

AGGIORNAMENTO P.I.S.

società della salute lunigiana

PIGL 2006 - 2008


Società della Salute
Lunigiana

Piano Integrato di Salute **LUNIGIANA**



2007

Premessa

Proposta sperimentale

Stato di Salute

Obiettivi di Piano 2006-2008

Stato di attuazione

Programmi Operativi:

- **Fondo non autosufficienza**
- **Disabilità Complessa**
- **Centro aggregazione Palazzo Baracchini**
- **Anziani Fragili**
- **Attività Motoria Adattata**
- **Informafamiglie**

Progetti Intervento (progetti del volontariato):

- **GIOVANI**
- **PSICHIATRIA**
- **DISABILITA'**
- **IMMIGRATI**

Progetti di Interesse Regionale

- **GIOVANI**
- **PEBA**

LE RISORSE

- **Bilancio e Budget**

Premessa

PREMESSA

Il Piano Integrato di Salute è per la Società della Salute della Lunigiana una premessa necessaria per condividere la strategia di politiche sociali e sanitarie con i vari attori presenti sul territorio sia istituzionali e non.

La metodologia adottata ha permesso la maggior conoscenza del territorio con i propri limiti e le proprie risorse e nello stesso tempo ci permette di individuare nuove strategie, obiettivi e modelli per la riorganizzazione del sistema ed in particolare quello socio – sanitario monitorando con l'aggiornamento annuale le azioni intraprese.

PROPOSTA SPERIMENTALE

Società della Salute della Lunigiana

GIUNTA



Deliberazione n. 6 del giorno 12 luglio 2007

OGGETTO: PROPOSTA SPERIMENTALE GESTIONE ATTIVITA' SANITARIE
TERRITORIALI, SOCIO-ASSISTENZIALI, SOCIO-SANITARIE E DI ALTA
INTEGRAZIONE - DETERMINAZIONI

Società della Salute della Lunigiana

Giunta

ENTE	COGNOME E NOME	CARICA	PRESENTI	ASSENTI
PODENZANA	Riccardo Varese	Presidente	X	
Az.USL1- Dir.Gen.	Vito Antonio Delvino	Componente	X	
AULLA	Aldo Vivaldi	Componente per delega		X
BAGNONE	Lino Mori	Componente per delega	X	
CASOLA IN L.	Pier Giorgio Belloni	Componente	X	
COMANO	Pietro Romiti	Componente	X	
FILATTIERA	Pier Luigi Bardini	Componente	X	
FIVIZZANO	Luciano Pasquali	Componente per delega	X	
LICCIANA N.	Enzo Manenti	Componente	X	
MULAZZO	Sandro Donati	Componente	X	
PONTREMOLI	Franco Gussoni	Componente	X	
TRESANA	Stefano Traversi	Componente per delega	X	
VILLAFRANCA L.	Andreina Della Pina	Componente per delega	X	
ZERI	Carlo Ferrari	Componente per delega	X	

L'anno duemilasette, il giorno dodici, del mese di luglio, alle ore quindici, presso la sala consigliare della Comunità Montana di Aulla, il Presidente della Giunta della Società della Salute della Lunigiana prende in esame l'argomento di cui all'oggetto ed assume la sottoriportata deliberazione:

LA GIUNTA DELLA SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA LUNIGIANA

VISTA la deliberazione del Consiglio Regionale n. 155 del 24 settembre 2003 "Atto d'indirizzo regionale per l'avvio della Sperimentazione della Società della Salute";

VISTA la deliberazione dell'Articolazione Zonale della Conferenza dei Sindaci della Lunigiana n. 13 del 26/11/2003 con cui si approvava la costituzione di un consorzio pubblico costituito ai sensi degli artt. 30 e 31 del D. Lgs. 18 agosto 2000 n. 267 tra i Comuni di Aulla, Bagnone, Casola in Lunigiana, Comano, Filattiera, Fivizzano, Licciana Nardi, Mulazzo, Podenzana, Pontremoli, Tresana, Villafranca in Lunigiana, Zeri e l'Azienda USL 1 di Massa e Carrara per l'esercizio associato delle attività socio-assistenziali, sociosanitarie, sanitarie territoriali e specialistiche di base, nonché, a regime, per la gestione integrata dei relativi servizi alla persona nel territorio corrispondente alla zona socio sanitaria della Lunigiana;

VISTA la deliberazione dell'Azienda USL 1 di Massa e Carrara n. 1015 del 28/11/2003, di presa d'atto della sopra citata deliberazione;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale Toscana n. 269 del 22/03/2004 con la quale, tra l'altro, si autorizza l'avvio della sperimentazione della Società della Salute;

RICHIAMATA la propria deliberazione n. 1 del 14 gennaio 2005 con la quale, tra l'altro, si prendeva atto del regolare insediamento della Giunta;

VISTA, la deliberazione del Consiglio Regionale n. 80 del 26 luglio 2006, con la quale viene modificato ed integrato l'allegato A della deliberazione del Consiglio Regionale 24 settembre 2003, n. 155 ed in particolare al termine del capitolo 1, dell'allegato A, è aggiunto che:

"Il termine della valutazione della sperimentazione è fissato al 31 dicembre 2006. Dopo tale data e nelle more degli eventuali adeguamenti di carattere normativo finalizzati alla revisione dell'assetto organizzativo e di governo dei servizi socio sanitari territoriali, le Società della Salute assicurano la continuità delle attività del consorzio.";

RICHIAMATA la propria deliberazione n. 24 del 13 dicembre 2006, con la quale veniva prorogata l'attività sperimentale della Società della Salute Lunigiana sino al termine della sperimentazione, o comunque fino all'emanazione di diverse disposizioni regionali e si

prorogavano, altresì, tutti gli incarichi conferiti, in particolare, quello al Direttore Tecnico, attribuito con deliberazione n. 2 del 2 febbraio 2005, e quelli di cui alla deliberazione n. 4 del 16 marzo 2006 "Definizione organigramma SdS Lunigiana;

CONSIDERATO che la Lunigiana ha mantenuto nell'erogazione dei servizi socio-sanitari un assetto organizzativo che ha favorito l'integrazione delle politiche socio sanitarie, superando le frammentazioni a favore dell'omogeneità delle prestazioni con l'adozione di un modello di tipo solidaristico fra i Comuni della Zona, che hanno delegato da tempo all'Azienda Usl 1 di Massa e Carrara la gestione dei Servizi socio-assistenziali;

ATTESO che siffatto modello ha favorito la nascita e la sperimentazione della Società della Salute che diventa il riferimento delle politiche sociali integrate per il raggiungimento di obiettivi di salute;

VISTO il progetto, presentato dal Direttore Tecnico, che si allega al presente atto e ne costituisce parte integrante e sostanziale, contenente la proposta sperimentale di gestione da parte della SdS Lunigiana delle attività sanitarie territoriali, socio-assistenziali, socio-sanitarie e di alta integrazione;

RITENUTO di condividere i principi ispiratori di tale proposta, che, tuttavia, essendo il documento stato presentato nella seduta odierna, necessita di un esame più approfondito da parte di tutti i componenti;

A voti unanimi,

DELIBERA

Per quanto espresso nelle premesse

- di prendere atto del progetto, che si allega al presente atto e ne costituisce parte integrante e sostanziale, presentato dal Direttore Tecnico, contenente la proposta sperimentale di gestione da parte della SdS Lunigiana delle attività sanitarie territoriali, socio-assistenziali, socio-sanitarie e di alta integrazione;
- di condividere i principi ispiratori di detto documento, riservandosi l'approvazione dello stesso nella prima seduta utile;
- di dichiarare la presente deliberazione immediatamente eseguibile.

=====

Il Direttore Tecnico SdS
Mario Guastalli

Il Presidente
Riccardo Varese

=====

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente delibera viene posta in pubblicazione all'Albo del Consorzio della Società della Salute in data odierna e vi rimarrà per 15 giorni consecutivi.

Aulla, 25/07/07

IL FUNZIONARIO ADDETTO

La presente delibera è stata pubblicata senza opposizione alcuna ad oggi.

Aulla, 08/08/07

IL FUNZIONARIO ADDETTO

=====

**PROPOSTA SPERIMENTALE GESTIONE
ATTIVITA' SANITARIE TERRITORIALI, SOCIO-
ASSISTENZIALI, SOCIO-SANITARIE E DI ALTA
INTEGRAZIONE**

**PROPOSTA SPERIMENTALE GESTIONE
ATTIVITA' SANITARIE TERRITORIALI, SOCIO-ASSISTENZIALI, SOCIO-SANITARIE E DI ALTA
INTEGRAZIONE**

PREMESSA

La Lunigiana, fin dai tempi della L. 833/78 ha mantenuto nell'erogazione dei servizi socio-sanitari un assetto organizzativo che potesse favorire l'integrazione delle politiche socio sanitarie. Tale scelta ha contribuito a pensare alle politiche sociali come politiche per la zona superando le frammentazioni a favore dell'omogeneità delle prestazioni con l'adozione di un modello di tipo solidaristico fra i Comuni. Questi ultimi hanno delegato da tempo all'Azienda USL 1 di Massa e Carrara la gestione dei Servizi socio-assistenziali e siffatto modello ha favorito la nascita e la sperimentazione della Società della Salute.

Le peculiarità che caratterizzano la Lunigiana, in relazione alla particolare morfologia del territorio, alla popolazione interessata, alla dislocazione dei comuni e dei centri abitati, alla allocazione dei servizi, considerate, inoltre, le oggettive condizioni di svantaggio per i cittadini anche nell'esercizio pieno dei propri diritti in materia sanitaria e di cittadinanza sociale e una maggiore difficoltà nell'esercizio della propria funzione istituzionale, fanno ritenere determinante il rafforzamento della cultura dell'integrazione del sistema sanitario con quello socio-assistenziale, nonché il controllo dell'impiego delle risorse, assumendo come finalità la promozione della salute.

La realizzazione del Piano Integrato di Salute ha reso ancor più evidente l'opportunità di dotare la Società della Salute di funzioni gestionali che agevolino la concertazione della programmazione partecipata e condivisa.

Appare dunque importante, per non disperdere il processo di partecipazione messo in atto, che ha peraltro coinvolto la popolazione, le cui aspettative non debbono essere disattese, proporre un progetto che consenta di individuare la Società della Salute della Lunigiana quale soggetto di riferimento per l'esercizio associato di funzioni gestionali per i servizi sanitari, socio-assistenziali territoriali e socio-sanitari.

A tal proposito si richiamano:

- l'art. 65 comma 2 L.R. 40/2005 "Modelli sperimentali per la gestione dei servizi sanitari territoriali – Società della salute"

*"Le Società della salute assicurano, anche in deroga alle disposizioni della presente legge, la partecipazione degli enti locali al governo, alla programmazione e, eventualmente, alla **gestione dei servizi.**"*

- l'art. 36 comma 3 L.R. 41/2005 "Forme innovative di gestione unitaria ed integrata dei servizi tra comuni e aziende unità sanitarie locali - Società della salute"

*“I comuni possono conferire alla Società della salute funzioni e compiti di coordinamento, direzione, organizzazione di servizi e interventi sociali ed, eventualmente, **di gestione**, in relazione allo sviluppo del processo di integrazione”.*

Si propone quindi che l'Azienda USL 1 di Massa e Carrara, a titolo sperimentale, affidi alla SdS della Lunigiana la fase gestionale delle attività socio-sanitarie e dell'alta integrazione e la gestione sperimentale delle attività sanitarie territoriali, della medicina generale e della pediatria di libera scelta, della specialistica di base, della farmaceutica e della riabilitazione, nel rispetto degli indirizzi definiti annualmente dalla Direzione Aziendale e conservando le funzioni di monitoraggio e controllo.

In ambito socio assistenziale la SdS viene indicata quale soggetto deputato a gestire le attività socio-assistenziali attualmente delegate dai Comuni all'Azienda USL. Si rende quindi necessario esperire le pratiche tecnico amministrative e giuridiche necessarie affinché la SdS Lunigiana venga individuata quale soggetto di riferimento per l'esercizio associato di funzioni gestionali per tali servizi.

Si reputa, inoltre, essenziale, al fine di realizzare una gestione unitaria delle attività socio assistenziali e socio sanitarie, l'assunzione da parte della SdS delle funzioni gestionali per le strutture residenziali e semiresidenziali, la cui gestione è affidata al servizio sociale dell'Azienda USL e per le quali la parte sanitaria si concretizza sostanzialmente tramite la copertura della quota sanitaria.

L'assunzione diretta della gestione deve essere affiancata ad un processo di **progressiva autonomia** gestionale, finanziaria, contabile e patrimoniale (art. 9 della Convenzione; art. 13 dello Statuto) che investirà l'ambito tecnico amministrativo.

Per quanto concerne il **personale**, si rende necessario procedere all'assegnazione funzionale prevista all'art. 13 della Convenzione e all' art. 22 dello Statuto.

Il Direttore tecnico attribuirà le funzioni e gli obiettivi coerenti con il Piano Integrato di Salute, approvato dalla Giunta, al personale assegnato. Pertanto il budget delle strutture (unità funzionali) afferenti alla SdS, verrà discusso direttamente con il Direttore tecnico.

Agli operatori assegnati a tempo parziale gli obiettivi verranno parametrati in funzione del tempo dedicato.

Semestralmente si procederà alla verifica e valutazione:

- a) dei risultati di gestione del dirigente di struttura;
- b) dei risultati raggiunti da tutti i dirigenti in relazione agli obiettivi affidati, anche ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato.

Potranno, in armonia con le disposizioni regionali e compatibilmente con le risorse assegnate, essere attivati progetti aggiuntivi rispetto alla tipica attività istituzionale, nel

rispetto dei CCNL e del CCIA. Qualora per tali progetti si ipotizzi l'utilizzo di fondi aziendali (Fondo per la retribuzione di risultato e premio per la qualità delle prestazioni individuali - art. 52 CCNL 2000, art. 56 CCNL 2005) si dovrà darne preventiva comunicazione alle Organizzazioni Sindacali, rispettando le modalità previste nel CCIA.

Rimane di competenza dell'Azienda la gestione giuridico-amministrativa del personale assegnato.

Relazioni sindacali

L'art.6/10 dello Statuto prevede che " *I rapporti tra il Consorzio e le organizzazioni sindacali sono regolati da apposito protocollo di relazioni sindacali, concordato fra le parti, con particolare riferimento alle materie sottoposte ai diritti di informazione preventiva e successiva, concertazione e contrattazione, in coerenza con quanto previsto dalle norme vigenti, ivi compresi i CC.NN.LL. e quelli integrativi aziendali*"

Le relazioni sindacali verranno quindi gestite autonomamente dalla SdS, limitatamente alle questioni di esclusiva competenza della stessa, fatto salvo il necessario raccordo con l'Azienda USL, o con gli altri eventuali enti di appartenenza.

Formazione

Si provvederà alla creazione di un fondo autonomo destinato alla formazione, gestito direttamente dalla SdS. Tale fondo verrà determinato proporzionalmente al numero dei dipendenti in servizio presso la SdS, rapportati al numero globale dei dipendenti dell'Azienda USL. Nell'ipotesi di dipendenti provenienti dagli altri Enti si procederà con accordi specifici. Annualmente sarà elaborato un Piano per la formazione, da trasmettere all'Azienda USL o agli altri eventuali Enti di appartenenza.

Fondo economale

L'Azienda USL metterà a disposizione della SdS, a cadenza annuale, un fondo economale che sarà determinato sulla base della suddivisione elaborata per la definizione del budget. Si provvederà quindi alla stesura di un regolamento per le spese in economia.

Gestione manutenzione ordinaria

La SdS gestirà autonomamente, secondo un budget determinato all'inizio dell'anno, la manutenzione ordinaria, secondo le disposizioni regolamentari che saranno adottate.

Controllo di gestione. Secondo quanto disposto dall'art. 27 dello Statuto "Il Consorzio utilizza strumenti e procedure idonee a garantire, con la cadenza prevista dal regolamento di contabilità, un controllo dell'equilibrio economico di gestione e dei

procedimenti produttivi, al fine di attuare un continuo riscontro tra obiettivi e risultati, anche in termini economici, della gestione, nonché un adeguato sistema per raggiungere obiettivi di qualità".

Si dovrà quindi prevedere una proiezione presso la SdS della U.O. Controlli di gestione dell'Azienda.

URP - Verrà istituito, ai sensi dell'art. 35 dello Statuto, un ufficio per le relazioni con il pubblico con il compito di facilitare e assicurare la conoscenza dei diritti e dei doveri degli utenti e di riceverne i reclami, nonché di fornire, altresì, chiarimenti sull'iter dei singoli procedimenti individuando e comunicando il nominativo del responsabile e quanto possa essere utile al cittadino per l'esercizio dei propri diritti.

Si prevede inoltre una gestione autonoma, seppure in stretto contatto con l'Azienda in materia di:

- comunicazione e marketing
- educazione alla salute

Bilanci

Coerentemente con quanto disposto nell'atto di indirizzo e agli artt. 13 e 23 ss. dello Statuto, la Giunta dovrà procedere all'approvazione:

- del bilancio economico preventivo annuale e pluriennale;
- del bilancio annuale di esercizio;
- del budget preventivo e consuntivo.

Convenzioni

Il Consorzio (**art. 31 statuto**) può svolgere la propria attività – previa stipula di convenzioni – anche in favore di altri enti locali e soggetti pubblici non aderenti al consorzio stesso. Può inoltre stipulare apposite convenzioni con soggetti privati accreditati per l'acquisizione di prestazioni, di carattere sociale e sanitario non ospedaliero, rientranti nelle proprie finalità. Possono essere promosse forme di collaborazione, attraverso apposite convenzioni, con le organizzazioni del volontariato, del privato sociale e del terzo settore.

Attività contrattuale. Per quanto attiene l'acquisizione di beni e servizi, verrà trasmesso all'Azienda USL un piano annuale per i necessari raccordi con l'ESTAV nord ovest.

Nelle materie oggetto della gestione, nei limiti del budget concertato con l'Azienda USL, il Direttore adotterà proprie deliberazioni, purché non siano di competenza della Giunta.

RAPPORTI CON I MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA

La legge regionale 40/2005 riafferma, fra i suoi principi, il concetto di "percorso assistenziale" e quello di "responsabilità" dei medici di medicina generale verso gli assistiti dell'attivazione del percorso stesso. Alle Aziende viene attribuito il compito della definizione di procedure per assicurare l'appropriatezza e la continuità del percorso assistenziale, garantendo, in particolare, il coinvolgimento della medicina generale, ma, più in generale, l'integrazione all'interno del territorio e fra il territorio e l'ospedale.

Viene dunque affermata e garantita la presa in carico del bisogno sanitario e viene individuato il percorso assistenziale come riconoscimento di un diritto soggettivo all'assistenza sanitaria.

Nell'accordo quadro regionale dei medici di assistenza primaria si precisa che **la tradizionale presenza della medicina convenzionata a livello di zona-distretto, base del sistema di relazione e di attività, si deve sposare con la sperimentazione delle società della salute, sia in termini partecipativi decisionali che di attività.**

Si precisa, inoltre, che il Sistema Sanitario Toscano mette fra i propri valori la centralità del territorio e individua come elemento portante dell'organizzazione il percorso assistenziale.

Il Piano Sanitario Regionale affida l'attività di governo della domanda ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta, agli specialisti ambulatoriali, ed agli operatori sanitari territoriali orientati ad un comportamento comune, anche con il supporto di nuove modalità organizzative del territorio.

Il Piano conferma l'impegno a promuovere forme di attività comune ed integrata fra i medici convenzionati e gli operatori territoriali aziendali, a livello di zona distretto, nonché forme di responsabilizzazione e partecipazione degli stessi medici alle strategie aziendali.

La collaborazione in atto, anche a livello regionale, che ha visto e vede i medici convenzionati attori importanti delle scelte dirette ad un effettivo "governo clinico" del territorio, conferma l'obiettivo di un coinvolgimento e di una condivisione sempre più stretta sulle direttrici future di governo dell'assistenza territoriale.

La Deliberazione del Consiglio Regionale n. 155 del 24.9.2003 "Atto di indirizzo regionale per l'avvio della sperimentazione", fra l'altro, ha previsto l'affidamento alle Società della Salute del governo dell'offerta di servizi sanitari territoriali direttamente gestiti nella zona-distretto da Comuni e Azienda USL e, fra le competenze dell'Organo di Governo, prevede il compito di deliberare in materia di convenzioni con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici ambulatoriali.

Lo statuto della SdS Lunigiana all'art. 13/4 prevede, difatti, che la Giunta delibera, tra l'altro, in materia di convenzioni con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici ambulatoriali.

Si rende quindi necessario che il **Direttore Tecnico partecipi direttamente alla stipula degli accordi aziendali con i medici di assistenza primaria**, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali. Saranno in particolare conclusi accordi specifici per la Lunigiana con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta. Tutti gli accordi dovranno obbligatoriamente essere recepiti dalla Giunta.

Gli accordi con i medici di assistenza primaria avranno tra gli obiettivi principali:

- il monitoraggio, controllo e contenimento della spesa farmaceutica. Tale obiettivo costituisce un traguardo determinante nella lotta agli sprechi verso un corretto ed adeguato uso dei farmaci. In allegato sono riportati i dati in dettaglio sulla spesa farmaceutica in Lunigiana;
- l'appropriatezza dei percorsi assistenziali con corretto utilizzo delle risorse ospedaliere, zonali ed aziendali;
- l'intercettazione della domanda di competenza e utilizzo appropriato delle risorse ospedaliere;
- il percorso assistenziale per i pazienti diabetici che si colloca all'interno della sperimentazione di modelli gestionali innovativi di patologie croniche ad alta incidenza e prevalenza anche mediante l'erogazione diretta di prestazioni aggiuntive direttamente negli ambulatori dei medici di medicina generale ;
- la telerefertazione;
- l'erogazione di prestazioni anche di tipo complesso o specialistico all'interno di protocolli concordati e condivisi e secondo rigidi criteri di appropriatezza;
- la corresponsione ai medici di assistenza primaria delle indennità correlate con la medicina di gruppo.

L'attenzione è comunque rivolta verso l'implementazione delle forme più evolute di associazionismo.

RAPPORTI CON I PRESIDI OSPEDALIERI DELLA LUNIGIANA E DELLE APUANE

Con deliberazione della Giunta della SdS n. 3 del 12 marzo 2007 è stato costituito un gruppo di lavoro per la programmazione dell'attività assistenziale sul territorio. La costituzione di tale gruppo è stata effettuata con le seguenti finalità:

- ◆ contenimento della spesa farmaceutica;
- ◆ realizzazione di percorsi assistenziali con i medici di base;
- ◆ ottimizzazione ADI e cure palliative;
- ◆ individuazione dei bisogni anche attraverso la partecipazione del volontariato e dell'associazionismo.

Il gruppo è così composto:

- ◆ direttore tecnico SdS;
- ◆ 3 medici di medicina generale;
- ◆ 1 pediatra di libera scelta;
- ◆ 1 medico della continuità assistenziale;
- ◆ responsabile U.F. Attività sanitarie di Comunità;
- ◆ responsabile epidemiologia SdS;
- ◆ responsabile farmaceutica territoriale Lunigiana;
- ◆ responsabile P.O. Lunigiana;
- ◆ 1 rappresentante cittadini fragili.

Si prevede di stipulare con i Presidi della Lunigiana e delle Apuane accordi per la riduzione delle liste di attesa, attraverso la messa a disposizione di prestazioni specialistiche ambulatoriali, possibilmente cercando, nel contempo, di contenere il peso economico delle prestazioni aggiuntive.

Per utilizzare in maniera ottimale le strutture socio sanitarie disponibili, la SdS propone di caratterizzare ciascuna attraverso l'erogazione di prestazioni assistenziali specialistiche a carattere monotematico.

Potranno essere concluse con Strutture Sanitarie operanti nell'Area Vasta convenzioni per la fruibilità di prestazioni specialistiche di elevata qualità. Tale percorso potrebbe in prospettiva coinvolgere lo stesso PO della Lunigiana e favorire la domanda dei cittadini residenti e non residenti presso gli ospedali locali.

ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARIO PER AREA , PER LA GESTIONE.

ASSISTENZA DISTRETTUALE	
	<p>ATTIVITA' DI PREVENZIONE RIVOLTA ALLA PERSONA PRESTAZIONI O ATTIVITA'</p> <ul style="list-style-type: none">- educazione sanitaria mediante interventi rivolti al singolo o alle comunità, attività di prevenzione primaria- attività di screening <p>ATTIVITA' DISTRETTUALI PRESTAZIONI O ATTIVITA'</p> <ul style="list-style-type: none">- Assistenza infermieristica ambulatoriale e domiciliare, anche su prescrizione del medico di medicina generale.- Assistenza programmata del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta in favore di assistiti non ambulabili o non autosufficienti, che non siano in grado di frequentare lo studio del medico, al loro domicilio privato familiare o individuale o nelle residenze sanitarie o in quelle sanitarie assistenziali o nella collettività, in collegamento con i servizi specialistici o sociali- Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.) per l'erogazione coordinata e continuativa di prestazioni sanitarie e socio – assistenziali- Trasporti sanitari per anziani non autosufficienti, dializzati, handicap, hanseniani- Assistenza residenziale presso gli Ospedali di Comunità <p>ATTIVITA' CONSULTORIALI PRESTAZIONI O ATTIVITA'</p> <p>Attività di promozione della salute e di assistenza nell'ambito dei servizi consultoriali:</p> <ul style="list-style-type: none">- Educazione sessuale- Assistenza sociale- Assistenza psicologica consulenza e visite specialistiche ostetrico – ginecologiche- Assistenza per l'interruzione volontaria della gravidanza- Assistenza pediatrica in carenza di pediatra di libera scelta attività in ambito pediatrico (vaccinazioni, screening) non affidate ai pediatri di libera scelta- Adempimenti per affidamento e adozioni

CURE PALLIATIVE	
	<p>ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI PRESTAZIONI O ATTIVITA'</p> <ul style="list-style-type: none">- Cure palliative finalizzate alla cura attiva di malati la cui patologia non risponde più a trattamenti specifici, erogate dalle Unità di Cure Continue presso il domicilio dell'utente e/o strutture dedicate- Hospice

MALATTIE INFETTIVE	
	<p>ASSISTENZA ALLE PERSONE CON INFEZIONE DA HIV</p> <ul style="list-style-type: none">- Assistenza domiciliare- Prestazioni socio – sanitarie ad elevata integrazione e prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui al d.p.c.m. 14 febbraio 2001 a favore di soggetti con infezione da HIV

ASSISTENZA MEDICA MMG, PLS, CA

ASSISTENZA MEDICA DI BASE

Affidamento al medico della responsabilità complessiva in ordine alla tutela della salute del proprio assistito attraverso lo svolgimento di compiti diagnostici, terapeutici, riabilitativi, preventivi individuali e familiari, e di educazione sanitaria, per il soddisfacimento dei bisogni sanitari dell'assistito correlati ai livelli essenziali di assistenza.

MEDICINA GENERALE PRESTAZIONI O ATTIVITA'

Tra i compiti del medico, previsti dagli accordi nazionali e regionali, rientrano in questo livello di assistenza:

- Le visite domiciliari e ambulatoriali a scopo diagnostico e terapeutico,
- Le prescrizioni di farmaci, di prestazioni di assistenza integrativa, la proposta di ricovero in strutture di degenza e la proposta di cure termali,
- Il consulto con lo specialista e l'accesso presso gli ambienti di ricovero,
- La tenuta e aggiornamento della scheda sanitaria individuale,
- Le certificazioni obbligatorie ai fini della riammissione scolastica,
- Le certificazioni di idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche nell'ambito scolastico,
- La certificazione per l'incapacità temporanea al lavoro,
- Lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio sanitario, compreso il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni e il regime delle esenzioni, nonché del corretto uso del farmaco.
- Le visite occasionali ai non domiciliati sanitariamente, nei casi e secondo le modalità previste dalla normativa vigente

PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA PRESTAZIONI O ATTIVITA'

Tra i compiti del pediatra, previsti dagli accordi nazionali e regionali, rientrano in questo livello di assistenza:

- La presa in carico del neonato nei tempi e modalità previsti dalle disposizioni vigenti,
- Le visite domiciliari e ambulatoriali a scopo diagnostico e terapeutico,
- La prescrizione di farmaci, di prestazioni di assistenza integrativa, di diagnostica strumentale e di laboratorio e di altre prestazioni specialistiche ambulatoriali, la proposta di ricovero in strutture di degenza e la proposta di cure termali,
- Il consulto con lo specialista in sede ambulatoriale o domiciliare, e l'accesso presso gli ambienti di ricovero,
- Le certificazioni ai fini dell'ammissione agli asili nido, della riammissione scolastica, e dell'astensione dal lavoro del genitore a seguito di malattia del bambino,
- La tenuta e l'aggiornamento della scheda sanitaria pediatrica individuale,
- Le certificazioni di idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche nell'ambito scolastico,
- Lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio sanitario, nonché del corretto uso del farmaco, nei confronti delle famiglie dei minori,
- Il controllo dello sviluppo fisico, psichico e sensoriale e la ricerca di fattori di rischio con particolare riguardo alla individuazione precoce di handicap neurosensoriali e psichici (bilanci di salute), secondo i metodi e i tempi previsti dagli accordi regionali
- Le visite occasionali ai non domiciliati sanitariamente, nei casi e secondo le modalità previste dalla normativa vigente

CONTINUITA' ASSISTENZIALE PRESTAZIONI O ATTIVITA'

Prestazioni domiciliari e territoriali aventi carattere di urgenza nelle ore notturne, nei giorni festivi e prefestivi nelle forme previste dalle disposizioni vigenti. In particolare il medico deve assicurare:

- Gli interventi richiesti direttamente dall'utente oppure dalla centrale operativa
- La prescrizione dei farmaci che trovano indicazione per una terapia d'urgenza e limitatamente al numero di confezioni necessarie per coprire un ciclo di terapia non superiore a 48/72 ore;
- Proposte di ricovero;
- Certificazioni di malattia per i lavoratori, esclusivamente nei casi di assoluta necessità, limitatamente ai turni di guardia festivi e prefestivi e per un massimo di 3 giorni;
- Prestazioni aggiuntive a domicilio dell'assistito;
- Assistenza stagionale ai turisti.

