesso modo anche l'esito dell'esame colposcopico viene compilato dallo stesso specialista, stampato e consegnato direttamente all'interessata.

Nel caso sia necessario procedere anche all'esame biotico, il prelievo viene inviato, insieme ai vetrini dei pap test, ai laboratori di Anatomia Patologica che, a loro volta, fanno pervenire il referto alla U.O. di Ostetricia e Ginecologia inviante; quest'ultima, secondo gli accordi preventivi con la donna, provvede a recapitarle il referto e si fa carico dell'eventuale percorso successivo.

f) Solleciti

Qualora la donna non si presenti al primo invito, dopo 5 mesi, il Centro screening, con la procedura informatica, provvede ad inviare un sollecito che viene spedito per posta prioritaria; tale sollecito è inviato per conoscenza anche al medico curante, che farà opera di persuasione verso la propria assistita.

Se anche il sollecito non ha esito, il Centro screening invia al MMG l'elenco delle pazienti che non hanno risposto ai due inviti, per un ulteriore tentativo di persuasione.

1.12 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del programma:

Oltre al personale medico e ostetrico della Divisione di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale di Pontremoli (come detto alla Drssa Ricci sono affidate le colposcopie del percorso screening) e dell'ex Divisione di Fivizzano, coinvolto anch'esso nell'attività dello screening, vi sono dedicate in modo prevalente rispetto alla restante attività consultoriali.

- l'Ost. Gemma Bergamaschi, dipendente, con funzione di Referente,
- l'Ost Elisabetta Cecchini, dipendente,
- l'Ost. Anna Zavattaro, a contratto l.p. per 35 ore/sett., impegnata anche nella Costa.

L'Ost. Patrizia Piola, dipendente ad orario part-time, dedica una parte non prevalente del suo orario settimanale allo screening, mentre l'Ost. Graziella Bielli svolge nello screening un'attività di supporto abbastanza limitata.

Preso atto della volontà della Regione Toscana di riqualificare i servizi consultoriali, i percorsi di educazione all'affettività e sessualità consapevole e i percorsi di promozione della salute per le donne straniere, espressa nella delibera della G. R. n°259/2006 e del fatto che lo screening cervico vaginale è parte integrante delle attività consultoriali, per poter offrire servizi efficienti e professionalmente qualificati nell'ambito complessivo delle attività ostetriche territoriali, ritengo che potrebbe essere sufficiente proporre all'Ost. Piola di riprendere l'orario a tempo pieno (oppure integrare con un altro part time) ed inoltre dare garanzia di continuità dell'attività svolta sostituendo il contratto a termine con una Ostetrica in ruolo a tempo indeterminato (fino ad ora il contratto è stato rinnovato di 3 mesi in 3 mesi, in quest'ultima occasione pare per 2 mesi, con una situazione di precarietà che, come si è già verificato più volte in passato, si risolve con un turnover che penalizza il servizio).

Non è pensabile, né possibile offrire nuovi servizi e/o implementare quelli esistenti, senza provvedere contemporaneamente ad adeguare le risorse di personale!

1.13 Tipologia di utenza per il programma e stima della dimensione (domanda prevista):

La popolazione bersaglio è costituita dalle donne della ASL 1 di età compresa tra i 25 e i 64 anni, incluse le assistite con iscrizione temporanea (domicilio sanitario), e viene identificata utilizzando l'anagrafe assistite che allo stato attuale offre una concreta garanzia di rispondenza alla reale situazione anagrafica del comprensorio, perché aggiornata mensilmente sulla base delle variazioni anagrafiche inviate dai comuni.

Le donne comprese nello screening, che devono essere invitate nell'arco di tre anni, sono nella Lunigiana 12.970

L'incrocio della popolazione bersaglio con le SDO permette di individuare le donne isterectomizzate (isterectomia totale), che sono escluse dalla campagna di screening; questa operazione viene fatta ogni 6 mesi

La popolazione bersaglio è suddivisa per punti prelievo e per classi di età. Le donne sono invitate in ordine crescente di età e contemporaneamente sono chiamate le donne di età > 62 anni (che altrimenti uscirebbero dallo screening per limiti di età) nella percentuale del 50% del totale delle chiamate (percentuale flessibile che potrà essere modificata nel corso dello screening).

Sono accettate nel programma di screening anche le richieste spontanee di donne in età compresa tra i 25 e i 64 anni, in qualsiasi struttura dell'Azienda venga effettuato il prelievo.

1.14 Strumenti e Indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione:

vedi punto 1.8

PROGRAMMA OPERATIVO

1.1 Informazioni generali

Titolo Programma Operativo: Campagna di screening aziendale per la prevenzione dei tumori del colon retto **NON ATTIVO**

Obiettivo di settore: sottoporre al test per la ricerca del sangue occulto nelle feci la maggior parte possibile della popolazione bersaglio (uomini e donne in età compresa tra i 49 e i 64 anni di età) nell'arco di due anni.

1.2a Soggetto pubblico titolare:

ASL n°1 di Massa e Carrara.

1.2b Soggetto pubblico gestore:

Direzione Sanitaria della ASL.

1.3 Soggetto attuatore:

U.O. Attività Sanitarie di Comunità
U.O. Laboratorio Analisi
Servizi Aziendali di Endoscopia Digestiva
U.O. e Servizi di Diagnostica per Immagini
UU.OO. Attività Infermieristica Territoriale
U.O. Tecnologie e Procedure Informatiche
U.O. Sistema Informativo.

1.4 Responsabile del Programma:

Responsabile Organizzativo – Dr Ubaldo Bola, U.O. ASC
Responsabile Valutativo – Drssa Mila Panichi, U.O. Labor. Analisi
Responsabile Clinico - Dr Franco Pincione, Servizio di Endoscopia Digestiva Ospedale Carrara.

1.5 Spesa totale prevista:

non quantificata.

1.6 Localizzazione dell'intervento:

a) Fase dell'informazione alla popolazione e della promozione della campagna di screening attraverso la distribuzione di materiale informativo (manifesti, locandine), articoli sulla stampa locale ed interventi sulle TV locali.

g) Fase convocazioni, informazioni telefoniche, spedizione referti, ecc. -

Centro Screening Carrara

h) Fase consegna dei contenitori per il test - **14** punti prelievo aziendali.

Per la Lunigiana

- Presidio di Zeri (per la popolazione di Zeri – **415** persone,
- Presidio di Pontremoli (per la popolazione di Pontremoli e Filattiera – **2.892**,
- Presidio di Villafranca (per la popolazione di Villafranca, Mulazzo e Bagnone) - **2.661**,
- Presidio di Licciana (per la popolazione di Licciana e Comano) - **1.547**,
- Presidio di Aulla (per la popolazione di Aulla, Tresana e Podenzana) - **4.041**,
- Presidio di Fivizzano (per la popolazione di Fivizzano) - **2.705**,
- Presidio di Casola (per la popolazione di Casola) - **359**.

i) Fase valutativa - Laboratorio di Analisi di Carrara e Massa

j) Approfondimenti diagnostici di 2° livello

- pancoloscopia con eventuali Biopsie o piccoli interventi - ambulatori dedicati c/o Ospedali di Carrara, Massa, Pontremoli e Fivizzano
- Rx colon d.c. se necessario - c/o medesimi Ospedali.

k) Fase raccolta ed elaborazione dati - Responsabile valutativo (in realtà Responsabile organizzativo) in collaborazione con le UU.OO. Tecnologie e Procedure Informatiche e Sistema Informativo.

1.7 Obiettivi del Programma Operativo:

Completare le convocazioni della popolazione bersaglio, compresi i solleciti per le persone non presentate al primo invito, entro i 2 anni previsti per questa campagna di screening.

1.11 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi):

- Avvio della campagna: **2006??**
- Le prime lettere di invito sono spedite il giorno:.....
- I primi appuntamenti sono fissati per il giorno:
- Adesione all'invito: **50%** della popolazione individuata come bersaglio.
- Positività al test: **5/6%** della popolazione che aderisce all'invito.
- Campioni inadeguati: **< 1%**.
- Adesione agli approfondimenti diagnostici: **75%**.
- Tempo di attesa per il referto: entro **10 gg.** dalla riconsegna del campione.
- Tempo di attesa per la pancoloscopia: **< 7/8 giorni**.
- Tempo di attesa per l'eventuale Rx del colon a d.c.: **< 6/7 giorni (con l'obiettivo dell'esecuzione entro il giorno successivo per sfruttare la preparazione del paziente)**.

1.9 Principali attività previste:

vedi punto **1.6**

1.10 Contenuti tecnici (metodologia adottata, strumenti di lavoro, ecc.)

L'organizzazione e la gestione dello screening per la diagnosi precoce dei tumori del colon retto sono disciplinate dalle Linee Guida del CRR.

Il programma di screening è rivolto ai cittadini residenti nella ASL di ambo i sessi, di età compresa tra i 49 e i 70 anni compiuti e si basa sull'impiego di un test immunologico per la ricerca del sanguinamento occulto fecale, da effettuarsi su un unico campione di feci e senza restrizioni dietetiche.

Per la definizione del programma sono stati presi in considerazione i seguenti elementi:

- la qualità dell'anagrafe assistiti;
- l'individuazione della popolazione oggetto di screening;
- la capillare informazione della popolazione, anche con la collaborazione delle associazioni di volontariato;
- la periodicità del prelievo;
- le modalità di invito;
- la collaborazione con i MM.MM.GG.;
- il coinvolgimento delle UU.OO. di Laboratorio di Analisi, Assistenza Infermieristica Territoriale, Tecnologie e Procedure Informatiche, Educazione Sanitaria, Sistema Informativo, Radiodiagnostica e dei Servizi Aziendali di Endoscopia Digestiva;
- il programma di gestione;
- il supporto certo e costante di un esperto informatico;
- la messa in rete della Sede operativa dello screening con il Laboratorio di Analisi di Carrara, gli ambulatori dei presidi distrettuali individuati per la distribuzione e il ritiro dei test, gli Ambulatori ospedalieri individuati per le colonscopie, che provvedono a registrare nella procedura informatica anche i referti di eventuali accertamenti radiologici da loro richiesti;
- le possibilità operative delle UU.OO. coinvolte;
- l'adeguata formazione del personale addetto;
- la precisione dei tempi di risposta (al massimo entro 10 giorni dalla riconsegna nel presidio distrettuale del campione di feci prelevato);
- la presenza certa del personale negli orari indicati nell'invito (con la garanzia delle eventuali sostituzioni);
- la definizione di protocolli per gli esami di approfondimento (è attualmente in definizione un percorso assistenziale aziendale);
- la messa in atto di controlli di qualità sistematici, su tutte le fasi del programma.

1.11 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro:

Il programma dello screening deve esaurirsi in 2 anni, dopodiché riprende una nuova campagna.

Principali fasi di lavoro:

a) Invito

Il Centro Screening (tel. **0585-767661**) provvede alla stampa e alla spedizione per posta prioritaria delle lettere di invito personalizzate. Nella lettera, dopo breve informativa relativa al test e agli scopi dello screening, sono indicati:

- il giorno, l'ora e la sede in cui la persona deve presentarsi per ritirare il contenitore per il test e ricevere le informazioni del caso;
- indicazioni propedeutiche ad una corretta esecuzione dell'esame;
- il numero telefonico verde **800210406**, a cui risponde il personale del Centro screening nella fascia oraria stabilita, che può essere contattato per ogni tipo di informazione e per cambiare la data dell'appuntamento.

Viene allegato alla lettera un opuscolo informativo prodotto dalla Regione Toscana.

Gli inviti vengono stampati quattro/cinque volte al mese e devono essere inviati con un anticipo di circa 15 giorni rispetto all'appuntamento.

Per due ore al giorno, dalle ore 8,00 alle ore 10,00, personale dedicato del Centro screening è a disposizione per le informazioni telefoniche sullo screening e per spostare gli appuntamenti.

E' previsto che un familiare o un conoscente possono ritirare il test anche per altra persona dietro presentazione della lettera di invito della stessa.

b) Consegna del test all'utente

I punti di distribuzione e raccolta dei test sono collegati in rete e l'operatore vede sullo schermo e stampa il foglio di lavoro del turno con l'elenco delle persone invitate.

Quando la persona invitata si presenta, il primo addetto sanitario svolge le seguenti azioni:

- fornisce alle persone convocate e raggruppate in piccoli gruppi le istruzioni per una corretta raccolta del campione di feci da esaminare, per la sua conservazione e per la riconsegna;

inoltre consegna uno stampato che contiene ulteriori informazioni sullo screening, sul test e sulle modalità di comunicazione del referto (compresa la comunicazione al medico di famiglia in caso di esito positivo dell'esame); infine completa tutte le spiegazioni del caso e si accerta che i presenti abbiano capito le indicazioni fornite; poi, singolarmente, il secondo sanitario

- ❑ richiama in video lo storico relativo all'assistito;
- ❑ effettua **l'accettazione informatica** inserendo nella procedura tutte le informazioni che acquisisce al momento della consegna del test, relative a:
 - g) dati anagrafici,
 - h) data della consegna,
 - i) il numero telefonico a cui la persona può essere rintracciata con sicurezza (cellulare, numero di casa, dell'ufficio, ecc....);
 - j) medico curante, (in caso di mancata scelta, la persona può indicare un Medico di fiducia),
 - k) l'eventuale opzione del ritiro del referto c/o il punto prelievo (di regola è previsto l'invio per posta);
- ❑ abbina automaticamente alla persona, tramite il lettore ottico, il codice a barre già presente sulla provetta;
- ❑ scrive nome e cognome della persona sulla targhetta adesiva della provetta;
- ❑ nel caso la persona opti per il ritiro del referto presso l'ambulatorio dello screening, le consegna uno stampato indicante i giorni e gli orari per il ritiro (in quest'ultimo caso copia del referto non viene inviata al MMG).

c) Riconsegna del test da parte dell'utente

La riconsegna del campione di feci da parte dell'utente, che deve avvenire **al più presto**, è effettuata utilizzando appositi contenitori ben visibili e individuabili all'interno dei presidi distrettuali, senza la presenza dell'operatore.

Al termine di ogni giornata i campioni riconsegnati vengono prelevati dall'operatore sanitario, riaccettati (cioè confermati), raccolti in un contenitore/busta (doppi) insieme all'elenco nominativo dei campioni datato e firmato dall'operatore (copia dell'elenco viene trattenuta nel presidio), riposti in frigorifero, in attesa di essere affidati al personale addetto per il trasporto al Laboratorio Analisi di Carrara.

d) Refertazione

I campioni provenienti dagli ambulatori dello screening dei presidi distrettuali vengono trasportati al Laboratorio Analisi di Carrara con cadenza almeno bisettimanale.

Qui i campioni fecali possono essere conservati a temperatura +2°- +4° per un massimo di 4 giorni prima della lettura.

La Lunigiana invia i campioni al Laboratorio di Carrara utilizzando i trasporti già organizzati dai Laboratori dell'Ospedale di Fivizzano (il mercoledì e il sabato) e dall'Ospedale di Pontremoli (il martedì e il venerdì) e adottati per i pap test.

e) Comunicazione dei referti

Presso il Centro Screening il personale amministrativo:

- ❑ Provvede all'imbustamento e alla spedizione per posta prioritaria al domicilio dell'utente dei referti negativi, con l'indicazione della ripetizione biennale del test.
- ❑ Provvede all'imbustamento (in busta chiusa) e all'invio all'ambulatorio distrettuale dove è stato consegnato il test dei referti negativi degli utenti che hanno optato per il ritiro di persona.

- Nel caso dei referti inadeguati predispone gli elenchi dei referti stessi suddivisi per ambulatorio dello screening, indicando Cognome, Nome della persona e data di nascita; trasmette gli elenchi via fax all'ambulatorio, dopo aver preavvisato telefonicamente l'addetto sanitario dell'invio. Qualora l'ambulatorio non sia dotato di fax, l'elenco viene inviato presso altro ambulatorio di riferimento, indicato dall'addetto sanitario.

In base all'elenco ricevuto, l'addetto sanitario accede tramite la procedura informatica ai referti degli utenti segnalati e li contatta telefonicamente preannunciando l'invio del referto al

domicilio, fornendo le spiegazioni opportune e proponendo l'appuntamento per la ripetizione del test; qualora la persona rifiuti l'appuntamento proposto, ne dà comunicazione al centro screening che provvede egualmente ad una nuova convocazione a mezzo posta.

L'addetto sanitario ritrasmette via fax al centro screening l'elenco dei referti con l'esito delle telefonate.

- Nel caso di referto positivo, qualora l'utente non abbia espressamente chiesto il ritiro del referto di persona, il Centro Screening trasmette all'utente stesso per raccomandata con ricevuta di ritorno l'esito positivo del test; copia del referto viene inviata anche al M.M.G.

Qualora il paziente non si presenti spontaneamente dal proprio Medico entro 3-4- giorni, il Medico provvede a contattare il proprio assistito per fornirgli le spiegazioni sulla positività riscontrata, sul suo significato e, qualora lo ritenga necessario, sulla necessità di approfondimenti diagnostici; lo stesso MMG prenota la pancoloscopia (o, se non possibile, l'Rx del colon a d.c.) e consegna al paziente le istruzioni per la preparazione all'esame.

Nel caso l'utente abbia optato per il ritiro di persona, il Centro Screening invia il referto con la proposta di ulteriori accertamenti al presidio distrettuale di riferimento dell'utente.

Qui l'addetto sanitario dell'ambulatorio dello screening consegna il referto al paziente e raccomanda di rivolgersi ad un Medico di fiducia.

Non è previsto che il personale sanitario (né tanto meno il personale amministrativo del Centro screening) fornisca spiegazioni o entri nel merito del contenuto del referto.

f) Secondo livello (Approfondimenti diagnostici)

Nei soggetti positivi al test di screening l'approfondimento diagnostico indicato è la colonscopia totale o, se non possibile (circa il 20% dei casi), l'Rx del colon a d.c.

Considerando il numero delle persone da invitare (circa 57.000), l'adesione all'invito prevista (circa il 50%) e il numero dei test positivi (intorno al 5/6%), si calcolano circa 800-850 pancoloscopie/anno di cui circa 200 in Lunigiana e 600 in Costa e, sempre per lo screening, circa 120 clismi/anno nella Costa e circa 40 nella Lunigiana.