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

SPECIALISTICA AMBULATORIALE PRESTAZIONI O ATTIVITA'

Prestazioni specialistiche e riabilitative, indagini di diagnostica strumentale e di laboratorio, previste nel nomenclatore regionale delle prestazioni ambulatoriali, erogate con le modalità e le indicazioni ivi previste, su richiesta del medico curante e di specialisti pubblici nell'ambito di programmi di intervento delle strutture pubbliche, presso:

- il domicilio, individuale o collettivo, dell'assistito,
- le sedi ambulatoriali territoriali ed ospedaliere

SPECIALISTICA PRESTAZIONI O ATTIVITA'

Sono compresi nell'intervento specialistico:

- la richiesta di approfondimenti diagnostici su ricettario regionale, ove prevista,
- la formulazione della diagnosi
- la refertazione, che deve essere circostanziata e riportare gli esami effettuati e le conclusioni diagnostiche,
- l'eventuale prescrizione terapeutica su ricettario regionale,
- l'indirizzo terapeutico per il medico curante, espresso preferibilmente come categoria chimica del farmaco, in caso di consulenza e consulto,
- il rilascio della eventuale certificazione prognostica,
- la relazione al medico curante sulle terapie praticate e sui risultati conseguiti e l'eventuale suggerimento sull'indirizzo terapeutico farmacologico preferibilmente come categoria chimica del farmaco.

DIAGNOSTICA STRUMENTALE PRESTAZIONI O ATTIVITA'

Diagnostica per immagini:

- esecuzione, anche con l'uso di mezzi di contrasto, degli accertamenti diagnostici,
- refertazione circostanziata con le conclusioni diagnostiche, sottoscritta dallo specialista che ha eseguito l'accertamento, per quelle immagini che prevedono il suo esclusivo intervento, o che legge i radiogrammi, per le indagini effettuate da personale tecnico.

Attività di laboratorio:

- prelievo e raccolta campioni, esecuzione di accertamenti analitici e relativa refertazione.

RIABILITAZIONE

RIABILITAZIONE FUNZIONALE PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Predisposizione del progetto riabilitativo individuale e dei relativi programmi
- Trattamenti riabilitativi di contenuto generico o specifico, a seconda delle necessità conseguenti alla patologia anche consolidata, erogati in regime domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale quando non compresi in altri livelli del macrolivello "assistenza territoriale".

ASSISTENZA RIABILITATIVA SANITARIA E SOCIO SANITARIA ALLE PERSONE CON DISABILITA'

FISICA, PSICHICA O SENSORIALE PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Formulazione dei progetti abilitativi riabilitativi globali e dei relativi piani di intervento
- Erogazione, in forma coordinata ed integrata, di prestazioni di assistenza diretta alla persona, assistenza infermieristica, riabilitazione funzionale, di consulenze specialistiche, in ambito domiciliare (individuale e collettivo), ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale, ed in altri spazi di vita
- Prestazioni socio – sanitarie ad elevata integrazione e prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui al d.p.c.m. 14 febbraio 2001 a favore di disabili psichici fisici e sensoriali

ASSISTENZA PROTESICA PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Fornitura delle protesi e degli ausili tecnici inclusi nel Nomenclatore – tariffario (DM 332/1999), di cui all'ultimo comma dell'art. 26, legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE)

ASSISTENZA TERMALE PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- prestazioni idrotermali, di cui all'art. 36 legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del Servizio sanitario nazionale) relativamente al solo aspetto terapeutico, erogate nei limiti e con le modalità previste dalla normativa vigente e dagli accordi stipulati annualmente a livello nazionale tra i rappresentanti della parte pubblica e delle aziende termali

ASSISTENZA FARMACEUTICA

FARMACEUTICA AZIENDALE E ASSISTENZA INTEGRATIVA PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Approvvigionamento, controllo e distribuzione dei farmaci, ausili medici e materiali di supporto alle attività diagnostiche, per l'utilizzo in ambito ospedaliero in regime di ricovero e ambulatoriale.
- Approvvigionamento, controllo e distribuzione dei farmaci, ausili medici e altri prodotti sanitari, per l'impiego sia in fase di dimissione dai presidi sanitari che in ambito domiciliare o residenziale (sanitario e sanitario assistenziale) sostitutivo del domicilio
- Supporto farmaceutico nei programmi di vaccinazione, cure palliative, nutrizione domiciliare, ossigenoterapia domiciliare e altre forme di assistenza domiciliare, di cui ai rispettivi livelli di assistenza
- Vigilanza e controllo sulle attività farmaceutiche da esercitarsi secondo quanto previsto dalle disposizioni vigenti.
- Supporto, analisi e valutazione sulle attività e sulle prescrizioni farmaceutiche da esercitarsi secondo quanto previsto dalle disposizioni vigenti
- Partecipazione allo sviluppo delle procedure e delle attività di farmacovigilanza
- Collaborazione in programmi di informazione ed aggiornamento con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti, medici ospedalieri, società scientifiche, al fine di realizzare percorsi terapeutici appropriati e condivisi, di qualificare la prescrizione e ottimizzare l'uso delle risorse

FARMACEUTICA CONVENZIONATA E INTEGRATIVA PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Erogazione dell'assistenza farmaceutica e di quella integrativa attraverso le farmacie private o pubbliche che dispensano, su prescrizione della ricetta medica, medicinali, prodotti dietetici, ausili medici ed altri prodotti sanitari nei limiti delle prestazioni erogabili a carico del Servizio sanitario nazionale e Servizio sanitario regionale.

SERVIZI DI ALTA INTEGRAZIONE

SALUTE MENTALE

SALUTE MENTALE PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- attività prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi psichici, in tutte le fasce d'età

prevenzione:

- interventi di primo sostegno e di orientamento per l'utente e per la famiglia
- attività di informazione e sensibilizzazione della popolazione, anche per gruppi omogenei o per fasce di età
- accoglienza e valutazione della domanda

definizione, realizzazione e verifica di progetti terapeutici e riabilitativi individuali da attuarsi mediante:

- interventi ambulatoriali e/o domiciliari (domicilio individuale o collettivo, altri luoghi di vita o di lavoro), a carattere medico, infermieristico, farmacologico, psicologico, psicoterapeutico, educativo e socio – assistenziale effettuabili con l'utente, con i familiari, con terzi interessati
- attività semiresidenziali e residenziali a carattere terapeutico – riabilitativo – e socio – riabilitativo. Per i minori l'attività è garantita tramite l'appoggio presso strutture socioassistenziali o educative
- attività ospedaliera per il ricovero a ciclo continuo, volontario e obbligatorio, in condizioni di gravità e acuzie rispetto alle quali il ricovero stesso costituisca l'unico intervento utile ed appropriato. Per gli adulti, il ricovero è effettuato presso il SPDC; per i minori l'attività è garantita presso i reparti di pediatria o idonee strutture
- interventi per l'integrazione sociale e per l'inserimento lavorativo degli utenti. Per i minori anche interventi specialistici finalizzati al mantenimento nell'ambiente scolastico e di appartenenza.
- Intervento in situazioni di emergenza e urgenza.

Consulenza, interventi programmati e visite specialistiche presso:

- L'ospedale, nei reparti di degenza ed al pronto soccorso
- Le strutture ed i presidi di assistenza sociale, pubblici e convenzionati

Consulenza ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta e ad agenzie pedagogico – educative.

Prestazioni socio – sanitarie ad elevata integrazione e prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui al d.p.c.m. 14 febbraio 2001, a favore delle persone con problemi psichiatrici.

DIPENDENZE

DIPENDENZE

TOSSICODIPENDENZE PRESTAZIONI O ATTIVITA'

Attività di promozione della salute, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione della tossicodipendenza

Prevenzione:

- Intervento di primo sostegno e di orientamento all'utente ed alle famiglie
- Attività di informazione e sensibilizzazione della popolazione, anche per gruppi omogenei o per fasce di età

Accoglienza della domanda e organizzazione degli interventi

Interventi in situazioni di emergenza ed urgenza garantiti nell'arco delle 24 ore, sulla base di protocolli operativi definiti con il DEU

Interventi diagnostici

Certificazione dello stato di tossicodipendenza, anche su richiesta dell'autorità giudiziaria e degli organi dello Stato.

Interventi terapeutici e socio riabilitativi.

Interventi di cura e riabilitazione a favore di tossicodipendenti detenuti, in collaborazione con il servizio sanitario penitenziario.

Attività residenziale e semiresidenziale a carattere socio riabilitativo e pedagogico educativo.

Attività di sostegno psicologico, sociale e sanitario per i soggetti tossicodipendenti in trattamento, in ordine alle problematiche AIDS

Prestazioni socio – sanitarie ad elevata integrazione e prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui al d.p.c.m. 14 febbraio 2001, a favore di tossicodipendenti.

ASSISTENZA AGLI ANZIANI

ASSISTENZA AGLI ANZIANI PRESTAZIONI O ATTIVITA'

Valutazione della condizione di non autosufficienza da parte dell'Unità di Valutazione Geriatria ai sensi della Deliberazione CR 214/1991

Formulazione del piano terapeutico – assistenziale.

Erogazione, in forma coordinata ed integrata, di prestazioni di:

- Assistenza sanitaria programmata (Medicina Generale)
- Assistenza diretta alla persona
- Assistenza infermieristica, anche in forma indiretta
- Riabilitazione funzionale
- Consulenza geriatria
- Consulenze specialistiche rese al domicilio, individuale o collettivo, in ambito ambulatoriale semiresidenziale e residenziale

Prestazioni socio – sanitarie ad elevata integrazione e prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui al d.p.c.m. 14 febbraio 2001, a favore di anziani non autosufficienti.

ALCOLISMO

ALCOLISMO PRESTAZIONI O ATTIVITA'

- Interventi prevenzione, cura e reinserimento sociale in materia di alcooldipendenza e problematiche alcoolcorrelate
- Consulenza, informazione, sensibilizzazione al riconoscimento dei problemi, rivolte alla popolazione, anche per gruppi omogenei e per fasce di età
- Prevenzione dell'uso improprio e dell'abuso delle sostanze alcoliche
- Accoglienza, osservazione e diagnosi
- Definizione, attuazione e verifica di progetti terapeutici e riabilitativi individualizzati
- Prestazioni socio – sanitarie ad elevata integrazione e prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui al d.p.c.m. 14 febbraio 2001, a favore di alcooldipendenti.

DISABILITA'

Vedi punto 2.5.2 sulla Riabilitazione

GOIF: Gruppo Operativo Interdisciplinare Funzionale - di lavoro multiprofessionale trasversale che collabora con le unità funzionali che si occupano di disabilità. Si occupa: progettazione di percorsi terapeutici riabilitativi individuali delle persone disabili da 0 a 18 anni, stabilendone gli obiettivi, le strategie e gli strumenti organizzativi.

FUNZIONE DI PRODUZIONE: ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI E SOCIO SANITARI PER AREA , PER LA GESTIONE DEL SOCIO ASSISTENZIALE E SOCIO SANITARIO.

SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI (delegati dai Comuni all'az. Usl 1 di Massa e Carrara)	SERVIZI SOCIO SANITARI
--	-------------------------------

AREA ANZIANI	AREA ANZIANI
<ul style="list-style-type: none"> - Quota sociale rette ricovero per strutture gestione diretta residenziali e semiresidenziali; - Integrazione rette ricovero per strutture convenzionate residenziale e semiresidenziale; - Ricovero in Residenza assistita - Sostegno economico ad integrazione reddito familiare, e per servizi alla persona; - Servizio di Assistenza Domiciliare; - Trasporto sociale anziani (solo per accesso ai centri diurni); - Progetti Sorveglianza Attiva alla persona anziana fragile; - Centri diurni per anziani autosufficienti; - Attività ricreative e organizzazione del tempo libero; 	<ul style="list-style-type: none"> - Quota sanitaria strutture e gestione diretta e/o convenzionata residenziale e semi-residenziale - Strutture residenziali gestite direttamente: <ul style="list-style-type: none"> • Rsa Fivizzano e rsa Pontremoli a gestione diretta • Centri alzheimer di Villafranca L. e Pontremoli a gestione diretta - Assistenza Domiciliare Integrata ADI (diretta e /o indiretta);

AREA MINORI E FAMIGLIE	AREA MINORI E FAMIGLIE
<ul style="list-style-type: none"> - Sostegno economico (ad integr. Reddito familiare, affido familiare, sostegno domiciliare); - Rete ricovero strutture; - Servizi centro affidi e scolastici; - Serv. di assistenza domiciliare educativa; - Minori Immigrati non accompagnati; - Minori Immigrati con famiglia; - Attività ricreative e di socializzazione e di prevenzione al disagio (Icaro); 	<ul style="list-style-type: none"> -

SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI
(delegati dai Comuni all'az. Usl 1 di Massa e Carrara)

SERVIZI SOCIO SANITARI

AREA DISABILITA'

- Integrazione rette ricovero per strutture convenzionate residenziale e semiresidenziale;
- Ricoveri in strutture convenzionate;
- Assistenza Domiciliare;
- Sostegno economico
- Sostegno socioeducativo scolastico;
- Soggiorni estivi;
- Tras. Soc. disabili (centri diurni e ser.di riab. E minori);
- Progetti ex Piano di zona di sostegno socio educativo e di attività ricreative, sociali e culturali;
- Centri di socializzazione di Moncigoli, Quercia e Caprio;
- Terapie occupazionali

AREA DISABILITA'

- Quota sanitaria strutture a gestione convenzionata residenziale e semiresidenziale;
- Aiuto Personale

AREA IMMIGRATI

- Servizi di prima e seconda accoglienza;
- Attività ricreative sociali e culturali;
- Prog. Interm. Culturale che prevedono la valorizz. delle culture di origine ed il confronto fra cittadini portatori di culture e valori diversi;
- Servizi di orientamento, informazione, consulenza;
- Mediazione linguistica-culturale;
- Sostegno socioeducativo e scolastico;
- Inserimenti in strutture Residenziali e Semiresidenziali;

AREA IMMIGRATI

- Mediatore culturale inserito nei servizi distrettuali;
-

<p align="center">SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI (delegati dai Comuni all'az. Usl 1 di Massa e Carrara)</p>	<p align="center">SERVIZI SOCIO SANITARI</p>
<p align="center">AREA PSICHIATRIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attività ricreative; - Inserimento in gruppi appartamento; - Centro delle occasioni; - Contributi economici; - Inserimento lavoro; - Integrazione quote social ricovero in istituti; 	<p align="center">AREA PSICHIATRIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inserimento in strutture residenziali e semiresidenziali, integrazione retta; - Centri diurno; - Terapie occupazionali; - Assistenza domiciliare; - Soggiorni estivi; - Sostegno con facilitatore sociale;
<p align="center">AREA DIPENDENZE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Progetti di prevenzione; - Centro Icaro di prevenzione al disagio giovanile; 	<p align="center">AREA DIPENDENZE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Borse lavoro; - Terapie occupazionali; - Rette C.T. Rib. - Inserimenti centro diurno - Attività ex-carcerati e/o affidati;
<p align="center">POPOLAZIONE IN STATO DI BISOGNO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Detenuti; - Nomadi; - Foresteria; - Cittadini in stato di bisogno; 	<p align="center">POPOLAZIONE IN STATO DI BISOGNO</p> <ul style="list-style-type: none"> -

LO STATO DI SALUTE

*Aggiornamento Profilo di salute/Relazione stato di salute
Società della Salute della Lunigiana*



Sintesi del Profilo di Salute

1 IL Contesto della Comunità

2 L'Ambiente

3 Le Dipendenze e gli Stili di vita

4 Speranza di vita e cause di morte

5 La Salute e le malattie più diffuse

6 I Traumatismi

7 La Salute di particolari gruppi di popolazione:

Madre e Figlio

Gli Anziani

La "Voce del cittadino": interviste a "Testimoni qualificati"

Allegato1

Allegato2

Allegato3

Sintesi del Profilo

Il territorio e la popolazione.

Il comprensorio dell'ASL1 di Massa e Carrara conta 200.821 abitanti ed è suddiviso in due zone socio sanitarie denominate delle Apuane, area costiera industrializzata in cui risiedono i $\frac{3}{4}$ della popolazione con una densità di 647,38 per Km² e della Lunigiana, vasto territorio montuoso con densità abitativa di 55,3 Km². Il 29,7% dei lunigianesi ha un'età > di 65 aa., l'indice di vecchiaia è 295; in Costa ha un'età > 65aa. il 22,3% degli abitanti l'indice di vecchiaia è 188.

L'istruzione. Il tasso di non conseguimento della scuola dell'obbligo risulta inferiore a quello medio toscano.

Gli immigrati. Dal 2000 la percentuale di cittadini stranieri residenti è raddoppiata passando dal 2 al 4% .

Lavoro e povertà. Il tasso di disoccupazione 7,6% è più elevato della media regionale (4,8) e nazionale (6,8).

Volontariato. In provincia e in particolar modo in Lunigiana si evidenzia una vivacità dell'area associativa in linea con la tradizione toscana con 6 associazioni ogni 10.000 ab. (Lunigiana 8/10.000)

Il servizio sanitario.

Sono attualmente disponibili nei 4 presidi ospedalieri 405 posti letto ogni 100.000 ab. di cui l'8% in Day Hospital. Sul territorio operano 176 medici di famiglia (45 in Lunigiana) pari a 1/1000 ab. 14+ aa. e 22 pediatri di libera scelta (5 in Lunigiana) pari a 1/1000 ab. <14aa.

In Lunigiana circa 2 **cittadini su 3 si dichiarano mediamente soddisfatti** dei servizi sanitari e sociali offerti. Non è al momento disponibile il parere dei residenti in zona Apuana.

I tempi di attesa: circa 4 prestazioni su 10 hanno superato i 30gg. (ottobre 2007 – Lunigiana 34,27% – Apuane 44,38%).

L'adesione alle campagne di screening è stata di circa 6 donne su 10 per la mammografia e per il pap test; è da poco attivo lo screening per la prevenzione del tumore del colon retto.

Ipercolesterolemia.

Attualmente è in corso un'indagine nell'ambito del sistema di sorveglianza PASSI che permetterà di effettuare entro la fine del 2007 una stima dei **fattori di rischio** più diffusi legati agli stili di vita compreso questo. L'ASL1 ha partecipato allo studio PASSI nel 2005 ma il campione locale selezionato a livello regionale non è rappresentativo della realtà provinciale

La mobilità ospedaliera extraregione: in Lunigiana è circa quattro volte più elevata rispetto alla media regionale, fenomeno questo solo in parte spiegato dall'ubicazione geografica di confine.

L'ambiente:

Qualità dell'aria. La situazione del territorio della Lunigiana, dopo che l'unica attività produttiva con emissioni significative ha cessato l'attività nel novembre 2002, sembrerebbe non destare particolari allarmi; diversa invece la situazione del territorio Apuano maggiormente industrializzato.

Nel 2006 la città di Massa è risultata da un'indagine realizzata dall'ISTAT la meno rispettosa delle compatibilità ambientali.

L'acqua da destinarsi al consumo umano condotta sull'intero territorio comprensoriale è sostanzialmente di buona qualità

Rifiuti (RU). Nel periodo considerato si è assistito ad un aumento della produzione di RU indifferenziati e una diminuzione di raccolta differenziata.

Le dipendenze.

Il numero complessivo dei soggetti in carico nel 2006 è stato pari all'1,1% della provincia (Lunigiana 1,3% Apuane 1%). La maggioranza degli utenti presi in carico dal servizio, circa 8 su 10, sono uomini; in entrambi i sessi si concentrano nella fascia di età che va dai 25 ai 34 anni.

Alimentazione, consumo di alcol, abitudine al fumo, attività fisica.

Attualmente è in corso un'indagine nell'ambito del sistema di sorveglianza PASSI che permetterà di effettuare entro la fine del 2007 una stima dei **fattori di rischio** più diffusi legati agli stili di vita.

Speranza di vita.

La speranza di vita è aumentata; raggiunge circa 78 anni nei maschi e 85 anni nelle femmine in Lunigiana ed è sovrapponibile alla media regionale; nelle Apuane risulta più bassa di circa un anno in entrambi i sessi.

Cause di morte.

le patologie del sistema circolatorio risultano le più importanti cause di morte in Lunigiana e nelle femmine apuane mentre nei maschi apuani prevalgono i tumori.

Complessivamente i tassi standardizzati di mortalità per neoplasie risultano superiori a quelli medi regionali; nella zona Apuana sono più elevati che in Lunigiana. Tra i tumori si evidenzia il ruolo primario del tumore del polmone nei maschi e della mammella nelle femmine. Il tasso mortalità standardizzato per incidente stradale è circa tre volte superiore nei maschi rispetto alle femmine. La mortalità per cause perinatali (maschi) attualmente risulta superiore a quella regionale

La salute e le malattie più diffuse: Livello di salute percepita e qualità della vita nella comunità. Sembra che la percezione della propria salute sia un po' meno positiva nei lunigianesi rispetto alla media degli italiani comunque il 76% degli intervistati, ritiene la Lunigiana un luogo di vita soddisfacente; non sono disponibili invece queste informazioni per le Apuane. Lo studio PASSI permetterà di effettuare la stima provinciale.

Ricoveri ospedalieri. I tassi di ospedalizzazione standardizzati in diminuzione nel periodo 2003-2005 risultano maggiori nelle femmine (148 ASL1) rispetto ai maschi (133 ASL1); in Lunigiana (F 155, M 142) rispetto alla zona Apuana (F 146, M 130) e sono in entrambi i casi superiori ai valori regionali.

Esenzioni ticket per patologia: circa un quarto dei maschi e delle femmine risultano complessivamente esenti almeno per una condizione o patologia.

Uso del farmaco

In aumento la spesa procapite, seppure inferiore a quella media nazionale. Tra i farmaci di classe A risultano al primo posto nei consumi quelli del sistema cardiovascolare sia per la spesa sia per la quantità prescritta. Nella Zona della Lunigiana la fascia di età 75-84 anni è quella che incide in modo maggiore sulla spesa mentre, nella Zona delle Apuane prevale quella di 45-64 anni.

La disabilità

La prevalenza di disabilità risulta più elevata nella Lunigiana, con 11,5 disabili ogni 1.000 residenti di età 0-64 anni, rispetto a quella delle Apuane (8,5 ogni 1000 residenti).

La salute mentale

L'utenza è cresciuta negli ultimi anni; il Servizio di Salute Mentale serve attualmente il 3,6% della popolazione di cui il 2,5% in Lunigiana e il 3,9 nella Apuane.

Il diabete. Circa 4 cittadini su 100 hanno un'esenzione per diabete mellito.

Infortuni sul lavoro

Nel 2006 si inverte il trend in diminuzione osservato nel corso degli anni precedenti: nella Provincia sono stati rilevati 3824 infortuni contro i 3680 del 2005 (Lunigiana 741 nel 2006 vs 735 nel 2005); nello stesso anno sono all'incirca dimezzati gli incidenti mortali che diminuiscono in particolar modo nella zona Apuana ma non in Lunigiana.

Incidenti stradali

Nel 2006 sono registrati 6140 accessi (il 18,5% degli accessi per causa traumatica) ai PS dei presidi ospedalieri provinciali a cause di ferite riportate in incidenti stradali; in circa 6 casi su 10 questo infortunio riguardava donne. La fascia di età più colpita è quella giovanile di 17-30 anni

Incidenti domestici

Nel 2006 sono registrati 2551 accessi (il 7,7% degli accessi per causa traumatica) ai PS dei presidi ospedalieri provinciali per ferite riportate in incidenti domestici; Rispetto all'età, la fascia più colpita è quella 31-45 anni: in Lunigiana risultano comunque maggiormente coinvolti gli anziani. I maschi con 6 casi su 10 prevalgono sulle femmine.

Malattie infettive

La varicella è in assoluto la patologia più frequentemente notificata; si nota un evidente calo di alcune malattie prevenibili con la vaccinazione (morbillo rosolia e parotite), per le quali sono state attivate campagne straordinarie: il risultato è da ascrivere al miglioramento delle coperture vaccinali.

La salute di particolari gruppi di popolazione: Madre e figlio

Un'indagine dell'ARS toscana stima che, nell'ASL1 MS sono meno della metà le donne che hanno partecipato ad un corso preparto; circa 1 su 3 (valore superiore alla media regionale) ha avuto un taglio cesareo; 5 bambini su 100 nel triennio 2003-2005 avevano un peso alla nascita inferiore ai 2500 grammi: questo valore risulta inferiore alla media regionale ma in aumento rispetto al triennio precedente. Dopo il rientro a casa circa 6 bambini su 10 sono stati allattati al seno per almeno sei mesi. Per quanto concerne le vaccinazioni obbligatorie il grado di copertura vaccinale è buono, ciò nondimeno appare opportuno aumentare il numero di vaccinati per le vaccinazioni raccomandate.

Entro il secondo anno di età è iscritto all'asilo nido circa 1 bambino su 10, valore questo inferiore alla media regionale.

Gli anziani

Il numero di anziani con gravi disabilità a domicilio (3+ADL perse) nel 2005 è così stimato dall'ARS toscana per l'ASL1 MS: 1% nella fascia 65-75 anni e 7% negli ultra 75enni. Il tasso di copertura per la vaccinazione antinfluenzale negli ultra 65enni nella stagione 2006/2007 è stato pari al 65% (75% standard).

Intervista a "Testimoni qualificati"

Ad integrazione dei dati raccolti nel profilo è stata effettuata un'intervista a rappresentanti delle Istituzioni, Associazioni di Volontariato, Cooperative, Sindacati, Cittadinanza attiva, come "testimoni qualificati", al fine di conoscere il loro parere sui determinanti di salute e sugli aspetti di salute prioritari della comunità. La classifica di queste priorità insieme a quella che emerge dal presente profilo di salute è riportata in allegato.

1. Il Contesto della Comunità

1.1 Il Territorio

Il comprensorio dell'ASL1 di Massa e Carrara corrisponde a quello dell'omonima Provincia, comprende 17 Comuni ed è suddiviso funzionalmente in due zone socio sanitarie denominate rispettivamente delle Apuane che comprende 4 Comuni incluso il capoluogo e della Lunigiana di cui fanno parte i restanti 13 Comuni. Questi territori presentano caratteristiche geografiche e socio-economiche alquanto diverse; infatti, la zona Apuana è un'area costiera industrializzata nella quale risiedono 149.582 abitanti con una densità di 647,38 per Km² e una percentuale di ultrasessantacinquenni pari al 22,3%, mentre la Lunigiana è un territorio montuoso più ampio, scarsamente industrializzato, con una densità abitativa di 55,3 per Km², in cui vivono 51.239 cittadini di cui il 29,7 con un'età superiore a 65 anni. Il saldo naturale nati/morti risulta negativo (-803 nel 2006), invece la componente migratoria della popolazione fa registrare, nello stesso periodo, un saldo positivo nel rapporto emigrati/immigrati (+831 nel 2006).

Tab.1.1 Indicatori demografici: residenti (al 31/12/2006)

Fonte: Ufficio statistico - Prefettura di Massa Carrara

	Maschi	Femmine	Totale	%Residenti >65 aa.	Kmq	Densità abitativa
MS	96.705	104.116	200.821	24,2	1156,70	173,60
Apuane	71.971	77.611	149.582	22,3	231,06	647,38
Lunigiana	24.734	26.505	51.239	29,7	925,64	55,33

La provincia di Massa Carrara è collocata nella parte più a nord della Toscana ed è caratterizzata da un territorio che offre uno spettacolare contrasto naturale: nella zona costiera (Apuana) ai piedi delle Alpi Apuane le montagne delle famose cave di marmo, la cui attività estrattiva risale all'epoca dei romani, è presente un litorale sabbioso che si estende per chilometri e che in estate si vivacizza per la presenza di numerosi stabilimenti balneari. La grande varietà e la felice posizione geografica di questo territorio lo rendono meta di diversi tipi di turismo, nonostante la presenza di un'area industriale, in parte oggetto di smantellamento, piuttosto degradata. Nei centri storici di Carrara e di Massa e negli studi d'arte si può vedere da vicino la lavorazione del marmo e conoscerne la storia.

La Lunigiana è una terra che raccoglie elementi caratteristici delle culture e dei paesaggi liguri, toscani ed emiliani pur assumendo una propria definita identità; è la regione storica del territorio dell'antica diocesi di Luni, (antica città Romana) che si estendeva dalla Versilia alle Cinque Terre, dalla costa tirrenica all'Appennino parmense e all'alta Garfagnana. Oggi con il nome Lunigiana si indica l'estremo lembo nord-occidentale della Regione Toscana che si estende su una superficie di circa 925 Km² su un totale di 1156 Km² dell'intera Provincia; questa terra presenta una sorprendente varietà di bellezze naturali: parchi, laghi, grotte, alte praterie e brughiere, dove si trovano i pascoli di montagna, le mulattiere disseminate di maestà, le fonti e gli innumerevoli castagneti.

Importanti siti archeologici testimoniano i vari insediamenti umani che si sono succeduti lungo il percorso della via Francigena: entro i confini provinciali sono presenti oltre 160 castelli, torri, fortezze, oratori e pievi. Essi costituiscono una testimonianza storica e architettonica di notevole valore, anche se molti sono poco più che ruderi.

Durante l'anno si svolgono numerose fiere e sagre che richiamano molti visitatori e alcune manifestazioni letterarie e artistiche a livello nazionale che coinvolgono scrittori, artisti, cantanti e cantautori di fama internazionale come il "premio Lunezia" e l'ambito "premio Bancarella"; numerosi i piatti e i prodotti tipici.

1.2 La Popolazione

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno preoccupante, in particolar modo per la zona socio

Tab.1.2 Indicatori demografici (al 31/12/2006)

Fonte: Ufficio statistico - Prefettura di Massa Carrara

	Indice di vecchiaia	indice di dipendenza	Tasso Mortalità	Tasso Natalità	carico di figli per donna feconda	Tasso migratorio*1000/ popolazione media
MS	212,40	55,34	11,79	7,79	20,66	4,14
Apuane	188,37	51,97	10,64	8,29	21,00	3,42
Lunigiana	295,02	66,10	15,16	6,33	19,55	6,24

sanitaria della Lunigiana. Infatti, nel 2006, l'indice di vecchiaia, che misura il numero di persone con età > 64 anni per ogni 100 giovani di età inferiore ai 15 anni, nella provincia di Massa-Carrara risulta 212: ma, mentre, le Apuane hanno un indice di 188 la Lunigiana, ne registra uno pari a 295.

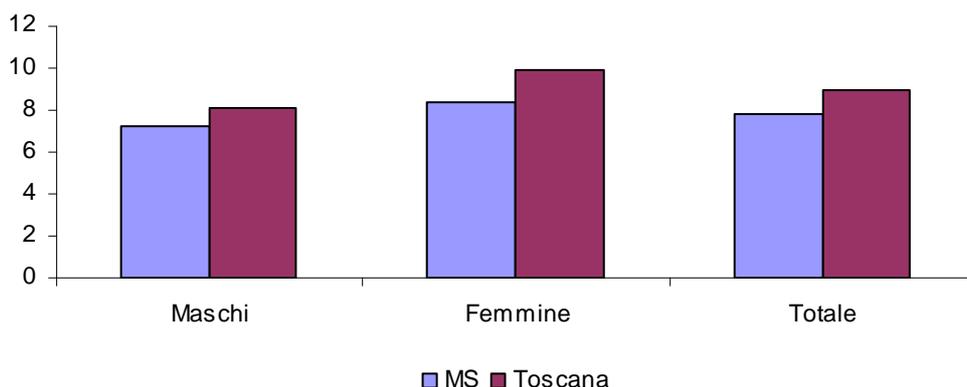
Considerando anche l'indice di carico di figli per donna feconda, che misura il numero di bimbi di età 0-4 anni ogni 100 donne in età feconda, si evidenzia come il crollo delle nascite ed il contemporaneo innalzamento della vita media abbiano causato il ribaltamento della piramide dell'età.