La prenotazione delle pancoloscopie dei pazienti compresi nel percorso screening dovrebbe seguire una corsia preferenziale che garantisca tempi di attesa contenuti (al massimo 7/8 giorni).

Le pancoloscopie sono eseguite, su appuntamento, negli ambulatori dedicati allo screening degli Stabilimenti Ospedalieri di Carrara, Massa, Fivizzano e Pontremoli (Centri di Riferimento di II livello)

Sono stati individuati nei Servizi di Endoscopia Digestiva Aziendali i seguenti endoscopisti, che garantiscono la continuità dell'attività con le reciproche sostituzioni:

- Dr Franco Pincione, dell'Ospedale di Carrara.***
- Dr Giovanni Ceccarelli, dell'Ospedale di Massa;***
- Dr Luciano Pasquali, dell'Ospedale di Fivizzano;***
- Dr Luisito Gatti, dell'Ospedale di Pontremoli.***

L'accettazione del paziente viene fatta dallo specialista utilizzando la procedura informatica dello screening; allo stesso modo anche l'esito dell'esame endoscopico viene compilato dallo stesso specialista, stampato e consegnato direttamente all'interessato.

Nel caso sia necessario procedere anche a esame/i biptico/i e/o polipectomia/e, il prelievo viene inviato ai laboratori di Anatomia Patologica che, a loro volta, fanno pervenire il referto al Servizio inviante; quest'ultimo, secondo gli accordi preventivi con il paziente, provvede a recapitargli il referto e si fa carico dell'eventuale percorso successivo.

Qualora non sia possibile al Colonscopista effettuare o completare la pancoloscopia, lo stesso prende accordi e **prenota con corsia preferenziale l'Rx del colon a d.c..**

In questo caso il percorso ideale al quale il programma dello screening deve tendere è una collaborazione dei due servizi di endoscopia digestiva e di radiologia tale da consentire al paziente di effettuare l'Rx del colon con d.c. o nello stesso giorno o, al massimo, nella giornata successiva per sfruttare la preparazione.

Completato l'esame, la Radiologia invia il referto al Colonscopista che lo inserisce nella procedura informatica e comunica al paziente il risultato dell'approfondimento diagnostico.

I soggetti sottoposti a pancoloscopia (con toeletta di grado ottimale) risultati negativi all'approfondimento per lesioni polipoidi o per cancro coloretale vengono invitati a ripetere il test di screening **non prima di cinque anni**.

I soggetti sottoposti a colonscopia parziale e Rx del colon per clisma a d.c. e risultati anch'essi negativi agli approfondimenti, vengono invece invitati ad effettuare il successivo test di screening **non prima di tre anni**.

Al termine degli approfondimenti diagnostici è compito del Centro di Riferimento di II° livello consegnare al paziente un referto, indirizzato al MMG, contenente le conclusioni diagnostiche, le eventuali terapie conservative effettuate e il consiglio per eventuali ulteriori controlli o terapie.

g) Solleciti

Qualora la persona non si presenti al primo invito, dopo **3 mesi** il Centro screening provvede ad inviare un sollecito; tale sollecito è inviato per conoscenza anche al medico curante, che farà opera di persuasione verso il proprio assistito.

Se anche il sollecito non ha esito, trascorsi ulteriori **3 mesi**, il Centro screening invia al MMG l'elenco delle pazienti che non hanno risposto ai due inviti, per un ulteriore tentativo di persuasione

1.15 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del programma:

I.P. Anna Giampietri	Referente punti prelievo Zona Lunigiana,
I.P. Loredana Tavernelli	per il presidio distrettuale di Aulla,
I.P. Rosetta Solinas	“ “
I.P. Paola Del Rio	per il presidio distrettuale di Fivizzano,
I.P. Alberto Cummaro	“ “
I.P. Enrica Beghè	per il presidio distrettuale di Pontremoli

1.13 Tipologia di utenza per il programma e stima della dimensione (domanda prevista):

La popolazione bersaglio è costituita dai cittadini di ambo i sessi della ASL 1 di età compresa tra i 49 e i 70 anni compiuti, inclusi gli assistiti con iscrizione temporanea (domicilio sanitario), e viene identificata utilizzando l'anagrafe assistiti che allo stato attuale offre una concreta garanzia di rispondenza alla reale situazione anagrafica del comprensorio, perché aggiornata mensilmente sulla base delle variazioni anagrafiche inviate dai comuni.

Lo screening è quindi indirizzato a persone con “rischio anagrafico” (cioè legato all'età), mentre ne **vengono escluse** quelle con rischio “familiare”, per le quali sono previsti controlli molto più intensi.

Sono inoltre esclusi dallo screening già in sede di convocazione, attraverso l'incrocio con i dati storici dei Servizi di Endoscopia Aziendali (**si deve ancora accertare che i programmi utilizzati dai 4 servizi siano compatibili con il programma in uso per lo screening**), dell'U.O. di Anatomia Patologica e delle **Schede di Dimissione Ospedaliera** oppure all'atto della consegna del contenitore, i pazienti positivi per neoplasia del colon, quelli affetti da malattie croniche intestinali o patologie precancerose, in quanto già inseriti in altri percorsi e seguiti dal proprio MMG.

Le persone comprese nello screening, che devono essere invitate nell'arco di due anni sono nella Zona della Lunigiana: **14.620**

Si è deciso di non tenere conto di precedenti esami di ricerca del sangue occulto per dilazionare l'invio della chiamata.

La popolazione bersaglio è suddivisa per punti prelievo e per classi di età.

Le persone sono invitate in ordine decrescente di età, a partire da coloro che sono vicini al limite di età per l'esclusione dallo screening (70 anni).

Per facilitare l'accesso al test si è proceduto ad un frazionamento del territorio e sono stati individuati gli ambiti territoriali già elencati.

1.16 Strumenti e Indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione:

vedi punto 1.8

In conclusione come la stessa Direzione Aziendale ha potuto constatare nella riunione del 19 aprile, praticamente **non esiste** ad oggi servizio coinvolto nel percorso dello screening che non frapponga problemi legati a carezza di personale o al funzionamento/idoneità delle attrezzature.

Attualmente, dopo una ennesima ricognizione, senza voler proporre l'elenco dei problemi attualmente irrisolti, **solo a Fivizzano** saremmo in grado di attivare lo screening con sufficiente tranquillità.

Ma per dare avvio alla campagna dello screening è comunque necessario disporre di alcune garanzie di base per assicurare un sufficiente funzionamento dello screening a livello aziendale, anche perché pur cominciando a ritmo ridotto, dovremmo in tempi stretti allargare l'attività in modo di **completare lo screening entro il 31 dicembre 2007.**

Poiché uno dei momenti fondamentali del percorso è la consegna del contenitore con l'istruzione/accettazione informatica dell'utente e la riconsegna/accettazione del campione, **è indispensabile che l'equipe delle infermiere dia le garanzie necessarie.** A forza di limare, i due Direttori di U.O. sono arrivati alle seguenti richieste di minima che però garantiscono solo lo screening, non il resto delle attività infermieristiche territoriali, nelle quali si lavora in una **situazione di continua emergenza:**

- per la Zona Apuana almeno **15 ore** di straordinario settimanali **+3 ore/sett.** della cooperativa;
- per la Zona Lunigiana la sostituzione di **almeno una** delle unità infermieristiche perse recentemente.

PROGETTI SER.T LUNIGIANA

Organizzazione e programma triennio 2006/2008

Per quanto riguarda l'organizzazione del Ser.T. Lunigiana si richiama la relazione prodotta nei mesi scorsi. Strutturalmente e funzionalmente il servizio nella sua organizzazione a settori e gruppi di lavoro risponde nel modo più efficace possibile ai compiti propri del servizio e alle istanze specifiche di un territorio complesso come quello della Lunigiana.

E' necessario però affrontare le criticità e i punti di debolezza, rilevabili dai dati e dalle analisi fatte, attraverso migliorie organizzative e azioni innovative sperimentabili e verificabili.

In quest'ottica, e in continuità con l'operato degli ultimi anni e i risultati raggiunti il gruppo di lavoro del ser.t. per il triennio 2006/2008, ha programmato ricerche e elaborato progetti che comprendono diverse aree di intervento.

Area clinico-riabilitativa:

Settori individuati:

- 1) ambulatorio doppia diagnosi Ser.T. -UFSMA – *sono state definite le procedure e i percorsi terapeutici da un gruppo di lavoro che comprendeva operatori Ser.T., UFSMA, Servizio Sociale e MMG. Nel corso dell'anno 2006 tali procedure saranno sperimentate e valutate nella loro efficacia.*
- 2) Centro Diurno – *il Centro Diurno ser.T. negli anni ha mutato le sue funzioni e necessità di una nuova organizzazione, soprattutto in riferimento all'evoluzione dell'utenza. Resterà attivo il modulo dell'accoglienza (due mattine alla settimana) e si proseguirà nell'attività di tutoraggio e sostegno finalizzata a favorire l'inserimento sociale degli utenti 'storici' e di quelli problematici. Sarà attivato nell'orario pomeridiano un nuovo modulo (laboratorio espressivo) e, nel contempo, si definiranno e sperimenteranno diversi percorsi terapeutici (gruppi esperenziali e terapie di gruppo)*
- 3) Centro Antifumo – *Sarà istituito un Servizio di counselling presso gli ospedali di Pontremoli e Fivizzano (vedi progetto allegato)*

Area della prevenzione e dell'educazione sanitaria:

I progetti elaborati sono:

- 1) progetto Senza Titolo (2^a edizione) – *il progetto Senza Titolo 2, già avviato nell'anno in corso, è stato integrato e ampliato, tenendo conto come sempre delle criticità del nostro territorio. Oltre alle azioni e agli interventi ormai strutturati (tavolo Scuola-Servizi, gruppi studenti, attivazione micro-progetti, attività di consulenza istituzionale), nell'anno 2006/2007 si darà avvio ad un nuovo progetto ideato e elaborato da operatori Ser.T., insegnanti e istitutori del l'Istituto Agrario di Soliera ('Crescere Insieme'). Il modulo Centro Studi e ricerche parteciperà alle ricerche proposte dal Servizio*
- 2) Riorganizzazione Servizio CIC (vedi progetto allegato)
- 3) Progetto 'Libera...Mente'- *Le numerose e sempre crescenti richieste di interventi di educazione sanitaria hanno reso necessario ri-pensare la organizzazione delle attività di educazione sanitaria nelle scuole. Il progetto delle settimane di lavoro intensivo (vedi progetto allegato) sono state discusse nel tavolo di lavoro Scuola -Servizi e con la Responsabile di Educazione Sanitaria della Lunigiana. Nell'anno scolastico 2006/2007 ci sarà la prima sperimentazione della proposta progettuale.*

Continuerà l'attività degli operatori ser.t nel centro polivalente adolescenti (ICARO) e l'attività del 'Gruppo Giovani' e del Comitato di Redazione 'Icaro news'

Area della ricerca-intervento

Saranno avviate, già a partire dall'anno in corso, due indagini epidemiologiche:

- 1) Indagine epidemiologica sull'uso e la dipendenza da alcol e tabagismo nella popolazione generale in Lunigiana (vedi progetto allegato) –
- 2) Indagine epidemiologica di popolazione in Lunigiana sulla presenza di comportamenti a rischio in adolescenza

Responsabile dei progetti-ricerca sarà il Dott. Varese, che verrà coadiuvato dagli operatori del Centro Studi e Ricerca

Dagli esiti delle indagini, dai dati raccolti e dall'analisi che ne seguirà, sarà possibile avere maggiori indicazioni per la messa in atto di interventi preventivi, di cura e riabilitazione.

Gli elaborati saranno presentati e discussi successivamente in gruppi di operatori socio-sanitari, insegnanti, adolescenti e giovani, genitori e associazioni al fine di promuovere una vera e propria partecipazione nel processo di ricerca delle 'soluzioni' più idonee e 'fattibili'. Le indicazioni e le proposte che emergeranno verranno quindi valutate dal gruppo di lavoro Ser.T. al momento della ri-definizione di programma annuale.

Programma Operativo

1.1 Informazioni generali

Titolo Programma Operativo: **“Senzatitolo” (seconda edizione)**

Dall'esperienza del triennio operativo del Senzatitolo si è giunti alla fisiologica proposta della prosecuzione di un progetto che, in tre anni di vita, ha creato un modello di integrazione tra i Servizi (Sanitario e Sociale) e le Istituzioni scolastiche, all'interno del quale vengono accolti ed accompagnati nel percorso di crescita gli adolescenti ai quali i nostri interventi sono rivolti.

Nel proporre una seconda edizione del Progetto Senzatitolo si è tenuto conto sia delle risorse che delle difficoltà incontrate durante questi anni di attività.

La formulazione del nuovo Progetto è, dunque, generata dalla valutazione di ciò che è stato realizzato fino ad oggi.

Obiettivo:

Potenziamento attività di prevenzione primaria e secondaria delle problematiche legate alla tossicodipendenza e al disagio adolescenziale.

1.2a Soggetto pubblico titolare

Società della Salute della Lunigiana, A.S.L.

1.2b Soggetto pubblico gestore

Società della Salute della Lunigiana, A.S.L. (Ser.T e Servizio Sociale)

1.3 Soggetto attuatore

A.S.L., Cooperativa di Servizi

1.4 Responsabile del programma

Dott.ssa Daniela Monali Responsabile Ser.T Lunigiana

1.5 Spesa totale prevista

Spesa totale prevista: 80.000 euro

1.6 Localizzazione dell'intervento

Il territorio interessato è quello della Lunigiana.

1.7 Obiettivi del Programma Operativo

1. Potenziamento attività di prevenzione primaria e secondaria delle problematiche legate alla tossicodipendenza e al disagio adolescenziale.
2. Costruzione di una rete per interventi di educazione e prevenzione, contestualizzati e mirati

- alle reali esigenze dei giovani del territorio. Riorganizzazione attività di educazione sanitaria
3. Efficace programmazione di interventi nei CIC e nel Centro Consulenza Adolescenti e Famiglie del Ser.T.
 4. Avvio microprogetti extra-scolastici.
 5. Aumento spazi/momenti incontro con giovani
 6. Promozione attività di ricerca

1.8 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi)

1. Coinvolgimento e partecipazione della popolazione giovanile ai progetti e ai servizi.
2. Maggiore conoscenza da parte dei giovani delle risorse del territorio.
3. Incremento contatti sul Web.
4. Promozione di partecipazione attiva agli interventi di prevenzione da parte degli insegnanti, degli adolescenti e dei giovani, degli operatori dei Servizi, interventi che dovranno essere programmati e coordinati.
5. Individuazione/sperimentazione strategie di intervento nelle scuole medie inferiori e superiori della Lunigiana.
6. Miglioramento accesso ai Servizi per adolescenti.
7. Potenziamento Centro Consulenza Adolescenti e Famiglie

1.9 Principali attività previste

- A) Riunioni periodiche del Tavolo di Lavoro Scuola- Servizi
- B) Incontri periodici di Gruppi Studenti Animatori
- C) Programmazione interventi di Educazione Sanitaria e Prevenzione nelle scuole medie inferiori e superiori
- D) Programmazione attività C.I.C. negli istituti superiori (all.1)
- E) Organizzazione giornate di Prevenzione e Informazione rivolte alle classi terze medie e superiori al Centro Giovanile Polivalente "Icaro" (all. 2)
- F) Realizzazione di un laboratorio audio-video sperimentale in una scuola media
- G) Attuazione di un progetto di prevenzione del disagio giovanile "Crescere Insieme" in collaborazione con l'Istituto Agrario di Soliera (all.3)
- H) Attività Centro Consulenza Adolescenti
- I) Realizzazione e distribuzione di materiale informativo riguardante le sostanze il cui uso sta diventando particolarmente allarmante (es.: cocaina); promozione momenti di discussione (Focus group)
- J) Organizzazione di spazi/momenti aggregativi ed eventi al Centro Giovanile Polivalente "Icaro"
- K) Partecipazione ad una indagine epidemiologica sulla diffusione del tabagismo e dell'uso di alcolici nel territorio lunigianese, svolta in collaborazione con i medici curanti e ad una indagine epidemiologica sulla presenza di segnali predittivi in adolescenza di comportamenti a rischio (all.4 e 5)

1.10 Contenuti tecnici (metodologia adottata, strumenti di lavoro, ecc...)

Il progetto si articola in moduli:

- A) Prosecuzione del Tavolo di Lavoro Scuola-Servizi
- B) Consulenza Istituzionale ai Gruppi di studenti e agli insegnanti; avvio progetti condivisi nelle scuole medie superiori ("Gruppo Studenti Animatori"- Gruppi studenti) e creazione di Gruppi di riferimento (studenti ed insegnanti) sperimentali nelle scuole medie inferiori
- C) Interventi di Educazione Sanitaria e realizzazione del progetto "Libera...mente", ideato dal gruppo di lavoro Ser.T.-Scuola.
- D) Mantenimento attività C.I.C. negli Istituti Superiori. Riorganizzazione dell'attività. (
- E) Attuazione del progetto di prevenzione del disagio giovanile "Crescere Insieme" in

- collaborazione con l'Istituto Agrario di Soliera.
- F) Attività del Centro Consulenza Adolescenti e Famiglie
- G) Organizzazione spazi/momenti aggregativi e organizzazione eventi.(potenziamento Rete Ser.T.: utilizzazione Centro Icaro)
- H) Attività Centro Studi e Ricerche – partecipazione indagini su territorio - e Aggiornamento Sito Web

1.11 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

Il progetto ha la durata di 3 anni.