La zona Lunigiana ha un indice di carico di figli per donna in età feconda inferiore a quello registrato nella zona Apuana.

1.3 L'Istruzione

La percentuale di diplomati rilevata nell'ultimo censimento è superiore alla media regionale (59% vs 56,7%) mentre il tasso di non conseguimento della scuola dell'obbligo risulta inferiore.

Tasso di non conseguimento della scuola dell'obbligo



1.4 Gli Immigrati

All'interno del territorio della provincia di Massa – Carrara, nel periodo 2000-2006, è raddoppiata la popolazione straniera sul totale di quella residente. L'incremento ha riguardato l'intero territorio provinciale: 4 cittadini su 100 sono immigrati; oltre due terzi di questi dimorano nella Zona Apuana, nei Comuni di Massa e Carrara mentre i comuni di Filattiera (5,5%) e Villafranca in Lunigiana (7,2%) hanno la maggiore percentuale di popolazione straniera.

Tab. 1.3 popolazione straniera residente

	Valori assoluti			% popolazione straniera sul totale provinciale			% popolazione straniera		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
MS	4.063	3.897	7.960	100	100	100	4,2	3,7	3,9
Apuane	2.953	2.914	5.867	72,7	74,8	73,7	4,1	3,7	3,9
Lunigiana	1.110	983	2.093	27,3	25,2	26,3	4,5	3,7	4,1

Fonte: Ufficio statistico - Prefettura di Massa Carrara

1.5 Lavoro e povertà

Il tasso di disoccupazione in entrambi i sessi è il più elevato delle Province toscane.

La provincia di Massa-Carrara, è stata colpita duramente (reddito procapite al 65° posto della graduatoria nazionale) dai processi di deindustrializzazione che, negli ultimi venti anni, hanno interessato i distretti della Costa toscana.

Il trend registrato negli ultimi anni (censimenti 1981-2001) evidenzia che la diminuzione dell'occupazione riguarda soprattutto il sesso maschile.

L'indice di dipendenza (numero di persone presenti, di età 0 - 14 aa. e dai 65 aa. in su per ogni 100 persone in età lavorativa 15-64 aa.) evidenzia come la popolazione in età lavorativa si stia sempre più assottigliando rispetto a quella in età non lavorativa (I.D. 51 nel 2001 contro l'attuale 55).

Tuttavia, questo indicatore non può costituire una sentenza definitiva relativamente agli scenari attuali e futuri del mercato del lavoro provinciale, altri fenomeni sociali e demografici potrebbero, ridurre la capacità esplicativa di questi dati, pur non alterandone le naturali e preoccupanti linee di tendenza; infatti, sono da tenere in considerazione fenomeni recenti come la permanenza al lavoro degli ultra 65enni, l'innalzamento

dell'età di ingresso nel mondo del lavoro dovuta all'innalzamento dei livelli di scolarità e i processi di

Tab 1.4 tassi di occupazione e di disoccupazione per genere anno 2006 (dati percentuali) 15-64 aa.

Fonte Istat

	Tasso di occupazione			Tasso di disoccupazione		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
MS	55,5	34,6	56,6	7,2	8,1	7,6
Toscana	59,2	39,4	63,2	3,1	7,0	4,8
Italia	57,7	34,8	63,2	5,4	8,8	6,8

immigrazione straniera.

Per quel che riguarda l'immigrazione è interessante il fatto che la zona Apuana è meta di un flusso proveniente da aree geografiche tipicamente povere, infatti ben oltre il 70% degli immigrati proviene da aree disagiate; il contrario avviene invece in Lunigiana dove molti comuni registrano un'immigrazione proveniente principalmente da aree ricche del mondo.

Considerato quanto visto in precedenza relativamente ai principali indici demografici, si evince che la zona Apuana beneficia di un'immigrazione prevalentemente giovane e dinamica spostatasi in quella zona poiché maggiormente produttiva. Al contrario, l'immigrazione proveniente da aree ricche del mondo confluisce principalmente nelle aree dove il "malessere demografico" è più forte, e questo lascia presupporre che in Lunigiana non vi sia un'immigrazione volta all'inserimento nel mondo lavorativo, e che pertanto, non portando alcun beneficio nella struttura lavorativa di questo territorio, potrebbe addirittura acutizzare i problemi, legati all'età anziana, finora registrati.

Tab.1.5 Percentuale popolazione straniera minore e anziana sul totale della popolazione straniera residente

Fonte: Ufficio statistico - Prefettura di Massa Carrara

	0 - 17 anni			oltre 65 anni		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
MS	18,8	18,2	18,5	3,5	3,6	3,6
Apuane	17,6	17,3	17,4	3,1	3,0	3,0
Lunigiana	21,8	21,2	21,5	4,6	5,5	5,0

Questi squilibri demografici tra le due zone andranno ad acutizzarsi con il passare del tempo, e molto probabilmente porteranno ad uno sbilanciamento di risorse prodotte e di risorse consumate, le quali verranno prodotte principalmente nella zona Apuana ma che dovranno poi essere spostate e spese per la popolazione più anziana della Lunigiana.

1.6 Il volontariato

La Provincia mostra una vivacità dell'area associativa in linea con la tradizione toscana. La maggior parte delle organizzazioni di volontariato iscritte nel Registro al 2004 opera nei settori sanitario e sociale, mentre non sono registrate organizzazioni attive nel campo dell'immigrazione. In Lunigiana, sono presenti 8 associazioni ogni diecimila abitanti nella zona Apuana solo 5.

Tab. 1.6 Associazioni di Volontariato e Cooperative Sociali della Provincia di Massa Carrara.

	Valori assoluti (2004)		Rapporto (X 10 MILA AB)	
	As. Volontariato	Coop. Sociali	As. Volontariato	Coop. Sociali
Lunigiana	39	7	8.4	1.5
Apuane	75	18	5.2	1.2
MS	114	25	6.0	1.3

1.7 Il servizio sanitario

Le prestazioni sanitarie sono erogate ai cittadini dalle strutture dell'ASL1 MS; in Lunigiana i comuni associati hanno delegato ad essa anche i servizi sociali. Sono attualmente disponibili nei 4 presidi ospedalieri 814 posti letto (405/100.000 ab.) di cui l'8,2% in Day Hospital. Sul territorio operano 176 medici di famiglia (45 in Lunigiana) pari a 1/1.000 ab. 14+ aa. e 22 pediatri di libera scelta (5 in Lunigiana) pari a 1/1.000 ab.<14aa.

1.8 Tempi di attesa medi

Attualmente circa 4 prestazioni su 10 richieste, superano tempi di attesa di 30 giorni (ottobre 2007 – Lunigiana 34,27% – Apuane 44,38%).

Tra le specialità con tempi di attesa più lunghi si evidenziano in Lunigiana: Geriatria, Endocrinologia, Malattie infettive, Odontoiatria, Reumatologia, Oncologia, Recupero e Riabilitazione funzionale.

Tra le prestazioni diagnostiche: RMN e TAC con MDC ecografie e ecocolordoppler.

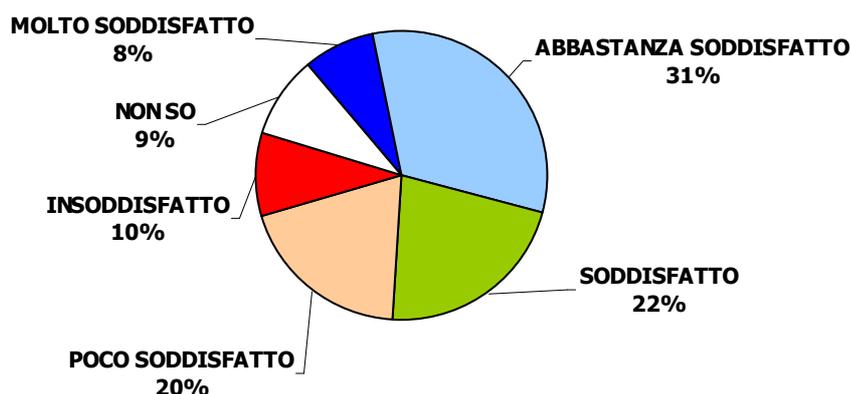
1.9 Adulti che si dichiarano soddisfatti dei servizi sanitari della comunità

Al fine di conoscere il parere della gente nella zona della Lunigiana è stata fatta un'indagine su un campione casuale di cittadini, sul livello di soddisfazione relativamente ad alcune caratteristiche della comunità, preoccupazioni comuni, percezione del proprio stato di salute.

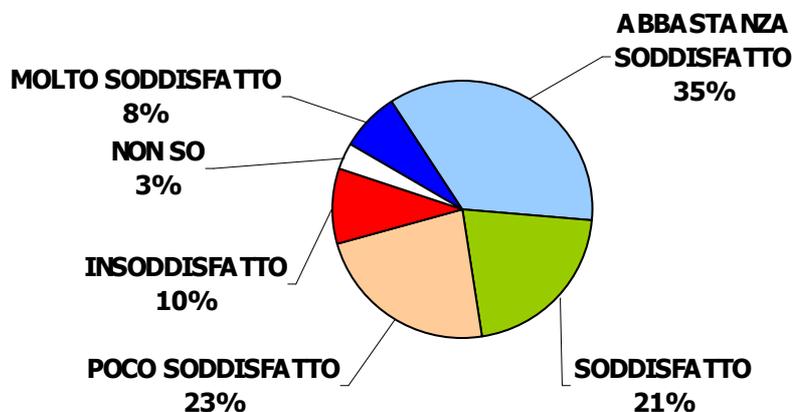
Dei 1000 distribuiti sono stati restituiti 825 questionari. **Circa due cittadini su tre si sono dichiarati soddisfatti** dei servizi sanitari e sociali offerti. Non è al momento disponibile il parere dei residenti in zona Apuana.

Alla domanda: qual'è il suo livello di soddisfazione rispetto alle seguenti caratteristiche della sua comunità? Servizi Sociali (assistenza alle famiglie, minori, disabili, anziani, ecc...)? Hanno risposto

Limiti di confidenza al 95%		
abbastanza	29	36
soddisfatto		
insoddisfatto	8	12
molto soddisfatto	6	10
non so	7	11
poco soddisfatto	17	22
soddisfatto	19	24



Servizi Sanitari (consultori, poliambulatori, ospedali, medicina di famiglia)? Hanno risposto

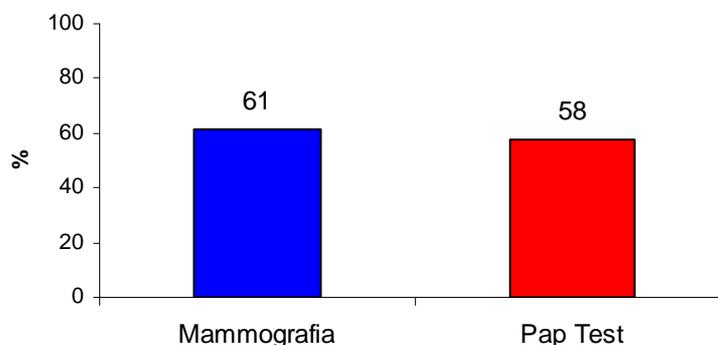


Limiti di confidenza al 95%		
abbastanza	32	39
soddisfatto		
insoddisfatto	8	12
molto soddisfatto	6	9
non so	2	5
poco soddisfatto	20	26
soddisfatto	19	24

1.10 Percentuale di persone che hanno aderito ai programmi di screening

Un programma di screening è un intervento sanitario su una popolazione apparentemente sana, con lo scopo di effettuare una diagnosi precoce attraverso un esame semplice, non invasivo e di facile esecuzione. Viene inviata una convocazione con lettera e un eventuale sollecito dopo 3/6 mesi, qualora la persona non si sia presentata. Nella ASL 1 sono attive da alcuni anni le campagne di prevenzione dei tumori della mammella e della cervice uterina, mentre quella dei tumori del colon retto è stata attivata di recente; L'adesione con riferimento alla campagna dello screening mammario 2004- 2005 è stata del 61,2%, mentre l'adesione allo screening cervicale nella campagna 2004-2006 è stata del 58% (54,5% nella Zona-Distretto della Costa).

percentuale adesioni a screening



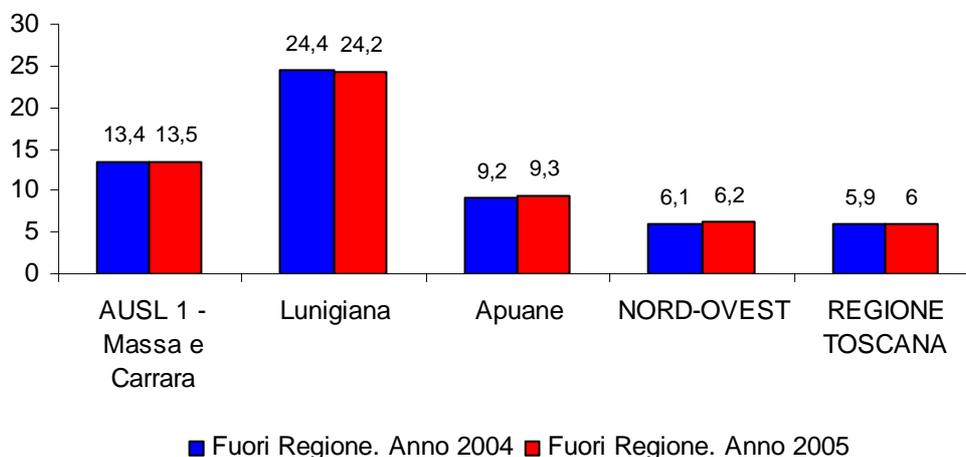
1.11 Percentuale di persone che hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo

Al momento l'indicatore non è definibile; è in corso un'indagine nell'ambito del sistema di sorveglianza PASSI che permetterà di effettuare una stima entro la fine del 2007. L'ASL1 ha partecipato all'iniziativa PASSI nel 2005 ma il campione locale selezionato a livello regionale non è rappresentativo della realtà provinciale

1.12 Mobilità

Relativamente alla mobilità ospedaliera per la particolare organizzazione del SSR toscano in aree vaste (raggruppamenti di varie ASL con servizi in comune) è stata considerata la mobilità extraregionale: si rileva un tasso di ricovero nei presidi extra regionali molto elevato soprattutto per i cittadini della Lunigiana sia per i ricoveri con DRG di basso peso che alto. Questo fenomeno dovuto in parte alla collocazione geografica della Lunigiana, è comunque notevolmente superiore alla media regionale.

indici di mobilità ospedaliera ASL1 MS



2 L'AMBIENTE

Premessa

Nel 2006 la città di Massa è risultata da un'indagine realizzata dall'ISTAT la meno rispettosa delle compatibilità ambientali (nella classifica è risultata 111°, piazzandosi così all'ultimo posto della graduatoria riservata ai capoluoghi di provincia) grazie alla disattenzione verso le tematiche esaminate; in forte evidenza oltre all'alta raccolta di rifiuti urbani e alla bassa attenzione per il servizio di raccolta differenziata, vi è l'assenza del piano di monitoraggio dell'aria (questo piano è stato realizzato da pochi mesi nel 2007).

2.1 Qualità dell'aria

Per inquinamento atmosferico si intende ogni modificazione dell'aria esterna conseguente alla immissione nella stessa di sostanze capaci di alterarne la salubrità e da costituire pregiudizio diretto e indiretto per la salute. Le principali fonti di inquinamento atmosferico sono rappresentate dai processi di combustione (autoveicoli, impianti di riscaldamento, impianti industriali, inceneritori), dalla usura e dispersione dei materiali e dalle lavorazioni industriali. I principali contaminanti atmosferici sono: ossido di carbonio(CO) Piombo(Pb) Ossidi di azoto(NO₂, NO), Anidride solforosa(SO₂), Benzene e SOV(sostanze volatili), IPA(idrocarburi policiclici aromatici),Ozono(O₃), Polveri. Si definiscono quattro categorie di polveri: - ultrafini, con diametro inferiore a 0,1 micron - fini, con diametro tra 0,1e 2,5 micron - grossolane, con diametro da 2,5 a 10 micron - ultragrossolane, con diametro superiore a 10 micron. Le varie classi vengono indicate con il termine PM 0,1- PM 2,5- PM 10 (dall'inglese Particulate Matter). Le polveri originano dalla attività umana ma anche dai processi naturali e alle stesse possono essere adese diverse sostanze nocive. La capacità di provocare danni alla salute varia con il diametro e la composizione delle particelle stesse.

La concentrazione di PM 10 viene usata come indicatore per gli effetti sulla salute.

Numerosi studi hanno però evidenziato che il maggior danno deriva dalle particelle più piccole, per cui si tende a sostituire il PM 10 con il PM 2,5.

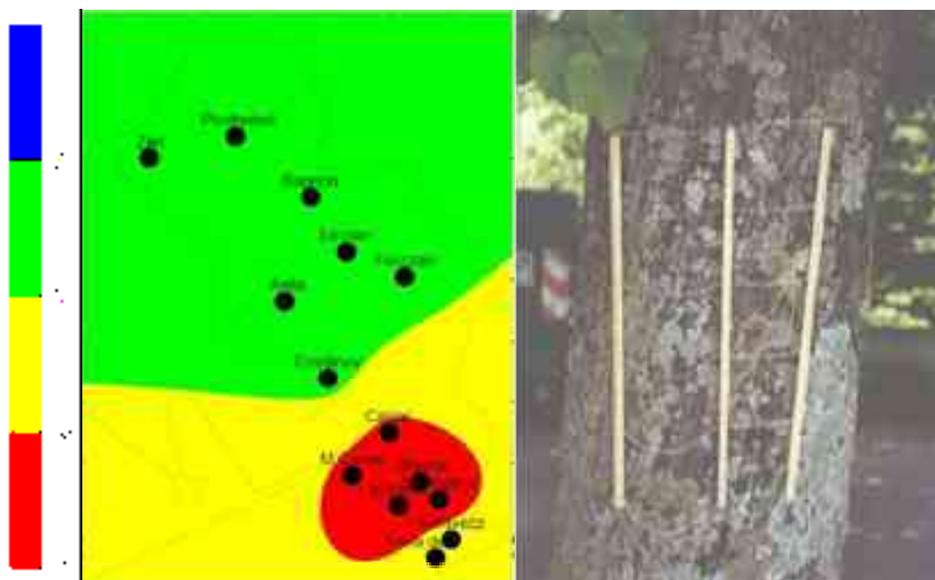
La situazione del territorio della Lunigiana, dopo che l'unica attività produttiva con emissioni significative ha cessato l'attività nel novembre 2002, sembrerebbe non destare particolari allarmi; diversa invece la situazione del territorio Apuano maggiormente industrializzato.

La rete provinciale di rilevamento della qualità dell'aria dal 2007 sarà costituita da 4 stazioni fisse nei Comuni di Massa e Carrara.

Per avere un quadro della situazione seppure in modo indiretto, tramite l'utilizzo di bioindicatori, è opportuno ricordare che nel periodo 99-03, è stato attuato un biomonitoraggio attraverso lo studio di *comunità licheniche epifite*. La campagna ha interessato tutto il territorio provinciale: l'indice di biodiversità lichenica riscontrato (IBL) ha evidenziato i più alti valori di biodiversità, evidenziando una qualità dell'aria buona in Lunigiana mentre nella zona Apuana gli stessi indici hanno evidenziato problematicità della qualità dell'aria.

In conclusione, appare opportuno acquisire dati di conoscenza del territorio continui e capillari, rafforzare la collaborazione tra ASL , ARPAT ed ENTI LOCALI per l'individuazione ed il controllo delle situazioni a rischio, favorire la collaborazione tecnica con gli enti preposti alla pianificazione territoriale ed al rilascio delle autorizzazioni.

Fig.2.1 Indice di biodiversità lichenica (IBL)



2.2 La qualità dell'acqua

L'acqua da destinarsi al consumo umano condotta sull'intero territorio comprensoriale è sostanzialmente di buona qualità sia per l'aspetto qualitativo sia per continuità della fornitura all'utenza.

Tab 2.1 monitoraggio dello stato qualitativo delle acque destinate al consumo umano ASL1

Anno	n° totale campioni	n° n. c. chimiche	n° n. c. di tipo microbiologiche	n° totale n.c.	% n.c.
2004	2016	3	61	64	0,03
2005	1929	11	16	27	0,01
2006	1958	8	20	28	0,01

fonte Dipartimento della prevenzione

n.c.= non conformità

In particolare si evidenzia ormai storicamente l'assenza di contaminanti chimici importanti (le non conformità di tipo chimico sono state determinate da torbidità e solo in un caso dalla presenza di trialometani) mentre sporadica e discontinua è la presenza di significativi indicatori di inquinamento biologico nei confronti dei quali pronta e puntuale è ormai l'organizzazione istituzionale e gestionale finalizzata alla tempestiva messa in atto delle azioni correttive. L'acqua condotta è comunque sottoposta nella quasi sua totalità all'azione disinfettante dell'ipoclorito di sodio e non è documentata alcuna patologia significativa o evento epidemico riconducibile in via esclusiva ad un suo inquinamento.

2.3 I Rifiuti

Nell'anno 2006 la produzione dei Rifiuti Urbani (RU) è stata pari a 143.626 t. di cui 34551 di Raccolta Differenziata (RD). La maggiore incidenza sul totale dei rifiuti è attribuibile all'area di costa Apuana con il 77,2 mentre l'area Lunigiana pesa per il restante 23,8%. All'interno dell'area di costa, i centri caratterizzati da forti flussi turistici come i comuni di Massa e Montignoso si distinguono per elevati livelli di produzione pro capite: quasi un terzo in più dell'area Lunigiana.

Tab 2.3.1 Produzione di Rifiuti Urbani (RU) Provincia di MS anno 2006 (fonte:Provincia MS)

	Totale Provincia		Apuane		Lunigiana	
	peso	Var. % 04-06	peso	Var. % 04-06	peso	Var. % 04-06
RU t.	143.626	4,5	110.961	3,4	32.665	8,1
RU t. indifferenziati	109.073	9,3	84.734	8,0	24.340	13,8
RU t. differenziati	34.551	-10,7	26.227	-11,4	8.325	-8,4
RU Kg procapite anno	715	4,4	766	3,3	583	8,3
RU Kg indifferenziati procapite anno	543	9,2	585	7,8	435	13,9
RU Kg differenziati procapite anno	172	-10,7	181	-11,5	148	-8,2

Fonte: Provincia MS

Nel periodo considerato (2004-2006) si è assistito ad un aumento della produzione di RU indifferenziati e una diminuzione di raccolta differenziata. Rispetto alle stime previste dal piano rifiuti Provinciale si evidenzia l'anticipo di un anno dei valori di RU (143012t. previste per il 2007) mentre si nota un grosso divario rispetto agli standard degli obiettivi di RD individuati nel suddetto piano (56193 per il 2006) con addirittura un trend negativo.

A titolo di confronto i capoluoghi italiani hanno incrementato mediamente la raccolta differenziata del 3%, mentre la media dei Kg di rifiuti prodotti pro capite è 633,9

3 Le Dipendenze e Gli stili di vita

Il numero complessivo dei soggetti in carico nel 2006 è stato 1064 pari all'1,1% dei residenti. La maggioranza degli utenti presi in carico dal servizio, circa 8 su 10, sono uomini; in entrambi i sessi si concentra nella fascia di età che va dai 25 ai 34 anni. In linea con i dati nazionali, l'affluenza al Ser.T è in aumento, ed è costituita in prevalenza da una popolazione di giovani politossicodipendenti. Si osservano con frequenza casi di doppia diagnosi che necessitano di una presa in carico congiunta con il Centro di Igiene Mentale ed i Servizi Sociali territoriali

Tab 3.1 N° utenti complessivi dei SERT -%
Popolazione residente di età tra 15 e 44 anni

	n. utenti 2005	%	n. utenti 2006	%
Lunigiana	328	1,3	323	1,3
Apuane*	727	1	741	1,
ASL1 MS	1.055	1,1	1.064	1,1

* non inseriti dati alcolisti

Andando ad analizzare l'incidenza delle sostanze specifiche nelle due Zone Socio-Sanitarie si rileva che l'utilizzo di eroina costituisce la principale causa di dipendenza nella zona delle Apuane mentre nella Zona della Lunigiana la forma di dipendenza più frequente è costituita dall'abuso di sostanze alcoliche.

Tra gli elementi che portano alla prevalenza dei problemi legati all'abuso dell'alcol nel territorio della Lunigiana possiamo annoverare la presenza di una popolazione mediamente più anziana rispetto

alla Zona Apuana ed a una peggiore reperibilità delle sostanze stupefacenti nelle zone rurali.

3.1 Abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è riconosciuto dall'OMS come una delle principali cause di malattia e di morte premature nei paesi industrializzati e rappresenta uno dei principali fattori di rischio per molti tumori e per numerose patologie che colpiscono l'apparato respiratorio e quello cardiovascolare. Gli ultimi dati disponibili ISTAT su "Aspetti della vita quotidiana", indicano che nella popolazione italiana i fumatori sono circa 12 milioni e 330mila. Il fenomeno è maggiormente concentrato nelle fasce di età 25-34 anni per gli uomini e tra i 35-44 anni per le donne. L'abitudine al fumo è più diffusa nelle aree urbane ed appare correlata al livello di istruzione, sia pure con andamento differenziato nei due sessi: negli uomini aumenta con il decrescere del titolo di studio, nelle donne invece e specialmente nelle più anziane aumenta con il crescere del titolo di studio. **Nella regione toscana fumano il 23% degli uomini e il 28% delle donne.**

Tab 3.1.1 Popolazione che fuma
Stime Toscana - Studio Passi 2005

Caratteristiche demografiche	Fumatori (%)
Totale	25,4
<u>Età (anni)</u>	
18-24	32,1
25-34	39
35-49	24,4
50-69	19,8
<u>Sesso</u>	
Donne	28,3
Uomini	23

Benchè la quasi totalità dei giovani sia a conoscenza dei pericoli associati al fumo, tuttavia molti sottostimano la reale nocività di tali effetti. Le risposte alle domande dei questionari relativi allo studio internazionale HBSC somministrate ai ragazzi toscani da 11 a 15 anni (hanno partecipato allo studio diverse scuole provinciali) evidenziano che alla domanda:

“ Attualmente quanto spesso fumi?”

la maggioranza degli adolescenti in tutte le fasce di età dichiara di non fumare; tuttavia la percentuale di coloro che non fumano decresce significativamente soprattutto tra i 13 e i 15 anni.

Tab 3.1.2 % Fumatori tra gli adolescenti (fonte studio HBSC)

	11 anni		13 anni		15 anni	
	2003-04	2005-06	2003-04	2005-06	2003-04	2005-06
Ogni giorno	0,9	0,3	2,6	3,8	20	19,7
una volta a settimana	0,5	0,2	2,9	2,5	6,4	7,4
Meno di una volta a set.	2,6	1,1	5,6	3,6	6,1	7,1
Non fumo	96,0	98,4	88,9	90,2	67,5	65,8

3.2 Consumo di alcol

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

Tab 3.2.1 Popolazione che ha bevuto ≥ 1 unità di bevanda alcolica*

Stime Toscana- Studio Passi 2005

Caratteristiche demografiche	% che ha bevuto ≥ 1 unità di bevanda alcolica*ultimo mese
Totale	73,1 (IC95%: 69,7-76,2)
Età (anni)	
18-24	77,4
25-34	78
35-49	78,7
50-69	67,9
Sesso	
Donne	61,6
Uomini	87

*=una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore

Dai primi anni ottanta in poi, comunque, è iniziato in Italia il calo del consumo; calo che può essere attribuito alla diminuzione del consumo di vino e dei superalcolici, mentre in aumento appaiono i consumi di birra e di nuove bibite a basso contenuto alcolico. Nonostante ciò, il livello del consumo medio pro-capite è ancora notevolmente al di sopra di quello ritenuto auspicabile dall'OMS.

La Società italiana di alcologia ha stimato nel 10% la prevalenza di patologie alcol correlate. Un consumo inappropriato di alcol provoca all'organismo danni non solo diretti (in particolare gravi danni al fegato e all'apparato cardio-circolatorio), ma anche indiretti quali incidenti stradali, domestici e sul lavoro. Contestualmente alla diminuzione dei consumi è stato rilevato un aumento del numero dei consumatori, soprattutto nelle donne e nella fascia di popolazione più giovane. **In Toscana il 73% di persone intervistate riferisce di aver bevuto almeno un unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese; il 7% è un forte bevitore.**

Il 9,5 % è un bevitore "binge" ha bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione; questo modo di consumare l'alcool ritenuto molto pericoloso è diffuso specialmente tra i giovani e negli uomini.

L'ISTAT evidenzia che il consumo dei giovanissimi fra i 15 e 17 anni, mostra una preoccupante diffusione del ricorso agli alcolici fuori pasto e alle bevande ad elevato consumo alcolico (l'alcol come il fumo può rappresentare l'ingresso nell'età adulta, può far sentire autonomi, può facilitare la socializzazione, ecc): il 51% dei maschi e il 40% delle femmine tra i 14 e i 17 anni dichiara di consumare almeno una bevanda alcolica, prediligendo nell'ordine birra e aperitivi alcolici. Nello studio HBSC i dati riferiti alla popolazione dei giovani toscani sono abbastanza positivi. La percentuale dei ragazzi che dichiara di non consumare mai alcolici è superiore alla media nazionale (M. naz. :11 anni: 46% - 13 anni: 28% - 15 anni: 19%); nel periodo 2005-06 si evidenzia, purtroppo, un aumento di consumo di alcol tra i 15enni.