Lo schema operativo del 1°anno è il seguente:

	mesel	mese2	mese3	mesi4-5	Mesi 6-7		Mesi 8-9	mesi10-11	mese12
A	Mod.A: Incontri di programmazione ed individuazione strategie	Mod.A:	Mod.A:	Mod.A:	Mod.A: Verifica progetto	Mod.A: Organizzazione giornate di studio seminariali Valutazione risultati ob. Intermedi Incontri di programmazione ed individuazione strategie	Mod.A:	Mod.A: Valutazione progetto e Verifica	
B	Mod.B: Consulenza Istituzionale ai Gruppi di Studenti	Mod.B:	Mod.B: Azioni previste nei singoli microprogetti	Mod.B: Consulenza Istituzionale ai Gruppi di Studenti	Mod.B: verifica progetto Relazioni	Mod.B: Consulenza Istituzionale ai Gruppi di Studenti Costituzione gruppi di riferimento. Avvio progetti	Mod.B: Programma operativo anno 2006/2007	Mod.B:	Mod.B:
C	Mod.C: Proposta attività di informazione e educazione sanitaria ('Libera...mente')	Mod.C: Individuazione compiti e obiettivi	Mod.C :	Mod.C :	Mod.C : Programmazione settimane educazione sanitaria 'Liberamente' giornate	Mod.C : Incontri con esperti. Valutazioni gruppo di lavoro Ser.t -Scuola	Mod.C :	Mod.C : Proposta medello di intervento Individuazione azioni preparatorie (operatori scolastici)	Mod.C :

D	Mod. D: Programmazione attività	Mod. D: Colloqui nelle scuole	Mod. D:	Mod. D: Relazione finale operatori Tavolo di lavoro	Mod. D: Programmazione E riorganizzazione servizio CIC	Mod. D: Proposta nuova organizzazione attività CIC (Tavolo di Lavoro)	Mod. D: Inizio CIC	Mod. D:
E	Mod. E:	Mod. E: Costituzione gruppo di coordinamento, valutazione risorse e programmazione Riunioni Gruppo	Mod. E: Elaborazione progetto	Mod. E:	Mod. E: Presentazione progetto (insegnanti/studenti), avvio laboratori e monitoraggio	Mod. E: Presentazione progetto operatori scolastici e studenti Incontri con esperti, riunioni gruppo studenti, programmazione e analisi proposte esperti	Mod. E: Avvio azioni progettuali	Mod. E: Giornata di studio, verifica progetto,

F	Mod. F: Programmazione e assegnazione risorse Continuazione attività clinica	Mod. F: Individuazione procedure di intervento	Mod. F:	Mod. F:	Mod. F: Seminari formazione	Mod. F: Verifiche	Mod. F:	Mod. F:
G	Mod. G: Incontri di programmazione continuazione attività laboratoriali	Mod. G:	Mod. G:	Mod. G:	Mod. G: Presentazione attività / convegno Programmazione attività estiva/ eventi	Mod. G: Continuazione attività Centro	Mod. G: Settimana formazione adolescenza	Mod. G: Restituzione(ai gruppi referenti e valutazione ipotesi di lavoro per l'anno successivo)
H	Mod.H: Costituzione Gruppo di Consulenza che si occupa del Sito Web Mantenimento del Sito Web www.senzatitolo.org	Mod.H:	Mod.H :	Mod.H : Analisi funzionalità del servizio online	Mod.H : Elaborazione strategie per rendere più accessibile ed utilizzabile il servizio Programma Aggiornamento	Mod.H : partecipazione indagini epidemiologiche	Mod.H : Verifica andamento sito (accessi e contatti)	Mod.H : Relazione finale

1.12 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del Programma

Psicologi, Educatori, Assistenti Sociali, Medici

1.13 Tipologia di utenza per il Programma e stima della dimensione (domanda prevista)

Adolescenti compresi nella fascia di età 12/19 frequentanti le scuole medie inferiori e superiori del Territorio (numero contatti >1000).

Adolescenti e giovani adulti del territorio lunigianese (15-25anni).

1.14 Strumenti e Indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

Il progetto prevede un monitoraggio in itinere, attraverso incontri e supervisioni, elaborazione dati e relazioni periodiche. Le giornate studio programmate saranno inoltre un utile strumento di verifica e valutazione del processo in corso.

Indicatori dei risultati:

Nr. contatti adolescenti e giovani

Nr. microprogetti attivati

Nr. contatti Sito Web

Reports

All.1

C.I.C.

(Centri Informazione Consulenza)

Da molti anni il Servizio Tossicodipendenze della Lunigiana è promotore dell'attività C.I.C. svolta all'interno delle scuole medie superiori del Territorio.

Tale attività rientra nell'area della prevenzione primaria e secondaria dell'uso di sostanze stupefacenti e del disagio psicologico adolescenziale.

Definiti anche come "sportelli di ascolto", i C.I.C. offrono la possibilità, agli adolescenti che ne fanno richiesta, di utilizzare uno spazio di ascolto all'interno della scuola, per parlare di ciò che desiderano, chiedere informazioni specifiche riguardo a problematiche presenti e ottenere indicazioni appropriate sui servizi di pertinenza presenti sul territorio sulla base dei contenuti emersi dal colloquio effettuato (Informagiovani, Centri di orientamento, Centri giovanili di aggregazione, Servizi di consulenza per adolescenti).

Modalità

All'inizio di ogni anno scolastico, previa formale richiesta degli Istituti interessati, vengono concordate le specifiche modalità e i tempi di attuazione più idonei all'adempimento delle richieste inoltrate.

Di fondamentale importanza è la stretta collaborazione fra i vari servizi che si occupano di Adolescenza che rende di fatto possibile il continuo monitoraggio dell'attività, la tempestività degli interventi nei casi di particolare disagio riscontrato nei ragazzi, la fruibilità delle informazioni da parte degli insegnanti riguardo alle modalità di accesso dei ragazzi e lo svolgimento degli appuntamenti all'interno dell'orario scolastico (individuazione degli spazi logistici e temporali più appropriati).

Per l'anno scolastico 2006- 2007, è prevista una nuova formula di attuazione che verrà discussa e programmata dal Tavolo di Lavoro Scuola-Servizi.

Da una valutazione dell'attività svolta nell'ultimo anno è emerso che la maggioranza delle richieste pervenute al Servizio provengono dai quattro Istituti Professionali, dal Liceo linguistico – sociopsicopedagogico e dal Liceo Classico di Aulla. Si è ritenuto pertanto opportuno offrire cicli periodici degli spazi C.I.C. che potranno garantire l'accoglienza delle richieste dei ragazzi offrendo loro, al contempo, un senso di continuità dello spazio di ascolto.

A questo scopo, come per gli anni precedenti, ogni operatore sarà impegnato all'interno di una specifica scuola. Si prevede di effettuare due cicli di colloqui in due periodi scolastici : ottobre-novembre, febbraio – marzo lasciando a disposizione per ciascuna scuola un monte ore predefinito.

Lo sportello di ascolto all'interno delle altre scuole, verrà attivato solo in base alle effettive necessità dei ragazzi.

Schema orientativo per ciascun Istituto:

*5 giorni alla settimana per due settimane consecutive
nel periodo ottobre –novembre e nel periodo febbraio –marzo*

N° operatore : 1

Monte ore totali: 40 + 20 (relazioni – schede)

N °operatori totali impegnati: 3

Come è diventata ormai consuetudine dall'esperienza degli anni precedenti, nel Liceo Classico, i C.I.C. verranno attivati sulla base delle richieste inoltrate dall'Insegnante Referente alla Salute, in base ai bisogni dei ragazzi che ne faranno richiesta.

Libera...mente

Attività di informazione, educazione sanitaria e prevenzione del Ser.T., in collaborazione con Servizio di Educazione sanitaria e Istituti scolastici del Territorio

Premessa

In comune accordo con i referenti alla salute delle scuole medie inferiori e superiori che da anni partecipano al tavolo di lavoro Scuola-Servizi si è pensato di concentrare per l'anno 2007 l'attività di educazione alla salute presso il Centro Polivalente Icaro nella durata di tre settimane tra la fine del mese di aprile e le prime due settimane di maggio 2007. L'intervento è stato pensato sulle classi terze degli istituti inferiori e sulle classi terze degli istituti superiori onde evitare, come a volte nel corso degli anni è capitato, di ripetere gli stessi interventi nelle medesime classi riguardanti la solita tematica nel corso degli anni. Gli argomenti che le classi andranno ad affrontare verranno concordati con i referenti alla salute durante gli incontri mensili del tavolo Scuola –Servizi e nei mesi antecedenti alle settimane di educazione alla salute alcuni insegnanti terranno, all'interno dei singoli istituti, lezioni propedeutiche alle tematiche che i ragazzi andranno ad affrontare. I ragazzi parteciperanno alle settimane organizzate all'interno del progetto 'Libera..Mente', seguendo un percorso predefinito in sede di programmazione; il 'percorso' prevede incontri con esperti e momenti di gioco e animazione e di discussione. Alle classi terze medie (circa 20) verranno dedicate la prima (mod. 1) e la terza (mod. 2) settimana dal lunedì al venerdì mentre alle classi terze superiori (circa 12) sarà dedicata la seconda settimana dal lunedì al mercoledì (mod. 1) e dal giovedì al sabato (mod. 2). Lo schema orario e delle attività è il seguente:

ESEMPIO GIORNATA SETTIMANA ICARO (MOD.1)

Orario	Classe A	Classe B	Orario	Classe C	Classe D
8.45 – 9.00	Accoglienza	Accoglienza	8.45 – 9.00	Accoglienza	Accoglienza
9.00 – 9.30	Animazione gruppo 1	Animazione gruppo 2	9.00 - 10.00	Introduzione laboratorio Laboratorio	Introduzione laboratorio Laboratorio
9.30 – 10.00	Animazione gruppo 2	Animazione gruppo 1			
10.00 - 11.00	Esperto	Esperto	10.00 – 10.30	Animazione gruppo 1	Animazione gruppo 2
			10.30 – 11.00	Animazione gruppo 2	Animazione gruppo 1
11.00 - 12.00	Introduzione laboratorio	Introduzione laboratorio	11.00 - 12.00	Esperto	Esperto
	Laboratorio	Laboratorio			
12.00 – 12.30	Questionario	Questionario	12.00 – 12.30	Questionario	Questionario
12.30 - 15.30	Giochi liberi		12.30 – 15.30	Giochi liberi	

Sale utilizzabili:

Animazione classi singole...Sale esterne (biliardino / ping-pong)

Laboratori classi doppie...Sala riunioni e sala stereo

Esperto classi doppie...Teatro

Esempio giornata restituzione settimana Icaro (mod. 2)

Orario	Classi A - B - C - D	
8.45 - 9.00	Accoglienza	
9.00 - 10.30	Restituzione	
10.30 - 11.00	Merenda	
11.00 - 12.30	Giochi all'aperto	

Costo previsto:

- **Animatori 25 euro all'ora per un totale di 44 ore...euro 1100 (Iva esclusa)**
- **Laboratori 25 euro all'ora per un totale di 28 ore...euro 700 (Iva esclusa)**
- **Materialeeuro 1200**
- TOTALEeuro 3000,00 + IVA**

SCHEDA PROGETTO 'CRESCERE INSIEME**Scheda di Programma Operativo**

1.1 Informazioni generali Il progetto prende avvio dalla richiesta/proposta degli operatori dell'Istituto Professionale Di Soliera di elaborare ed avviare l'anno 2006/2007 un progetto educativo e di prevenzione all'interno dell'Istituto (Scuola e Convitto); le attività proposte si svolgeranno per lo più nelle ore pomeridiane e saranno rivolte in particolare ai ragazzi che soggiornano in convitto dal lunedì al venerdì (n.53 circa)

Titolo Programma Operativo: Progetto collaborazione Ser.T – Istituto agrario soliera

Il progetto prende avvio dalla richiesta/proposta degli operatori dell'Istituto "Crescere Insieme"

Obiettivo di settore: prevenzione del disagio giovanile

1.2a Soggetto pubblico titolare

A.S.L.1 - Ist. Professionale di Soliera

1.2b Soggetto pubblico gestore

A.S.L. (Ser.T) e Ist. Professionale (Istituto Agrario)

1.3 Soggetti attuatori

Ser.T. e Istituto Professionale - Soliera

1.4 Responsabile del Programma

Dott.ssa Daniela Monali Responsabile Ser.T Lunigiana

1.5 Spesa totale prevista

20.000 euro

l'Asl partecipa alle spese mettendo a disposizione risorse professionali.

1.6 Localizzazione dell'intervento

Istituto Agrario di Soliera

1.7 Obiettivi del Programma Operativo

L'obiettivo primario resta sempre quello della prevenzione dei comportamenti a rischio – uso/abuso di sostanze legali e illegali, disturbi nei comportamenti alimentari, comportamenti sessuali a rischio, bullismo...-

Altri obiettivi del progetto sono:

- far sì che i giovani diventino partner del progetto,
- valorizzare risorse, interessi, reti di relazioni
 - promuovere opportunità e attività formative
 - informare e sperimentare
 - proseguire l'attività progettuale anno 2004/2005 (studenti animatori/progetto Senza Titolo)

1.8 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi*)

- promozione della partecipazione attiva agli interventi di prevenzione e formazione da parte degli studenti , nonché degli operatori;
- individuazione di strategie utili, che favoriscano una ampia integrazione per quanto riguarda la realizzazione del progetto e le attività programmate, e sperimentazione;
- Partecipazione ai laboratori previsti dal gruppo di coordinamento del progetto;
- produzione di micro-progetti elaborati dai ragazzi partecipanti ai laboratori attivati
- avvio progetti sperimentali integrati (operatori/insegnanti/alunni) di educazione sanitaria
- Produzione di materiale cartaceo e audio-video

1.9 Principali attività previste

- A) Riunioni periodiche gruppo di coordinamento
- B) Istituzione gruppo coordinamento studenti – giornate formazione
- C) Prosecuzione gruppo 'studenti animatori'
- D) laboratori.
- E) Focus group
- F) Incontri con gli esperti
- G) Raccolta materiale prodotto da studenti partecipanti al progetto
- H) Attività di formazione e tutoraggio dei gruppi di lavoro
- I) Organizzazione giornate studio seminariali
- J) Assemblee di verifica
- K) Produzione Report

1.10 Contenuti tecnici (metodologia adottata, strumenti di lavoro, ecc..)

Il progetto si articola in tre moduli :

- A) Gruppo coordinamento e monitoraggio

B) Attività formative laboratoriali

C) Interventi di educazione sanitaria e informazione, gruppi esperenziali e focus group

Le attività proposte e portate avanti nei tre moduli saranno puntualmente monitorate e coordinate, in modo da operare sinergicamente tra di loro.

Il Gruppo di coordinamento del Progetto ha il compito di presiedere ad una regolamentazione degli interventi proposti, attraverso l'analisi dei bisogni, la definizione degli obiettivi prefissati e l'individuazione delle strategie di intervento. Si ritiene necessaria la stipula di una convenzione (AUSL- Scuola) Il progetto rientrerà in parte nelle attività del Progetto Socio- educativo del Ser.T. 'Senza Titolo'- 2^a edizione, saranno perciò utilizzati strumenti formativi e di verifica già sperimentati negli anni passati.

"Il lavoro con gruppi di studenti ha una valenza formativa e preventiva di un certo rilievo; il gruppo, infatti, supportato da un tutor, avrà la possibilità di confrontarsi, discutere e lavorare, ma soprattutto di diventare partecipe e promotore di una progettualità centrata realmente sui loro bisogni e che tenga conto dei loro vissuti emotivi/esperenziali"

Come per la 1^a edizione del Senza Titolo," la metodologia seguita in questo progetto fa riferimento ai modelli teorici riguardanti lo studio delle dinamiche di gruppo e la conduzione di gruppi di lavoro, modelli che tengono conto della stretta relazione tra aspetti relazionali ed emozionali, aspetti cognitivi ed aspetti operativi. Per quanto riguarda poi la presentazione di microprogetti la formula adottata sarà quella della didattica laboratoriale e partecipata.

In quest'ottica strumenti indispensabili diventano i momenti di confronto fra operatori impegnati nel progetto, riunioni e work discussion, e gli incontri con un supervisore.

Sono previste inoltre delle giornate di studio seminariali in cui verranno presentati e

discussi i dati, le attività svolte, il percorso seguito per poter valutare i risultati, elaborare

nuove strategie e, soprattutto sostenere il processo di crescita individuale e gruppale degli

operatori;

Le giornate di studio saranno rivolte ad operatori dei Servizi e ad insegnanti."

- Le attività laboratoriali (vedi allegato 1) saranno condotte e supervisionate da esperti.
- Le attività di educazione sanitaria saranno programmate in collaborazione con la responsabile del Servizio di Educazione Sanitaria – Zona Lunigiana

1.11 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

Il progetto ha la durata di 1 anno, settembre 2006 /settembre 2007

	MESE 1	MESE 2	MESE 3	MESI 4-5-6...	MESI 7-8	MESE 9	MESI 10-11	MESE 12
A	Costituzione gruppo di coordinamento Valutazione risorse Programmazione Prog. assemblee	Incontri con esperti Riunioni Cost. gruppo coordinamento studenti Programmaz.verifiche	Presentazione Progetto	Giornata di studio	Raccolta e produzione materiale	Formazione e Aggiornamento	Presentazione modello operativo /sperimentazione	Restituzione dell'esperienza t Valutazione ipotesi di lavoro per anno seguente
B		incontri gruppo studenti /form. Gr. coordinamento animatori	Inizio attività laboratori		Produzione materiale			Restituzione dell'esperienza t Valutazione ipotesi di lavoro per anno seguente
C	Incontri Resp. Educativa, sanitaria e esperti	Programmazione educazione sanitaria Inizio gruppo esperienziale Assemblea →	Verifiche progetto (monitoraggio)	Costituzione focus group Inizio attività educ. sanitaria Assemblea		Incontri gruppi: verifiche e proposte Verifiche progetto (monitoraggio)	Produzione materiale Presentazione a scuola Assemblea	Restituzione dell'esperienza t Valutazione ipotesi di lavoro per anno seguente

Indicatori dei risultati:

Partecipazione laboratori/ nr ragazzi partecipanti

nr progetti di educazione sanitaria attivati

nr partecipanti a percorsi formativi proposti per insegnanti, educatori e studenti

Produzione materiale cartaceo e audio-video

LABORATORIO FOTOGRAFICO

Il corso si propone di dar vita ad uno spazio creativo di apprendimento e crescita, favorendo l'approccio alle tecniche fotografiche di base e avanzate di ripresa digitale.

Una parte importante del corso sarà dedicata all'apprendimento degli aspetti pratici e creativi della ripresa fotografica e all'approfondimento delle differenze tra fotografia classica e immagine digitale.

Sono previste inoltre due sezioni, dedicate allo scaricamento/salvataggio delle immagini su pc, ed al ritocco/ modifica delle immagini tramite computer.