Tab.3.2.3 % Bevitori tra gli adolescenti

	11 anni		13 anni		15 anni	
	2003-04	2005-06	2003-04	2005-06	2003-04	2005-06
Ogni giorno	3,1	-	5,8	-	7,1	-
Ogni settimana	3,6	-	7,3	-	14,4	-
Ogni mese	2,6	-	4,3	-	6,4	-
Raramente	27,4	-	31,8	-	31,2	-
Mai	63,3	69,8	50,8	55,1	40,9	28,6

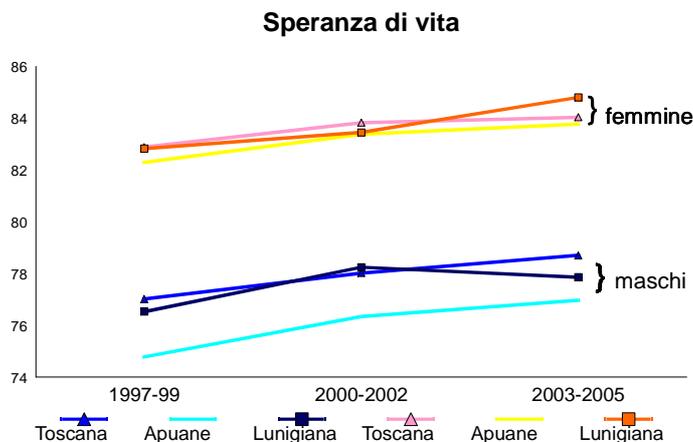
Attività fisica e situazione nutrizionale

Al momento gli indicatori non sono definibili; è in corso un'indagine nell'ambito del sistema di sorveglianza PASSI che permetterà di effettuare una stima entro la fine del 2007. L'ASL1 ha partecipato all'iniziativa PASSI nel 2005 ma il campione locale selezionato a livello regionale non è rappresentativo della realtà provinciale. In Toscana risultano completamente sedentari 2 cittadini su 10 mentre il 46% è in eccesso ponderale (soprapeso o obeso)

4 Speranza di Vita e Cause di morte

4.1 Speranza di vita

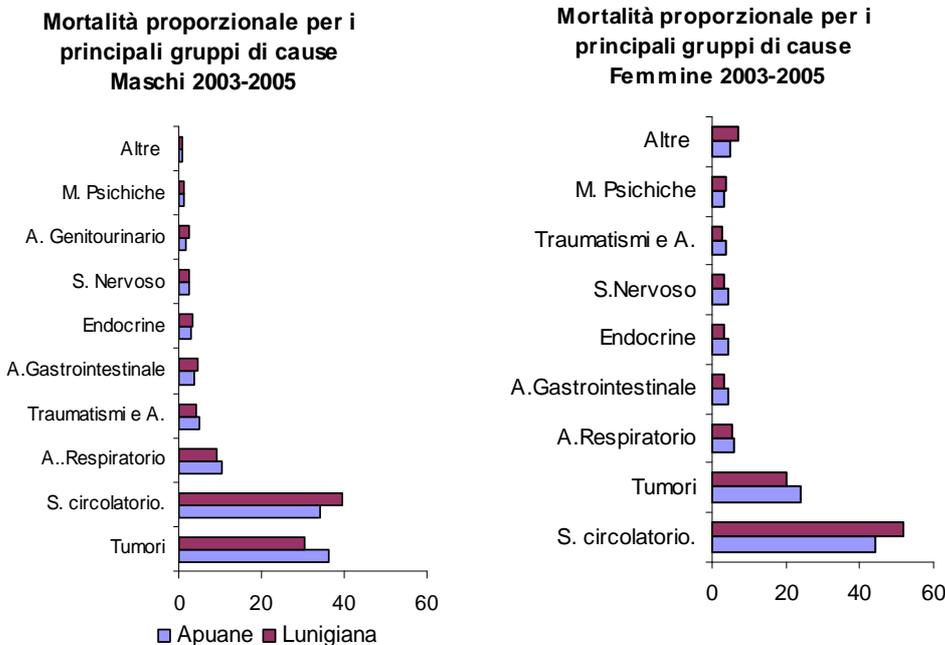
Le principali cause di morte sono analoghe a quelle rilevate a livello regionale. In Lunigiana l'età media di morte nel triennio 2003-2005 è stata 77 anni nei maschi e 83 anni nelle femmine: è aumentata nel periodo 1987-2005 rispettivamente nei due sessi di cinque e tre anni



ed è superiore sia all'età media di morte Regionale (M 76 aa. F 82 aa.) che a quella delle Zona Apuana (M 74 aa. F 81 aa.). La femmine lunigianesi in media sopravvivono 5 anni più dei maschi del loro territorio quelle Apuane 7 anni in più, mentre, nella Regione Toscana il divario è di 6 anni. La speranza di vita è aumentata, (nella classe di età 0-4 aa.) raggiunge circa 78 anni nei maschi e 85 anni nelle femmine in Lunigiana e Toscana mentre, nella zona Apuana risulta più bassa di circa un anno in entrambi i sessi.

4.2 Statistiche di mortalità

Nel periodo 2003-2005 ci sono verificati nel comprensorio dell' ASL1 7156 decessi (3568 maschi e 3588 femmine). In Lunigiana, nelle femmine Apuane e nella Regione Toscana le patologie del sistema circolatorio risultano le più importanti cause di morte; nei maschi Apuani invece sono superate storicamente già a partire dal periodo 1990-1992 dai tumori; la proporzione delle rimanenti cause è notevolmente inferiore.



L'analisi dei tassi di mortalità, standardizzati col metodo diretto, disaggregati per sesso e area geografica, (allegato 2) evidenzia che la mortalità totale per le varie cause è nettamente superiore nel sesso maschile (il tasso standardizzato di mortalità diretto, indicatore universalmente utilizzato nelle statistiche di mortalità,

misura non la mortalità effettiva della popolazione in studio, ma la mortalità che quest'ultima avrebbe se la distribuzione per età fosse quella della popolazione scelta come standard. La standardizzazione è una metodica analitica che ha come unico obiettivo il confronto tra dati relativi a popolazioni diverse, in periodi diversi e in diverse aree geografiche, in quanto supera le eventuali distorsioni derivanti dalla differente composizione per età). Il confronto tra i tre trienni conferma la diminuzione del tasso di mortalità per i primi due raggruppamento in linea con i dati regionali.

Tab 4.1 ASL1 (totale provincia). Tassi standardizzati di mortalità superiori alla media regionale ($p < 0,05$)

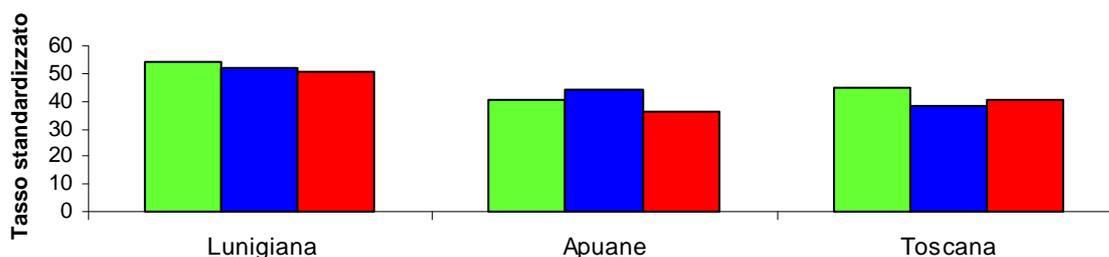
Patologia	Maschi	Femmine
Tutte le cause	*	
Tumori	*	
Disturbi psichici		*
Malattie sistema circolatorio	*	
Malattie apparato respiratorio	*	
Malattie cerebrovascolari	*	
Bronchite, Enfisema, Asma	*	
Cirrosi epatica	*	
Stati morbosi maldefiniti	*	*

* superiore media regionale

Fonte:RMR CSPO

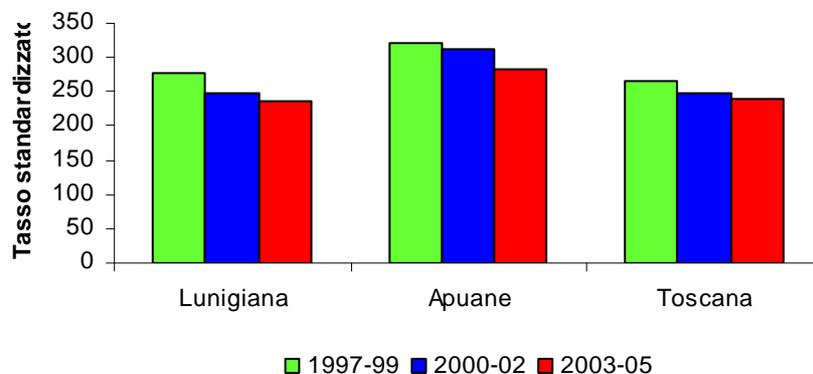
La mortalità per infarto del miocardio, in Lunigiana diminuita rispetto agli anni 1997-1999, in linea con la costante discesa dell'andamento regionale, è maggiore nei maschi che nelle femmine ed è superiore sia ai valori della costa che a quelli medi regionali; un'analisi fatta tra le Aziende ASL della Toscana, relativamente a questa patologia, vede l'ASL 1 di Massa e Carrara tra le posizioni peggiori.

Tassi standardizzati di mortalità per IMA maschi



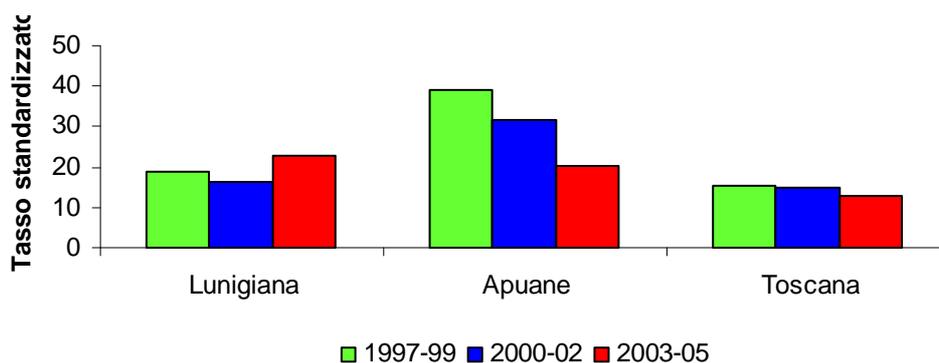
L'analisi della mortalità per neoplasie evidenzia il ruolo primario dei tumori broncopolmonari nel determinare la mortalità maschile per neoplasie.

Tassi standardizzati di mortalità per tutti i tipi di tumore- maschi



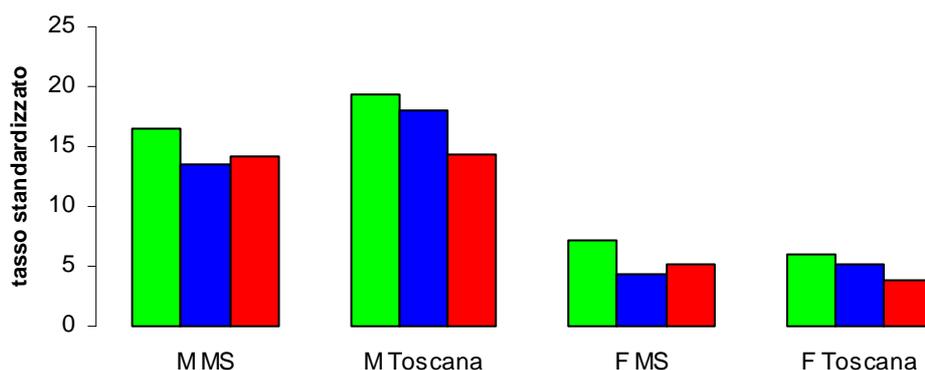
Nella popolazione femminile la prima causa di morte per tumore è rappresentata dal carcinoma della mammella. Complessivamente nella provincia di Massa Carrara i tassi standardizzati di mortalità per neoplasie risultano superiori a quelli medi regionali; nella zona Apuana sono più elevate che in Lunigiana. In evidenza anche cirrosi epatica e COPD con valori superiori alla media regionale.

Tassi standardizzati di mortalità per cirrosi epatica maschi



Relativamente al gruppo degli incidenti e traumatismi i valori dei maschi sono più alti rispetto a quelli delle femmine; all'interno di questa categoria il tasso di mortalità standardizzato per incidente stradale è circa tre volte superiore nei maschi rispetto alle femmine: la Lunigiana ne registra uno inferiore alla Zona di Costa e alla Regione, il trend è in diminuzione nei maschi.

Mortalità per incidente stradale



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

Le altre tipologie di incidente colpiscono prevalentemente gli anziani (la caduta accidentale dopo i 65 aa. rappresenta la principale causa di morte per traumatismi); da segnalare i valori elevati nei maschi lunigianesi nel periodo 2000-2002 nettamente più elevati rispetto a quelli medi regionali. Il tasso di mortalità per cause perinatali attualmente risulta superiore a quello regionale.

Da evidenziare inoltre, che a livello provinciale (tab.4.1), i tassi di mortalità delle malattie psichiche nelle femmine e delle malattie cerebrovascolari nei maschi risultano superiori a quelli regionali.

YPLL (anni potenziali di vita perduti)

Il calcolo di questo indicatore ci permette di valutare il valore relativo alla morte in una persona in età giovanile, attraverso il maggior numero di anni di vita persi rispetto ad una persona anziana (la mortalità nell'età presenile) e di porre maggior attenzione sulle conseguenze socio economiche legate alle morti che avvengono negli anni di maggior efficienza sociale e produttiva della persona.

Tab 4.6a – YPLL (anni potenziali di vita perduti) 2003-2005 - 1
fonte RMR – CSPO

Cause di morte	Periodo	Toscana	ASL1	Lunigiana	Apuane
Malattie cardiovascolari	femmine	14347	805	260	545
	maschi	40770	2802	757	2045
Malattie ischemiche del cuore	femmine	5847	235	105	130
	maschi	23532	1402	462	940
Malattie cerebrovascolari	femmine	5915	410	165	245
	maschi	10070	782	67	715
Tumori	femmine	76692	4457	1135	3322
	maschi	101772	6512	1717	4795
Tumori trachea, bronchi, polmoni	femmine	9527	550	100	450
	maschi	29665	1782	447	1335
Tumori mammella	femmine	18137	1080	247	832
	maschi	150	2	0	2
Tumore del colon-retto	femmine	7107	382	125	257
	maschi	9740	577	157	420
Tumori collo utero	femmine	1105	95	27,5	67,5
Tumori prostata	maschi	2800	165	32,5	132,5

Il metodo di calcolo qui utilizzato prevede l'utilizzo della fascia di età 0-75 anni; questo indicatore misura sostanzialmente la dimensione della prematurità della morte rispetto ad una data età presa come riferimento: nel metodo adottato 75 anni.

Dall'analisi dei dati risulta che: le malattie cardiovascolari non si trovano più in testa alla classifica nelle femmine (confermando che questo gruppo di cause interessa principalmente l'età senile) e che l'ordine di importanza delle varie cause si modifica, infatti al primo posto di questa classifica troviamo i tumori; da notare che per questa causa il YPLL è in aumento nelle femmine e in diminuzione nei maschi, soprattutto per il tumore del polmone.

Emerge, inoltre, una sostanziale differenza tra i due sessi la somma degli anni di vita potenziale persi dalla popolazione femminile è minore rispetto a quella maschile: si conferma quindi la maggior "protezione" delle donne rispetto ai fattori di rischio.

Tab 4.6a – YPLL (anni potenziali di vita perduti) 2003-2005 - 2 fonte RMR – CSPO

Cause di morte	Periodo	Toscana	ASL1	Lunigiana	Apuane
COPD	femmine	1100	25	7	17
	maschi	3055	187	27	160
Influenza e polmonite	femmine	1435	40	2	37
	maschi	2017	125	32	92
Diabete mellito	femmine	2542	222	72	150
	maschi	4127	210	72	137
Cirrosi epatica	femmine	3522	270	92	177
	maschi	9282	690	227	462
Incidenti stradali	femmine	5742	400	0	400
	maschi	23232	1285	190	1095
Altro (incidenti)	femmine	2425	95	35	60
	maschi	9932	755	222	532
Suicidi	femmine	3115	95	0	95
	maschi	10357	697	127	570
AIDS	femmine	772	97	0	97
	maschi	2432	210	0	210

5 La salute e le malattie più diffuse

5.1 Livello di salute percepita

Dall'analisi delle interviste dell'indagine svolta in Lunigiana e dal confronto con un precedente studio multiscopo dell'ISTAT su di un campione di ultraquattordicenni emerge una percezione del proprio stato di salute come riportato nella tabella seguente.

Sembra che la percezione della propria salute sia un po' meno positiva della media degli italiani: tenendo conto che la popolazione è più anziana il risultato appare coerente con quanto ci si sarebbe potuto aspettare. Anche in questo caso le femmine hanno una percezione meno buona della loro salute rispetto ai maschi, quasi che le loro funzioni di cura le permettono di pensare di più alla salute.

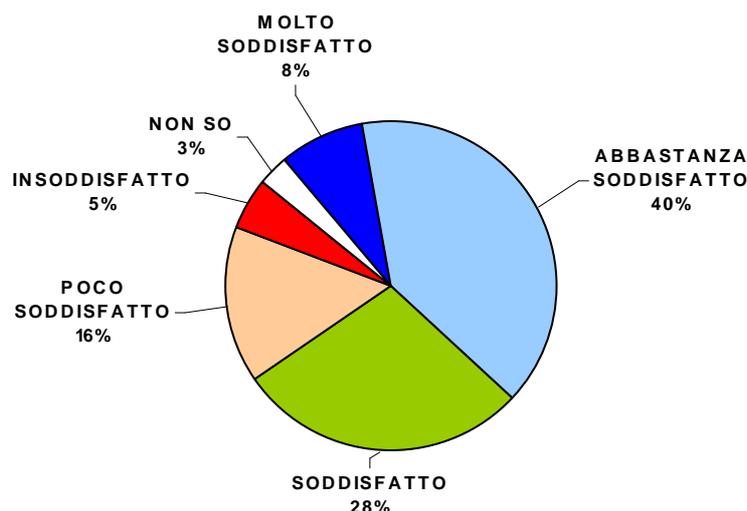
Tab.5.1 Livello di salute percepita

Stato di salute	Pessimo	Cattivo	Discreto	Buono	Ottimo
Lunigiana	2	7	39	33	19
Italia	1,6	6,4	34,5	43	13,5

Qualità della vita nella comunità

Alla domanda che riguarda la comunità locale in quanto luogo in cui vivere, il 76% degli intervistati, ritiene la Lunigiana un luogo di vita soddisfacente. Sembra essere una risposta suscitata dall'orgoglio dell'appartenenza e dell'amore della propria terra che dà significato alla propria identità.

Alla domanda è soddisfatto della sua comunità locale in quanto luogo in cui vivere? – hanno risposto

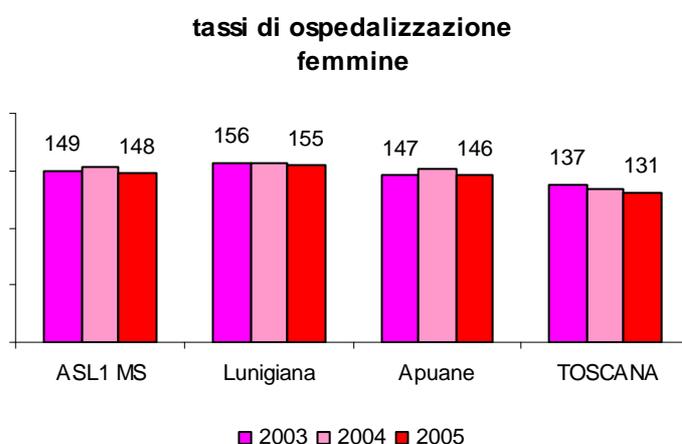
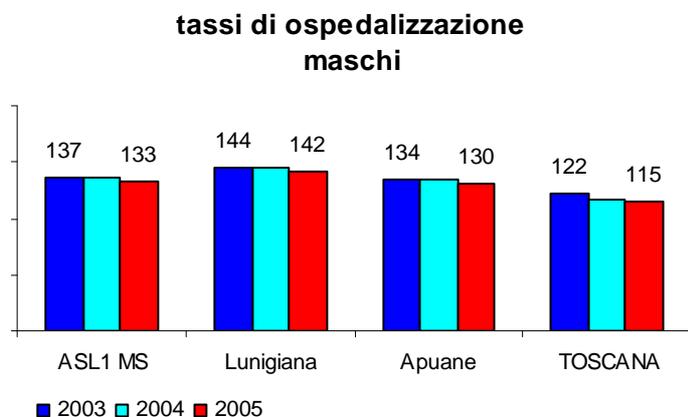


Limiti di confidenza al 95%

Abbastanza soddisfatto	36	43
Insoddisfatto	4	7
Molto soddisfatto	7	10
Non so	2	4
Poco soddisfatto	13	18
Soddisfatto	25	32

5.2 Ricoveri in ospedale

I tassi di ospedalizzazione standardizzati (fonte U.O. Sistema informativo ASL1) risultano maggiori nelle femmine rispetto ai maschi, in Lunigiana rispetto alle Apuane e superiori ai valori regionali.



Nel 2006 ci sono stati circa 43.000 ricoveri di cittadini residenti nel comprensorio aziendale. La prima causa di ospedalizzazione è costituita dalle patologie del sistema circolatorio 18% (in particolare cardiopatie ischemiche e malattie cerebrovascolari). Seguono i tumori 11%.

Tab. 5.2.1 Prime 10 cause di ospedalizzazione - residenti ASL1- Anno 2006.

Diagnosi principale	casi	%	costi	%	Giorni degenza	DM
VII – Malattie del sistema circolatorio	7.538	18	28.464.301,98	23	48.183	6
II – Tumori	4.574	11	18.338.563,36	15	30.446	7
CV - Fattori che influenzano lo stato di salute (Codici V)	4.057	9	9.836.963,17	8	23.078	6
XVII - Traumatismi e avvelenamenti	3.977	9	12.225.975,85	10	20.744	5
IX – Malattie dell'apparato digerente	3.580	8	9.894.696,50	8	21.033	6
VIII – Malattie dell'apparato respiratorio	3.268	8	9.996.120,92	8	23.077	7
XIII – Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	2.871	7	9.915.485,82	8	15.244	5
XI – Parto, complicazioni della gravidanza e del puerperio	2.642	6	3.985.518,20	3	8.619	3
X – Malattie dell'apparato genitourinario	2.539	6	5.633.042,08	4	8.053	3
VI - Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	2.368	6	4.823.645,62	4	9.161	4
Altre patologie	5.544	13	12.249.305,25	10	31.896	6
Tutte le cause	42.958	-	125.363.618,75	-	239.534	-

fonte U.O. Sistema informativo ASL1

Nei ricoveri per altre patologie prevalenza di traumatismi 9%, malattie dell'apparato digerente 8% e pneumopatie 8%. Le prime 3 patologie costituiscono la metà della spesa per ricovero ospedaliero. Tumori e pneumopatie necessitano di una degenza media (DM) più elevata pari a 7 gg.

Relativamente alla Zona della Lunigiana sempre nel 2006 si sono verificati 11794 ricoveri di cittadini residenti in Lunigiana. Analogamente con il dato provinciale, la prima causa di ospedalizzazione è costituita dalle patologie del sistema circolatorio 19% (in particolare cardiopatie ischemiche e malattie cerebrovascolari). Seguono i tumori 10%.

Nei ricoveri per altre patologie prevalenza malattie dell'apparato digerente 9% di traumatismi 8%, e pneumopatie 8%..

Tab. 5.2.2 Prime 10 cause di ospedalizzazione - residenti Zona della Lunigiana- Anno 2006.

Diagnosi principale	Casi	%	Costi	%	Giorni degenza	DM
VII - Malattie del sistema circolatorio	2272	19	8.464.759	24	13272	6
II - Tumori	1160	10	4.891.876	14	8285	7
CV - Fattori che influenzano lo stato di salute (Codici V)	1045	9	2.676.182	8	6349	6
IX - Malattie dell'apparato digerente	1079	9	3.131.542	9	6032	6
VIII - Malattie dell'Apparato respiratorio	999	8	3.000.457	9	6816	7
XIII - Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	904	8	3.158.753	9	5408	6
XVII - Traumatismi e avvelenamenti	988	8	3.057.181	9	5109	5
VI - Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	740	6	1.424.088	4	2722	4
X - Malattie dell'apparato genitourinario	703	6	1.600.118	5	2554	4
XI - Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	553	5	829.184	2	1962	4
Altre patologie	1351	11	3.009.879	9	8316	6
Tutte le cause	11794	-	35.244.019	-	66.825	-
Altro di cui: V - Dist. Psicici	144	1	329.395	1	1.614	11

fonte U.O. Sistema informativo ASL1

Tab. 5.2.3 Prime 10 cause di ospedalizzazione - residenti Zona Apuana- Anno 2006.

Diagnosi principale	Casi	%	Costi	%	Giorni degenza	DM
VII - Malattie del sistema circolatorio	5.266	17	19.999.542,63	22	34.911	7
II - Tumori	3.414	11	13.446.687,67	15	22.161	6
XVII - Traumatismi e avvelenamenti	2.989	10	9.168.794,96	10	15.635	5
CV - Fattori che influenzano lo stato di salute (Codici V)	3.012	10	7.160.780,73	8	16.729	6
IX - Malattie dell'Apparato digerente	2.501	8	6.763.154,47	8	15.001	6
VIII - Malattie dell'apparato respiratorio	2.269	7	6.995.663,63	8	16.261	7
XIII - Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	1.967	6	6.756.733,03	7	9.836	5
XI - Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	2.089	7	3.156.334,25	4	6.657	3
X - Malattie dell'apparato genitourinario	1.836	6	4.032.924,30	4	5.499	3
VI - Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	1.628	5	3.399.557,41	4	6.439	4
Altre patologie	4.193	13	9.239.426,25	10	23.580	6
Tutte le cause	31.164	-	90.119.599,33	-	172.709	-
Altro di cui: V - Disturbi Psicici	593	2	1.247.694,79	1	4.235	7

fonte U.O. Sistema informativo ASL1

5.3 Esenzioni ticket per patologia

L'Azienda Sanitaria tramite le competenti strutture organizzative emette certificazioni utili alla esenzione dal pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria. Va considerato che tale dato, se riferito alla prevalenza delle rispettive patologie, è sicuramente sottostimato in quanto oltre i 65 anni di età, la maggior parte dei cittadini residenti ovvero quanti non superano il reddito complessivo familiare previsto dalla normativa vigente e quanti in possesso di un attestato di invalidità civile, non hanno interesse ad acquisire anche la certificazione di esenzione per patologia cronica degenerativa. E' inoltre opportuno considerare che ogni utente può essere titolare di più esenzioni. Tuttavia, **il dato relativo alla prevalenza di pazienti diabetici è da considerarsi attendibile** in quanto questi cittadini per ricevere i presidi necessari alla cura della loro patologia devono essere muniti di certificato di esenzione. Nelle tabelle seguenti sono riportate le tipologie di esenzione attive nel 2006: **circa un quarto dei maschi e delle femmine risultano complessivamente esenti** almeno per una condizione o patologia.

Tab. 5.3.1. N. esenzioni ticket attive suddivise per tipologia 2006 ASL1- % esenti per zona. (femmine 2006)

Malattia o Condizione	0-14	15-64	65+	Totale	% esenti per zona	
					Lunigiana	Apuane
Malattie apparato cardiovascolare (002* e 021)	8	337	362	741	0,8	0,7
Cirrosi epatica (non biliare)	0	33	33	65	0,0	0,1
Diabete mellito	4	1.116	2.730	3.850	3,9	3,6
Epatite virale cronica	0	305	174	479	0,4	0,5
HIV	0	30	0	30	0,0	0,0
Ipotiroidismo	10	898	152	1.060	1,3	0,9
Ipertensione arteriosa	0	1.994	4.457	6.451	7,7	5,7
Glaucoma	0	115	222	382	0,3	0,4
Gozzo	0	597	83	680	1,0	0,5
Patologie neoplastiche maligne	13	1.578	953	2.544	2,3	2,5
Psicosi	0	57	12	69	0,1	0,05
Malattie rare	75	306	31	412	0,3	0,4
Invalidità*	42	2.209	5.611	7.862	5,8	8,1
Altro*	117	2.291	696	2.916	3,2	2,8
Totale	269	11.866	15.516	27.651	27,1	26,4

Le principali patologie cronico degenerative per le quali è stata richiesta e concessa l'esenzione risultano essere nell'ordine nelle femmine: l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito, le patologie neoplastiche maligne, le malattie dell'apparato cardiovascolare; nei maschi: l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito, le malattie dell'apparato cardiovascolare le patologie neoplastiche maligne; le esenzioni per invalidità risultano più numerose nei maschi che nelle femmine; quelle per malattie rare lievemente superiori nelle femmine e nella zona Apuana.

Tab. 5.3.1. N. esenzioni ticket attive suddivise per tipologia 2006 ASL1 - % esenti per zona. (maschi 2006)

Malattia o Condizione	0-14	15-64	65+	Totale	% esenti per zona	
					Lunigiana	Apuane
Malattie apparato cardiovascolare (002* e 021)	10	1.175	809	1.994	2,5	1,9
Cirrosi epatica (non biliare)	0	59	35	94	0,1	0,1
Diabete mellito	14	1.691	2.119	3.824	3,9	4,0
Epatite virale cronica	0	542	151	693	0,5	0,8
HIV	0	64	0	64	0,0	0,1
Ipotiroidismo	4	138	26	168	0,2	0,2
Ipertensione arteriosa	0	2.397	3.061	5.458	6,4	5,4
Glaucoma	1	115	179	295	0,3	0,3
Gozzo	0	94	63	126	0,1	0,2
Patologie neoplastiche maligne	7	848	681	1.536	1,6	1,6
Psicosi	1	51	6	58	0,1	0,05
Malattie rare	57	184	18	259	0,2	0,3
Invalidità*	73	3.107	4.098	7.278	6,7	7,8
Altro*	120	1.105	355	1.611	1,7	1,7
Totale	287	11.570	11.601	23.458	24,3	24,2

Fonte: U.O.T.P.I.

5.4 L'Uso del Farmaco

Nel 2006, la spesa farmaceutica territoriale convenzionata netta, a livello Aziendale è aumentata del (+6.14%), mentre a livello Regionale del (+1.47%) e a livello Nazionale del (+4%). Ha sicuramente contribuito a determinare questo fenomeno l'aumento della popolazione anziana assistita. In aumento anche la spesa procapite, seppure risulta più bassa di quella media nazionale.

Tra i farmaci di classe A risultano al primo posto nei consumi quelli del sistema cardiovascolare sia per la spesa sia per la quantità prescritta.