Si può ipotizzare una durata di 7 mesi con 1 incontro settimanale della durata di 2 ore.

Costo previsto : 25 euro all'ora (+ I.V.A.)

Tot.: 1470 euro + IVA

Costo materiale da definire con l'esperto

Laboratorio audio-video

L'obiettivo finale del laboratorio è la realizzazione di un video-documentario di livello professionale che potrà essere diffuso in realtà locali, centri culturali, scuole, festival video e rassegne per far conoscere l'esperienza dell'Istituto.

L'obiettivo educativo concerne nel far lavorare insieme i ragazzi in una riflessione su di sé, sulla loro realtà, le prospettive, i sogni, le paure.

-

Strutturazione del corso

Il laboratorio può essere in linea di massima suddiviso in quattro fasi: introduzione al linguaggio audiovisivo, ideazione, organizzazione, riprese.

Si può ipotizzare una durata di 7 mesi con 1 incontro settimanale della durata di 2 ore.

Costo previsto: 25 euro all'ora (+ I.V.A.) . Tot. 1470 euro + IVA

Costo materiale da definire con l'esperto

Laboratorio Musicale

Laboratorio Musicale è una struttura dalle molteplici funzioni che può essere inteso come un "luogo" attrezzato con materiali e strumenti dove, in una situazione di gruppo, si lavora per il potenziamento e lo sviluppo di capacità espressive e creative personali.

Le principali finalità che si perseguono nel Laboratorio Musicale sono:

- stimolare l'organizzazione e l'interesse verso la musica dei partecipanti
- produrre e riprodurre suoni
- realizzare esperienze musicali

promuovere la conoscenza della musica e degli strumenti attraverso la realizzazione di Corsi di musica

- ideazione di una sala prove, risoluzione di problemi che possono sorgere (ad esempio in sonorizzazione acustica, nonché visita in una sala prove già attrezzata)

Strutturazione del corso

Il laboratorio prevede la costituzione di gruppi costituiti in base all'interesse e dal livello di conoscenza musicale.

Si può ipotizzare una durata di 7 mesi con 1 incontro settimanale della durata di 2 ore.

TOT:1470 euro + IVA

Costo materiale da definire con l'esperto

Laboratorio di informatica

Video montaggio e Internet

Il corso si propone una duplice finalità:

- offrire uno spazio dove poter acquisire capacità finalizzate al montaggio corretto dei filmati e spezzoni video con l'ausilio di un computer e del software apposito: imparane a sincronizzare correttamente immagini e suono, a dare ritmo a una narrazione visiva mediante un montaggio appropriato e ad inserire titoli di testa e di coda.

- imparare a navigare su Internet: come ricercare le informazioni desiderate, scaricare un'immagine o inviare una mail, proteggere il computer dai virus, riconoscere siti a pagamento.

Si può ipotizzare una durata di 7 mesi con 1 incontro settimanale della durata di 2 ore.

Costo previsto: 25 euro (+ I.V.A.).

Tot.: 1470 euro + IVA

(Il video potrà essere quello prodotto dai ragazzi del laboratorio audio-video)

PROGETTO “SERVICE SCHOOL”

Premessa

Gli alunni che frequentano l’Istituto hanno in scarsa considerazione tutti i materiali che vengono forniti dalla scuola per le normali attività didattiche: gessi, lavagne, banchi, sedie, cattedre e per le strutture dell’edificio: muri, finestre, porte, tende, serrature, servizi igienici, palestra, etc.. Questa diffusa sensazione di non appartenenza dei materiali e delle strutture della scuola, come se fossero pagate da qualche extraterrestre, dimostra una carenza di coscienza collettiva, di appartenenza alla società in cui vivono, una ignoranza, se non proprio un disprezzo per i sacrifici di chi pagando regolarmente le imposte (tra cui si presume i genitori degli stessi alunni) permette a tanti ragazzi di usufruire di un bene primario quale l’istruzione.

Da un questionario presentato agli alunni dell’I.I.S.”Pacinotti” sede associata Agrario “Fantoni” di Soliera è emerso che un laboratorio di attività manuali è in testa alle preferenze degli alunni come attività extracurriculare con il 67% delle preferenze

Presentazione

Il progetto prevede la creazione di alcuni gruppi di lavoro trasversali dalla 1° alla 5° che si dedichino alla manutenzione ordinaria della scuola, dal pitturazione delle pareti, alla sistemazione delle serrature, delle sedie, dei banchi, allo sviluppo del verde esterno, alla manutenzione delle serre, alla collaborazione con il “Progetto Icaro” nella parte relativa al gestione e valorizzazione del verde insieme ai partecipanti del progetto ASL sopra citato, fino alla costruzione di librerie e mobiletti utili per le normali attività didattiche.

Obbiettivi

- Educare al rispetto dei materiali, della natura, delle persone e in genere di tutto ciò che ci circonda
- Educare alla conoscenza del sacrificio e del lavoro per ottenere o mantenere qualcosa
- Educare alla solidarietà sociale
- Educare all’organizzazione del lavoro
- Educare al confronto e alla collaborazione

Obbiettivi specifici

- Conoscere e riflettere sulla provenienza ed il valore culturale, sociale ed economico dei materiali e di tutto ciò che utilizziamo durante il giorno.
- Conoscere le più semplici tecniche di manutenzione degli edifici, degli arredi, del verde e dei materiali che comunemente usiamo
- Conoscere le tecniche per semplici costruzioni di falegnameria, di muratura e di pittura muraria, di vivaismo e giardinaggio
- Organizzare tempi, modi e necessità di intervento nelle varie situazioni

Metodologia

- Esercitazioni dal semplice al complesso
- Esercitazioni dalla forma globale a quella analitica e viceversa
- Esercitazioni didattiche omogenee ma nel rispetto delle caratteristiche soggettive
- Esercitazioni con scambio di ruolo
- Esercitazioni nell'organizzazione dei lavori

Struttura

- 20/25 alunni divisi in gruppi di 5 con un componente dalla 1°, alla 5°,
- un capogruppo a rotazione
- le esercitazioni/service 2 ore la settimana
- n.1 uscita mensile in collaborazione con Icaro

Durata

Ottobre –maggio

Risorse umane

n.1 Istruttore per due mesi

Risorse materiali

n.1 trapano, n.1 avvitatore a batteria, set di chiavi e cacciaviti, n.1 flessibile, n.1 levigatrice, n.1 prolunga cavo elettrico, assortimento viti, chiodi etc.

Terriccio, guanti, pale, zappe, forbici, concime.

n.7 uscite con pulmino

Il materiale per le specifiche riparazioni viene fornito dalla provincia

PROGETTO SPORT

Premessa

Lo sport come momento di conoscenza reciproca, confronto con se stesso e con gli altri, di rispetto degli altri, di cooperazione, nel caso di sport di squadra, rimane uno dei punti fondamentali per la conoscenza, la crescita e l'acquisizione delle abilità sociali da parte degli adolescenti.

In una società dove l'unico fine è prevalere sugli altri con tutti i mezzi leciti, ma sempre più spesso illeciti e dove la promozione dello sport è totalmente in mano alle società sportive quali fabbriche di campioni, dove i mediocri o presunti tali sono abbandonati a se stessi, dove la cultura sportiva prevalente è quella "da bar" o "da tv", la scuola deve fare proprio l'impegno di proporre una didattica e una cultura dello sport per lo sport, dove contano il benessere fisico e mentale di chi lo pratica, dove sono fondamentali il rispetto di se stessi (del proprio corpo e della propria mente) e dell'avversario, la cooperazione e la coordinazione con gli altri, la gioia e il piacere di fare attività.

Da un questionario presentato agli alunni dell'I.I.S. "Pacinotti" sede associata Agrario "Fantoni" di Soliera sono emersi tre tipologie di attività fisica preferite: calcio, nuoto e attività marziali.

Presentazione

Il progetto in questione si articola in tre direzioni con un target di alunni probabilmente diversi:

due, arti marziali e nuoto, saranno utilizzati per consentire agli alunni di raggiungere una migliore conoscenza di se stessi, del proprio corpo, delle proprie reazioni psichiche, dei propri limiti e allo stesso tempo delle potenzialità; l'altra, il calcio permette un ulteriore sviluppo delle predette conoscenze, in quanto sport di gruppo e di ruolo, permette di conoscere e acquisire abilità sociali che si possono utilizzare poi nel vissuto quotidiano quali: aiutarsi, saper ascoltare, poter esprimersi collaborare, rispettare i propri compagni e le loro idee, rispettare gli avversari; elementi fondamentali per la crescita morale, culturale e sociale degli adolescenti. Il progetto è aperto a tutti gli iscritti alla sede associata di Soliera.

Obbiettivi

- Conoscenza del proprio corpo
- Conoscenza ambiente dove si articolano le attività
- Conoscenza abilità sociali
- Acquisizione abilità sociali
- Culturizzazione dello sport

Obbiettivi specifici

Nuoto:

- Educazione all'acqua: ambientamento e acquisizione di semplici abilità acquatiche

- Educazione attraverso l'acqua: superamento paura, risoluzione dei nuovi problemi motori, conquista di nuovi equilibri, arricchimento della percezione, ampliamento della stima di se, della sicurezza, della conoscenza e della padronanza del proprio corpo

Arti marziali:

- Educazione alla conoscenza delle limitazioni fisiche e psicologiche
- Educazione alla conoscenza delle risorse fisiche e psicologiche
- Educazione alla conoscenza dell'unione del corpo con la mente

Calcio:

- Educazione al rispetto degli altri
- Educazione al rispetto delle regole
- Educazione alla collaborazione

Metodologia

- Esercitazioni dal semplice al complesso
- Esercitazioni dalla forma globale a quella analitica e viceversa
- Esercitazioni didattiche omogenee ma nel rispetto delle caratteristiche soggettive
- Esercitazioni con scambio di ruolo
- Esercitazioni di organizzazione delle attività

Struttura

Nuoto:

- Gruppi di 12 alunni
- 1 ora la settimana per gruppo

Arti marziali:

- Gruppi di 12 alunni
- 2 ore la settimana per gruppo

Calcio:

- Gruppi di max 15 alunni
- 4 ore la settimana per gruppo
- Organizzazione torneo calcio a 7 tra le scuole al campo di Soliera

Durata

Ottobre- maggio

Risorse umane

N.1 Istruttore nuoto, n.1 Istruttore arti marziali, n.1 Istruttore calcio

Risorse materiali

N.1 pulmino con autista, 10 palloni calcio, 2 porte da calcio

TABELLA SPESA ECONOMICA "PROGETTO SPORT"

	n.ore sett.	sp.orario	tot.n.ore	tot.spesa	quant.	pr.unitario	iva	costo tot.	cos. forfait
Istruttore nuoto+ing.piscina	1	48,00	28	1344,00					
Istruttore arti marziali	2	25,00	56	1400,00					
Istruttore calcio	4	25,00	112	2800,00					
porte calcio complete					2	333,00	66,6	799,2	
reti porte calcio					1	57,95	11,59	69,54	
palloni					10	20,00	4,00	240	
manutenzione campo									500,00
pulmino									0
org. torneo calcio 7									0
TOTALE				5544,00				1108,74	500,00

TOTALE SPESE PROGETTO										7152,74
ANNUALE										

N.B. Il Costo totale annuale deve essere aumentato di euro 840,00 relativa all'I.V.A. sulle prestazioni degli Istruttori calcio e arti marziali per un importo complessivo di euro 7.992,74

PROGRAMMA OPERATIVO

1.1 Informazioni generali

“Il Piano di Assistenza Ostetrica - La Continuità di Assistenza one to one” attraverso un potenziamento e miglioramento dei servizi già esistenti e una riqualificazione delle figure professionali propone, soprattutto, una *Riorganizzazione dei Servizi* rivolti alle donne-coppie, sia durante la gravidanza, che nel dopo parto.

Le varie fasi di realizzazione di tale cambiamento passano attraverso soprattutto il rafforzamento delle attività di 1° livello, i consultori e presuppongono una forte integrazione tra territorio e ospedale, con il coinvolgimento di figure multiprofessionali.

Il documento focalizza la sua attenzione su quello che è la tematica della nascita e l'obiettivo primario, è il sostegno ad una maternità e genitorialità consapevole, che prevede una centralità della coppia, che si trova ad essere protagonista dell'evento, vissuto in sicurezza.

Nelle varie fasi di realizzo sono state tenute in considerazione altre tematiche quali:

1. la procreazione responsabile;
2. Consulenza sulla contraccezione;
3. Consulenza sulla menopausa;
4. screening oncologico;
5. consegna libretto per la gravidanza (Protocollo Toscano) che prevede una collaborazione sia con la Medicina del lavoro, per la tutela della salute della donna in gravidanza che lavora, sia con il servizio sociale;
6. interventi di educazione sessuale nelle scuole;
- 7 consulenza per le IVG;

Il Progetto, inoltre, prevede un aggiornamento continuo del personale sanitario, maggiormente coinvolto, attraverso un percorso formativo, iniziato nel 2005, che porta all'apertura di nuovi servizi, tra i quali:

- ambulatori per promuovere e sostenere l'allattamento materno;
- gruppi di sostegno per l'allattamento materno;

secondo le direttive O.M.S - Unicef e uniformandosi così al progetto regionale che prevede le candidature per l'ospedale amico del bambino e territorio amico dei bambino.

Le coppie in attesa di un bambino spesso si rivolgono al servizio privato perché:

1. hanno bisogno di una figura che li segua per tutto il loro percorso e diventi un punto di riferimento per loro;
2. spesso le informazioni che ricevono nelle varie strutture sono contraddittorie;
3. il tipo di assistenza durante il travaglio e il parto nelle varie strutture, non assicura un'uniformità di assistenza e questo crea a loro ansia e preoccupazione;

La nostra realtà, proprio per il numero di parti che si assistono in ospedale, l'unità delle ostetriche presenti e per i servizi sanitari già esistenti, offre una grande opportunità di cambiamento, al fine di garantire ai futuri genitori, con un'assistenza appropriata, sia il loro bisogno di sicurezza, che la centralità della donna - coppia.

Nel nostro contesto, il Modello Organizzativo di riferimento, che può presupporre un reale cambiamento all'interno dei nostri servizi è il

MODELLO della CONTINUITA' dell'ASSISTENZA OSTETRICA ONE TO ONE

L'Assistenza Ostetrica *one to one*, è un modello che si basa sulla continuità dell'assistenza alla donna, per tutto il percorso nascita, da parte della stessa ostetrica.

Ovviamente l'ostetrica, all' interno delle strutture sanitarie (consultorio e ospedale), segue la donna che presenta una **gravidanza fisiologica**, nel caso di **gravidanze a rischio** la responsabilità del piano di assistenza è del medico di 2° livello (il ginecologo) e l'ostetrica continua l'assistenza di base e attraverso la relazione con la donna-coppia, promuove la *'parte sana'* della donna, il suo *Potenziale di Salute*, le sue *Risorse Endogene*.

In caso di **Gravidanze ad alto rischio** le competenze saranno delle Strutture Sanitarie di 3° livello.

L'OSTETRICA e la CONTINUITA' dell'ASSISTENZA

L'ostetrica, dal momento che conosce la donna nell'Ambulatorio Ostetrico Consultoriale, pianifica e progetta insieme a lei, il tipo di assistenza alla gravidanza fisiologica e al parto e dopo parto e la segue per tutta la gravidanza, sia da un punto di vista clinico, che relazionale.

Quando la donna entra in ospedale, l'ostetrica l'accompagna e l'assiste per tutto il percorso, coadiuvato dal personale O.T.A, per le loro specifiche competenze. Al momento della dimissione l'ostetrica fornisce, alle ostetriche territoriali, tutte le notizie utili per il proseguimento delle cure (favorendo così la **Dimissione Precoce**) oppure, con la Continuità dell'assistenza, la segue nel dopo parto e nel puerperio.

La Continuità dell'Assistenza è uno strumento fondamentale per la professione dell'ostetrica perché, le permette, sia di instaurare una Relazione empatica con la donna-coppia e di avere così un approccio globale alla persona che comprende l'Unità madre-bambino e sia una continuità dell' *Accompagnamento*, attraverso tutto il percorso del diventare madre.

Attraverso la conoscenza approfondita della Fisiologia in senso *Globale*, l'ostetrica può riconoscere i Segni di Salute della donna e dell'unità madre-bambino e con la Capacità della relazione può capire la sua collocazione dal punto di vista sociale, familiare, ambientale e così individuare quali possono essere le sue fonti di stress, i suoi conflitti, le sue ansie, che possono incidere sulla gravidanza,

Tutti questi elementi e i segni clinici sono, per l'ostetrica, fondamentali per capire che tipo di intervento deve attuare affinché venga promossa la salute della donna e ripristinato un equilibrio.

L'Ostetrica, attraverso la Continuità dell'Assistenza, al fine di Promuovere Salute può:

In Gravidanza:

- Approfondire i ritmi fisiologici della donna
- Attivare le risorse endogene
- Favorire nel bimbo tutti i processi di adattamento alla vita extra-uterina
- Attivare l'accoglimento attivo da parte della madre
- Favorire la triade madre-padre-bambino
- Prevenire gli interventi ostetrici
- Orientare verso un parto naturale in quanto salute
- Favorire la "libertà di scelta" sulle modalità di come far nascere il proprio figlio
- Offrire un'assistenza adeguata perciò conservativa- protettiva nel rispetto della fisiologia
- Rispetto nella sua persona- nelle sue scelte
- Educare la donna-coppia alla nascita dando alla donna degli strumenti cognitivi comportamentali, di ascolto, di espressione, di autogestione

Dopo la nascita del bambino:

- a) Controlla dal punto di vista clinico la madre e il bambino
- b) Favorisce e facilita il contatto madre - bambino, la ricerca di un loro Ritmo Individuale
- c) Facilita l'Adattamento alla nuova condizione e alle nuove relazioni familiari
- d) Promuove l'allattamento al Seno esclusivo sino al 6<> mese di vita del bambino poi, con l'inizio dello svezzamento, Sostiene l'allattamento materno prolungato sino almeno al suo secondo anno di vita, se la madre lo desidera.

L'OSTETRICA E GLI ALTRI SERVIZI

L'ostetrica nello svolgere la sua professione può avvalersi della collaborazione del medico di famiglia o del pediatra (dopo la nascita del bambino) e può venire a contatto con situazioni che evadono dalla sua competenza.

In questi casi è fondamentale la collaborazione con altre figure professionali quali lo psicologo, l'assistente sociale, il neuropsichiatra infantile e lo psichiatra.

Questo tipo di assistenza infatti, presuppone un lavoro di Equipe multidisciplinare e inoltre un Integrazione tra i servizi sanitari territoriali e ospedalieri.

LA CONTINUITA' dell'ASSISTENZA – REALTA' NAZIONALI e EUROPEE

Sono stati fatti a Livello Nazionale, vari studi e ricerche su come può incidere la presenza dell'ostetrica nel Percorso Nascita.

Durante la Giornata Studio " Il Percorso Nascita" tenutasi a Firenze l' 8/14/2003 &rganizzata dalla Regione Toscana Giunte Regionale, dal Dipartimento dei Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà; Area Integrazione Socio Sanitaria e Progetto Obiettivo) è stata presentata una Ricerca del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'istituto Superiore di Sanità.

Questa ricerca ha evidenziato come la presenza dell'ostetrica, essendo una figura non medica, per le sue competenze e per il suo Profilo Professionale garantisca la Continuità dell'Assistenza nel Percorso Nascita, alla donna - coppia nel Rispetto della Fisiologia dell'Evento .

Queste ricerche sono state fatte anche a Livello Internazionale (Germania, Olanda, Austria, Svizzera...) e dal Codice Etico Internazionale e hanno portato alla scelta di Percorsi Assistenziali, in numerose strutture europee, chiamate la Casa Maternità e la Stanza Aperta al Parto e in Inghilterra dal 1993, a Londra, presso il Chelsea and Westminster Hospital.

In Italia l'esperienze più significative sono state fatte a Milano, Bologna, Torino, Firenze, Lazio e Toscana (v. H Poggibonsi, H Santa Chiara).

Titolo Programma Informativo:

“Piano di assistenza ostetrica in Lunigiana ‘ la continuità ‘ dell'assistenza one to one”

Obiettivo Di Settore:

1.2 Soggetto pubblico titolare e gestore:

SOCIETA' della SALUTE

1.3 Soggetto attuatore :

SOCIETA'della SALUTE

1.4 Responsabile dei Progetto:

OSTETRICA GRAZIELLA BIELLI

1.5 Localizzazione dell'intervento:

PRESIDI DISTRETTUALI SOCIO SANITARI della LUNIGIANA e OSPEDALE di ZONA

1.6 Obiettivo dei Programma Operativo:

- Miglior qualità, personalizzazione e continuità dell'assistenza
- Maggior considerazione dell'unità madre-bambino
- Valorizzazione della Professione, quindi miglior utilizzo delle risorse.
- Integrazione dei lavoro territorio e ospedale ->
- Riduzione dei tempi di degenza, perciò minor costi
- Ottimizzazione dei Servizi, già in parte erogati

1.7 Risultati attesi

Sono stati fatti vari studi controllati randomizzati (RCTs), a livello internazionale, sull'efficacia della Continuità dell'Assistenza Ostetrica, fatta dallo stesso operatore e sono stati confrontati con l'assistenza convenzionale durante la gravidanza, travaglio, parto, puerperio. Gli studi sono stati trattati in Cochrane Hanbook, the Cochrane Library; Issue 3. Oxfords; Update Software, 1996; BMJ Publishing Group, London.

I Criteri di Valutazione:

Piano Clinico - Piano Psicosociale - Piano Economico

Risultati:

- Le donne - coppie hanno una maggior capacità di affrontare il travaglio e il parto e la cura dei bambino, maggior consapevolezza dei propri bisogni, delle proprie ansie e delle proprie potenzialità, l' allattamento materno avviene senza grosse difficoltà e per un periodo più lungo.
- Numero maggiore di donne e coppie iscritte ai Corsi di Preparazione alla Nascita
- Minor uso di farmaci analgesici e antidolorifici in travaglio
- Minor Interventi medici:
- Inizio spontaneo del travaglio (meno ricorso all' uso dell'ossitocina per tutto il travaglio e il parto)
- Numero maggiore di Parti Spontanei con riduzione della percentuale dei Parti Cesarei
- Nessuna Episiotomia (in alcuni studi è risultato che il bisogno di Interventi Medici è stato praticamente nullo)
- Ridotta probabilità di Rianimazione Neonatale
- Nessuna differenza nel Punteggio Apgar tra l'Assistenza Ostetrica Convenzionale e quella di Continuità
- Riduzione dei Ricoveri Ospedalieri
- Riduzione dei costi per quanto riguarda l'Assistenza alla madre e al bambino
- Riduzione dei costi per assenza per malattia delle ostetriche

- L'astensione è ridotta per lo meno della metà, questo probabilmente perché, in questo tipo di assistenza aumenta il senso di responsabilità, l'autonomia Professionale e da l'occasione di vivere relazioni significative con le donne-coppe.

Effetti ottenuti:

- Equa distribuzione dei carichi di lavoro (non esistono tempi morti)
- Minor numero di operatori attivi su una stessa paziente
- Fornisce un'assistenza globale-personalizzata
- Conoscenza più accurata della donna e del bambino
- Recupero di personale infermieristico da poter utilizzare in modo più congruo (all'ostetrica è affiancata in ospedale un OTA)
- Congruità fra bisogni della donna e assistenza degli operatori sanitari
- Miglioramento della trasmissione delle informazioni fra un gruppo ospedaliero e territoriale.

1.8 - 1.10 Principali Servizi previsti : Tipologia e Caratteristiche

AMBULATORI

AMBULATORIO dell'OSTETRICA:

- * Consulenza:
 - Contraccezione
 - Gravidanza
 - Allattamento Materno
 - Menopausa
 - Problemi Ginecologici
 - I.V.G
 - Problemi del seno
- * Consegna libretti per la Gravidanza (ProtocolloToscano)
- * Pap.test
- * Tamponi v.
- * Screening per il Tumore dei Collo dell'utero
- * Visite in Gravidanza
- * Visite in Puerperio

L'ostetrica nel suo ambulatorio, a seconda delle problematiche che deve affrontare, si avvalsa della collaborazione di altri servizi (Medici Ostetrici, Servizio Sociale, CIM, Medicina dei Lavoro,Ospedali, Medici Curanti, Pediatri, Psicologi ...)

AMBULATORIO della GRAVIDANZA FISIOLOGICA:

L'ostetrica segue la donna, per tutto il periodo della Gravidanza, dal punto di vista clinico e relazionale.

AMBULATORIO per PROMUOVERE e SOSTENERE L'ALLATTAMENTO MATERNO:

L'ostetrica, in base al suo profilo professionale e alle sue competenze, assiste la donna per tutto il periodo dell'allattamento materno, seguendo il decorso di crescita del bambino, secondo le indicazioni O.M.S - UNICEF

GRUPPI di SOSTEGNO

CORSO in GRAVIDANZA:

Target: donne- coppie dal 5° mese di gravidanza sino al termine

Incontri: 1 volta alla settimana per 2 ore

CORSO Di EDUCAZIONE ALLA NASCITA:

Target: Donne dalla 34 settimana alla 40 settimana di Gravidanza

Incontri: 1 volta alla settimana per 2 ore

Obiettivi : *(di entrambi i Corsi)*

1 Informazione:

- Intesa come acquisizione e scoperta della Capacità e delle Potenzialità del proprio corpo e del proprio essere
- Sulle Procedure Assistenziali
- Sulla Gravidanza - Parto - Allattamento - Neonato -Dopo Parto

Il Processo Informativo è fondamentale perché, da sicurezza alla gravida e attraverso la trasmissione delle proprie conoscenze, l'operatore, può dissipare paure, ansie, dubbi. Tale informazione deve essere "satura" cioè, i suoi contenuti devono passare attraverso vari Canali di Comunicazione, se si vuole che siano acquisiti dalla donna. La donna in gravidanza, si trova in uno stato psicologico, il cui piano emotivo si equivale a quello razionale. Pertanto l'informazione, affinché venga interiorizzata, deve essere in un primo momento razionale, verbale, e "passare" poi, attraverso il Canale Emotivo e dell'immaginazione. E' importante che i Processi Informativi siano trasmessi da una figura unica.

2 Promuovere Salute:

Intesa come consapevolezza del proprio stato, della propria gravidanza, come fatto "naturale" che non ha di per sé, assolutamente nulla di patogeno

3 Favorire l'unione madre - bambino

4 Promuovere l'allattamento al seno

5 Favorire la Scelta Informata

6 Preparare alla Maternità e alla Paternità

7 Prevenzione del Taglio Cesareo è un obiettivo auspicato dall'O.M.S secondo la quale non dovrebbe superare il 10-15%

8 Il Dolore : come affrontarlo

9 Favorire l'Apertura all'Esperienza della Nascita

10 Preparare la donna alla

SEPARAZIONE - ACCOGLIMENTO- RICONOSCIMENTO- del BAMBINO

Contenuti:

E' evidente che i Contenuti inerenti un Corso di Educazione alla Nascita e un Corso in Gravidanza affronteranno problematiche diverse, pur mantenendo gli stessi obiettivi :

Corso in Gravidanza: si privilegeranno aspetti inerenti:

L'ACCETTAZIONE - IL CREARE SPAZIO- IL CONTATTO MADRE - BAMBINO

Corso di Educazione alla Nascita: oltre ad offrire strumenti per affrontare il dolore, si privilegeranno Contenuti inerenti l'evento in se e che portino:

ALL'APERTURA -AL DISTACCO dal BAMBINO

CORSO DOPO PARTO:

Target : donne e neonato

Incontri : 1 volta alla settimana per 2-3 mesi di 2 ore

Obiettivi:

- Rielaborazione dell'Esperienza Gravidanza & Parto (chiusura e Apertura di un Percorso)
- Riconoscere i Propri Bisogni e quelli dei Bambino
- Ricerca di un Ritmo
- Rientro a casa: Allattamento Materno e Famiglia... Ricerca di Nuovi Equilibri
- Favorire la Competenza Materna, la Vicinanza con il Bambino, la Comprensione del suo Linguaggio
- La Fisiologia dell'Allattamento al Seno L'Allattamento Materno e la Coppia
- La cura del proprio corpo e quella del bambino
- Difficoltà nell'Allattamento: Sostegno e Soluzioni
- Allattare al seno in caso di malattia della madre e/o del bambino
- Processi di Separazione: il rientro al lavoro e l'Allattamento Materno
- La sessualità e la contraccezione
- Lo Svezamento
- La Riabilitazione perineale e la Chiusura del Bacino

CORSO di SOSTEGNO all'ALLATTAMENTO MATERNO:

Target: donne e neonato

Periodo: Si determina in base all'esigenza del gruppo, che è data dall'età del bambino

Incontri: 1 volta la settimana per 2 ore, per i primi 2 mesi, poi ogni 2 settimane, sino ad ipotizzare, con un ritmo di incontri da definirsi un :

"Gruppo di auto- aiuto per l'allattamento materno"

Obiettivi :

- La Fisiologia dell'allattamento al seno- adattamento-sostegno-soluzione dei problemi
- Favorire il legame madre - bambino
- Allattamento Materno e la Coppia
- Ricerca di un Ritmo

1.11 Principali fasi di lavoro

SOCIETA' DELLA SALUTE - Zona Lunigiana

Realtà Istituzionale Attuale:

PONTREMOLI:

SEDE OSPEDALE:: Reparto di Ostetricia - Attività Ambulatoriali Specialistiche - Corso di Preparazione al Parto

PRESIDIO DISTRETTUALE SOCIO SANITARIO: Ambulatorio dell'Ostetrica - Screening per il Tumore del collo dell'utero

VILLAFRANCA:

PRESIDIO DISTRETTUALE SOCIO SANITARIO: Ambulatorio dell'Ostetrica

AULLA:

PRESIDIO DISTRETTUALE SOCIO SANITARIO: Ambulatorio dell'Ostetrica - Ambulatorio per Promuovere e Sostenere l'Allattamento Materno Corso in Gravidanza e Corso di Educazione alla Nascita (per mancanza di spazi) Consulenza telefonica per l'Allattamento al Seno - Visite Domiciliari Puerperali Interventi di Educazione Sanitaria nelle Scuole Sede Referente Regionale zona Lunigiana per l'Allattamento al seno Screening per il Tumore del collo dell'utero

FIVIZZANO:

SEDE OSPEDALE: Attività Ambulatoriali Specialistiche

PRESIDIO DISTRETTUALE SOCIO SANITARIO: Screening per il tumore del collo dell'utero

Figura Professionale dell'Ostetrica:

• Ospedale di Pontremoli:	n°	6 (in turno) + 1 (fuori turno)
• presidio distrettuale di Pontremoli		“ 2
• presidio distrettuale di Aulla		“ 1
• presidio distrettuale di Villafraanca		“ 1
• Ambulatori di Specialistica di Fivizzano:		“ 3
• Screening per il Tumore del collo dell'utero:		“ 1 + 1

TOTALE OSTETRICHE n° 16

TOTALE PARTI n° 200

PRIMA FASE di REALIZZAZIONE:

La Prima fase prevede per le ostetriche:

- Creazione di un Gruppo di Lavoro che comprende sia le ostetriche territoriali che ospedaliere.
- Individuazione di un Obiettivo Comune Condiviso
- Formazione del personale ostetrico (assistenza e informazione alle donne e coppie il più uniforme possibile)

- Creare o ampliare i servizi già preesistenti:

- 1) AMBULATORIO DELLA GRAVIDANZA FISIOLÓGICA
- 2) CORSO IN GRAVIDANZA
- 3) CORSO DI EDUCAZIONE ALLA NASCITA
- 4) VISITE DOMICILIARI PUERPERALI

La continuità di assistenza consisterà:

- * Offrire lo stesso tipo di servizio in più sedi
- * La donna in gravidanza avrà la possibilità di essere, se vuole, seguita dalla stessa ostetrica per tutta la gravidanza sia:
 - a livello ambulatoriale
 - in un gruppo, nell'ambito di un corso per tutto il Percorso Nascita.
 - nel proprio ambiente **familiare**, eseguendo delle Visite Domiciliari Puerperali
- * Lavoro di Equipe tra ostetriche
- * Collaborazione tra varie figure professionali, ognuno con le proprie competenze (medici ostetrici, pediatri, medici curanti, ...)
- * Formazione comune delle ostetriche

Percorso Formativo per le ostetriche.

L'AMBULATORIO PER LA GRAVIDANZA FISIOLÓGICA: le ostetriche hanno già partecipato ad un Corso di aggiornamento di 50 ore, nel 2005

CORSO Di EDUCAZIONE ALLA NASCITA E IN GRAVIDANZA: L'azienda ha già approvato un Corso di 60 ore per l'anno 2006- 2007

NUOVA REALTA' ISTITUZIONALE

ORGANIZZAZIONE ASSISTENZA OSTETRICA
(prima Fase di Realizzazione)

Sede - Servizi

PONTREMOLI:

SEDE OSPEDALE:

Reparto di Ostetricia
Ambulatorio della Gravidanza Fisiologica
Corso di Preparazione al Parto
Visite Domiciliari Puerperali
Consulenza *one to one* sull'Allattamento al seno
Consulenza telefonica sull'Allattamento al seno

PRESIDIO DISTRETTUALE SOCIO SANITARIO:

Ambulatorio dell'Ostetrica
Visite Domiciliari Puerperali
Consulenza per l'Allattamento Materno
Screening per il Tumore del collo dell'utero

VILLAFRANCA:

PRESIDIO DISTRETTUALE SOCIO SANITARIO:

Ambulatorio dell'Ostetrica
Visite Domiciliari Puerperali
Consulenza sull'Allattamento Materno
Screening per il Tumore del collo dell'utero

AULLA:

PRESIDIO DISTRETTUALE SOCIO SANITARIO:

E Ambulatorio della Gravidanza Fisiologica
E Ambulatorio per Promuovere e Sostenere l'Allattamento Materno
E Corso in Gravidanza
E Corso di Educazione alla Nascita
E Ambulatorio dell'Ostetrica - Visite Domiciliari Puerperali
E Sede Referente Regionale zona Lunigiana per l'Allattamento al seno
E Interventi di Educazione Sanitaria nelle Scuole
E Screening per il Tumore del collo dell'utero

FIVIZZANO

SEDE OSPEDALE:

Ambulatorio dell'Ostetrica
Visite Domiciliari Puerperali
=> Consulenza sull'Allattamento Materno
Screening per il Tumore del collo dell'utero

SECONDA FASE di REALIZZAZIONE:

La seconda Fase di Realizzazione prevede :

- Apertura AMBULATORI PER L'ALLATTAMENTO AL SENO
- Organizzazione CORSI rivolti alle neo -mamme per:

" PROMUOVERE E SOSTENERE L'ALLATTAMENTO MATERNO"

La **continuità dell'assistenza** sarà garantita ulteriormente da:

- 1 .Uniformità delle tecniche di assistenza e delle informazioni fornite alle donne -coppie.
2. Ambulatorio per Promuovere e sostenere l'allattamento al seno:
 - Le ostetriche dell'ospedale informeranno le coppie dei Servizi esistenti sul territorio, e su richiesta della donna , prendono contatto con le ostetriche territoriali, passando così tutte le informazioni sulla mamma e il neonato
 - Corso di Sostegno all'allattamento materno:

In alcuni presidi, l'ostetrica che segue la donna, presso l'Ambulatorio per l'allattamento materno, è la stessa che conduce il gruppo.