Tab. 5.4.1 Consumo farmaci territoriale di classe A-SSN per I livello ATC – 2006

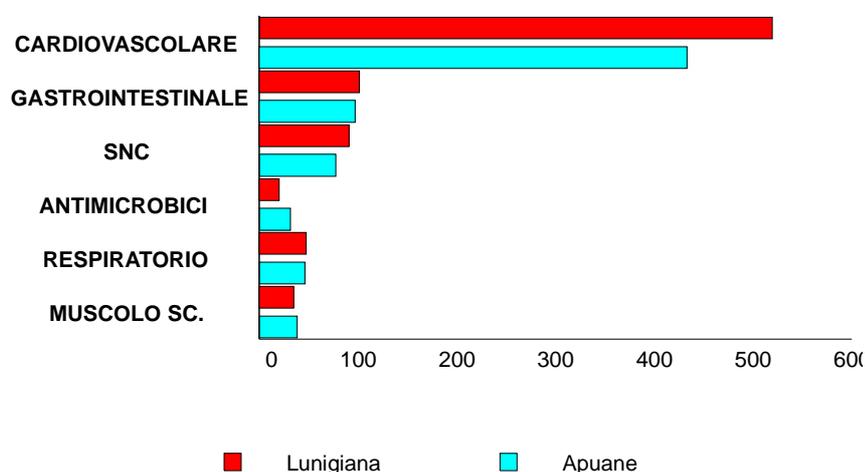
Fonte: U.O. Farmaceutica territoriale ASL1

Apparato	Spesa lorda pro capite					
	ASL1	$\Delta\%$ 06-04	Zona Apuana	$\Delta\%$ 06-04	Zona Lunigiana	$\Delta\%$ 06-04
C - CARDIOVASCOLARE	88,37	4,21	85,22	3,86	97,52	5,24
A - GASTROINTESTINALE	29,64	9,99	28,33	9,74	33,44	10,77
N - SNC	27,18	-6,73	26,66	-8,81	28,66	-1,22
J - ANTIMICROBICI	20,61	-5,63	20,23	-7,66	21,69	-0,18
R - RESPIRATORIO	17,04	4,81	16,64	2,88	18,20	9,89
M - MUSCOLO SC.	7,81	-20,23	8,00	-18,75	7,25	-24,97
G - GENITO URINARIO	6,37	-2,67	6,10	-2,62	7,18	-2,37
B - EMATOLOGICI	7,93	25,09	6,39	12,83	12,40	43,71
S - ORGANI DI SENSO	3,47	2,59	3,44	2,62	3,55	2,25
L - ANTINEOPLASTICI	2,75	-1,09	2,87	-1,74	2,40	0,42
H - ORMONI SISTEMICI	2,19	21,92	2,17	25,35	2,25	12,44
D - DERMATOLOGICI	1,09	-45,87	1,13	-46,90	0,95	-48,42
P - ANTIPARASSITARI	0,25	-4,00	0,24	-8,33	0,26	0,00
V - VARI	0,05	-260,00	0,06	-250,00	0,02	-350,00
TOTALE	214,75	2,17	207,48	0,81	235,77	5,68

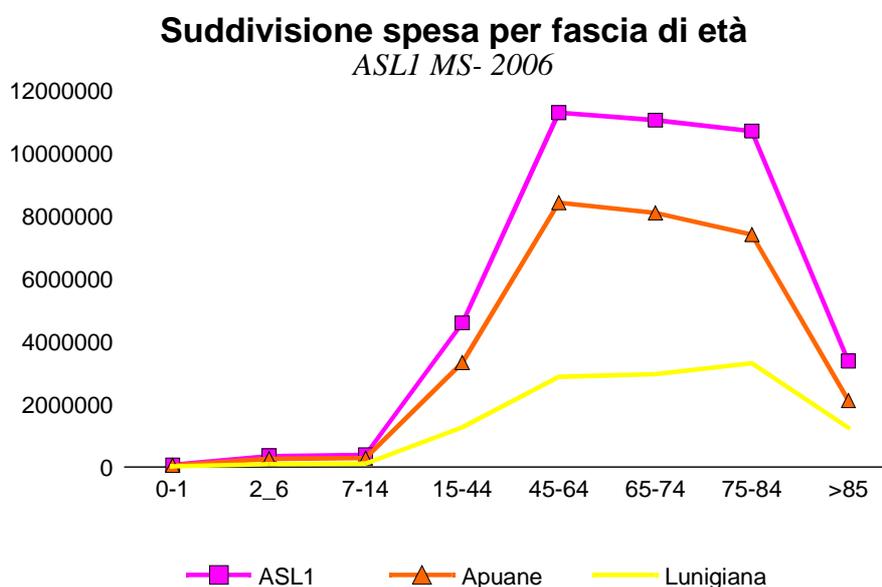
Dall'analisi di spesa lorda pro-capite per Zone, si evidenzia che nella Lunigiana questa risultata essere superiore a quella delle Apuane, sia nell'anno 2004, sia nell'anno 2006; è opportuno però evidenziare che i dati elaborati sono riferiti alla popolazione non standardizzata, ma costituita da tutti i cittadini residenti e non, che hanno prodotto una spesa farmaceutica sul territorio.

Consumo farmaci classe A-SSN

I livello ATC- DDD/1000 abitanti



Per quanto riguarda la ripartizione di spesa per fascia di età ,all'interno delle Zone, si evidenzia come nella Zona della Lunigiana la fascia di età 75-84 anni è quella che incide in modo maggiore sulla spesa lorda, mentre nelle Apuane è la fascia di età 45-64 anni.



In aumento (ASL1 +15,8% periodo 05-06) anche la spesa integrativa, in particolare per i prodotti diagnostici per diabetici (+12,1%) e per gli alimenti privi di glutine (+253,4%).

Tab 5.4.2 Spesa spesa farmaceutica territoriale integrativa

	Anno	Assistiti	Var.%	Spesa	Var. %	Spesa procapite	Var. %
<i>ASL I</i>	2004	13.579		2.822.986		207.89	
	2005	14.303	5,33	2.861.640	1.36	200.07	-3.76
	2006	15.220	6,41	3.313.304	15,78	217.69	8.80
<i>Apuana</i>	2004	9.621		2.038.476		211.87	
	2005	10.384	7.93	2.032.008	-0.31	195.68	-7.64
	2006	10.725	3,28	2.414.102	18.80	225.09	15.02
<i>Lunigiana</i>	2004	3.958		784.510		198.20	
	2005	3.919	-0,98	829.623	5.75	211.69	6.80
	2006	4.495	14.69	899.202	8.38	200.04	-5.50

Fonte:U.O. Farmaceutica territoriale ASL1- Zona Apuana-Zona Lunigiana

Relativamente a questo capitolo di spesa si evince che il numero degli utenti affetti da patologie croniche è in costante aumento e il fenomeno è attribuibile essenzialmente, anche in questo caso, al progressivo invecchiamento della popolazione.

Il valore pro-capite di spesa a livello aziendale, risulta fortemente condizionato dall'incidenza dovuta all'aumento degli assistiti diabetici ma anche dalla totale esternalizzazione relativa alla dispensazione degli alimenti particolari

5.5 La Disabilità

Nel 2006 i soggetti portatori di handicap, tra 0 e 64 anni presenti sul territorio provinciale erano 1399 di cui 986 nella zona Apuana e 413 nella zona Lunigiana. La prevalenza di disabilità risulta essere più elevata nella zona Lunigiana con 11,5 disabili ogni 1.000 residenti di età 0-64 anni.

Tab 5.5.1 Prevalenza di disabilità ASL1 MS – anno 2006

Zone socio-sanitarie	Disabili 0-64 aa.	Popolazione Residente 0-64 aa.	Disabili per 1000 residenti
Apuane	986	116.167	8,5
Lunigiana	413	35.997	11,5
MS	1.399	152.182	9,2

Fonte: GOIF

Le fasce di età con il maggior numero di soggetti portatori di handicap sono, sia a livello provinciale che di zona, quelle tra i 4-18 anni e i 26-64 anni. Tale fenomeno può essere dovuto ad una serie di cause: il ritardo con cui vengono accertate le disabilità, rilevate il più delle volte in età scolastica (4-18 anni); il bisogno di interventi specifici quali l'inserimento al lavoro per la fascia 25-36 anni; l'aumentare in età avanzate (40-64 anni) del peso delle disabilità, soprattutto fisiche.

5.6 I Disturbi Mentali

I disturbi mentali si presentano in tutte le fasce di età con gradi diversi di menomazione del funzionamento psicosociale.

Il tema dei disturbi mentali e dei servizi ad essi dedicati riveste fondamentale interesse per la sanità pubblica e le conseguenti politiche sanitarie. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha più volte ribadito l'importanza del disturbo mentale come causa di invalidità e la regione Toscana è da lungo periodo impegnata con atti normativi e programmatori a valorizzare lo sviluppo di servizi territoriali in grado di assicurarne il complesso delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione.

Le disposizioni regionali, in attuazione dei principi fissati dagli atti di programmazione nazionale, prevedono una rete integrata di servizi territoriali articolata in:

Centro di salute mentale; Strutture Semiresidenziali (Day-Hospital, Centro Diurno); Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura; Strutture Residenziali.

La conoscenza circa la prevalenza, la distribuzione, i fattori di rischio e le conseguenze sia economiche che sociali nella popolazione di queste malattie, è ancora molto limitata.

Il rapporto sulla salute mondiale dell'OMS del 2001 afferma che la malattia mentale rappresenta il 12% del carico totale di patologia nel mondo. I dati ottenuti nello studio epidemiologico World Mental Health Survey del 2001/2003 (a cura dell'OMS e dell'Università di Harvard a Boston) e le stime riguardanti la prevalenza dei disturbi mentali sono allarmanti anche per i paesi europei.

Tab.5.6.1 Utenti con almeno un contatto al servizio.

	Zona Apuana			Zona Lunigiana			ASL1		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006
anno									
n. utenti	5.650	5.700	5.900	1234	1.250	1.276	6884	6950	7176
Variazione annua		+50	+200		+16	+26		+66	+226

Fonte: UFSMA Lunigiana

Le informazioni più sicure disponibili sulla situazione in toscana si ricavano dall'analisi dei flussi sanitari correnti e dalle schede di dimissione ospedaliera, che danno solo una descrizione dell'utenza dei servizi. Dalla tabella si rileva che l'utenza è cresciuta negli ultimi anni; il Servizio di Salute Mentale serve attualmente il 3,6% della popolazione di cui il 2,5% in Lunigiana e il 3,9% nelle Apuane.

5.6.2 Salute mentale infanzia e adolescenza

Risultano in aumento nel 2006 i minori in carico al servizio di neuropsichiatria infantile L'attività dell'UFASC riguarda:

Disturbi neurologici dell'infanzia e dell'adolescenza: Paralisi cerebrali infantili; Epilessia; Disturbi sensoriali Ritardo mentale.

Disturbi del linguaggio (ritardo semplice; disturbo specifico; disfagia; balbuzie; ecc.), Disturbi dell'apprendimento scolastico (dislessia; disgrazia; disortografia; ecc.).

Patologia psicologico – psichiatrica dell'infanzia e dell'adolescenza: Sindromi psichiche del neonato e del lattante; Nevrosi; Disturbi psicosomatici; Disturbi della condotta alimentare; Disturbi dell'umore; Disturbi di personalità; Psicosi; Autismo.

Tab.5.6.2.1 Utenti con almeno un contatto al servizio (UFSMIA Lunigiana).

Intervento	N° minori Anno 2005	N° minori Anno 2006
Neuropsichiatria	89 (+266)	98(+296)
Psicologia	175	201
Fisioterapia e psicomotricità	69	72
Logopedia	136	126
Laboratorio Ausilii	61	98
Totale	530	595

Fonte: UFSMIA Lunigiana

5.7 Il diabete

Il dato relativo alla prevalenza di pazienti diabetici è da considerarsi attendibile in quanto questi cittadini per ricevere i presidi necessari alla cura della loro patologia devono essere muniti di certificato di esenzione. Sono diabetici il 3,9% dei cittadini della Lunigiana e il 3,6% delle femmine e il 4% dei maschi apuani. Nel corso del 2006 si sono verificati 132 ricoveri per complicanze del diabete.

Tab. 5.7.1 Ricoveri per complicanze diabetiche

Fonte U.O. Sistema informativo ASL1

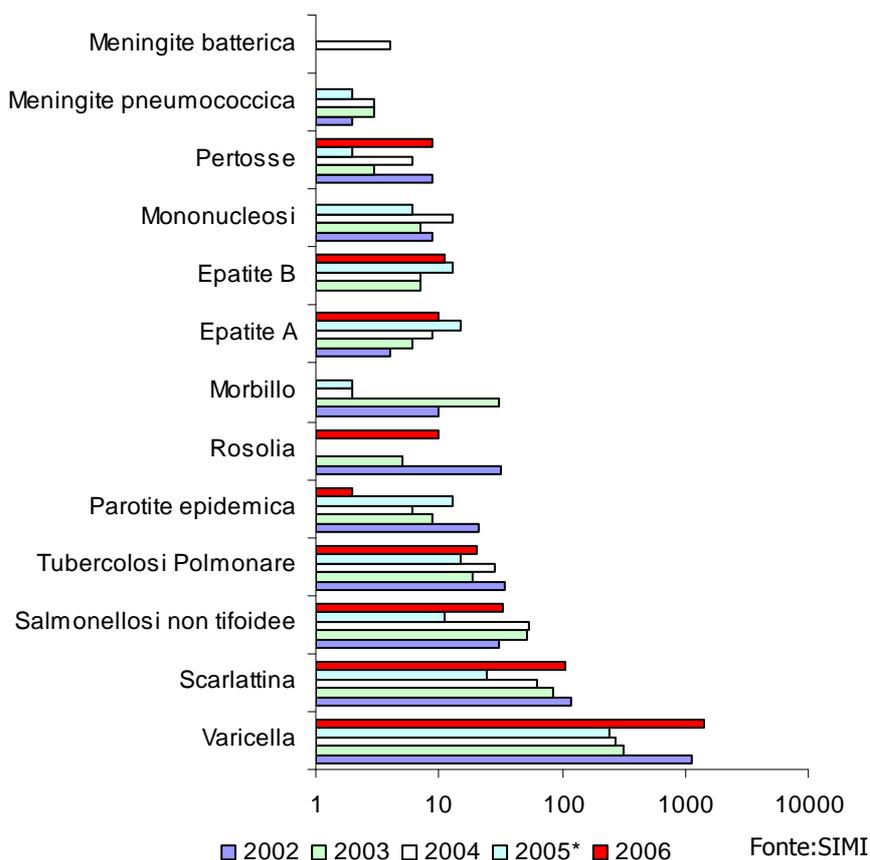
DRG	ricoveri		gg. degenza	
	ASL 1	Lunigiana	ASL 1	Lunigiana
Diabete età>35	105	10	578	56
Diabete età<36	25	7	113	33
Amputazioni cod 285	2	-	2	-
Totale	132	17	693	89

5.8 Malattie infettive

Le notifiche di malattie infettive sono state effettuate dai Medici di Medicina Generale e dai Medici ospedalieri a carico di pazienti residenti e non residenti.

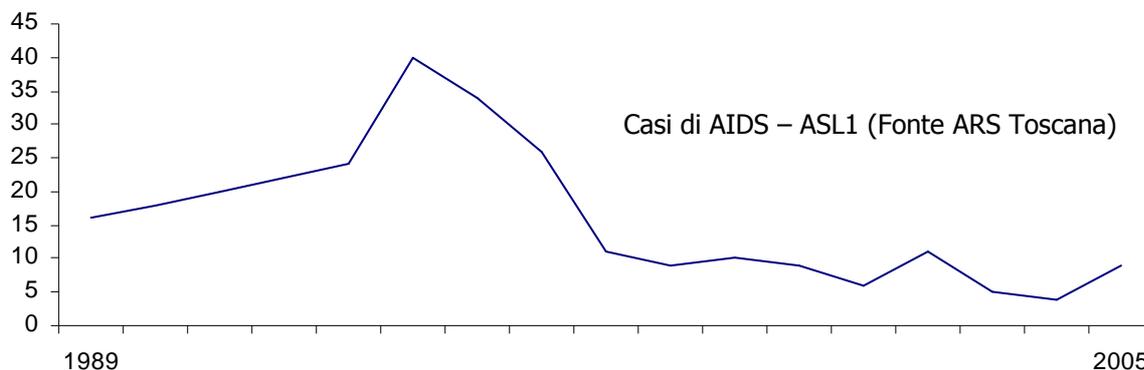
L'epidemiologia delle malattie infettive in Toscana come in gran parte d'Italia è ancora caratterizzata dall'insufficienza e dall'inadeguatezza delle fonti informative; questo fenomeno non consente di evidenziare in modo opportuno i problemi verso i quali orientare le azioni preventive.

notifiche malattie infettive - ASL1 MS



Dai dati riportati di seguito, in scala logaritmica, nel periodo considerato (2002-2006) si evince che la varicella è in assoluto la patologia più frequente (10 volte in più); inoltre, si nota un evidente calo delle altre malattie prevenibili con la vaccinazione (morbillo rosolia e parotite), per le quali sono state attivate campagne straordinarie: il risultato è da ascrivere al miglioramento delle coperture vaccinali. Per quanto riguarda la TBC l'andamento epidemiologico evidenzia un lieve rialzo nel 2006, pertanto appare opportuno non abbassare la guardia.

Relativamente ai casi diagnosticati di AIDS si osserva un trend in diminuzione dagli anni 90 con un lieve incremento nel

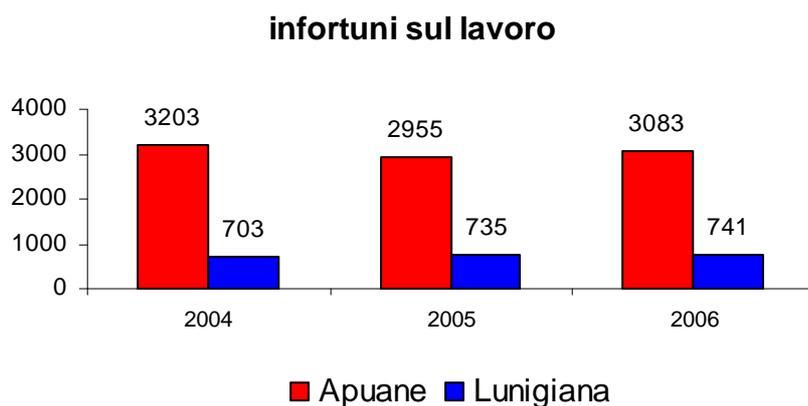


2005 rispetto all'anno precedente: pertanto anche per quel che riguarda la prevenzione di questa malattia non bisogna abbassare la guardia. (*danneggiato archivio prov. SIMI)

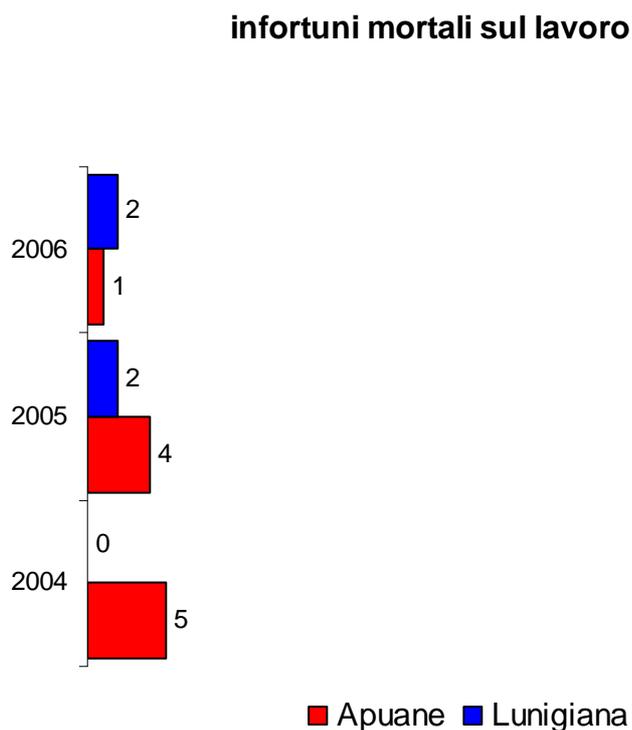
6 I Traumatismi

6.1 Infortuni sul lavoro

Nel 2006 si inverte il trend in diminuzione osservato nel corso degli anni precedenti (Fonte: Dipartimento di Prevenzione ASL1): nella Provincia sono stati rilevati 3824 infortuni contro i 3680 del 2005 (Lunigiana 741 nel 2006 vs 735 nel 2005);



nello stesso anno sono all'incirca dimezzati gli incidenti mortali che diminuiscono in particolar modo nella zona Apuana ma non in Lunigiana.



6.2 Incidenti stradali

Sono la prima causa di morte e di ricovero in soggetti sotto i 45 anni: morti premature e impegno assistenziale che in alcuni paesi industrializzati sono stimate fino al 4% del PIL. Gli incidenti stradali sono quasi del tutto prevenibili con l'adozione di comportamenti appropriati: la diminuzione del numero di incidenti osservata dopo l'introduzione della patente a punti ne è una chiara dimostrazione.

I tassi di mortalità osservati sono maggiori nei maschi; risultano, inoltre, inferiori in Lunigiana rispetto alla zona Apuana e alla media regionale in entrambi i sessi; un dato però da non trascurare appare quello relativo ai rapporti di mortalità e lesività (rapporti tra numero di incidenti e rispettivamente morti e feriti) generali che risultano spesso superiori per gli incidenti avvenuti sulle strade lunigianesi.

Tab 6.2.1 % accessi al pronto soccorso per incidente stradale suddivisi per sesso ed età (2006) Fonte DEU

Caratteristiche demografiche	%	Lunigiana	Apuane
<u>Età (anni)</u>			
0-16	9,0	7,8	9,1
17-30	35,9	33,1	36,4
31-45	27,2	26,2	27,3
46-60	16,2	18,5	15,8
61-75	9,3	10,4	9,1
>75	2,4	4,0	2,2
<u>Sesso</u>			
Femmine	57,9	61,9	57,3
Maschi	42,1	38,1	42,7

Nel 2006 ci sono stati 6140 accessi (il 18,5% degli accessi per causa traumatica) ai PS dei presidi ospedalieri provinciali a cause di ferite riportate in incidenti stradali; nel 57,9% dei casi questo infortunio riguardava donne. La fascia di età più colpita è risultata quella giovanile compresa tra 17-30 anni; risulta doppia in Lunigiana con il 4% la percentuale di anziani con età superiore a 75 anni feriti.

6.3 Incidenti domestici

Gli infortuni domestici rappresentano la quinta causa di morte evitabile. Secondo i dati ISTAT in Italia si evidenziano circa 3.500.000 infortuni all'anno con un incremento nell'ultimo decennio pari al 20%: la più frequente modalità di incidente, è la caduta (40 - 45%), seguita da urti e tagli. Queste tre meccaniche complessivamente comprendono circa l'80% delle modalità di accadimento degli incidenti. Tra le cause principali degli infortuni in ambito domestico si evidenziano:

inadeguata cultura della prevenzione e sicurezza; scarsa conoscenza o inosservanza delle norme di igiene e di sicurezza; presenza di impianti ed apparecchi pericolosi; presenza di oggetti e sostanze pericolose. Pertanto, appare opportuno aumentare e migliorare la competenza delle persone a tutelare la propria vita e salute e quella dei loro familiari, mediante intensificazione degli interventi di educazione nelle scuole e nelle comunità locali; è necessario inoltre promuovere la cultura della prevenzione in collaborazione con diversi soggetti responsabili della gestione e governo del territorio e con le associazioni dei cittadini.

Tab 6.3.1 % accessi al pronto soccorso per incidente domestico suddivisi per sesso ed età (2006) Fonte DEU

Nel 2006 sono registrati 2551 accessi (il 7,7% degli accessi per causa traumatica) ai PS dei presidi ospedalieri provinciali per ferite riportate in incidenti domestici; Rispetto all'età, la fascia più colpita è quella tra 31-45 anni nelle Apuane mentre, in Lunigiana risultano maggiormente coinvolti gli anziani. I maschi prevalgono sulle femmine.

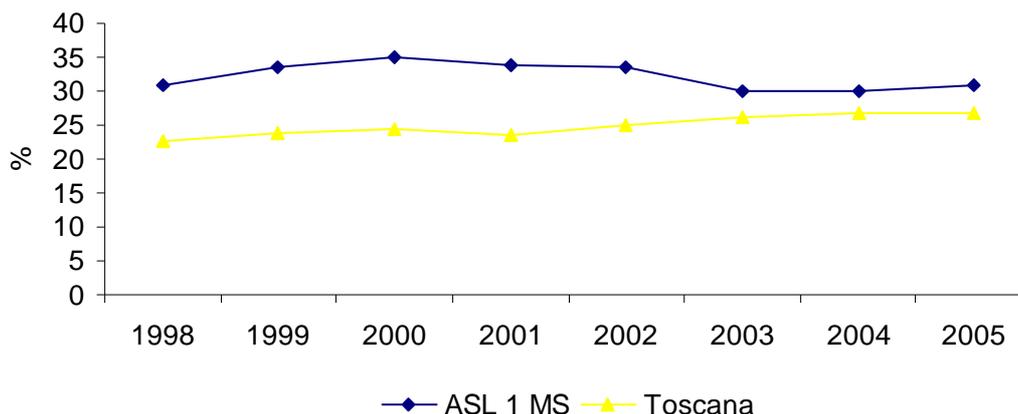
Caratteristiche demografiche	%	Lunigiana	Apuane
<u>Età (anni)</u>			
0-16	12,8	11,3	14,2
17-30	11,2	10,1	12,2
31-45	18,9	16,6	21,1
46-60	17,0	16,0	18,0
61-75	21,0	23,1	19,0
>75	19,1	22,9	15,5
<u>Sesso</u>			
Femmine	39,7	40,8	38,6
Maschi	60,3	59,2	61,4

7 La salute di particolari gruppi di popolazione:

7.1 madre e figlio

Secondo una recente indagine, condotta dall'ARS Toscana, il 99% delle donne, nel corso della gravidanza, è seguito da un ginecologo per lo più un medico ospedaliero in regime di intramoenia (50%) o da un libero professionista (28%) mentre solo il 12 % si rivolge a specialisti di una struttura pubblica. Le donne che hanno partecipato ad un corso di preparazione al parto, mediamente, nella regione toscana raggiungono il 58%; nella ASL1 questa media è nettamente più bassa (43%): da segnalare che nel territorio della Lunigiana da alcuni anni questi corsi non vengono più effettuati per indisponibilità di spazi adeguati

Percentuale parti cesari su totale parti



Quasi la totalità delle donne (98%) ha partorito in una struttura pubblica; il 30% delle donne che si è rivolta ad ospedali della ASL 1 ha avuto un parto cesareo, percentuale questa molto superiore agli standard internazionali; il trend del periodo 98-05, anche se in lieve flessione, presenta senza soluzione di continuità valori più elevati rispetto sia alla media regionale sia a quella dell'area vasta nord ovest.

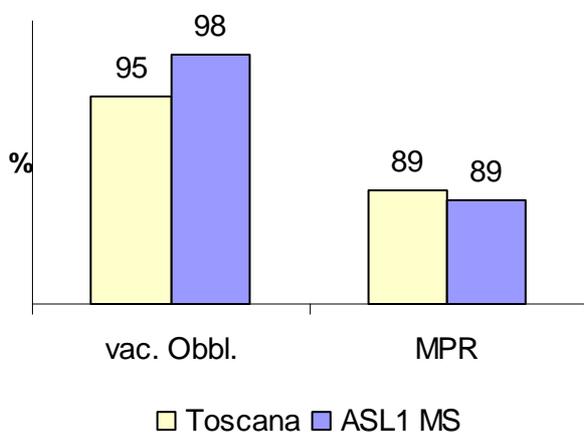
Tab 7.2 Nati vivi di peso <2500gr.
Valori percentuali sul totale dei nati vivi
Fonte ARS Toscana

	2000-2002	2003-2005
ASL 1 MS	4,53	5,40
Lunigiana	3,99	5,64
Apuane	4,64	5,36
Toscana	6,02	6,36

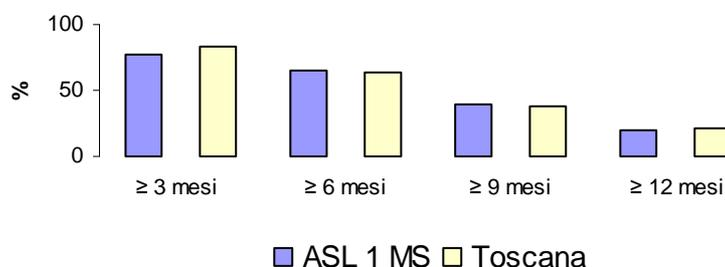
Il 5,4% dei bambini nel triennio 2003-2005 aveva un peso alla nascita inferiore ai 2500 grammi: questo valore risulta inferiore alla media regionale ma in aumento rispetto al triennio precedente.

Dopo il rientro a casa il 65 % dei bambini è stato allattato al seno per almeno sei mesi.

tassi di copertura vaccinale



Prevalenza allattamento al seno



Per quanto concerne le vaccinazioni obbligatorie il grado di copertura vaccinale è buono, appare comunque opportuno aumentare il numero di vaccinati per le vaccinazioni raccomandate (morbillo, rosolia, parotite) anche attraverso il

l'attivazione di percorsi di sensibilizzazione e consueving a tutti i livelli Istituzionali.

Entro il secondo anno di età è iscritto all'asilo nido l'11,8 % dei bambini contro una media regionale del 15.

7.2 Gli Anziani

Il processo di invecchiamento della popolazione anziana è iniziato in Italia alla fine degli anni Ottanta. Da quel periodo, nella popolazione, si è assistito ad un aumento della proporzione di persone anziane e vecchie e una diminuzione dei giovani.

Queste trasformazioni hanno provocato una serie di conseguenze per la popolazione anziana che si è trovata a dover affrontare disagi di natura sia sociale che economica:

l'isolamento e l'emarginazione, che inizia con la formazione delle nuove famiglie dei figli e prosegue con il pensionamento;

la povertà, secondo l'Istat nell'età anziana si concentrano il numero maggiore di persone al di sotto della soglia di povertà:

le patologie psico-fisiche, e le conseguenti disabilità che con l'allungamento della vita media tendono ad aumentare.

Tab 7.2.1 Stima del numero di anziani gravemente disabili a domicilio (per Livello di disabilità 3+ADL perse – 2005)

	Lunigiana	Apuane	ASL1 MS	%
<75 aa.	73	174	247	1
75+ aa.	575	1111	1686	7
Totale	648	1285	1933	

Rielaborazione su fonte ARS Toscana 2005

In base ai parametri rilevati da recenti studi nella regione toscana (studio Inchianti) si stima che nel nostro territorio l'1% della popolazione con età inferiore a 75 anni risulta gravemente disabile per la perdita di almeno 3 ADL mentre questa percentuale sale al 7% dai 75 anni in poi. Le ADL (Activities of Daily Living - attività della vita quotidiana) sono delle attività che il soggetto deve svolgere obbligatoriamente se vuole vivere senza avere bisogno di assistenza periodica o continuativa: lavarsi, vestirsi, andare alla toilette, trasferimenti, continenza, alimentazione. Nella tabella 7.2.1 viene riportata la stima del numero degli anziani gravemente disabili presenti a domicilio nella provincia di Massa Carrara, suddivisi per zona socio sanitaria; occorre tener presente, comunque, che anche la disabilità in una ADL comporta di per sé una condizione di bisogno.