Percorso Formativo

E' stato presentato e approvato a livello regionale e aziendale nel Marzo 2005 un Progetto Formativo O.M.S- UNICEF:

"Corso per Promuovere e Sostenere l'Allattamento Materno - Corso di Counselling"

di 24 ore rivolto agli operatori sanitari (ostetriche, ginecologi, pediatri, vigilatrici d'infanzia, infermiere professionali dei Nido e dei reparto di ostetricia e loro capo sale, assistenti sanitarie..) che coinvolgerà circa n 200- 250 discenti. Nella n/s Azienda sono già state fatte N 3 edizioni a cui hanno partecipato circa 75 discenti. Sono previste altre Edizioni :

- n2 per l'anno in corso - n 5 per il 2007 - n 5 il 2008 -

ORGANIZZAZIONE ASSISTENZA OSTETRICA
(seconda Fase di Realizzazione)

Sede - Servizi

PONTREMOLI:

SEDE OSPEDALE:

reparto di Ostetricia ambulatorio della Gravidanza Fisiologica corso di Educazione alla Nascita visite Domiciliari Puerperali consulenza *one to one* per l'Allattamento Materno numero Verde per l'Allattamento Materno

PRESIDIO DISTRETTUALE SOCIO SANITARIO

ambulatorio dell'Ostetrica visite Domiciliari Puerperali ambulatorio per Promuovere e Sostenere l'Allattamento Materno corso di Sostegno per l'Allattamento Materno screening per il Tumore dei collo dell'utero

VILLAFRANCA:

PRESIDIO DISTRETTUALE SOCIO SANITARIO:

- ambulatorio dell'Ostetrica

- visite Domiciliari Puerperali
- ambulatorio per Promuovere e Sostenere l'Allattamento Materno
- corso di Sostegno per l'Allattamento Materno
- screening per il Tumore dei collo dell'utero

AULLA:

PRESIDIO DISTRETTUALE SOCIO SANITARIO:

- ambulatorio della Gravidanza Fisiologica
- ambulatorio per Promuovere e Sostenere l'Allattamento Materno
- corso in Gravidanza (rivolto alle donne -coppie)
- corso di Educazione alla Nascita
- corso di Sostegno all'Allattamento Materno
- ambulatorio dell'Ostetrica
- visite Domiciliari Puerperali
- interventi di Educazione Sanitaria nelle Scuole
- screening per il Tumore dei collo dell'utero
- sede Referente Regionale zona Lunigiana per l'Allattamento Materno
- numero Verde per l'Allattamento Materno

FIVIZZANO:

SEDE OSPEDALE :

ambulatorio dell'Ostetrica visite Domiciliari Puerperali ambulatorio per Promuovere e Sostenere l'Allattamento Materno corso di Sostegno all'Allattamento Materno screening per il Tumore dei collo dell'utero

TERZA FASE di REALIZZAZIONE:

Le caratteristiche di questa Fase di realizzo dipenderanno molto dal percorso che le ostetriche avranno potuto fare sino a quel momento.

UNITA' OSTETRICHE: Organizzazione (Terza Fase di Realizzo)

Giunti a questa Fase di Realizzo, le Ostetriche, avranno svolto vari Percorsi Formativi che le avranno permesso di: acquisire nuove Competenze, e nuovi Strumenti di Lavoro aprire Nuovi Servizi e Ampliare quelli già esistenti arrivare ad un Buon Livello di Continuità dell'Assistenza Ostetrica avere una Formazione Comune delle Ostetriche lavorare in Equipe

L'Assistenza Ostetrica, in questa Fase di Realizzazione, può oramai garantire una Continuità dell'Assistenza molto simile a quella descritta in questo documento. Pertanto, si può ipotizzare una riorganizzazione dei Servizi tale, che dia l'opportunità alle donne e alle coppie, di usufruire di un'Assistenza Adeguata e Personalizzata.

L'ORGANIZZAZIONE delle OSTETRICHE sarà così strutturata:

Totale Ostetriche: 17 Unità di cui,

A) n° 8 unità ostetriche con Sede **operative in vari presidi distrettuali** della Lunigiana Le Ostetriche che prestano la loro Attività Professionale all'interno di un Distretto socio Sanitario, forniranno questi tipi di Servizi:

- ambulatorio dell'Ostetrica
- numero Verde per l'Allattamento Materno
- ambulatorio per Promuovere e Sostenere l'Allattamento Materno
- collaborazione con il Team delle Ostetriche presenti in quella zona
- visite Domiciliari Puerperali
- screening per il Tumore del collo dell'utero
- assistenza all'Ambulatorio Ginecologico

(* la collaborazione con il team delle Ostetriche, può riguardare la Compresenza nei Corsi, in modo tale che le donne, hanno l'opportunità di fare la conoscenza dell'ostetrica distrettuale e avere così una Continuità di Assistenza nel Puerperio, nei Corsi Dopo Parto, nell'Ambulatorio di Sostegno all'Allattamento al Seno)

LORO SEDI:

Pontremoli: 2 Unità
Fivizzano: 2 Unità

Aulla 2 Unità
Viliafranca: 2 Unità

B) n° **9 unità Ostetriche** organizzate in **Gruppi o Team di 3 Ostetriche** ciascuno. Ogni Team di Ostetriche fornirà questo tipo di Servizio:

- ambulatorio Gravidanza Fisiologica
- corso in Gravidanza
- corso di Educazione alla Nascita
- corso Dopo Parto
- accompagnamento in Ospedale per Cardiotocografia e altri accertamenti
- assistenza al Travaglio - Parto - Post-Partum
- visite Domiciliari Puerperali

I Team delle Ostetriche saranno 3, con Sedi diverse e garantiranno per tutta la zona Lunigiana la Continuità dell'Assistenza Ostetrica nel Percorso Nascita.

LORO SEDI:

Pontremoli: Sede Ospedale

Aulla : Sede Presidio Distrettuale Socio Sanitario

Fivizzano: Sede Ospedale 1 Presidio Distrettuale Socio Sanitario

La Continuità dell'Assistenza, in questa Terza Fase di progettazione, consisterà:

PER LE OSTETRICHE DEL GRUPPO A *4, NELL'OFFERTA DELLE SEGUENTI PRESTAZIONI:

- la donna verrà seguita presso l'Ambulatorio della Gravidanza Fisiologica
- dopo la nascita del bambino, la stessa Ostetrica, presterà la sua assistenza alla donna al neonato a Domicilio (**Visite Domiciliari Puerperali**, con eventualmente, Dimissione precoce della donna dall'Ospedale)

- la Continuità di Assistenza alla mamma e al neonato, sarà garantita in seguito, presso l'Ambulatorio per Promuovere e Sostenere l'Allattamento Materno
- la donna potrà iscriversi al Corso di Sostegno all'Allattamento al Seno, condotto dalla stessa Ostetrica
- al momento opportuno si potrà rivolgere all'Ostetrica per una Consulenza per la Contraccezione

A livello Distrettuale, si può dire che, se la donna vuole, può essere accompagnata dall'ostetrica di riferimento, per un lungo periodo della sua vita. L'Ostetrica infatti, è una figura femminile non Medica, che assiste e accompagna la donna, in tutte le fasi del Percorso femminile, dall'Adolescenza, alla Menopausa.

LE OSTETRICHE DEL GRUPPO B DARANNO QUESTO TIPO DI SERVIZI:

- la donna che si rivolge **all'Ambulatorio della Gravidanza** conoscerà una (o 2 ostetriche) che l'assisterà per tutta la gravidanza
- la stessa ostetrica l'accompagnerà e sosterrà in un **Corso in Gravidanza**.
- nell'ultimo periodo della Gravidanza, si potrà iscrivere a un Corso di Educazione alla Nascita.

Il Corso di Educazione alla Nascita è condotto da 2 Ostetriche : 1 di Riferimento (quella che ha già conosciuto) e 1 di Supporto.

Questo permette alla donna di conoscere 2 Ostetriche contemporaneamente, per garantire maggior Continuità nell'Assistenza.

Il Corso ha una durata di 2 Mesi. (dalla 34, alla 40 sett di gravidanza).

- **REPERIBILITA'**: al termine del Corso inizia la reperibilità da parte del Team delle Ostetriche
(dalla 38 sett. alla 42 sett.) (*La Reperibilità cessa dal momento che la donna partorisce*).

La donna, verrà accompagnata in ospedale, ogni volta che dovrà fare il tracciato Cardiotocografico, oppure altri controlli prima del Parto

Quando inizia il Travaglio la donna potrà essere assistita a domicilio e quando l'ostetrica lo ritiene opportuno, oppure la donna lo richiede, accompagna la gestante in ospedale e l'assiste sino al momento del Parto.

Dopo 2 ore dal Parto, se la donna lo desidera e le condizioni cliniche lo permettono, può essere dimessa (Dimissione Precoce)

- L'Assistenza Puerperale a domicilio, sarà garantita dalla stessa ostetrica oppure, dall'ostetrica di Supporto del Corso di Educazione alla Nascita

Per quanto riguarda il **Reparto di Ostetricia dell'ospedale di Pontremoli**, il numero delle degenti, sarà molto limitato in quanto, si punterà alla Dimissione Precoce della Puerpera, entro 2 ore dal Parto.

Pertanto la Sala Parto assumerà le caratteristiche di una "**Stanza Aperta per il Parto**, non ci sarà più personale Ostetrico fisso in Turno, ma l'Ostetrica, che fa parte del Team, accompagnerà la donna in ospedale, al momento del travaglio, per poi continuare, dopo il parto, l'assistenza a domicilio, per quanto riguarda il Puerperio e l'Assistenza al Neonato

All'interno del Reparto saranno ricoverate le donne che presentano:

<p><u>Gravidanza a Rischio</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Minaccia «Aborto ▪ Minaccia di Parto Prematuro ▪ Patologie in Gravidanza <p><u>Complicanze nel Post-Partum</u></p>	<p>Per queste donne è prevista: un'Assistenza di II° Livello da parte del Medico Ostetrico</p>
---	--

Per le donne, per le quali è prevista una degenza più lunga e hanno già partorito, l'Assistenza per l'Allattamento al Seno, verrà fornita dal Personale Infermieristico, per il quale è già stato approvato dall'A.SI W' 1, un Percorso Formativo a riguardo.

Se si riterrà necessario la presenza di un'Ostetrica fissa la Mattina e una Ostetrica fissa il pomeriggio, si modificherà l'organizzazione delle ostetriche o si assumeranno 2 Unità.

ORGANIZZAZIONE ASSISTENZA OSTETRICA
(Terza Fase di Realizzo)

Sede - Servizi :

PONTREMOLI:

SEDE OSPEDALE:

- reparto di Ostetricia
 - ambulatorio della Gravidanza Fisiologica
 - corso di Educazione alla Nascita 1 Corso Dopo Parto
 - visite Domiciliari Puerperali
 - numero Verde per l'Allattamento Materno
- consulenza one to one sull'Allattamento Materno

PRESIDIO DISTRETTUALE SOCIO SANITARIO

- ambulatorio dell'Ostetrica /Ambulatorio della Gravidanza Fisiologica
- visite Domiciliari Puerperali
- ambulatorio per Promuovere e Sostenere l'Allattamento Materno
- corso in Gravidanza 1 Corso di Sostegno per l'Allattamento Materno
- numero Verde per l'Allattamento Materno
- screening per il Tumore dei collo dell'utero

VILLAFRANCA:

PRESIDIO DISTRETTUALE SOCIO SANITARIO

- ambulatorio dell'Ostetrica 1 Ambulatorio della Gravidanza Fisiologica
- visite Domiciliari Puerperali
- ambulatorio per Promuovere e Sostenere l'Allattamento Materno
- numero Verde per l'Allattamento Materno
- corso in Gravidanza/ Corso Dopo Parto 1 Corso di Sostegno per l'Allattamento Materno
- screening per il Tumore dei collo dell'utero

AULLA:

PRESIDIO DISTRETTUALE SOCIO SANITARIO

- ambulatorio della Gravidanza Fisiologica 1 Ambulatorio dell'Ostetrica
- ambulatorio per Promuovere e Sostenere l'Allattamento Materno
- corso in Gravidanza 1 Corso di Educazione alla Nascita 1 Corso dopo Parto
- corso di Sostegno dell'Allattamento Materno
- visite Domiciliari Puerperali
- numero Verde per l'Allattamento Materno
- gruppi di auto-aiuto per l'Allattamento al seno
- sede Referente Regionale per l'Allattamento Materno
- interventi di Educazione Sanitaria nelle Scuole per Promuovere la Fisiologia
- gruppi per Adolescenti per Promuovere la Fisiologia nel Proprio Percorso Femminile
- screening per il Tumore del collo dell'utero

FIVIZZANO

- Ambulatorio dell'Ostetrica/ambulatorio per Promuovere e Sostenere l'Allattamento Materno visite Domiciliari Puerperali
- corso in Gravidanza / corso di Sostegno all'Allattamento Materno / corso dopo Parto*
- numero Verde per l'Allattamento Materno
- screening per il Tumore del collo dell'utero

* (se possibile Corso di Educazione alla Nascita)

1.12 Durata Complessiva dell'intervento:

I tempi di realizzo di questo progetto dipenderanno soprattutto, dalle risposte delle Istituzioni, dall'impegno professionale dei vari operatori ed essendo un PERCORSO Di CAMBIAMENTO e di CRESCITA PROFESSIONALE, anche dal tempo di adattamento di ciascun operatore.

Per la Realizzazione di questo Progetto è fondamentale:

L'AUTONOMIA dell'OSTETRICA

Intesa come possibilità di :

- Formare un Gruppo di Lavoro
- Gestione della propria attività lavorativa
- Le ore lavorative delle ostetriche devono essere impiegate in tal senso

1.12 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del Programma

Miglior utilizzo delle risorse già esistenti (16 ostetriche), forse 1 unità in più

1.13 Tipologia di utenza per il Programma:

- donne-coppie in gravidanza e nel dopo parto, per quanto riguarda l'assistenza nel Percorso nascita
- le donne, nelle loro fasi di vita, per quanto riguarda l'attività ambulatoriale

PROGRAMMA OPERATIVO

1.1 Informazioni generali

Titolo Programma Operativo:
obiettivi di salute per la medicina di famiglia

Obiettivo di settore:

Prevenzione fattori di rischio (patologie oncologiche, cardiovascolari, patologie apparato respiratorio)

1.2a Soggetto pubblico titolare

ASL1 SDS della Lunigiana

1.2b Soggetto pubblico gestore

ASL1 SDS della Lunigiana

1.3 Soggetto attuatore

ASL1 SDS della Lunigiana

1.4 Responsabile del Programma

Da concordare con il Comitato Aziendale per la Medicina Generale

1.5 Spesa totale prevista

La quota attribuita per ognuno dei tre obiettivi di salute, secondo le scelte sopra delineate, è pari a 1/3 di quanto previsto dall'art.59, lett.B, punto 15 dell'ACN.

Per ciascuna quota le Aziende calcoleranno il raggiungimento dei risultati.

Per quanto attiene le quote non distribuite, le Aziende provvederanno ad assegnarle, alla fine del periodo di osservazione, a tutti i medici che avranno raggiunto gli obiettivi totali.

1.6 Localizzazione dell'intervento

1.7 Obiettivi del Programma Operativo

La Direzione della SdS intende proporre nell'accordo integrativo aziendale per la Medicina generale dopo la valutazione del profilo in accordo con i componenti MMG dello Staff i seguenti tre obiettivi di salute individuati per l'applicazione del comma 15 della Lettera B dell'art.59 dell'ACN, fermo restando quanto già previsto nel pre-accordo regionale:

2 obiettivi prioritari regionali :

1. Prevenzione oncologica
2. Ricerca soggetti affetti da più fattori di rischio cardiovascolari

E 1 obiettivo tra gli altri elencati:

BPCO

1.8 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi*)

incremento statisticamente significativo dei soggetti sottoposti a screening.

relativamente ai soggetti con più fattori di rischio cardiovascolare: attività di counseling nel 70% dei soggetti

70% dei pazienti affetti da BPCO indagati per abitudine al fumo

1.9 Principali attività previste

D 2 - PREVENZIONE ONCOLOGICA

Rispetto agli screenings del tumore del colon retto, tumore della cervice uterina e del tumore della mammella, il MMG :

- effettua una pulitura degli elenchi forniti dall'Azienda (rispetto agli eligibili allo screening) e riconsegna gli elenchi dei nominativi da sottoporre a prevenzione
- effettua opera di counselling ai non responders su elenchi forniti dall'Azienda

Per lo screening del colon retto distribuisce il test se previsto da accordi aziendali.

Per gli screenings della cervice uterina e della mammella comunica al distretto i nominativi delle pazienti a lui note che hanno effettuato i test autonomamente.

Sollecita l'esecuzione dello screening ai pazienti non responders al primo invito.

D3 - Ricerca soggetti affetti da più fattori di rischio cardiovascolare

Il MMG:

- compila all'inizio dell'anno un Registro dei pazienti affetti da sindrome metabolica secondo la definizione ATP III nella fascia di età 40-60

- effettua un counseling sulla modifica di stili di vita

D 6 – BPCO

Il MMG:

- Compila il Registro di patologia dei soggetti affetti da BPCO
- Individua fra questi i pazienti fumatori e li invita a smettere di fumare
- Verifica l'avvenuta vaccinazione antinfluenzale ed eventualmente antipneumococcica secondo accordi aziendali

1.10 Contenuti tecnici (metodologia adottata, strumenti di lavoro, ecc..)

Per ogni obiettivo di salute regionale si esplicitano le azioni richieste al Medico di Medicina generale e i relativi indicatori, da utilizzarsi per valutare le percentuali di raggiungimento di cui all'accordo, che si baseranno sugli elenchi degli assistiti forniti dalle Aziende ai sensi dell'art.44, punto 1 dell'Accordo Collettivo Nazionale, anche su supporto informatico leggibile anche con programmi free-ware, eventualmente forniti dall'Azienda sanitaria, e sul corrispondente rinvio da parte dei medici di medicina generale.

1.11 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

Durata accordo integrativo aziendale per la medicina generale

FAS	PERIODO DI ATTUAZIONE											
	MESE 1	MESE 2	MESE 3	...	...	...	...	...	...	...	...	Mese N
A	Accordo integrativo aziendale per la MMG											
B		Attuazione										
C												verifica
D												

1.12 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del Programma

MMG

Medico ASC

Operatori amministrativi

1.13 Tipologia di utenza per il Programma e stima della dimensione (domanda prevista)

Assistiti MMG

1.14 Strumenti e Indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

D 2 - PREVENZIONE ONCOLOGICA

Condizione necessaria per il raggiungimento dell'obiettivo totale sarà per i medici di medicina generale con bassa compliance (sotto la media aziendale) un incremento statisticamente significativo dei soggetti sottoposti a screening.

Misurabilità:

obiettivo parziale: consegna almeno di un elenco ripulito

obiettivo totale: restituzione degli elenchi ripuliti di tutti gli screenings effettuati a livello aziendale

D3 - Ricerca soggetti affetti da più fattori di rischio cardiovascolare

Misurabilità:

obiettivo parziale: 40% dei soggetti a cui ha effettuato il counseling

obiettivo totale: 70% dei soggetti a cui ha effettuato il counseling

D 6 - BPCO

Misurabilità

obiettivo parziale: 40% dei pazienti affetti da BPCO indagati per abitudine al fumo

obiettivo totale: 70% dei pazienti affetti da BPCO indagati per abitudine al fumo

PROGRAMMA OPERATIVO

1.1 Informazioni generali

Titolo Programma Operativo:

Menopausa: la "Saggezza al Femminile"

Obiettivo di settore:

1.2a Soggetto pubblico titolare

Societa' della Salute

1.2b Soggetto pubblico gestore

Societa' della Salute

1.3 Soggetto attuatore

Societa' della Salute

1.4 Responsabile del Programma

Dr Maria Rosaria Cappè (ginecologa)

Ostetrica Graziella Bielli

1.5 Spesa totale prevista

1.6 Localizzazione dell'intervento

Presidi distrettuali socio sanitari della lunigiana:

Aulla - Pontremoli

1.7 Obiettivi del Programma Operativo

Accompagnare e sostenere la donna nella risoluzione dei disagi psico-fisici legati alle fisiologiche alterazioni della menopausa.

1.8 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi*)

Migliorare la qualità della vita della donna

1.9 Principali attività previste - 1.10 Contenuti tecnici (metodologia adottata, strumenti di lavoro, ecc..)

-> CENTRO MENOPAUSA

Informazione - Prevenzione - Consigli Comportamentali
(sconfinando nella Terapia Medica negli specifici casi)

****.* GRUPPI Di ACCOMPAGNAMENTO E SOSTEGNO**

- * TARGET: donne in pre-menopausa , menopausa
- * METODOLOGIA ADOTTATA = counselling
- * STRUMENTI Di LAVORO =

Dialogo - Condivisione - Informazione - Relazione Terapeutica - Lavoro Corporeo e
CONTENUTI: la Fisiologia della menopausa - il prendersi cura di se

1.11 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

Data la tematica del Progetto, la donna in pre-menopausa e menopausa, dopo una prima fase di attuazione, la durata dell'intervento sarà illimitata.

1.12 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del Programma

Ginecologo - Ostetrica che lavorano in sedi diverse, mantenendo una stretta collaborazione professionale e potranno sempre avvalersi della collaborazione di ulteriori specialisti nei casi specifici (psicologi, psichiatri ecc...)

Nello svolgimento delle loro attività coinvolgeranno i Medici di Base per sensibilizzare, informare e inviare l'utenza al Centro.

1.13 Tipologia di utenza per il Programma e stima della dimensione (domanda prevista)

L'accesso è previsto per la fascia d'età dai 45 -ai 60 anni (includendo la pre-menopausa e la menopausa)

1.14 Strumenti e Indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

La risposta data dalle donne nel tempo che avverrà dopo un'adeguata informazione e sensibilizzazione dell'utenza proveniente da più fonti «medici di base, geriatri, educazione sanitaria, pubblicità aziendale e locale etc...)

PROGRAMMA OPERATIVO

1.1 Informazioni generali

Titolo Programma Operativo:

Indagine epidemiologica di popolazione in Lunigiana sulla presenza di comportamenti a rischio in adolescenza

Premessa

La ricerca, svolta nel 2001 dall'Università di Milano, sulla diffusione dei comportamenti a rischio (droghe, alcol, bullismo) nell'adolescenza indica una presenza di comportamenti a rischio in Lunigiana sovrapponibile a quella di altre zone del nord Italia, geograficamente simili alla Lunigiana, con un'incidenza tuttavia maggiore di alcol e bullismo.

A tal proposito i dati mostrano un abbassamento dell'età in cui si inizia ad assumere alcolici e un'acquisizione di stili di consumazione simili al nord Europa (prevalenza di assunzione nel fine settimana, cocktail, birra ed energy drink).

Si è quindi deciso di effettuare una nuova indagine epidemiologica che ci permetta di fotografare la situazione attuale sulla diffusione dei comportamenti a rischio, in particolare dell'uso di alcolici, in adolescenza nel territorio lunigianese, e di confrontare i dati attuali, in un'ottica evolutiva, con quelli del 2001.

Azioni da intraprendere

- Riunione con i presidi delle scuole medie inferiori della Lunigiana, con i professori referenti alla salute e con il servizio epidemiologico S.D.S. per definire le modalità d'intervento
- Somministrazione di questionari ai ragazzi frequentanti la classe terza media (circa 250 studenti), per individuare la diffusione dei comportamenti a rischio in Lunigiana
- Elaborazione dei dati
- Presentazione dei risultati della ricerca

Risultati attesi

- Dati aggiornati sul comportamento relativo all'uso abuso di alcol nell'adolescenza
- Individuazione di strategie di intervento e sviluppo di progettualità, volte alla prevenzione dei comportamenti a rischio
- Sensibilizzazione dei genitori al problema dell'assunzione di bevande alcoliche in giovanissima età

PROGRAMMA OPERATIVO

1.1 Informazioni generali

Titolo Programma Operativo:

Indagine epidemiologica sull'abuso e la dipendenza da alcol e tabagismo nella popolazione generale in Lunigiana

Premessa

I dati raccolti dal centro Antifumo Ser.T, riferiti ad un campione di popolazione costituito da dipendenti di enti pubblici della Lunigiana (Comuni, Comunità Montana, Marimuni) evidenziano un'incidenza del tabagismo, in suddetta zona, simile a quella registrata in altre aree del nord Italia, geograficamente simili alla Lunigiana.

Per quanto riguarda l'alcol i dati in nostro possesso (numero di utenti affluenti al servizio, numero di consulenze presso le strutture ospedaliere, incidenza di patologie psico-fisiche alcol-correlate) mostrano per la dipendenza da alcol un'incidenza intorno al 5% della popolazione e per l'abuso da alcol un'incidenza che varia dal 10% al 15%.

Quindi, se il fenomeno del tabagismo rispecchia i dati nazionali, il dato dell'alcolismo appare di maggiore entità se confrontato con le statistiche nazionali. Si evidenzia perciò la necessità di svolgere un'azione di indagine epidemiologica che consenta di avere dati più certi e che fornisca indicazioni per la messa in atto di interventi di cura e riabilitazione.

Azioni da intraprendere

- Somministrazione da parte dei medici di medicina generale di questionari relativi al grado di dipendenza dal fumo di tabacco e di valutazione del grado di motivazione a smettere di fumare e invio degli stessi presso il centro Antifumo del Ser.T. di Aulla dove potranno ricevere ulteriori informazioni circa i metodi della disassuefazione dal fumo, sarà inoltre possibile che gli utenti, previo appuntamento, possano incontrare gli operatori del centro presso l'ambulatorio dei medici di medicina generale.
- Somministrazione di questionari volti ad individuare la presenza di abuso o dipendenza dall'alcol
- Invio dei soggetti a rischio individuati presso il Ser.T. di Aulla per un approfondimento diagnostico ed eventuale presa in carico

Risorse professionali e materiali

- Operatrici del centro Antifumo
- Attività di counseling ad opera di una psicologa
- Servizio di algologia per eventuale presa in carico
- Test di autovalutazione
- Depliant, manifesti riportanti informazioni sui danni a breve e lungo termine che l'alcol può provocare
- Etilometro per misurare la percentuale di alcol nel sangue

Aspetti organizzativi

- Riunione con i medici di medicina generale per definire le fasi del presente progetto

1.8 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi*)

- Incremento della consapevolezza nella popolazione generale dei rischi relativi alla salute, legati sia al tabagismo sia all'abuso/dipendenza dall'alcol.
- Incremento degli utenti presi in carico ed inseriti nei vari programmi di disintossicazione, disassuefazione e riabilitazione

PROGRAMMA OPERATIVO

1.1 Informazioni generali

Titolo Programma Operativo:

Prevenzione degli incidenti domestici, con particolare attenzione alle cadute negli anziani nella popolazione lunigianese.

Obiettivo di settore:

Evidenziazione di stili di vita e di modalità d'uso degli ambienti domestici generatori di rischio per gli utenti, con particolare riferimento alle caratteristiche sociali e culturali della popolazione della lunigiana.

Individuazione dei principali fattori di rischio legati a deficienze del sistema edilizio, sia dal punto di vista funzionale che impiantistico, imputabili ad errori di progettazione o esecuzione o a fenomeni di obsolescenza fisica e/o tecnologica.

1.2a Soggetto pubblico titolare

ASL n°1

1.2b Soggetto pubblico gestore

Dipartimento della Prevenzione

1.3 Soggetto attuatore

U.O./U.F. Igiene e Sanità Pubblica e U.F. Verifiche Periodiche

1.4 Responsabile del Programma

Dr. Ghiselli / Dr. Sacchelli Ing. Orgero/ Ing. Giovannini

1.5 Spesa totale prevista

circa 15000 euro per borsa studio

1.6 Localizzazione dell'intervento

Zona della Lunigiana

1.7 Obiettivi del Programma Operativo

Individuazione dei fattori di rischio presenti all'interno delle abitazioni, con particolare attenzione alla prevenzione delle cadute negli anziani, da effettuarsi tenendo conto delle particolare situazione edilizia della zona Lunigiana (caratteristiche delle abitazioni, anno di costruzione, materiali, condizioni d'uso) ma anche degli stili di vita propri della popolazione lunigianese.

Tale attività verrà finalizzata alla individuazione di possibili e praticabili strategie di intervento - tecniche e/o informative - volte a ridurre l'incidenza degli infortuni negli ambienti domestici, da utilizzare per eventuali successive campagne di rilevazione e di educazione alla salute.

1.8 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi*)

Accrescimento nella popolazione della consapevolezza dell'esposizione al rischio all'interno delle abitazioni, con particolare attenzione delle cadute degli anziani.

1.9 Principali attività previste

Studio delle modalità di accadimento degli incidenti attraverso gli accessi al P.S dei Presidi Ospedalieri rilevati con i nuovi report in utilizzo dal 03.07.06

Incontri informativi con gruppi target

Indagine sullo stato delle abitazioni da svolgersi su un campione concordato con tutte le parti coinvolte che tenga in conto delle peculiarità della zona lunigianese.

Studio sulle migliori modalità di comunicazione alla popolazione e/o a gruppi target.

1.10 Contenuti tecnici (metodologia adottata, strumenti di lavoro, ecc..)

Analisi dei report di accesso al Pronto Soccorso,

Incontri con la popolazione o con gruppi target,

Somministrazione di questionari alla popolazione per conoscere meglio gli stili di vita, Analisi dell'edilizia della zona e sopralluoghi presso le abitazioni,

Indagine sulla comunicazione

Per l'analisi tecnica delle abitazioni potrebbe essere preso a riferimento un progetto analogo svolto da ASL 10 – Firenze, Regione Toscana, Facoltà di architettura. Anzi, tali istituzioni potrebbero essere chiamate a collaborare (specialmente la Facoltà di architettura) anche a questo progetto.

1.11 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

Due anni :

fase A :raccolta e analisi dati dei Pronto Soccorso mesi 6/9

fase B :indagine della situazione abitativa mesi 12

fase C :indagine sulle modalità di comunicazione con i gruppi target mesi 6/9

fase D : interventi di informazione con i gruppi target

LA FASE A E' LA FASE DI SUPPORTO ALLE SUCCESSIVE, QUINDI, E' QUELLA CHE INIZIA IL PROGETTO.

LE SUCCESSIVE FASI NON SONO NECESSARIAMENTE IN SEQUENZA ,MA SI COMPENETRANO E POSSONO PROMUOVERE L'AVVIO AD UN'ALTRA FASE

FAS I	PERIODO DI ATTUAZIONE										
	MESE 1	MESE 2	MESE 3	Mese N
A											
B	→										→
C											
D											
....											
N											

1.12 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del Programma

Medico, Ingegnere, informatico, esperto in comunicazione

1.13 Tipologia di utenza per il Programma e stima della dimensione (domanda prevista)

Anziani

1.14 Strumenti e Indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

Per le analisi conoscitive (questionari e analisi sull'edilizia) verranno indicati gli obiettivi che si intende raggiungere (n. di questionari compilati, n. di abitazioni visitate). Tali obiettivi costituiranno gli indicatori di riferimento.
Per l'efficacia

PROGRAMMA OPERATIVO

1.1 Informazioni generali

Titolo Programma Operativo:

Corretta alimentazione ed educazione al movimento come fattori determinanti della crescita

Obiettivo di settore:

Proporre al mondo della scuola un contributo propositivo su temi di educazione ad una corretta alimentazione ed educazione al movimento intesi come aspetti essenziali e inscindibili per la pratica responsabile di corretti stili di vita.

1.2a Soggetto pubblico titolare

Dipartimento della Prevenzione
U.O. e U.F. Igiene degli alimenti

1.2b Soggetto pubblico gestore

Società della salute

1.3 Soggetto attuatore

U.O. e U.F. Igiene degli alimenti e della Nutrizione

1.4 Responsabile del Programma

Dott. Claudio Vignali

1.5 Spesa totale prevista

Euro 8000/00

1.6 Localizzazione dell'intervento

Scuola primaria del territorio Lunigianese

1.7 Obiettivi del Programma Operativo

- ❖ Incidere sugli stili di vita degli alunni delle scuole primarie, con particolare collegamento tra movimento, alimentazione e salute
- ❖ Promuovere modelli di intervento da sperimentare nella scuola
- ❖ Coinvolgere in scelte finalizzate alla riduzione di comportamenti a rischio quali sedentarietà e scorretta alimentazione genitori, insegnanti
- ❖ Favorire la formazione degli insegnanti in relazione alle tematiche della corretta attività fisica e delle relazioni tra movimento, alimentazione e benessere

1.9 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi*)

- ❖ Condivisione della scuola ai principi del progetto e partecipazione attiva alle sue strategie
- ❖ Partecipazione condivisa e consapevole delle famiglie
- ❖ Miglioramento dei caratteri antropometrici monitorati
- ❖ Aumento di iniziative ludico-ricreative finalizzate alla valorizzazione del rapporto tra alimentazione – attività fisica – salute
- ❖ Incremento di aree pubbliche attrezzate per favorire l'attività fisica della popolazione scolastica

1.9 Principali attività previste

- ❖ Somministrazione di un pre- test conoscitivo (questionario) sulle abitudini alimentari del bambino
- ❖ Intervento informativo ed educativo (incontri con genitori e docenti, lezioni frontali)
- ❖ Somministrazione di un post- test di valutazione dell'intervento

1.10 Contenuti tecnici (metodologia adottata, strumenti di lavoro, ecc..)

- ❖ Predisposizione da parte di esperti di percorsi formativi finalizzati alla conoscenza dei principi di una corretta alimentazione, del rapporto tra alimentazione –salute e dei fattori di rischio derivanti da scorretti stili di vita dedicati ai genitori e al personale insegnante
- ❖ Inserimento di detti percorsi formativi nei POF scolastici
- ❖ Coinvolgimento di aziende produttrici locali
- ❖ Verifica dei menù scolastici
- ❖ Coinvolgimento degli Enti Locali per la ristrutturazione dei cortili delle scuole, dei campi gioco, di aree per l'utilizzo della bicicletta, ecc.
- ❖ Realizzazione di collaborazioni tra i vari Enti presenti sul territorio in modo da raggiungere gli obiettivi del progetto

1.11 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

3 anni

1.12 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del Programma

medici e operatori sanitari

1.13 Tipologia di utenza per il Programma e stima della dimensione (domanda prevista)

alunni della scuola primaria

1.14 Strumenti e Indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

- ❖ Questionari conoscitivi da somministrare all'inizio e alla fine del percorso formativo
- ❖ Frequenza nella partecipazione agli incontri e numero dei partecipanti
- ❖ Aumento delle iscrizioni a corsi di attività sportive.
- ❖ Condivisione da parte delle famiglie e dei bambini delle scelte nutrizionali in ambiente scolastico

SERVIZI



PROGRAMMA OPERATIVO

1.1 Informazioni generali

Titolo Programma Operativo:

"Visite specialistiche: un obiettivo di qualità"

Obiettivo di settore:

Potenziamento attività specialistica ambulatoriale

1.2a Soggetto pubblico titolare

SDS della Lunigiana ASL1

1.2b Soggetto pubblico gestore

SDS della Lunigiana ASL1

1.3 Soggetto attuatore

SDS della Lunigiana ASL1

1.4 Responsabile del Programma

Responsabile UFASC, Rappresentante Specialisti Ambulatoriali

1.5 Spesa totale prevista

Circa 114000 euro/anno se attivate con convenzione SUMAI
(parte delle risorse necessarie potrebbero essere recuperate mediante personale dipendente)

Inoltre sono necessarie 36 ore di geriatra (circa 100000 euro)

1.6 Localizzazione dell'intervento

SDS della Lunigiana

1.7 Obiettivi del Programma Operativo

Riduzione tempi di attesa per le visite specialistiche:

con il progetto speciale "**Visite specialistiche: un obiettivo di qualità**", il Piano sanitario regionale 2005-2007 pone alle Aziende unità sanitarie locali l'obiettivo di erogare alcune prime visite specialistiche, da quella cardiologia alla ginecologica, dall'oculistica alla neurologica, dalla dermatologica all'ortopedica, all'otorinolaringoiatrica, con un tempo massimo di attesa di 15 giorni. Per raggiungere realmente questo risultato, il Sistema sanitario regionale assume ora l'impegno di prevedere un risarcimento economico in caso di inosservanza da parte dell'Azienda del dovere di effettuare queste visite entro le scadenze previste, almeno in uno dei suoi presidi o dei presidi accreditati.

Oltre le suddette specialità inserite nel progetto regionale sono state individuate altre specialità che attualmente presentano tempi di attesa eccessivamente lunghi per le quali è opportuno potenziare il servizio: odontoiatria, infettivologia, reumatologia, elettromiografia, geriatria, endocrinologia.