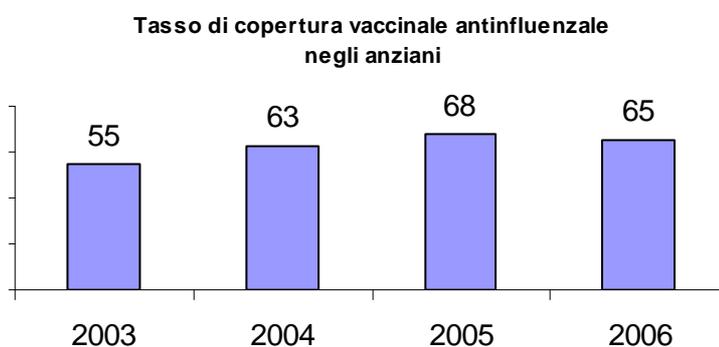
Nella tabella 7.2.2 è riportata la stima della popolazione disabile effettuata nell'immagine di salute 2006. (in base ai parametri ISTAT e assicurazione sociale tedesca) che considera anche il grado medio e minimo di invalidità.

Tab 7.2.2 Stima popolazione disabile over 65 distinta in livelli di gravità

	Lunigiana	Apuane
Grado di invalidità		
minimo	1781	3419
medio	1410	2707
elevato	520	997

Fonte: immagine salute PIS Lunigiana 2006

Il tasso di copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani è del 65%, è in linea con la media regionale ma ancora basso rispetto allo standard previsto del 75%



La “voce del cittadino”

Sono stati intervistati per integrare le informazioni derivanti dai dati del profilo 10 cittadini tra i cosiddetti “testimoni qualificati della comunità”.

Sono state scelte, quali testimoni qualificati, persone che per la propria posizione lavorativa o attività possono rappresentare il parere di gruppi di interesse, attivi nel contesto della comunità.

Nel caso specifico il campione è costituito da rappresentanti della cittadinanza attiva, cooperative, associazioni di volontariato, sindacati, associazioni di anziani, Enti e Istituzioni.

L’attenzione al parere dei “non esperti” è motivata dalla necessità di esplorare gli eventuali aspetti connessi con la salute della comunità che non emergono dall’analisi quantitativa, al fine di arricchire l’insieme delle informazioni necessarie alla valutazione complessiva e all’identificazione delle azioni di miglioramento

Le interviste hanno esplorato tre aree di indagine: il concetto di salute, i determinanti di salute e i problemi di salute della comunità; sono state fatte agli interlocutori le seguenti domande:

Secondo lei, cos’è la salute?

Quali sono, secondo lei, i problemi più importanti di salute nella sua comunità?

Quali sono, secondo lei, i fattori che determinano i problemi di salute più importanti della sua comunità?

Tutti gli intervistati hanno dato una definizione del concetto di salute molto ampia che va oltre l’assenza di malattia: la salute per questi cittadini è lo “stare bene come persona sia fisicamente che dentro e con gli altri in modo positivo” un “benessere a largo spettro” “la qualità della vita che si ha e che si percepisce”

Tra i problemi di salute rilevanti nella comunità gli intervistati hanno individuato in ordine di numerosità di citazione e concordanza:

Tumori
Anziani non autosufficienti
Disoccupazione
Mobilità
Infarto del miocardio
Incidenti sul lavoro
Accessibilità ai servizi
Uso di droghe e alcol
Disagio scolastico
Salute Mentale
Diabete Mellito (
Incidenti stradali
Anoressia
Patologie della tiroide

Tra i fattori che determinano i problemi di salute della comunità:

Inquinamento ambientale
Perdita dei valori
Scarse opportunità di lavoro
Condizioni socio economiche modeste
Solitudine negli anziani
Formazione personale non adeguata
Stress
Stili di vita malsani :
fumo di sigaretta
alimentazione non corretta
vita sedentaria

Viabilità non adeguata
Difficoltà di comunicazione tra generazioni
“politica locale frantumata e campanilistica

Allegato1
Tab 4.1a - Tassi specifici per età e Tassi standardizzati di mortalità ASL1 (2003-2005). Patologie cardiovascolari (fonte RMR – CSPO)

Causa di morte		Osservati	<20 aa.	20-39 aa.	40-69 aa.	70-84 aa.	85+ aa	Tasso grezzo	TSD ASL1	TSD REGIONE	TSD APUANE	TSD LUNIGIANA
Malattie cardiovascolari ICD IX 390-398, 402,404-429	maschi	751	0,0	8,6	139,6	1043,9	5173,2	261,5	167,0	160,86	155,7	187,7
	femmine	878	2,2	3,8	29,2	583,6	4454,2	282,1	91,8	100,46	85,6	103,6
Malattie ischemiche del cuore ICD IX 410-414	maschi	428	0,0	1,2	78,2	652,8	2574,6	149,0	93,4	92,9	81,1	117,7
	femmine	469	0,0	0,0	10,5	314,6	2437,2	150,7	47,0	46,4	40,8	59,6
Malattie cerebrovascolari ICD IX 430-438	maschi	379	0,0	3,7	32,0	598,1	3128,0	132,0	79,7	68,0	84,9	66,7

Tab 4.2a - Tassi specifici per età e Tassi standardizzati di mortalità ASL1 (2003-2005) Tumori (fonte RMR – CSPO)

Causa di morte		sezzo	Osservati	<20 aa.	20-39 aa.	40-69 aa.	70-84 aa.	85+ aa	Tasso grezzo	TSD ASL1	TSD REGIONE	TSD APUANE	TSD LUNIGIANA
Tumori maligni ICD IX 140-208	maschi		1216	0,0	9,8	367,5	1837,5	3176,1	423,4	277,1	247,5	290,4	256,9
	femmine		816	4,5	14,0	191,1	761,8	1386,7	262,2	133,6	138,4	135,5	128,9
Tumori trachea, bronchi, polmoni ICD IX 162	maschi		350	0,0	2,5	103,4	563,6	697,8	121,9	78,7	70,4	85,0	68,1
	femmine		76	0,0	1,3	24,3	73,9	50,4	24,4	14,0	15,5	14,8	11,8
Tumore del colon-retto ICD IX 153-154	maschi		113	0,0	0,0	34,5	161,0	385,0	39,3	25,9	25,92	27,7	23,8
	femmine		87	0,0	0,0	21,9	73,9	176,5	28,0	14,1	15,99	13,7	15,0
Tumori prostata ICD IX 185	maschi		86	0,0	0,0	8,4	172,5	385,0	29,9	17,2	18,8	17,7	17,4
Tumori mammella ICD IX 174-175	femmine		119	0,0	5,1	42,9	87,2	134,5	38,2	23,5	24,0	24,1	21,8
ICD 9 Tumori collo utero ICD IX 180	femmine		7	0,0	0,0	3,2	1,9	16,8	2,2	1,4	1,0	1,7	1,6

Tab 4.3a - Tassi specifici per età e Tassi standardizzati di mortalità (TSD) ASL1 (2003-2005) (fonte RMR – CSPO)

Causa di morte		Osservati	<20 aa.	20-39 aa.	40-69 aa.	70-84 aa.	85+ aa	Tasso grezzo	TSD ASL1	TSD REGIONE	TSD APUANE	TSD LUNIGIANA
COPD ICD IX 490-496	maschi	191	0,0	0,0	10,9	301,9	1756,5	66,5	39,6	29,19	43,2	33,7
	femmine	87	0,0	0,0	1,6	66,3	420,2	28,0	8,8	10,00	9,7	7,3
Influenza e polmonite ICD IX 480-487	maschi	97	0,0	0,0	7,6	140,9	938,4	33,8	20,6	23,85	25,9	12,4
	femmine	83	0,0	0,0	2,4	53,1	437,0	26,7	8,4	8,67	8,9	7,4
Diabete mellito ICD IX 250	maschi	57	0,0	0,0	10,9	94,9	264,7	19,8	12,3	16,1	14,3	10,0
	femmine	107	0,0	0,0	11,3	98,5	344,6	34,4	13,4	13,3	14,8	11,7
Cirrosi epatica ICD IX 571	maschi	83	0,0	0,0	37,0	94,9	144,4	28,9	20,5	12,9	20,3	22,6
	femmine	58	0,0	0,0	10,5	68,2	75,6	18,6	8,6	6,8	9,4	7,7
AIDS ICD IX 279.1	maschi	6	0,0	4,9	1,7	0,0	0,0	2,1	2,0	0,4	2,6	0
	femmine	3	0,0	1,3	1,6	0,0	0,0	1,0	0,9	1,5	1,2	0

Causa di morte		Osservati	<20 aa.	20-39 aa.	40-69 aa.	70-84 aa.	85+ aa	Tasso grezzo	TSD ASL1	TSD REGIONE	TSD APUANE	TSD LUNIGIANA
Incidenti stradali ICD IX E810-E825	maschi	45	8,3	19,7	11,8	28,8	24,1	15,7	14,1	14,28	15,9	9,6
	femmine	19	4,5	5,1	4,9	9,5	16,8	6,1	5,2	3,83	6,8	0,4
Altro (incidenti) ICD IX E800-809, E826-949	maschi	95	0,0	6,2	21,9	112,1	601,5	33,1	22,3	17,51	19,2	22,3
	femmine	92	0,0	0,0	4,0	49,3	512,6	29,6	9,5	10,51	10,4	8,2
Suicidio ICD IX E950-959	maschi	28	2,1	12,3	9,3	14,4	24,1	9,7	8,5	8,5	9,5	5,8
	femmine	7	0,0	0,0	4,0	3,8	0,0	2,2	1,7	2,4	2,1	0,4

Causa di morte		Osservati	<20 aa.	20-39 aa.	40-69 aa.	70-84 aa.	85+ aa	Tasso grezzo	TSD ASL1	TSD REGIONE	TSD APUANE	TSD LUNIGIANA
SIDS ICD IX 798	maschi	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,07	0,0	0,0
	femmine	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,04	0,0	0,0
MALFORMAZIONI CONGENITE ICD IX 740-759	maschi	4	6,2	0,0	0,8	0,0	0,0	1,4	2,1	2,4	2,0	2,7
	femmine	3	4,5	0,0	0,8	0,0	0,0	1,0	1,6	2,5	2,1	0,0
CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE ICD IX 760-779	maschi	7	14,6	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4	4,2	2,9	3,9	5,3
	femmine	2	4,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	1,3	2,8	1,7	0,0

Tab 4.1b - Tassi specifici per età e Tassi standardizzati di mortalità (TSD) Lunigiana (2003-2005). Patologie cardiovascolari (fonte RMR – CSPO)

Causa di morte	Lunigiana								Apuane	Asl 1	Regione	
	Sesso	Osservati	<20 aa.	20-39 aa.	40-69 aa.	70-84 aa.	85+ aa	Tasso grezzo	TSD	TSD	TSD	TSD
Malattie cardiovascolari ICD IX 390-398, 402,404-429	Maschi	292	0,0	5,3	164,4	1134,3	5898,4	393,6	187,7	155,7	167	160,86
	Femmine	351	0,0	5,6	42,2	583,2	5184,7	438,3	103,6	85,6	91,8	100,46
Malattie ischemiche del cuore ICD IX 410-414	Maschi	185	0,0	0,0	103,2	833,5	3058,4	249,4	117,7	81,1	93,4	92,9
	Femmine	206	0,0	0,0	22,7	348,7	3046,0	257,2	59,6	40,8	47	46,4
Malattie cerebrovascolari ICD IX 430-438	Maschi	121	0,0	0,0	12,9	507,0	3167,7	163,1	66,7	84,9	79,7	68
	Femmine	198	0,0	0,0	39,0	396,8	2592,4	247,2	63,8	66,0	64,3	57,7

Tab 4.2b - Tassi specifici per età e Tassi standardizzati di mortalità (TSD) Lunigiana (2003-2005). Patologie cardiovascolari (fonte RMR – CSPO)

Causa di morte	Lunigiana								Apuane	Asl 1	Regione	
	Sesso	Osservati	<20 aa.	20-39 aa.	40-69 aa.	70-84 aa.	85+ aa	Tasso grezzo	TSD	TSD	TSD	TSD
Tumori maligni ICD IX 140-208	Maschi	341	0,0	5,3	393,3	1486,6	2457,7	459,6	256,9	290,4	277	247,5
	Femmine	243	0,0	22,4	188,3	655,4	1555,4	303,4	128,9	135,5	133,6	138,4
Tumori trachea, bronchi, polmoni ICD IX 162	Maschi	89	0,0	0,0	109,6	403,9	436,9	120,0	68,1	85	78,7	70,4
	Femmine	20	0,0	0,0	19,5	72,2	43,2	25,0	11,8	14,8	14	15,5
Tumore del colon-retto ICD IX 153-154	Maschi	31	0,0	0,0	38,7	128,9	218,5	41,8	23,8	27,7	25,9	25,9
	Femmine	28	0,0	0,0	26,0	54,1	237,6	35,0	15,0	13,7	14,1	16,0
Tumori prostata ICD IX 185	Maschi	31	0,0	0,0	6,4	223,4	163,8	41,8	17,4	17,7	17,2	18,8
Tumori mammella ICD IX 174-175	Femmine	32	0,0	11,2	35,7	72,2	151,2	40,0	21,8	24,1	23,5	24,0
ICD 9 Tumori collo utero ICD IX 180	Femmine	3	0,0	0,0	3,2	0,0	43,2	3,7	1,6	1,7	1,4	1,0

Tab 4.3b - Tassi specifici per età e Tassi standardizzati di mortalità (TSD) Lunigiana (2003-2005). Patologie cardiovascolari (fonte RMR – CSPO)

Causa di morte	Lunigiana							Tasso grezzo	TSD	Apuane	Asl 1	Regione
	Sesso	Osservati	<20 aa.	20-39 aa.	40-69 aa.	70-84 aa.	85+ aa					
COPD ICD IX 490-496	Maschi	60	0,0	0,0	9,7	249,2	1529,2	80,9	33,7	43,2	39,6	29,19
	Femmine	24	0,0	0,0	3,2	48,1	324,0	30,0	7,3	9,7	8,8	10
Influenza e polmonite ICD IX 480-487	Maschi	21	0,0	0,0	6,4	85,9	491,5	28,3	12,4	25,9	20,6	23,85
	Femmine	28	0,0	0,0	0,0	54,1	410,5	35,0	7,4	8,9	8,4	8,67
Diabete mellito ICD IX 250	Maschi	13	0,0	0,0	16,1	60,2	54,6	17,5	10,0	14,3	12,3	16,1
	Femmine	24	0,0	0,0	16,2	72,2	151,2	30,0	11,7	14,8	13,4	13,3
Cirrosi epatica ICD IX 571	Maschi	25	0,0	0,0	48,4	77,3	54,6	33,7	22,6	20,3	20,5	12,9
	Femmine	11	0,0	0,0	16,2	24,1	43,2	13,7	7,7	9,4	8,6	6,8
AIDS ICD IX 279.1	Maschi	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,6	2	0,4
	Femmine	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	0,9	1,5

Causa di morte	Lunigiana							Tasso grezzo	TSD	Apuane	Asl 1	Regione
	Sesso	Osservati	<20 aa.	20-39 aa.	40-69 aa.	70-84 aa.	85+ aa					
Incidenti stradali ICD IX E810-E825	maschi	7	9,2	10,6	9,7	8,6	0,0	9,4	9,6	15,9	14,1	14,28
	femmine	1	0,0	0,0	0,0	6,0	0,0	1,2	0,4	6,8	5,2	3,83
Altro (incidenti) ICD IX E800-809, E826-949	maschi	31	0,0	5,3	25,8	128,9	382,3	41,8	22,3	19,2	22,3	17,51
	femmine	26	0,0	0,0	6,5	30,1	410,5	32,5	8,2	10,4	9,5	10,51
Suicidio ICD IX E950-959	maschi	5	0,0	10,6	6,4	8,6	0,0	6,7	5,8	9,5	8,5	8,5
	femmine	1	0,0	0,0	0,0	6,0	0,0	1,2	0,4	2,1	1,7	2,4

Causa di morte	Lunigiana							Tasso grezzo	TSD	Apuane	Asl 1	Regione
	Sesso	Osservati	<20 aa.	20-39 aa.	40-69 aa.	70-84 aa.	85+ aa					
SIDS ICD IX 798	maschi	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0	0,07
	femmine	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0	0,04
MALFORMAZIONI CONGENITE ICD IX 740-759	maschi	1	9,2	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	2,7	2	2,1	2,4
	femmine	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	1,6	2,5
CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE ICD IX 760-779	maschi	2	18,4	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7	5,3	3,9	4,2	2,9
	femmine	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	1,3	2,8

Allegato 2

Tassi standardizzati diretti (TSD) di mortalità e di primo ricovero della **popolazione maschile** della **Zona Apuana** e della **Regione Toscana**, relativi **range** di valore regionale e **rango** (posizione rispetto alle 34 zone s.s. toscane) (ultimo triennio disponibile: 03-05). Rielaborazione U.O. Sistema informativo Asl 1 su dati ARS Toscana. **S.**: differenza statistica significativa (↑ più alto della media regionale; ↓ più basso della media regionale).

Causa	MORTALITA' 2003-2005						OSPEDALIZZAZIONE (Primo Ricovero) 2003-2005				
	N° CASI	TSD x 100.000	S.	RANGE	TSD REG x 100.000	RANGO	N° CASI	TSD ^{oo} x 1000	RANGE	TSD ^{oo} REG x 1000	RANGO
Tutte le cause	2431	789.96	↑	789.96-591.54	671	1	28210	120.93	120.93-93.56	102.94	1
Malattie infettive (ICD-IX 1-139)	19	5.72	↑	6.19-0	2.5	3	984	4.7	5.12-2.31	3.55	5
Tumori (ICD-IX 140-239, V581)	893	283.85	↑	283.85-167.95	238.53	1	3851	13.17	14.67-8.86	10.66	2
Tumore dello stomaco (ICD-IX 151)	56	18.31		40.13-9.27	19.81	21	91	0.29	0.76-0.20	0.29	23
Tumore del colon retto (ICD-IX 153-154, 159.0)	97	31.4		39.09-18.82	28.87	11	259	0.85	1.07-0.61	0.83	18
Tumore del polmone (ICD-IX 162)	261	81.56	↑	81.56-42.53	65.6	1	356	1.15	1.23-0.64	0.94	4
Tumore della prostata (ICD-IX 185)	54	16.96		26.08-9.48	17.3	15	235	0.76	2.89-0.39	0.84	17
Tumore della vescica (ICD-IX 188)	37	10.73		16.22-5.19	11.48	18	392	1.2	1.46-0.65	1.1	8
Malattie delle ghiandole endocrine (ICD-IX 240-279)	62	19.82		30.09-10.08	20.61	17	755	4.37	6.45-2.52	3.89	6
Malattie del sangue (ICD-IX 280-289)	7	2.54		5.48-0	2.51	16	255	1.14	1.69-0.55	0.96	12
Disturbi psichici (ICD-IX 290-319)	37	12.12		14.08-2.62	9.03	3	571	2.72	4.16-1.87	2.74	10
Disturbi del sistema nervoso (ICD-IX 320-389)	77	23.16		28.74-12.55	18.57	6	1774	7.48	8.03-4.39	6.56	5
Malattie del sistema circolatorio (ICD-IX 390-459)	799	256.41		269.43-203.54	236.04	7	5770	19.86	23.24-15.69	17.52	3
Infarto del miocardio (ICD-IX 410)	116	36.47		59.15-25.46	40.27	23	657	2.26	2.56-1.32	1.83	8
Cardiopatía ischemica (ICD-IX 410-414)	243	77.57		111.77-57.02	86.91	24	1549	5.26	6.16-3.30	4.81	6
Malattie cerebrovascolari (ICD-IX 430-438)	258	80.58	↑	87.42-48.28	63.6	3	1383	4.38	4.43-2.56	3.52	3
Malattie dell'apparato respiratorio (ICD-IX 460-519)	243	78.04	↑	82.13-32.95	50.85	2	3538	16.35	17.60-9.84	11.79	2
Malattie dell'apparato digerente (ICD-IX 520-579)	92	29.92		52.45-27.36	27.36	13	3755	15.49	17.92-12.82	14.74	11
Cirrosi epatica (ICD-IX 571)	58	19.55	↑	30-6.43	12.4	5	383	1.45	2.38-0.6	0.89	4
Malattie dell'apparato genito-urinario (ICD-IX 580-629)	34	10.49		16.2-3.89	9.24	13	1796	7.81	10.12-5.93	7.69	17
Malattie dell'apparato osteomuscolare (ICD-IX 710-739)	4	1.3		6.45-0	2.12	25	2615	11.09	15.65-7.6	9.53	7
Traumatismi (ICD-IX 800-999)	127	49.41		59.87-26.42	40.45	7	4084	18.74	18.74-9.66	12.93	1

^{oo} Tasso medio

Tassi standardizzati diretti (TSD) di mortalità e di primo ricovero della **popolazione maschile** della **Zona Lunigiana** e della **Regione Toscana**, relativi **range** di valore regionale e **ranko** (posizione rispetto alle 34 zone s.s. toscane) (ultimo triennio disponibile: 03-05). Rielaborazione U.O. Sistema informativo Asl 1 su dati ARS Toscana . **S.**: differenza statistica significativa (↑ più alto della media regionale; ↓ più basso della media regionale).

Causa	MORTALITA' 2003-2005						OSPEDALIZZAZIONE (Primo Ricovero) 2003-2005				
	N° CASI	TSD x 100.000	S.	RANGE	TSD REG x 100.000	RANGO	N° CASI	TSD°° x 1000	RANGE	TSD°° REG x 1000	RANGO
Tutte le cause	1135	710.28		789.96-591.54	671	10	10665	115.85	120.93-93.56	102.94	2
Malattie infettive (ICD-IX 1-139)	6	2.96		6.19-0	2.5	12	196	3.11	5.12-2.31	3.55	18
Tumori (ICD-IX 140-239, V581)	351	235.43		283.85-167.95	238.53	18	1278	10.19	14.67-8.86	13.17	18
Tumore dello stomaco (ICD-IX 151)	37	25.35		40.13-9.27	19.81	10	54	0.38	0.76-0.20	0.29	13
Tumore del colon retto (ICD-IX 153-154, 159.0)	36	24.19		39.09-18.82	28.87	26	101	0.7	1.07-0.61	0.83	31
Tumore del polmone (ICD-IX 162)	88	60.04		81.56-42.53	65.6	25	172	1.23	1.23-0.64	0.94	1
Tumore della prostata (ICD-IX 185)	30	15.05		26.08-9.48	17.3	28	121	0.83	2.89-0.39	0.84	9
Tumore della vescica (ICD-IX 188)	17	10.29		16.22-5.19	11.48	23	133	0.87	1.46-0.65	1.1	27
Malattie delle ghiandole endocrine (ICD-IX 240-279)	16	10.96	↓	30.09-10.08	20.61	33	281	3.69	6.45-2.52	3.89	16
Malattie del sangue (ICD-IX 280-289)	3	1.41		5.48-0	2.51	29	168	1.69	1.69-0.55	0.96	1
Disturbi psichici (ICD-IX 290-319)	11	7.68		14.08-2.62	9.03	23	190	2.74	4.16-1.87	2.74	9
Disturbi del sistema nervoso (ICD-IX 320-389)	28	18.02		28.74-12.55	18.57	22	818	8.03	8.03-4.39	6.56	1
Malattie del sistema circolatorio (ICD-IX 390-459)	458	259.06		269.43-203.54	236.04	5	2614	19.93	23.24-15.69	17.52	2
Infarto del miocardio (ICD-IX 410)	81	50.44		59.15-25.46	40.27	5	226	1.72	2.56-1.32	1.83	17
Cardiopatía ischemica (ICD-IX 410-414)	185	107.71	↑	111.77-57.02	86.91	2	847	6.16	6.16-3.30	4.81	1
Malattie cerebrovascolari (ICD-IX 430-438)	121	61.74		87.42-48.28	63.6	21	692	4.39	4.43-2.56	3.52	2
Malattie dell'apparato respiratorio (ICD-IX 460-519)	113	57.71		82.13-32.95	50.85	7	1560	17.6	17.60-9.84	11.79	1
Malattie dell'apparato digerente (ICD-IX 520-579)	48	33.97		52.45-27.36	27.36	7	1483	15.25	17.92-12.82	14.74	13
Cirrosi epatica (ICD-IX 571)	25	20.3		30-6.43	12.4	4	252	2.38	2.38-0.6	0.89	1
Malattie dell'apparato genito-urinario (ICD-IX 580-629)	31	15.87	↑	16.2-3.89	9.24	2	793	8.01	10.12-5.93	7.69	14
Malattie dell'apparato osteomuscolare (ICD-IX 710-739)	4	3.12		6.45-0	2.12	9	968	11.12	15.65-7.6	9.53	6
Traumatismi (ICD-IX 800-999)	44	37.93		59.87-26.42	40.45	22	1239	15.57	18.74-9.66	12.93	3

°° Tasso medio

Tassi standardizzati diretti (TSD) di mortalità e di primo ricovero della popolazione femminile della **Zona Apuana** e della **Regione Toscana**, relativi range di valore regionale e **range** (posizione rispetto alle 34 zone s.s. toscane) (ultimo triennio disponibile: 03-05). Rielaborazione U.O. Sistema informativo Asl 1 su dati ARS Toscana. **S.**: differenza statistica significativa (↑ più alto della media regionale; ↓ più basso della media regionale).

Causa	MORTALITA' 2003-2005						OSPEDALIZZAZIONE (Primo Ricovero) 2003-2005				
	N° CASI	TSD x 100.000	S.	RANGE	TSD REG x 100.000	RANGO	N° CASI	TSD°° x 1000	RANGE	TSD°° REG x 1000	RANGO
Tutte le cause	2434	415.09		456-346.57	405.93	12	34131	127.36	127.36-103.59	113.31	1
Malattie infettive (ICD-IX 1-139)	17	3.34		4.82-0	1.79	2	852	3.54	4.35-1.55	2.69	4
Tumori (ICD-IX 140-239, V581)	592	129.1		153.43-99.19	130.58	18	4021	12.93	12.96-9.63	11.37	2
Tumore dello stomaco (ICD-IX 151)	33	6.12		17.28-4.62	8.92	31	48	0.11	0.44-0.08	0.15	30
Tumore del colon retto (ICD-IX 153-154, 159.0)	67	13.93		27.68-11.5	17.48	31	195	0.49	0.88-0.42	0.55	28
Tumore del polmone (ICD-IX 162)	56	13.64		25.68-1.44	14.4	16	81	0.21	0.40-0.12	0.23	18
Tumore della mammella (ICD-IX 174)	87	22.89		28.26-10.55	22.4	10	408	1.26	2.23-1.02	1.43	27
Tumore dell'utero (ICD-IX 179-180 e 182)	17	4.47		11.11-0	5.5	23	94	0.3	0.43-0.20	0.29	15
Tumore ovaio (ICD-IX 183)	27	7.11		13.96-2.69	6.87	15	69	0.22	0.3-0.13	0.2	8
Tumore della vescica (ICD-IX 188)	13	1.84		5.49-0	1.72	15	93	0.21	0.28-0.06	0.19	12
Malattie delle ghiandole endocrine (ICD-IX 240-279)	97	16.25		22.26-8.72	15.62	13	1135	5.58	6.89-3.64	5.28	9
Malattie del sangue (ICD-IX 280-289)	17	2.76		6.62-0.5	1.99	8	281	0.96	1.92-0.69	1.08	23
Disturbi psichici (ICD-IX 290-319)	79	12.68	↑	12.68-3.68	8.95	1	632	2.75	4.04-1.64	2.79	16
Disturbi del sistema nervoso (ICD-IX 320-389)	110	17.75		22.06-5.24	14.71	6	2408	8.47	8.81-4.78	6.8	2
Malattie del sistema circolatorio (ICD-IX 390-459)	1066	155.05		187.71-136.28	156.25	23	5930	13.43	15.62-9.08	10.65	2
Infarto del miocardio (ICD-IX 410)	88	12.25	↓	25.69-10.44	17.13	30	450	0.93	1.02-0.39	0.66	5
Cardiopatía ischemica (ICD-IX 410-414)	263	36.94		61.77-20.88	41.54	21	1136	2.35	2.55-1.24	1.69	3
Malattie cerebrovascolari (ICD-IX 430-438)	421	59.55	↑	73.94-38.24	51.9	8	1744	3.27	3.27-1.77	2.29	1
Malattie dell'apparato respiratorio (ICD-IX 460-519)	148	21.79		30.29-5.75	21.4	15	2650	10.95	10.95-5.78	7.84	1
Malattie dell'apparato digerente (ICD-IX 520-579)	103	17.82		27.28-7.67	16.73	13	3079	10.7	13.92-8.71	10.03	14
Cirrosi epatica (ICD-IX 571)	47	9.33		11.13-1.42	6.3	6	249	0.7	1.45-0.29	0.5	2
Malattie dell'apparato genito-urinario (ICD-IX 580-629)	29	4.6		11.25-2.33	5.23	22	3043	11.98	13.20-7.34	10.43	4
Malattie dell'apparato osteomuscolare (ICD-IX 710-739)	10	1.93	↓	9.9-0.92	3.92	28	3041	10.52	12.64-7.24	9.62	9
Traumatismi (ICD-IX 800-999)	90	17.84		29.18-8.89	16.39	12	3343	11.38	11.38-5.78	8.35	1

°° Tasso medio

Tassi standardizzati diretti (TSD) di mortalità e di primo ricovero della **popolazione femminile** della **Zona Lunigiana** e della **Regione Toscana**, relativi range di valore regionale e **range** (posizione rispetto alle 34 zone s.s. toscane) (ultimo triennio disponibile: 03-05). Rielaborazione U.O. Sistema informativo Asl 1 su dati ARS Toscana. . **S.:** differenza statistica significativa (↑ più alto della media regionale; ↓ più basso della media regionale).

Causa	MORTALITA' 2003-2005						OSPEDALIZZAZIONE (Primo Ricovero) 2003-2005				
	N° CASI	TSD x 100.000	S.	RANGE	TSD REG x 100.000	RANGO	N° CASI	TSD x 1000	RANGE	TSD REG x 1000	RANGO
Tutte le cause	1152	383.47		456-346.57	405.93	32	12481	123.77	127.36-103.59	113.31	2
Malattie infettive (ICD-IX 1-139)	1	0.71		4.82-0	1.79	28	212	2.76	4.35-1.55	2.69	15
Tumori (ICD-IX 140-239, V581)	249	123.11		153.43-99.19	130.58	28	1318	11.57	12.96-9.63	11.37	11
Tumore dello stomaco (ICD-IX 151)	26	9.14		17.28-4.62	8.92	17	38	0.2	0.44-0.08	0.15	11
Tumore del colon retto (ICD-IX 153-154, 159.0)	34	15.2		27.68-11.5	17.48	27	81	0.49	0.88-0.42	0.55	27
Tumore del polmone (ICD-IX 162)	20	11.18		25.68-1.44	14.4	24	34	0.21	0.40-0.12	0.23	20
Tumore della mammella (ICD-IX 174)	32	20.04		28.26-10.55	22.4	25	169	1.34	2.23-1.02	1.43	22
Tumore dell'utero (ICD-IX 179-180 e 182)	16	11.11		11.11-0	5.5	1	33	0.24	0.43-0.20	0.29	30
Tumore ovaio (ICD-IX 183)	8	2.69	↓	13.96-2.69	6.87	34	23	0.15	0.3-0.13	0.2	27
Tumore della vescica (ICD-IX 188)	4	0.98		5.49-0	1.72	28	21	0.09	0.28-0.06	0.19	32
Malattie delle ghiandole endocrine (ICD-IX 240-279)	28	11.35		22.26-8.72	15.62	33	514	5.95	6.89-3.64	5.28	5
Malattie del sangue (ICD-IX 280-289)	7	2.39		6.62-0.5	1.99	11	196	1.69	1.92-0.69	1.08	4
Disturbi psichici (ICD-IX 290-319)	45	11.51		12.68-3.68	8.95	5	227	2.72	4.04-1.64	2.79	18
Disturbi del sistema nervoso (ICD-IX 320-389)	32	12.75		22.06-5.24	14.71	28	1087	8.81	8.81-4.78	6.8	1
Malattie del sistema circolatorio (ICD-IX 390-459)	584	158.87		187.71-136.28	156.25	15	2369	12.16	15.62-9.08	10.65	6
Infarto del miocardio (ICD-IX 410)	63	18.82		25.69-10.44	17.13	12	200	0.84	1.02-0.39	0.66	7
Cardiopatía ischemica (ICD-IX 410-414)	206	53.31	↑	61.77-20.88	41.54	7	581	2.4	2.55-1.24	1.69	2
Malattie cerebrovascolari (ICD-IX 430-438)	198	56.04		73.94-38.24	51.9	12	704	2.81	3.27-1.77	2.29	5
Malattie dell'apparato respiratorio (ICD-IX 460-519)	64	15.73	↓	30.29-5.75	21.4	29	1018	10.9	10.95-5.78	7.84	2
Malattie dell'apparato digerente (ICD-IX 520-579)	43	17.63		27.28-7.67	16.73	14	1212	11.78	13.92-8.71	10.03	5
Cirrosi epatica (ICD-IX 571)	11	7.47		11.13-1.42	6.3	13	201	1.45	1.45-0.29	0.5	1
Malattie dell'apparato genito-urinario (ICD-IX 580-629)	20	6.19		11.25-2.33	5.23	12	1239	13.2	13.20-7.34	10.43	1
Malattie dell'apparato osteomuscolare (ICD-IX 710-739)	10	2.94		9.9-0.92	3.92	22	1402	12.64	12.64-7.24	9.62	1
Traumatismi (ICD-IX 800-999)	29	9.19	↓	29.18-8.89	16.39	33	1193	9.4	11.38-5.78	8.35	5

°° Tasso medio

Allegato 3

Utenti in carico ai servizi sociali suddivisi per area di intervento.

INTERVENTI	N° UTENTI
Anziani	444
Minori e famiglie	192
Handicap	145
Psichiatria	138
Tossicodipendenti	15
Totale	934

OBIETTIVI DI PIANO

"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 (budget e bilancio socio-sanitario).

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 Bilancio Sociale Assistenziale di € 3.818.452.78, 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:

Reticente

<p>1° LOGISTICA:</p> <p><i>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.</i></p> <p>2° CITTADINI ATTIVI: la partecipazione</p> <p><i>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.</i></p>	<p>Azioni</p> <ul style="list-style-type: none">- 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.; <p>Azioni</p> <ul style="list-style-type: none">- 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";
--	---

<p>3° ACCESSO AI SERVIZI:</p> <p><i>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.</i></p> <p><i>Organizzare gli accessi ai servizi in maniera diffusa sul territorio tenendo conto delle caratteristiche geografiche e demografiche.</i></p>	<p>Azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> - apertura Punto Unico di Accesso <ul style="list-style-type: none"> 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;
<p>4° RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI:</p> <p><i>"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.</i></p>	<p>Azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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);

<p>6° ANZIANI E DIRITTO ALLA DOMICILIARITA' DELLE CURE:</p> <p><i>Alta incidenza di persone anziane ultra/65</i> <i>La non autosufficienza è il 10% con una stima della disabilità di circa 7,1% (zona Lunigiana)</i> <i>Garantire il diritto alla domiciliarità delle cure attraverso i servizi territoriali e domiciliare per evitare i frequenti ricoveri in ospedale.</i> <i>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.</i></p> <p>7° DISABILITA':</p> <p><i>Aumento dei cittadini disabili.</i> <i>Difficoltà dei minori con disabilità complesse all'integrazione scolastica.</i> <i>Azioni volte all'integrazione sociale con opportunità di crescita autonoma e sostegno alle famiglie per l'accesso ai servizi.</i></p>	<p>Azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potenziamento delle attività domiciliari e ambulatoriali: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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; <p>Azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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;

<p>11° IMMIGRAZIONE:</p> <p><i>Aumento della presenza della popolazione immigrata in particolare quella residente nel Comune di Pontremoli</i></p>	<p>Azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	STATO DI ATTUAZIONE
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.	AVVIATO
			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"	- € 15.000 N.F.	AVVIATO
				- "Corretta alimentazione ed educazione al movimento come fattori determinanti della crescita"	- € 8.000 N.F.	AVVIATO
				- "Indagine epidemiologica sull'abuso e la dipendenza da alcol e tabagismo nella popolazione generale in Lunigiana" - "Obiettivi di salute per la medicina di famiglia"	- € Isorisorse - € 150.000 annui N.F. (accordi regionali)	AVVIATO AVVIATO
			c) Attivazione estensione screening mammella,collo utero, colon – retto	- "Campagna screening aziendale per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero"	- già finanziato a livello aziendale	AVVIATO
				- "Campagna di screening aziendale per la prevenzione dei tumori del colon retto"	- già finanziato a livello aziendale	AVVIATO
			d) Potenziamento servizio assistenza domiciliare, cure palliative, fisioterapia domiciliare	- "Potenziamento proiezione extraospedaliera unità di medicina palliativa"	- Riorganizzazione servizio psicologico	NON AVVIATO
				- "Lavorare insieme per lavorare meglio"	- € 6.000 N.F. (formazione)	NON AVVIATO
				- "Potenziamento servizi territoriali ADI per anziani e adulti inabili (MONTANITA')"	- € 150.000 F. MONTANITA'	AVVIATO
			e) Realizzazione di percorsi assistenziali per patologie cardiovascolari, tiroide, apparato respiratorio, diabete, pazienti stomizzati,	- Potenziamento riabilitazione ambulatoriale (MONTANITA')	- € 146.000 F. MONTANITA'	AVVIATO
				"Implementazione integrazione Ospedale-Territorio"	- F. Isorisorse	AVVIATO IN PARTE
	- "Uniti si vince" – percorsi assistenziali: costituzione equipres territoriali	- da definire in sede di contrattazione aziendale	NON AVVIATO			
f) Realizzazione Unità Cure Primarie.	- "Unità di cure primarie"	- stima € 250.000 annue (1 u.c.p.) N.F.	NON AVVIATO			
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 €	AVVIATO			
h) Potenziamento progetto Cuore		NON AVVIATO			
i) Realizzazione Primo Soccorso Aulla	"Primo soccorso" Aulla "Emergenza-Urgenza"	- € 230.400 annue N.F. - € 368.400 F. MONTANITA'	NON AVVIATO			

F. Finanziato N.F. Non Finanziato

PRIORITA'	MOTIVAZIONI	OBIETTIVI	AZIONI	PROGETTI	COSTO	STATO DI ATTUAZIONE
Anziani e diritto alla domiciliarità 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'	AVVIATO
			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.	AVVIATO
			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'	NON AVVIATO
			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	NON AVVIATO
			e) "costruzione" del tempo del sollievo (ricoveri di sollievo, banca del tempo, volontariato)			NON AVVIATO
			f) formazione del care giver (elaborazione di un progetto formativo finalizzato a migliorare la competenza dei familiari che assistono ammalati a domicilio).			NON AVVIATO
			g) sostegno alle donne in menopausa (informazioni, facilitazioni per l'accesso ai servizi)	- "Menopausa la saggezza femminile"	- Isorisorse	AVVIATO
			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'	NON AVVIATO AVVIATO
			i) monitoraggio anziani fragili			AVVIATO
			l) cure intermedie			NON AVVIATO
m) semplificazione accesso ai servizi			NON AVVIATO			
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.	AVVIATO (a) NON AVVIATO (b) NON AVVIATO (c) AVVIATO (d)

F. Finanziato N.F. Non Finanziato

F. Finanziato N.F. Non Finanziato

PRIORITA'	MOTIVAZIONI	OBIETTIVI	AZIONI	PROGETTI	COSTO	STATO DI ATTUAZIONE
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	a) "Programmazione per l'U.F.S.M.A. della zona Lunigiana	a) 6000 € per la realizzazione day hospital; N.F.	NON AVVIATO
			b) Realizzazione posti residenziali intermedi	b).....	b) circa 200.750 € per avvio N.F.	NON AVVIATO
			c) Protocollo con ospedale	- Centro accoglienza per persone con disagio mentale	- € 196.453,364 F. MONTANITA'	NON AVVIATO
			d) Aumento posti per la Lunigiana in SPDC (4posti)	- Potenziamento "Rete Sociale Lunigiana"	- € 40.000,00 F. MONTANITA'	AVVIATO
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	AVVIATO
					- Isorisorse	AVVIATO
					- Isorisorse	AVVIATO
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.	a) "La carta dei servizi socio-sanitari dei bambini" - "Ci vuole un villaggio per crescere un bambino"	- circa 1000 € N.F.	NON AVVIATO
			b) Realizzazione servizio continuità assistenziale pediatrica ad Aulla;	b) "Ambulatorio di consulenza pediatrica ambulatoriale (ACAP)	- € 5.000,00	NON AVVIATO
			c) Realizzazione campagna preventiva nell'ambito scolastico.	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;	- € 70.000 annue N.F. - da definire all'interno accordi integrativi aziendali circa 8000 € N.F. - € 10.000 annue (durata 3 anni) N.F.	NON AVVIATO
			d) - Nuova sede per consulenza minori e famiglie	d) Piano di Assistenza ostetrica in Lunigiana: "La continuità dell'assistenza one-to-one"		AVVIATO
					- Riorganizzazione del personale	AVVIATO
						AVVIATO
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			AVVIATO NON AVVIATO

TOTALE NON FINANZIATO= € 2.420.052,50

STATO DI ATTUAZIONE DEGLI ALTRI PROGETTI SDS

Una strada per l'accoglienza e l'integrazione	Avviato
La musica del corpo	Avviato
Mondo che scuola	Avviato
Interventi a favore della popolazione anziana	Avviato
Da stranieri a cittadini anno 2005	Avviato
Diversificazione obiettivo normalità ed estensione rete sociale Lunigiana anno 2005	Avviato
Integrazione dei servizi per un lavoro in rete sulla disabilità anno 2005	Avviato
Diritti e pari opportunità dei minori anno 2005	Avviato
Informafamiglie anno 2005	Avviato
Senza titolo (Seconda edizione)	Avviato
A.M.A. (Attività Motoria Adattata)	Avviato
Anziani Fragili – Centro alzheimer Fivizzano	Avviato
Progetto socio-educativo territoriale (potenziamento circolarità informazioni)	Avviato
PIANO DEGLI INVESTIMENTI:	
Comune Pontremoli - eliminazione barriere architettoniche presso scuola media "P.Ferrari"	Avviato
Comune di Fivizzano - centro diurno aggregazione anziani	Avviato
Comune di Filattiera - ristrutturazione palazzo comunale bagno per disabili	Avviato
Comune Bagnone – restauro ex-pubblico soccorso	Avviato
Centro minori e famiglie	Avviato
Strutture intermedie casa famiglia	Avviato
Arredamento RSA per anziani	Avviato
RSD di Monti	Avviato

Progetti programmi operativi

Centro Aggregazione anziani/adulti inabili Villafranca	€ 23.500,00	
Disabilità complessa		€ 76.000,00
A carico ASL	€ 41.000,00	
A carico Comunità Montana	€ 35.000,00	
A.M.A.	€ 5.000,00	
Informa famiglia	€ 5.000,00	
Fondo anziani non autosufficienti (Fondo Regionale)	€220.394,25	
ADI 49.649,25		ADI 49.649,25
Anziani Fragili (Fondo regionale)	€ 38.892,32	
di cui € 74.500,00 ASL + progetti € 30.400,00		Comuni 21.400,00
104.900,00	→	ASL 17.492,32
	7,54%	

Progetti intervento (volontariato)

1) Disabili	€ 5.000,00	
2) Psichiatria	€ 5.000,00	
3) Giovani	€ 10.000,00	
4) Pontremoli	€ 3.000,00	(Immigrati)
5) Immigrati	€ 6.000,00	
6) Anziani Disabilità	€ 1.400,00	

Società della Salute della Lunigiana

GIUNTA



Deliberazione n. 10 del giorno 15 novembre 2007

OGGETTO: "Progetto di assistenza continuativa alla persona non autosufficiente. Sperimentazione".

Società della Salute della Lunigiana

Giunta

ENTE	COGNOME E NOME	CARICA	PRESENTI	ASSENTI
PODENZANA	Riccardo Varese	Presidente	X	
Az.USL1- Dir.Gen.	Antonio Delvino	Componente	X	
AULLA	Roberto Simoncini	Componente	X	
BAGNONE	Rita Beccari	Componente per delega	X	
CASOLA IN L.	Piergiorgio Belloni	Componente		X
COMANO	Pietro Romiti	Componente	X	
FILATTIERA	Annalisa Folloni	Componente per delega	X	
FIVIZZANO	Luciano Pasquali	Componente per delega	X	
LICCIANA N.	Enzo Manenti	Componente	X	
MULAZZO	Sandro Donati	Componente		X
PONTREMOLI	Cesarino Crocetti	Componente per delega	X	
TRESANA	Stefano Traversi	Componente per delega	X	
VILLAFRANCA L.	Andreina Della Pina	Componente per delega	X	
ZERI	Cinzia Angiolini	Componente per delega	x	

L'anno duemilasette, il giorno quindici, del mese di novembre, alle ore 11,00, presso la sede della Comunità Montana della Lunigiana, il Presidente della Giunta della Società della Salute della Lunigiana prende in esame l'argomento di cui all'oggetto ed assume la sottoriportata deliberazione:

LA GIUNTA DELLA SOCIETÀ DELLA SALUTE DELLA LUNIGIANA

CONSIDERATE le linee di progetto della Regione Toscana "Assistenza continuativa per le persone non autosufficienti" del 17/07/2007 e il successivo documento della Giunta R.T. del 06/08/2007 "Documento preliminare alla proposta di legge regionale sugli interventi per l'assistenza continuativa ai non autosufficienti";

VISTO la nota della Regione Toscana Direzione Generale del diritto alla salute e delle politiche di solidarietà settore non autosufficienza avente per oggetto "Avvio della Fase Pilota del progetto di assistenza continuativa alle persone non autosufficienti", ed assegnazione delle risorse messe a disposizione anche per la SdS Lunigiana pari a € 220.394,25 per avviare il progetto di cui sopra per il periodo da novembre 2007 giugno 2008, previa presentazione delle schede progettuali allegata alla nota;

VISTO il progetto elaborato dal Servizio Sociale e dall'Unità Funzionale Attività Sanitarie di Comunità della Lunigiana, sulla base delle necessità del territorio, intendono potenziare e diversificare i percorsi di assistenza agli anziani non autosufficienti, che si allega al presente atto e ne costituisce parte integrante e sostanziale (allegato 1);

ATTESO che l'assegnazione alla SdS dei fondi per realizzare la fase pilota del progetto di assistenza continuativa alla persona non autosufficiente è pari a € 220.394,25 così ripartita fra le diverse azioni individuate fra le priorità:

- € 49.649,25 ADI (Assistenza Domiciliare);
- € 170.745,00 Ricoveri in R.S.A.

VISTI i pareri positivi espressi dal Comitato di Partecipazione e dalla Consulta del Terzo Settore acquisiti agli atti;

PRESO ATTO degli incontri di concertazione con le Associazioni sindacali le quali hanno espresso parere positivo per le azioni proposte;

VISTO il Protocollo operativo tra Ospedale e Distretto per le dimissioni ospedaliere protette che si allega al seguente atto e ne costituisce parte integrante e sostanziale (allegato 2);

VISTE le Leggi Regionali 40/2005 e 41/2005 rispettivamente "Disciplina del Servizio Sanitario Regionale" e "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale";

TENUTO CONTO del P.I.R. (Programma di Interesse Regionale) sulla non autosufficienza che prevede un programma strategico "Assistenza e integrazione per la non autosufficienza" e del Piano Regionale di sviluppo 2006-2010 con l'obiettivo di istituire un fondo per la non autosufficienza;

RICHIAMATA la propria deliberazione n. 13 del 20 luglio 2006 con la quale è stato approvato il Piano Integrato di Salute della nel quale emergono le criticità relative al considerevole indice di vecchiaia della popolazione della Lunigiana;

VISTO il Regolamento dell'Unità Valutativa Multiprofessionale dell'Azienda USL 1 di Massa Carrara approvato con Delibera n.1 del 23.02.2007 della Conferenza dei Sindaci di Massa e Carrara, che si allega al presente atto quale parte integrante e sostanziale (allegato 3);

PRESO ATTO che la SdS intende in tempi brevi implementare l'attività PUA (Punto Unico di Accesso) attualmente in funzione solo per la sperimentazione dell'ADI (Delibera Giunta Regionale Toscana 402/2004) come punto qualificante all'accesso ai servizi con le modalità previste nel progetto allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale (allegato 4);

A voti unanimi

DELIBERA

Per quanto espresso in narrativa:

1. di approvare i seguenti documenti che si allegano al presente atto quale parte integrante e sostanziale:
 - Progetto di assistenza continuativa alla persona non autosufficienti (allegato 1);
 - Protocollo operativo tra Ospedale e distretto per dimissioni ospedaliere (allegato 2);
 - Regolamento provvisorio UVM (allegato 3);
 - Progetto Punto Unico di Accesso (allegato 4);
2. di destinare € 220.394,25 quale fondo per le azioni a favore delle persone anziani non autosufficienti assegnato alla SdS Lunigiana dalla Regione Toscana e così ripartito:

- € 49.649,25 ADI (Assistenza Domiciliare Integrata);
 - € 170.745,00 Ricoveri in R.S.A.;
3. di trasmettere alla Regione Toscana Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà Settore non Autosufficienza il presente atto;
 4. di dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo, data l'urgenza.

=====

Il Direttore Tecnico SdS
Mario Guastalli

Il Presidente
Riccardo Varese

=====

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente delibera viene posta in pubblicazione all'Albo del Consorzio della Società della Salute in data odierna e vi rimarrà per 15 giorni consecutivi.

Aulla,

IL FUNZIONARIO ADDETTO

La presente delibera è stata pubblicata senza opposizione alcuna ad oggi.

Aulla,

IL FUNZIONARIO ADDETTO

=====

AVVIO FASE PILOTA

Progetto di assistenza continuativa alle persone non autosufficienti

SCHEDA DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI DI ACCESSO ESSENZIALI

P.U.A. (Punto Unico di Accesso)

Provvedimento di costituzione e regolamento di funzionamento:

- Presente SI NO

- Formalizzato SI NO

....**se SI:**

- allegare Atto (se non inviato in precedenza)
- indicare data avvio attività GENNAIO 2005

U.V.M. (Unità di Valutazione Multidisciplinare)

Provvedimento di costituzione e regolamento di funzionamento ed avvio dell'attività:

- Presente SI NO

- Formalizzato SI NO

....**se SI:**

- allegare Atto (se non inviato in precedenza) già inviato
- indicare data avvio attività GENNAIO 2005

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

Adozione delle procedure regionali in corso di validazione:

SI NO

CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Protocollo di continuità assistenziale Ospedale / Distretto:

- Presente SI NO DAL 01/03/2000

- Formalizzato SI NO DAL 15/11/2007

....**se SI:**

- allegare Atto (se non inviato in precedenza)
- indicare data avvio operatività DAL 01/03/2000

GOVERNO INTEGRATO

Protocollo di intesa / Accordo di programma Asl / Comuni / SdS:

- Presente SI NO
- Formalizzato SI NO

se SI: Delega dei Comuni della Lunigiana dei servizi socio assistenziali alla Asl e presenza della SdS

- allegare Atto (se non inviato in precedenza)

P.A.P. (Progetto Assistenziale Personalizzato)

La UVM definisce il P.A.P. con la scheda di progetto adottata a livello regionale:

SI NO

Sottoscrizione del Progetto con la famiglia:

SI NO

Nomina il care manager (*inteso come il professionista che segue l'attuazione del PAP in ogni sua fase e diventa il referente dell'assistito o dei suoi familiari*):

SI NO

SISTEMA INFORMATIVO

Attivazione Banca dati centralizzata presso il P.U.A.:

SI NO

...se SI, con quali supporti informativi e tecnologici:

SOFTWARE FORNITO DALLA REGIONE (GESTIONE DELLA RISPOSTA AL BISOGNO COMPLESSO)

GRADUATORIA RSA

Attivazione Graduatoria UNICA a livello di zona distretto per l'accesso in RSA:

SI NO

...se SI, secondo quali criteri di priorità:

Condizioni socio-sanitarie e data della richiesta di ricovero

SCHEDA DEI REQUISITI ISTITUZIONALI ESSENZIALI

GESTIONE ASSOCIATA <i>(rispondere solo dove non presente Società della Salute)</i>
Presenza Gestione associata dei Comuni: <div style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></div>
....se SI: - allegare Atto (se non inviato in precedenza)

CONTABILITA' SEPARATA
Attivazione contabilità separata: <div style="text-align: center;">SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></div>

SCHEDA DELL'OFFERTA ASSISTENZIALE DA SPERIMENTARE

Indicare con una **X** una o più delle offerte assistenziali **(al massimo 3)**, che si ritiene di attivare e/o potenziare o a cui si ritiene di dedicare maggiore attenzione.

Per attivare queste azioni viene richiesta la destinazione delle risorse regionali.

(Nel caso in cui vengano indicate più offerte assistenziali da sperimentare, deve essere indicato un "ordine di priorità" accanto alle singole offerte...1°2°3°)

	Intervento da sperimentare	Ordine di priorità
Potenziamento assistenza domiciliare integrata diretta alla persona		
Interventi di sostegno e sollievo alla famiglia attraverso l'attivazione di servizi integrati	X	2
Sostegno alla emersione e regolarizzazione del lavoro di cura degli assistenti familiari		
Smaltimento della lista d'attesa per l'inserimento in RSA	X	1
Potenziamento ricoveri temporanei / di sollievo in RSA	X	3
Potenziamento ricoveri temporanei nei Centri Diurni		
Estensione ricoveri in Centri Diurni terapeutico-riabilitativi		

Descrizione del progetto con riferimento alla/e tipologia/e assistenziale/i da sperimentare

- Titolo del progetto: INTERVENTI PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

incoraggiando

Sintesi del contenuto del Progetto (max ½ pag.)

L'invecchiamento della popolazione è oggi probabilmente uno dei principali problemi della comunità lunigianese. La trasformazione demografica ha provocato una serie di conseguenze per la popolazione anziana che si è trovata ad affrontare disagi di natura sia sociali che sanitarie, infatti l'allungamento della vita media tende ad aumentare le patologie psico-fisiche con conseguente tendenza all'isolamento e all'emarginazione. La Lunigiana, rispetto all'ambito provinciale, è la zona socio-sanitaria che presenta la maggiore percentuale di grandi anziani, come si deduce dagli indici di vecchiaia e dipendenza (vecchiaia 296.00 e dipendenza 64.79). Dalla sintesi del progetto "sorveglianza attiva agli anziani fragili anno 2005" sono stati monitorati n. 200 persone su 8050 anziani ultra 75enni che vivono soli in situazioni prive di reti formali ed informali. Dalla stima effettuata sulla popolazione anziana ultra75enne rapportata al numero di beneficiari dell'assegno di accompagnamento, risulta che i non autosufficienti della zona sono l'8.25%. Le famiglie monocomponenti a livello provinciale sembrano assestarsi al dato Regionale (33%), la Lunigiana evidenzia un dato maggiore. La zona costituita in Società della Salute ha sperimentato i percorsi assistenziali anziani non autosufficienti indicati dalla Delibera Regionale 402/04 con l'attivazione dell'UVM e del PUA, i Servizi Sociali sono gestiti dall'ASL con delega dei Comuni a garanzia di una migliore integrazione istituzionale e socio-sanitaria.

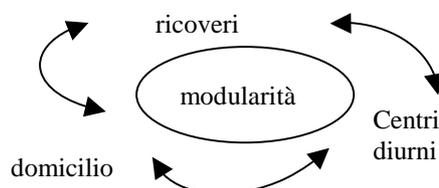
Il progetto intende continuare il potenziamento dei servizi che accolgono le fasce di popolazione anziana non autosufficiente più bisognosa, attraverso il consolidamento delle seguenti azioni:

- permanenza a domicilio degli anziani attraverso azioni di assistenza e di sostegno alle famiglie con ricoveri di sollievo nelle strutture autorizzate, attraverso l'utilizzo dei Centri Alzheimer esistenti
- Abbattimento delle liste di attesa (in parte effettuate con azioni della SdS) per l'entrata nelle RSA, incoraggiando il concetto di ricovero temporaneo, favorendo quello di sollievo (a favore delle famiglie) e sviluppando i moduli di ricovero.

• **Piano operativo, con tempi di esecuzione e verifica- massimo 6 mesi- (max ½ pag.)**

La parte operativa si concretizza su due piani:

1. **POTENZIAMENTO ADI** in forma:
 - *DIRETTA* di 1°, 2° e 3° livello per circa n°10 utenti - costo € 31.468,00
 - *INDIRETTA* contributo alle famiglie anche per abbattimento costo badanti e acquisto servizio presso cooperative accreditate n.10 utenti- costo € 18.181,25
2. **RICOVERI IN RSA:**
 - Ricoveri di sollievo n°5 utenti - costo € 42.315,00
 - abbattimento delle liste di attesa nelle RSA n°10 utenti – costo € 84.630,00
 - circolarità percorsi assistenziali per l'appropriatezza degli interventi n° 4 utenti – costo € 43.800,00:



Le azioni di cui sopra, vengono organizzate seguendo la seguente metodologia di lavoro:

- PUA (Punto Unico di Accesso) è un progetto già istituito, ma da ampliare, come da progetto allegato;
- UVM (Unità di Valutazione Multiprofessionale) è una metodologia già sperimentata in ADI e che è in atto per i bisogni complessi degli anziani, che si sviluppa attraverso un **progetto individualizzato**, attraverso lo strumento della condivisione; tale metodologia verrà consolidata per tutti gli interventi sui bisogni complessi delle persone anziane;
- **ATTUAZIONE** del piano individuale del progetto individualizzato per gli anziani;
- **APPLICAZIONE DELLA VERIFICA.**

Protocollo operativo tra OSPEDALE e DISTRETTO per dimissioni ospedaliere complesse

Premessa

La Società della Salute quale nuovo modello organizzativo di programmazione e di governo delle competenze sociali e sanitarie ed integrate, si propone quale strumento efficace per la gestione di queste problematiche complesse in ambito zonale. Considerata la presenza in questo territorio di due stabilimenti ospedalieri, si è, fin dall'avvio del servizio ADI, instaurato un rapporto di collaborazione e confronto utile a costruire intese, per migliorare i servizi sanitari e sociali, sollevare i cittadini delle difficoltà di accesso ai servizi stessi ed offrire continuità nei percorsi assistenziali.

Infatti le difficoltà incontrate nel garantire assistenza adeguata alle persone dimesse dagli ospedali in situazione di non autosufficienza e con gravi difficoltà socio ambientali, obbligano a predisporre risposte integrate, percorsi condivisi fra i servizi ospedalieri ed i servizi territoriali, in conformità con le linee stabilite dal Piano Sanitario Regionale e dal Piano Integrato Sociale Regionale, che rimarcano la necessità di una forte integrazione fra interventi Sanitari e Sociali per assicurare una risposta completa ed adeguata al cittadino e per una presa in carico globale dei bisogni della persona. L'esperienza maturata in questi anni ha evidenziato che l'intervento separato dei vari attori del sistema, porta ad un allungamento dei tempi nella presa in carico dell'utente e dell'erogazione dell'intervento. Di conseguenza, tenuto anche conto della Delibera Regionale n.402 del 26.04.2004, si formalizza con il presente documento, il protocollo che sancisce come la presa in carico di una dimissione ospedaliera complessa debba essere effettuata a cura dell'UVM.

Definizione

La dimissione dei casi complessi, programmata, si applica alle persone che necessitano di assistenza sanitaria e/o sociale a livello domiciliare, dopo il superamento delle condizioni acute e quando l'ulteriore periodo di cure può essere trascorso a domicilio o in RSA quale alternativa al domicilio.

Normativa di riferimento

PSR

PISR L 328/00

LR 40/05 LR 41/05

Obiettivo

-Garantire adeguata assistenza post-ospedaliera a persone sole o in situazioni di disagio familiare, in condizione di non autosufficienza temporanea o permanente (stabilizzata), non in grado di rientrare al proprio domicilio senza adeguato supporto.

-Fornire risposte tempestive ed appropriate.

Destinatari

Gli interventi di assistenza sono attivati in favore di persone sole, anziani inabili in condizione di non autosufficienza anche temporanea, privi di una rete familiare adeguata che consenta il loro rientro a domicilio.

Gli utenti oggetto dell'intervento sono coloro che a causa della patologia, ad es. ictus cerebrale, fratture nell'anziano, pazienti affetti da tumore, necessitano di un'impegnativa fase assistenziale post ricovero che può realizzarsi o a casa del paziente o, per la gravità della malattia o per l'impossibilità della famiglia di farsi carico di tutta l'assistenza, in una struttura di ricovero a bassa intensità assistenziale.