Per raggiungere l'obiettivo di cui sopra è stato stimato che è necessario incrementare le seguenti specialità rispettivamente di ore settimanali:
 odontoiatria (24), infettivologia (4 ore), reumatologia (4 ore), geriatria (36ore)
 cardiologia (10 ore), neurologia (4 ore già previste più 8 ore di elettromiografia), ortopedia (10 ore)
 Sono già state attivate per l' oculistica (12 ore) e per l'otorinolaringoiatria (4 ore): da valutare eventuale ulteriore incremento in base all'effettivo riscontro della riduzione dei tempi di attesa

1.8 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi*)

Riduzione tempi di attesa

1.9 Principali attività previste

Visite specialistiche

1.10 Contenuti tecnici (metodologia adottata, strumenti di lavoro, ecc..)

Esame clinico, esami strumentali (elettromiografia, audiometria), terapie odontoiatriche

1.11 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

Tre anni

FASI	PERIODO DI ATTUAZIONE										
	MESE 1	MESE 2	MES E 3	...	...	...	...	...	...	...	Mese N
A	Incarico professionale										
B		attuazione									
C											valutazione

1.12 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del Programma

Medici specialisti in:
 odontoiatria, infettivologia, reumatologia, geriatria
 cardiologia, oculistica, neurologia, ortopedia, otorinolaringoiatria,

1.13 Tipologia di utenza per il Programma e stima della dimensione (domanda prevista)

Assistiti di MMG cui sia stata richiesta dallo stesso una visita specialistica.
 Cittadini che fanno richiesta di accesso a visite specialistiche odontoiatriche, oculistiche (limitatamente alla misurazione del visus)

1.14 Strumenti e Indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

Tempi di attesa

PROGRAMMA OPERATIVO

1.1 Informazioni generali

Titolo Programma Operativo:

Unità di cure primarie

Obiettivo di settore:

Potenziamento attività ambulatoriale territoriale

1.2a Soggetto pubblico titolare

SdS DELLA LUNIGIANA ASL1

1.2b Soggetto pubblico gestore

SdS DELLA LUNIGIANA ASL1

1.3 Soggetto attuatore

SdS DELLA LUNIGIANA ASL1

1.4 Responsabile del Programma

Direttore SdS della Lunigiana o suo delegato

1.5 Spesa totale prevista

Esiste un finanziamento finalizzato regionale per le sperimentazioni, che presumibilmente non riuscirà a coprire il costo totale del progetto.

Sarà assegnato sulla base di criteri e parametri predefiniti

È possibile la presentazione di ulteriori progetti

Spesa totale presumibile per una UCP circa 200000-250000 euro/anno

(parte delle risorse necessarie potrebbero essere recuperate mediante dislocazione di personale dipendente)

1.6 Localizzazione dell'intervento

SdS della Lunigiana

1.7 Obiettivi del Programma Operativo

Adeguate (vedi relazione responsabile UFASC allegata) il progetto presentato dall'ASL1 alla commissione regionale risultato non accoglibile, per realizzare l'unità di cure primarie (UCP) nella zona sanitaria della Lunigiana

Realizzazione UCP

1.8 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi*)

valorizzazione del territorio

appropriatezza delle prestazioni

approccio integrato al fabbisogno sanitario

semplificazione per l'utente del percorso di accesso

1.9 Principali attività previste

Una sede unica/principale (che non esclude gli ambulatori periferici individuali)
La continuità nell'assistenza e l'integrazione
La condivisione delle cartelle cliniche
Il collegamento in rete fra gli studi e con la a s l
L'attività di primo soccorso
Il CUP

1.10 Contenuti tecnici (metodologia adottata, strumenti di lavoro, ecc..)

Esame clinico, esami strumentali

1.11 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

Tre anni

FASI	PERIODO DI ATTUAZIONE										
	MESE 1	MESE 2	MESE 3	...	...	...	...	...	...	...	Mese N
A	Costituzione gruppo di lavoro e nomina responsabile										
B		Redazione nuovo progetto da sottoporre alla commissione regionale									
C			Verifica commissione regionale								
D				attuazione							
E											valutazione
N											

1.12 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del Programma

Medico di medicina generale
Medico specialista
Infermiere
Operatore amministrativo
Operatore tecnico

1.13 Tipologia di utenza per il Programma e stima della dimensione (domanda prevista)

Assistiti di MMG che aderiranno all'UCP
(10000-15000 assistiti)

1.14 Strumenti e Indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

Realizzazione progetto
Approvazione progetto da parte della commissione regionale
Attuazione

PROGRAMMA OPERATIVO

1.1 Informazioni generali

Titolo Programma Operativo:

Potenziamento proiezione extraospedaliera unità di medicina palliativa

Obiettivo di settore:

Potenziamento assistenza domiciliare

1.2a Soggetto pubblico titolare

SDS della Lunigiana ASL1

1.2b Soggetto pubblico gestore

SDS della Lunigiana ASL1

1.3 Soggetto attuatore

SDS della Lunigiana ASL1

1.4 Responsabile del Programma

Dr.ssa Battaglia Antonella

1.5 Spesa totale prevista

è necessario integrare l'equipe multiprofessionale e multidisciplinare della U. di Medicina Palliativa dotandola della figura professionale dello psicologo acquisendo una parte dell'orario degli operatori aziendali (10 ore/sett.).

Aumento dotazione personale interno una unità di infermiere

1.6 Localizzazione dell'intervento

Zona sanitaria della Lunigiana

1.7 Obiettivi del Programma Operativo

Centralità della persona ammalata e del suo diritto all'autodeterminazione.

Identificare il bisogno reale di gestione degli stati di sofferenza e di dolore

Estendere la risposta al bisogno

Consentire la maggior permanenza possibile della persona ammalata nel proprio domicilio

Implementare il supporto alle famiglie

Ridurre gli accessi in P.S.
Ridurre i ricoveri impropri
Ridurre il consumo di FANS nella terapia del dolore cronico e aumentare il consumo di oppioidi
Promuovere la dispensazione diretta di farmaci per la terapia del dolore anche non correlato a tumori

1.8 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi*)

Riduzione del dolore globale dell'assistito
Aumentare la permanenza della persona ammalata nel proprio domicilio
Riduzione degli accessi in P.S.
Riduzione dei ricoveri impropri
Riduzione del consumo di FANS nella terapia del dolore cronico e aumento del consumo di oppioidi

1.9 Principali attività previste

Conoscenza progressivamente maggiore del n. di persone non autosufficienti a domicilio e/o in RSA affetti da malattie croniche correlate a stati di sofferenza e di dolore.

Maggior integrazione con i modelli già esistenti (ridefinizione delle procedure) di assistenza domiciliare in modo da soddisfare progressivamente il "bisogno" relativamente alla terapia antalgica qualunque ne sia la causa sottostante.

Integrazione progressiva con i MMG (incontri periodici, discussione di casi clinici, eventi formativi).

Coinvolgimento progressivo del sistema della continuità assistenziale (integrazione operativa, eventi formativi).

Condivisione del piano assistenziale individuale con il MMG e il M. della continuità assistenziale in modo da identificare come obiettivo comune quello di consentire una maggior permanenza possibile della persona ammalata nel proprio domicilio e tra i propri affetti.

Estensione progressiva della presa in cura a persone affette da malattie croniche degenerative in fase avanzata, in particolare:

- insufficienza cardiaca congestizia
- encefalopatia vascolare cronica con o senza deterioramento cognitivo
- altre malattie neurologiche degenerative (Parkinson, cirrosi epatica in fase ascitica)
- insufficienza respiratoria cronica (integrazione con U.O. pneumologia,
- poliartrrosi invalidante
- "grande anziano"

Definizione e realizzazione del percorso di dimissione dalle UU.OO. con presa in cura domiciliare in Medicina Palliativa secondo due modalità prevalenti:

- assistenza a pazienti stabili
- ospedalizzazione domiciliare per pazienti critici e/o ad elevata intensità di cura.

Integrazione operativa con l'UFASC

Potenziamento integrazione con la rete dei servizi sociali per i casi a maggiore complessità di gestione

Implementazione dell'attività di presa in carico delle famiglie dei pazienti presi in cura dalla U. di Medicina Palliativa utilizzando aree di incontro sia all'interno degli S.O. che nei distretti.

1.10 Contenuti tecnici (metodologia adottata, strumenti di lavoro, ecc..)

Estensione progressiva della presa in cura a persone affette da malattie croniche degenerative in fase avanzata, in particolare:

- insufficienza cardiaca congestizia
- encefalopatia vascolare cronica con o senza deterioramento cognitivo
- altre malattie neurologiche degenerative (Parkinson, cirrosi epatica in fase ascitica)
- insufficienza respiratoria cronica (integrazione con U.O. pneumologia,
- poliartrrosi invalidante
- "grande anziano"

Definizione e realizzazione del percorso di dimissione dalle UU.OO. con presa in cura domiciliare in Medicina Palliativa secondo due modalità prevalenti:

- assistenza a pazienti stabili
- ospedalizzazione domiciliare per pazienti critici e/o ad elevata intensità di cura.

1.11 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

triennale

1.12 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del Programma

Infermiere
PSicologo

1.13 Tipologia di utenza per il Programma e stima della dimensione (domanda prevista)

Pazienti bisognosi di cure di fine vita; persone affette da malattie croniche degenerative in fase avanzata; 300 utenti anno circa

1.14 Strumenti e Indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

Riduzione degli accessi in P.S. in pazienti in fase avanzata di malattia

Riduzione dei ricoveri impropri

Riduzione del consumo di FANS nella terapia del dolore cronico e aumento del consumo di oppioidi

PROGRAMMA OPERATIVO

1.1 Informazioni generali

Titolo Programma Operativo:

Implementazione integrazione Ospedale Territorio

Obiettivo di settore:

Migliore utilizzo delle risorse

Aumento della qualità delle prestazioni erogate

1.2a Soggetto pubblico titolare

ASL 1-SdS

1.2b Soggetto pubblico gestore

ASL 1-SdS

1.3 Soggetto attuatore

ASL 1-SdS

1.4 Responsabile del Programma

Direzione Medica Presidio della Lunigiana

1.5 Spesa totale prevista

Isorisorse

1.6 Localizzazione dell'intervento

Ospedale di Pontremoli

1.7 Obiettivi del Programma Operativo

centralità della persona

promozione iniziative accoglienza/informazione per il cittadino

razionalizzazione delle risorse disponibili

riduzione ricoveri per patologie croniche in fase avanzata (neoplastiche e non)

contenimento spesa farmaceutica

1.8 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi*)

miglioramento della qualità della prestazione percepita dall'utente
contenimento della spesa
aumento della gratificazione degli operatori

1.9 Principali attività previste

riproposizione del percorso ADI
ospedalizzazione a domicilio secondo il modello della Unità di Medicina Palliativa
creazione di un'area presso lo SO di Pontremoli in cui svolgere attività ambulatoriale cardiologica per esterni, con l'impiego di Medici Cardiologi dell'Azienda e personale infermieristico sia ospedaliero che territoriale
dispensazione diretta dei farmaci

1.10 Contenuti tecnici (metodologia adottata, strumenti di lavoro, ecc..)

incontro con gli operatori per condividere gli obiettivi ed i programmi
elaborazione di procedure condivise e validate dalla UO Qualità
validazione finale della Direzione Sanitaria Aziendale e dal Coordinatore Sanitario della SdS

1.11 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

piena operatività a tre mesi dall'inizio del progetto

1.12 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del Programma

Medici Cardiologi e Infermieri Ospedalieri e territoriali
Staff medico ed infermieristico della Unità di Medicina Palliativa
Medici di Medicina Generale
Medici di area medica e chirurgica ospedalieri
Medici disrettuali

1.13 Tipologia di utenza per il Programma e stima della dimensione (domanda prevista)

pazienti cardiopatici
pazienti affetti da patologie croniche ad andamento evolutivo

1.14 Strumenti e Indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

rapporto fra il numero di pazienti target ricoverati in precedenza e numero di ricoverati a sei mesi e ad un anno dall'inizio del progetto
somministrazione di questionari di gradimento all'utenza ed agli operatori

PROGRAMMA OPERATIVO

1.1 Informazioni generali

Titolo Programma Operativo:

Progetto "lavorare insieme, lavorare meglio"

Obiettivo di settore:

Miglioramento integrazione servizi di assistenza domiciliare ADI , medicina palliativa

1.2a Soggetto pubblico titolare

SDS della Lunigiana ASL1

1.2b Soggetto pubblico gestore

SDS della Lunigiana ASL1

1.3 Soggetto attuatore

SDS della Lunigiana ASL1

1.4 Responsabile del Programma

Responsabile UFASC, Responsabile medicina palliativa

1.5 Spesa totale prevista

6000 euro/anno

1.6 Localizzazione dell'intervento

SDS della Lunigiana

1.7 Obiettivi del Programma Operativo

Migliorare l' integrazione tra i servizi di assistenza domiciliare
Sostegno psicologico all'equipe multidisciplinare nelle assistenze domiciliari integrate
Approfondimento e ampliamento della conoscenza delle problematiche inerenti il lavoro multidisciplinare dei partecipanti offrendo loro la possibilità di usare un quadro di riferimento teorico psicoanalitico in contesti diversi da quello clinico, attraverso incontri dedicati all'approfondimento delle problematiche legate al lavoro.
Nei seminari di discussione, tutte le volte in cui le situazioni presentate possono presupporre interazioni terapeutiche di vario tipo, spesso verificatesi in un contesto istituzionale, verranno introdotti i concetti psicoanalitici riconosciuti rilevanti nel materiale e nelle esperienze partecipate;

scopo del corso, infatti, è quello di stimolare gli operatori ad imparare dalle esperienze.

1.8 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi*)

Miglioramento integrazione tra servizi
 Miglioramento capacità di lavorare in equipe
 Miglioramento capacità di gestire le fonti di stress nell'ambiente di lavoro

1.9 Principali attività previste

Incontri con gli operatori dell'assistenza domiciliare

1.10 Contenuti tecnici (metodologia adottata, strumenti di lavoro, ecc..)

incontri con gli operatori con discussione di casi di lavoro (saranno organizzati in lavori di gruppo (10-12 persone oltre il conduttore) caratterizzati da discussioni sviluppate a partire dalla relazione presentata ogni volta da un operatore diverso), lezioni teoriche finalizzate alla comprensione delle emozioni, ansie e meccanismi di difesa nelle persone, nei gruppi e nelle istituzioni

1.11 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

Tre anni

FASI	PERIODO DI ATTUAZIONE												
	MESE 1	MESE 2	MESE 3	...	...	...	...	...	...	...	...	Mese N	
A	Incarico professionale												
B		attuazione											
C													valutazione

1.12 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del Programma

Psicologo

1.13 Tipologia di utenza per il Programma e stima della dimensione (domanda prevista)

Dirigenti e Operatori dei servizi domiciliari (circa 40)

1.14 Strumenti e Indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

N. incontri
 Test di soddisfazione

PROGRAMMA OPERATIVO

1.1 Informazioni generali

Titolo Programma Operativo:

Progetto organizzativo per la istituzionalizzazione di un punto di primo soccorso stabile nel Comune di Aulla

I Piani Sanitari Nazionali e i Piani Sanitari Regionali condividano che possano essere presenti sul territorio dei punti di primo soccorso stabili a cui il cittadino può accedere direttamente per far fronte ai propri problemi di salute che insorgono improvvisamente e che non sono tali da richiedere l'intervento del servizio sanitario di Emergenza territoriale.

Spesso si tratta di sintomi riferibili a patologie di modesta entità ma per i quali è corretto dal punto di vista sanitario appurare che siano effetti veramente ascrivibili a quelli etichettati come codici bianchi e/o azzurri.

Ad Aulla ha sede un Punto di Emergenza Territoriale che è terzo in Provincia quanto a numero di servizi di Emergenza che il 118 esegue; nei Comuni e nelle zone adiacenti è concentrata la metà circa dell'intera popolazione residente in Lunigiana. I due Pronti Soccorso di Pontremoli e Fivizzano sono molto distanti ed è giusto che accolgano le patologie per le quali si preveda un ricovero ordinario e non una semplice prestazione ambulatoriale.

Esistono pertanto le condizioni per esplicitare la seguente proposta andando incontro alle esigenze di salute e al disagio che la popolazione deve affrontare per risolvere questo bisogno.

- a) Istituzionalizzazione di un primo soccorso stabile, aperto dalle ore 08.00 alle ore 20.00: durante la notte esiste solo il servizio di 118 costituito da:
- Una sala di attesa con annesso servizio per disabili
 - Una sala di visita con le caratteristiche dell'ambulatorio chirurgico
 - Una salettina di refertazione collegata con i PP.SS. dell'ASL 1 (tale collegamento esiste già nel PET attuale)
- b) Personale sanitario: n. 1 infermiere h 12 (e per coprire questo tempo e garantire ferie e malattie sono necessari n. 3 infermieri
- N. 1 medico h 12 (anche per tale impegno sono necessari n. 3 medici)

- c) Convenzione con il laboratorio privato esistente ad Aulla per l'esecuzione di esami che consentano il completamento diagnostico e così pure convenzione con il gabinetto RX per l'esecuzione di lastre e/o ecografie
- d) Stabile collegamento con il poliambulatorio specialistico che ha sede nel Distretto ove a rotazione e con orari e giorni stabiliti gli specialisti dell'ASL eseguono le loro prestazioni e quindi possono fungere da supporto come consulenza alla attività di 1° soccorso.
- e) Nella stessa sede potrebbe trovare posto il PET h 24 con la sua automedica corredata di infermiere e di medico che attualmente si trova nella sede della P.A.: in tale struttura rimarrebbe il 2 °PET h 12 con me dico e ambulanza che fa fronte alle Emergenze di Aulla città e dell'autostrada (corsia nord e corsia sud): per tale inserimento sarebbe necessario prevedere:
 - Una stanza di sosta
 - Una zona ristoro comune a PET e primo soccorso
 - Uno spogliatoio con servizio annesso fornito di doccia

E' difficile quantificare il costo di questa operazione in termini edilizi. Le attrezzature sono in possesso della ASL, sarebbe necessario acquistare gli arredi per sala di attesa, spogliatoi, zona ristoro.

Le spese per il personale sono rappresentate da:

- N. 3 infermieri = € 99.000. circa anno
- N. 3 medici (costo orario di un medico EST € 30 l'ora per 12 ore /die per 365 gg. l'anno= 131.400 €)

TOTALE COSTO: € 230.400