Procedure per l'attivazione dell'intervento della dimissione protetta:

1. la Caposala del Reparto, durante il periodo di degenza della persona ricoverata, accertata la gravità delle condizioni del paziente, segnala tempestivamente attraverso apposito modulo (allegato) a mezzo fax, la situazione della persona degente al Punto Unico di Accesso del Distretto.
2. Il Coordinatore dell'UVM, attiva il Gruppo di Progetto che, in tempi rapidi dalla segnalazione, effettua la visita in reparto per gli accertamenti di competenza: analisi dei bisogni e delle risorse sociali ed individuali della persona e concorda con il reparto i tempi delle dimissioni. Il Gruppo di Progetto quindi, produce la documentazione utile ad attestare lo stato di non autosufficienza, individua la soluzione ritenuta più idonea per l'assistenza dell'utente.
3. L'UVM elabora il percorso assistenziale personalizzato che deve privilegiare la permanenza della persona presso il proprio domicilio tenuto conto delle risorse rese disponibili dai servizi sanitario e sociale. Nel Piano di Assistenza Personalizzato devono essere specificati le modalità ed i tempi di monitoraggio.
4. Nelle procedure d'urgenza, nel caso debba essere assicurata una risposta socio assistenziale immediata, l'attivazione dell'intervento da parte del Gruppo di Progetto avviene senza attendere le procedure tecnico amministrative (valutazione multidimensionale del bisogno, definizione del PAP, determinazione della quota sociale di partecipazione economica), che vengono invece attivate non oltre i successivi quindici giorni. Nel caso in cui l'unica soluzione possibile sia il ricovero in RSA, è fatto obbligo contattare in prima istanza le strutture pubbliche. L'inserimento nella struttura ha quindi carattere provvisorio, in attesa di trovare la soluzione più idonea.
5. Nella proposta d'intervento deve sempre essere evidenziato il percorso assistenziale concordato fra i Servizi e condiviso dall'utente e/o dal suo rappresentante.
6. La Società della Salute, oltre a monitorare i ricoveri e le spese, stabilisce all'inizio dell'anno, le risorse economiche disponibili per gli interventi.

Allegato n.2 – Scheda di segnalazione ADI



Azienda USL 1 di Massa e Carrara

Zona Distretto della Apuane

REGIONE TOSCANA

STABILIMENTO OSPEDALIERO DI: _____ REPARTO _____

MEDICO OSPEDALIERO O EQUIPE DI RIFERIMENTO _____ TEL. _____

CAPOSALA _____ TEL. _____

SEGNALAZIONE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA PER ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

AL COORDINATORE SANITARIO DEL DISTRETTO _____

ASSISTITO: (Cognome e Nome) _____ TEL. _____

DATA DI NASCITA ____/____/____ RESIDENZA _____

DOMICILIO DI ASSISTENZA _____ TEL. _____

MEDICO DI FAMIGLIA DOTT. _____

Problema sociale rilevato:

Persona sola non autosufficiente senza familiari di riferimento

Persona che vive con coniuge o altro familiare non autosufficiente, non in grado di assistere il paziente dopo il ricovero

Altro _____

Recapito di familiari / conoscenti / vicini in contatto con il/la ricoverato/a: (Specificare)

Cognome e Nome _____ Tel _____

Residenza _____ Via _____ N° _____

DATA PREVISTA DI DIMISSIONE: ____/____/____

DIAGNOSI ALLA DIMISSIONE _____

INDICAZIONI ASISTENZIALI E TRATTAMENTO FARMACOLOGICO CONSIGLIATO:

LA CAPOSALA

IL PRIMARIO



REGIONE TOSCANA
Azienda USL 1 di Massa e Carrara

Via Don Minzoni,3 Carrara

Regolamento provvisorio sull'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)

Valido per tutta la durata della sperimentazione ai sensi della Delibera Regionale 402/2004 per la Zona Distretto Apuana e per la Società della Salute (S.d.S.) Della Lunigiana.

PREMESSA

L'applicazione delle modalità valutative indicate nella Delibera della G.R.T. n. 402/04 è tuttora nella fase di sperimentazione a cui l'Azienda USL 1 ha aderito.

Il seguente regolamento ha lo scopo di definire le modalità d'approccio all'assistenza delle persone non autosufficienti, garantendo appropriatezza e tempestività dell'intervento, affrontando come nodi cruciali i seguenti aspetti:

- accesso ai servizi, punto unico di Accesso (PUA);
- il momento valutativo multidimensionale del bisogno di assistenza e la definizione del piano personalizzato dell'intervento
- il gruppo di progetto
- l'attivazione effettiva della risposta socio-sanitaria e la continuità del percorso assistenziale

1. Accesso ai servizi, punto unico di Accesso (PUA)

il Piano Sanitario Regionale prevede un percorso di accesso unificato ai servizi in modo da evitare all'utente difficoltà nella richiesta di assistenza.

Sono individuati problemi solo esclusivamente sanitari o sociali, (per i quali le figure di riferimento sono rispettivamente il Medico di Medicina Generale o l'Assistente Sociale) e problemi inerenti i bisogni complessi quali ad esempio quelli derivanti da una condizione di non autosufficienza della persona anziana.

I bisogni complessi richiedono competenze professionali integrate per i quali l'accoglienza della domanda è assicurata dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) che attua la valutazione multidimensionale del bisogno della persona.

1.1 Zona Apuana

L'organizzazione attuale della zona Apuana prevede la presenza del Servizio Sociale Professionale in tutti i presidi distrettuali (n.8), dove viene garantita l'accoglienza della

domanda sociale. La domanda sanitaria è accolta dai Punti Unici di Accesso (PUA:1 per l'area di Carrara presso il presidio di Avenza, 1 per l'area di Massa presso il presidio di Massa Centro) quali sedi del medico responsabile dell'U.F. Assistenza Sanitaria di Comunità e dell'equipe infermieristica territoriale.

La domanda di bisogno complesso accolta anche presso i presidi territoriali della rete dei servizi socio-sanitari viene inoltrata direttamente dall'operatore/trice che l'ha recepita (assistente sociale del territorio, infermiere, MMG, ospedale) al PUA da cui sarà attivato il percorso per la valutazione a livello di UVM.

Presso i presidi distrettuali di Massa Centro e di Avenza sono operanti i punti Unici di Accesso con il compito di:

- Accogliere tutte le richieste di intervento per bisogno sanitario semplice e richieste di attivazione dell'Assistenza Domiciliare integrata a prevalente componente sanitaria, anche per via telefonica o fax, da parte dei cittadini, del MMG o dell'Ospedale e aprire la "cartella assistito".
- Accogliere la domanda di bisogno complesso trasmettendo la segnalazione sia all'Assistente Sociale di riferimento per PUA sia al medico di Distretto, per l'attivazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

Le segnalazioni saranno accolte anche presso i presidi territoriali della rete dei servizi socio-sanitari e presso gli sportelli di informazione alle famiglie e ai cittadini (informafamiglie), ove presenti, che provvederanno all'inoltro al PUA.

I PUA sono aperti per 6 ore antimeridiane (ore 7-13), tutte le mattine da lunedì a sabato con personale infermieristico (due infermieri) e con unità di personale amministrativa.

Il distretto assicura, attraverso la Caposala, il medico di distretto, il responsabile dell'assistenza sanitaria di comunità e l'assistente sociale di riferimento per il PUA, l'attivazione degli operatori necessari e la presa in carico adeguata.

Punti unici di accesso: Presidio di Avenza, via Giovan Pietro-Avenza
Tel. 0585/767810 fax 0585/767823/24

Presidio di Massa Centro, Via Bassa Tambura-Massa
Tel 0585/493702 fax 0585/45611-493747

1.2 S.d.S Zona Lunigiana

L'accesso alle cure domiciliari avviene nel punto unico di accesso (PUA)

Nella S.d.S della Zona Lunigiana la sede è situata presso il poliambulatorio di Aulla.

Per facilitare i cittadini la richiesta dell'intervento può essere presentata presso i vari presidi distrettuali, rivolgendosi alle caposala o all'assistente sociale. Nel PUA svolge la propria attività un operatore amministrativo che protocolla le richieste in base all'ordine di arrivo lo stesso svolge anche compiti di segretariato per l'UVM.

La domanda di intervento formulata nella scheda 1 della modulistica regionale (scheda 1 – domanda) è trasmessa dal personale che ha svolto l'istanza al Punto o unico di accesso, tramite contatto telefonico e trasmissione della scheda via fax per la relativa registrazione e protocollo.

2. Valutazione multidimensionale del bisogno e definizione del piano personalizzato.

La valutazione del bisogno complesso è effettuata dall'UVM . Nel territorio dell'Azienda USL1 operano 3 unità di valutazione multidimensionale: 1 UVM nella SdS della Lunigiana, 2 UVM nella zona Apuana.

Sono ammessi alla valutazione dell'UVM gli utenti ultra 65enni e adulti inabili che presentano un bisogno complesso, residenti nell'ambito territoriale dell'ASL 1 di Massa Carrara.

L'UVM deve garantire la capacità di valutare i bisogni in modo integrato, elaborare progetti personalizzati, assicurare la condivisione delle responsabilità da parte delle professionalità coinvolte, coinvolgere le persone e le famiglie sia nella stesura del progetto personalizzato che nella valutazione di efficacia degli interventi assistenziali attivati.

2.1 Zona Apuana

Nella zona Apuana si istituiscono 2 UVM: uno per l'area di Massa/Montignoso, e una per Carrara/Fosdinovo.

L'UVM si riunisce di norma con cadenza quindicinale, valuta per ciascuna persona il bisogno complesso ed elabora il progetto individualizzato, predispone le verifiche, l'eventuale ridefinizione del piano personalizzato e le valutazioni successive.

La fase istruttoria è curata dai singoli operatori socio-assistenziali utilizzando l'apposita modulistica, entro il termine massimo di 30 giorni dalla segnalazione, prorogabile di altri 30 giorni nel caso venga richiesta documentazione aggiuntiva alla persona.

La scheda predisposta dall'UVM viene trasmessa sia ai comuni di competenza sia all'Asl, in modo che le indicazioni terapeutiche e assistenziali contenute nel progetto individuale possano essere attuate concretamente attraverso prestazioni adeguate. A tal proposito l'azienda USL e i Comuni dovranno sottoscrivere protocolli attuativi che conferiscano ai loro referenti deleghe operative risorse tecnico-professionali ed economiche.

Alla valutazione multidimensionale del bisogno concorrono le seguenti figure professionali:

- Il medico di medicina generale della persona
- Il medico di distretto referente per l'assistenza domiciliare
- L'infermiere o caposala distrettuale
- L'assistente sociale referente per territorio (comune e/o ASL)
- Il medico specialista se necessario, e l'equipe ospedaliera nella fase di dimissione.

L'amministrativo che opera nel punto unico di accesso ha compiti di segretariato dell'UVM.

2.2 S.d.S Zona Lunigiana

Nella zona Lunigiana è costituita una UVM con sede ad Aulla c/o Poliambulatorio ASL.

L'UVM che interviene secondo le procedure previste dalla delibera GR 402/04 è composta dai seguenti operatori:

- Il medico di medicina generale della persona

- Responsabile unità Funzionale Attività Sanitarie di Comunità e/o Medico di Distretto referente per l'assistenza Domiciliare
- L'infermiere e/o caposala e/o coordinatrice infermieristica Area Cure Primarie
- L'assistente sociale Coordinatore ufficio anziani
- L'assistente sociale referente del caso
- Un operatore amministrativo con compiti di segreteria

In relazione alla tipologia del bisogno rilevato partecipano alla valutazione del caso su indicazione del medico di Distretto o del Gruppo di progetto i seguenti specialisti:

- Il medico dell'U.F. salute mentale adulti
- Il medico o responsabile dell'U.O./U.F. Riabilitazione funzionale o eventuale terapeuta della riabilitazione referente.
- Medici di altre UU.OO/UU.FF. specialistiche ospedaliere o territoriali.
- Il medico di famiglia cui compete la compilazione della scheda n. 3 (analisi della domanda clinica) partecipa di diritto a tutte le fasi della valutazione

Il Punto Unico di Accesso provvede ad inoltrare le domande protocollate al Servizio Sociale Distrettuale e all'Unità Funzionale Attività Sanitarie di Comunità per gli accertamenti necessari alla valutazione del bisogno complesso, mediante l'utilizzo della modulistica prevista dalla deliberata della GR n.402/04.

L'eventuale documentazione integrativa richiesta agli utenti deve essere consegnata entro 30 giorni, all'operatore socio-sanitario di riferimento. In assenza della suddetta documentazione la domanda verrà archiviata.

Le istanze sono valutate dall'UVM entro 30 giorni o 60 gg. se richiesta documentazione integrativa agli utenti.

L'UVM, che si riunisce di norma con cadenza quindicinale, certifica il grado di autosufficienza della persona, propone il piano di assistenza personalizzato e determina l'eventuale necessità di ulteriori valutazioni e identifica il Responsabile dei processi di cura (case manager) al quale è affidato il compito di garantire l'attuazione del progetto personalizzato.

La segreteria della UVM provvede a dare comunicazione scritta all'interessato o suo familiare, circa l'esito della valutazione e la proposta di intervento.

3. Gruppo di Progetto (GdP)- Procedura d'urgenza

Nelle situazioni di urgenza, per la presa in carico interviene tempestivamente il gruppo di Progetto che può proporre un piano di intervento assistenziale da rivalutare nella seduta dell'UVM entro 15 giorni.

La segreteria dell'UVM provvede ad avvertire, prima della scadenza dei 15 giorni, il case manager, al fine di inserire nell'ordine del giorno i casi che necessitano di verifica o nuova valutazione. La risultanza del nuovo piano di intervento sarà comunicato all'utente o suo familiare, con le modalità sopra esposte.

Il gruppo di progetto svolge un lavoro propedeutico e non sostitutivo rispetto a quello dell'UVM. Opera in stretto collegamento con il medico di Medicina Generale, il personale sanitario

dell'ospedale e il personale socio-sanitario del territorio. L'attivazione dell'intervento di urgenza deve avvenire senza attendere le procedure tecnico-amministrative, che saranno attivate non oltre i successivi 15 giorni.

3.1 Zona Apuana

Il Gruppo di Progetto è formato : Assistente Sociale responsabile del progetto personalizzato, Medico di Distretto Responsabile di Unità Funzionale assistenza sanitaria di Comunità e Caposala. Il gruppo di progetto svolge un lavoro propedeutico e non sostitutivo rispetto a quello dell'UVM. A tal proposito l'Azienda ASL e i Comuni dovranno sottoscrivere protocolli attuativi che conferiscano ai loro referenti deleghe operative, risorse tecnico-professionali ed economiche.

3.2 S.d.S. Zona Lunigiana

Il gruppo di progetto è composto dal Medico di Distretto, dall'Assistente Sociale Coordinatore Ufficio anziani, dalla Caposala e/o Coordinatore Infermieristico Cure Primarie. Il gruppo di progetto opera in stretto collegamento con il MMG ed il personale sanitario dell'ospedale.

4. Attivazione delle risorse assistenziali; continuità degli interventi

Sono previste le seguenti prestazioni socio-sanitarie:

- Assistenza Domiciliare Integrata
- servizi semiresidenziali
- Servizi Residenziali
- Contributo economico
- inserimento in Hospice (da attivare)

4.1 Zona Apuana

Gli interventi socio assistenziali saranno erogati in base ai criteri stabiliti dal Regolamento unico delle prestazioni e da appositi protocolli con i Comuni.

La continuità terapeutica assistenziale è garantita dal Regolamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata a prevalente componente sanitaria, che norma i rapporti Ospedale, Medici di Famiglia e servizi territoriali.

Le prestazioni a regime domiciliare, diurno e residenziale debbono assicurare l'integrazione in senso ampio delle risposte assistenziali e sanitarie nonché costituire supporto e sostegno alle cure familiari.

4.2 S.d.S. Zona Lunigiana

Per la Zona Lunigiana gli interventi socio assistenziali saranno erogati in base ai criteri stabiliti dal Regolamento Unico delle prestazioni del Servizio Sociale.

5. Destinazione delle risorse e delle procedure per l'attivazione delle risorse integrate

5.1 Zona Apuana

Per la Zona Apuana le risorse da destinare ai servizi socio-sanitari sono determinate rispettivamente dall'Azienda USL e dai Comuni competenti della Zona che congiuntamente stabiliscono annualmente, nell'Articolazione Zonale della Conferenza dei Sindaci, il budget da destinare, ciascuno per la propria competenza, alla gestione degli interventi integrati. In attesa di raggiungere questa modalità di lavoro, è costituita una Commissione Zonale integrata composta dal responsabile dei Servizi Sociali dell'ASL, dai responsabili dei servizi sociali dei Comuni, o loro delegati e del Coordinatore sanitario di Zona-distretto.

La Commissione ha il compito di governare i processi, dare gli indirizzi per l'attività e di attivare gli interventi in base alla priorità di bisogni, elaborare la proposta di budget sulle risorse da destinare agli interventi e da sottoporre alla Segreteria Tecnica- Ufficio di Piano.

5.2 S.dS. Zona Lunigiana

Per la Zona Lunigiana le risorse da destinare ai servizi sociosanitari sono determinate in sede di Giunta della S.d.S. Nell'ambito della programmazione dei Servizi all'interno del PIS.

Progetto: "Punto Unico di Accesso"**Premessa**

Il PUA, Punto Unico di Accesso, è un modulo organizzativo prioritario nella nuova ri-organizzazione e modernizzazione dei Servizi sociali e sanitari, che considera necessario avvicinare sempre più i servizi ai cittadini e facilitarne l'utilizzazione evitando disagi e inutili appesantimenti burocratici. Il PUA oltre a garantire un punto unico di accesso deve assicurare particolare attenzione all'accoglienza del cittadino-utente e svolgere una funzione di orientamento.

La sperimentazione del PUA è già avvenuta nel nostro Territorio per quanto riguarda il servizio, materia della Del.Reg. 402/2004. I buoni esiti di tale sperimentazione hanno accresciuto la volontà di lavorare per estendere l'utilizzo del PUA e permettere quindi una migliore accessibilità a tutti i Servizi sociali e sanitari, costituiti in rete.

La possibilità di usufruire dello Sportello Informafamiglie, già operante da anni, ci consente inoltre di attivare il modulo Pua, potenziando tra l'altro l'erogazione di informazioni sulle attività del Distretto e sulle risorse territoriali e contestuali.

Descrizione del progetto

Il progetto "Punto Unico di Accesso" comprende l'attivazione del uno sportello di accoglienza, accesso ai Servizi, ascolto e informazione qualificata per i cittadini-utenti che si recano al Poliambulatorio di Aulla, sede di Distretto.

Le caratteristiche qualificanti individuate sono:

- la visibilità e accessibilità del PUA
- la tutela della riservatezza, a partire dalla predisposizione di uno spazio idoneo
- la scelta di personale che operi all'interno del PUA con competenza relazionale e professionale
- la costituzione di un gruppo multiprofessionale che acquisisca informazioni e conoscenze esaustive necessarie ad individuare l'invio appropriato per l'utente e, in alcuni casi, il percorso assistenziale attivabile
- l'integrazione dell'attività PUA con l'attività di informazione e orientamento dello Sportello Informafamiglie
- la erogazioni di prestazioni basilari del segretariato sociale
- il contatto attivo e facilitato con i singoli servizi sanitari, sociali e socio-sanitari

Obiettivi

2. aumentare l'accessibilità ai Servizi da parte degli utenti
3. aumentare la disponibilità di conoscenze e informazioni facilmente usufruibili dal cittadino
4. accogliere, orientare ed accompagnare i cittadini utenti, facilitando l'individuazione del percorso assistenziale all'interno della Rete Servizi

Funzioni

- Recepire e raccogliere le richieste e i bisogni complessi socio-sanitari
- informare sui servizi e i percorsi assistenziali, nonché sulle risorse e le offerte presenti nel territorio e nella comunità (istituzioni, enti, agenzie, servizi, associazionismo, tempo libero)
- informafamiglie
- Consegnare opuscoli informativi e modulistica – offrendo se necessario aiuto per la compilazione – e acquisire i consensi necessari (tutela della privacy)
- fissare gli appuntamenti richiesti, e valutati, con gli operatori dei Servizi Sanitari e Sociali
- Erogare prestazioni inerenti il segretariato sociale di primo livello e di mediazione sociale per le aree:

anziani
inclusione sociale

- Attivare i percorsi assistenziali predefiniti, per la presa in carico, comprendente la valutazione multidisciplinare e la elaborazione del progetto individualizzato, per le aree:
anziani non autosufficienti
handicap e disagio mentale
materno infantile
dipendenze
- monitorare al fine di garantire la continuità assistenziale appropriata
- Raccogliere e registrare dati

Il lavoro del gruppo operativo PUA dovrà essere strettamente connesso con il lavoro delle diverse aree funzionali e dei diversi settori.

Fasi del progetto e durata

- Individuazione del gruppo operatori PUA
- Formazione del personale
- Attività di retrospettivo: individuazione di una metodologia di lavoro condivisa con tutti i Servizi, territoriali e ospedalieri
- Campagna pubblicitaria e piano di comunicazione
- Apertura del PUA e inizio attività

Personale

Nr 1 assistente sociale

Nr 1 infermiere professionale

Nr 1 personale amministrativo

Costo

€ 90.000,00

personale: € 86.500,00

arredo e attrezzatura: € 2.600,00

campagna pubblicitaria (comunicati stampa, carta dei servizi, materiale divulgativo, sito internet):

€ 900,00

Risultati attesi

Semplificazione della comunicazione e dell'accesso all'interno di un sistema organizzativo funzionante

Migliore percezione dei Servizi da parte dei cittadini

certezza delle informazioni

Maggiore integrazione fra gli attori del sistema

Strumenti di verifica

- monitoraggio dell'attività attraverso schede valutabili, contenenti i dati relativi alla richiesta, alla risposta e all'esito della prestazione
- questionari di gradimento e soddisfazione e somministrazione periodica agli utenti

Società della Salute della Lunigiana

GIUNTA



Società della Salute
Lunigiana

Deliberazione n. 11 del giorno 15 novembre 2007

OGGETTO: "Progetto per la realizzazione del Centro per disabilità complessa - Bagnone".

Società della Salute della Lunigiana

Giunta

ENTE	COGNOME E NOME	CARICA	PRESENTI	ASSENTI
PODENZANA	Riccardo Varese	Presidente	X	
Az.USL1- Dir.Gen.	Antonio Delvino	Componente	X	
AULLA	Roberto Simoncini	Componente	X	
BAGNONE	Rita Beccari	Componente per delega	X	
CASOLA IN L.	Piorgiorgio Belloni	Componente		X
COMANO	Pietro Romiti	Componente	X	
FILATTIERA	Annalisa Folloni	Componente per delega	X	
FIVIZZANO	Luciano Pasquali	Componente per delega	X	
LICCIANA N.	Enzo Manenti	Componente	X	
MULAZZO	Sandro Donati	Componente		X
PONTREMOLI	Cesarino Crocetti	Componente per delega	X	
TRESANA	Stefano Traversi	Componente per delega	X	
VILLAFRANCA L.	Andreina Della Pina	Componente per delega	X	
ZERI	Cinzia Angiolini	Componente per delega	x	

L'anno duemilasette, il giorno quindici, del mese di novembre, alle ore 11,00, presso la sede della Comunità Montana della Lunigiana, il Presidente della Giunta della Società della Salute della Lunigiana prende in esame l'argomento di cui all'oggetto ed assume la sottoriportata deliberazione:

LA GIUNTA DELLA SOCIETÀ DELLA SALUTE DELLA LUNIGIANA

VISTO il progetto elaborato dal Responsabile Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia Adolescenza e del Responsabile Sociale Disabili, sulla base delle necessità riscontrate nel territorio della Lunigiana, volto a potenziare la rete dei servizi rivolti ai minori disabili e in particolar modo a quelli affetti da disabilità complessa;

PRESO ATTO che il progetto in argomento prevede la realizzazione di attività specifiche parallele a quelle scolastiche, nelle ore pomeridiane che aiutino i minori disabili in un percorso di maggior autonomia e che dette attività saranno svolte nell'Istituto Scolastico "G.Baracchini" di Bagnone in continuità della fase sperimentale estiva;

ATTESO che il costo per la realizzazione di tale progetto è pari a € 76.000,00, di cui € 41.000,00 a carico dell'Azienda USL1 per il costo relativo al personale e alla formazione, ed € 35.000,00 a carico della Comunità Montana della Lunigiana per i costi relativi ai trasporti dei minori, a parte del personale e all'acquisto delle attrezzature;

PRESO ATTO che il progetto è realizzato in collaborazione con la Comunità Montana della Lunigiana e le Istituzioni Scolastiche, cui farà seguito un protocollo d'intesa che è stato concertato sia con le associazioni dei familiari sia con i familiari dei minori frequentanti le attività del centro;

RICHIAMATA la propria deliberazione n. 13 del 20 luglio 2006 con la quale è stato approvato il Piano Integrato di Salute";

VISTA la L. 328 del 08.11.2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi ai servizi sociali";

VISTA la L.R. 41/2005 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale" e in particolare l'art. 63 comma 2 in base al quale fino all'approvazione del prossimo Piano Integrato Sociale Regionale mantiene la propria validità quello precedente;

A voti unanimi

DELIBERA

Per quanto espresso in narrativa:

5. di approvare il "progetto per la realizzazione del Centro disabilità complessa di Bagnone" che si allega al presente atto e ne costituisce parte integrante e sostanziale (all.1);
6. di dare atto che il costo di pari a € 76.000,00, è così ripartito:
 - € 41.000 a carico dell'Azienda USL 1 come fondo sociale e di formazione;
 - € 35.000,00 a carico della Comunità Montana della Lunigiana per i costi relativi al trasporto dei minori, a parte del personale e all'acquisto delle attrezzature;
7. di trasmettere all'Azienda USL 1 il presente atto per i successivi adempimenti di competenza;
8. di dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo, data l'urgenza.

=====

Il Direttore Tecnico SdS	Il Presidente
Mario Guastalli	Riccardo Varese
_____	_____

=====

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente delibera viene posta in pubblicazione all'Albo del Consorzio della Società della Salute in data odierna e vi rimarrà per 15 giorni consecutivi.

Aulla,

IL FUNZIONARIO ADDETTO

La presente delibera è stata pubblicata senza opposizione alcuna ad oggi.

Aulla,

IL FUNZIONARIO ADDETTO

=====

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 – COMUNITA' MONTANA

1.2b Soggetto pubblico gestore

S.D.S. – COMUNITA' MONTANA

1.3 Soggetto attuatore

COOPERATIVA DI SERVIZI

1.4 Responsabile del Programma

SERVIZIO SOCIALE – GOIF – UF. SMIA

1.5 Spesa totale prevista

COSTO PREVISTO:

€ 76.000 di cui:

- € 41.000 a carico dell'Azienda USL 1
- € 35.000 a carico della Comunità Montana

1.6 Localizzazione dell'intervento

BAGNONE presso l'Istituto Scolastico

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, ovverosia 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

UN ANNO

1. FASE: PREPARAZIONE UTENTI, LORO FAMILIARI ED EDUCATORI
2. 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)

Società della Salute della Lunigiana

GIUNTA



Società della Salute
Lunigiana

Deliberazione n. 12 del giorno 15 novembre 2007

OGGETTO: "Sorveglianza attiva alle persone anziane fragili"

Società della Salute della Lunigiana

Giunta

ENTE	COGNOME E NOME	CARICA	PRESENTI	ASSENTI
PODENZANA	Riccardo Varese	Presidente	X	
Az.USL1- Dir.Gen.	Antonio Delvino	Componente	X	
AULLA	Roberto Simoncini	Componente	X	
BAGNONE	Rita Beccari	Componente per delega	X	
CASOLA IN L.	Piergiorgio Belloni	Componente		X
COMANO	Pietro Romiti	Componente	X	
FILATTIERA	Annalisa Folloni	Componente per delega	X	
FIVIZZANO	Luciano Pasquali	Componente per delega	X	
LICCIANA N.	Enzo Manenti	Componente	X	
MULAZZO	Sandro Donati	Componente		X
PONTREMOLI	Cesarino Crocetti	Componente per delega	X	
TRESANA	Stefano Traversi	Componente per delega	X	
VILLAFRANCA L.	Andreina Della Pina	Componente per delega	X	
ZERI	Cinzia Angiolini	Componente per delega	x	

L'anno duemilasette, il giorno quindici, del mese di novembre, alle ore 11,00, presso la sede della Comunità Montana della Lunigiana, il Presidente della Giunta della Società della Salute della Lunigiana prende in esame l'argomento di cui all'oggetto ed assume la sottoriportata deliberazione:

LA GIUNTA DELLA SOCIETÀ DELLA SALUTE DELLA LUNIGIANA

VISTO il progetto elaborato dal Responsabile Sociale dell'ufficio anziani, sulla base delle necessità riscontrate nel territorio della Lunigiana, volto alla costruzione di un programma di qualità di vita attraverso una rete di sorveglianza attiva nel territorio;

PRESO ATTO che il progetto in argomento prevede la continuità di un servizio strutturato, 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, residenti nei tredici Comuni della Lunigiana;

ATTESO che il costo per la realizzazione di tale progetto, finanziato dalla Regione, è pari a € 38.892,32, di cui € 21.400,00 da destinare ai Comuni secondo il criterio demografico e € 17.492,32 per le situazioni di emergenza, gestiti dal Servizio Sociale della SdS Lunigiana;

PRESO ATTO dei numerosi incontri di concertazione con gli Enti locali e le Associazioni di Volontariato;

RICHIAMATA la propria deliberazione n. 13 del 20 luglio 2006 con la quale è stato approvato il Piano Integrato di Salute;

VISTA la L.328 del 08.11.2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi ai servizi sociali";

VISTA la L.R. 41/2005 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale" e in particolare l'art. 63 comma 2 in base al quale fino all'approvazione del prossimo Piano Integrato Sociale Regionale mantiene la propria validità quello precedente;

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale Toscana n. 480 del 25/06/2007 "Sorveglianza attiva per le persone anziane fragili. Approvazione linee guida e assegnazione sulle risorse alle zone-distretto";

A voti unanimi

DELIBERA

Per quanto espresso in narrativa:

9. di approvare il progetto "Sorveglianza attiva alle persone anziane fragili" che si allega al presente atto e ne costituisce parte integrante e sostanziale (all.1);
10. di dare atto che tale progetto è finanziato interamente dalla Regione Toscana, per una somma pari a € 38.892,32, così ripartita:
 - € 21.400,00 da destinare ai Comuni secondo il criterio demografico, così come riportato in allegato
 - € 17.492,32 per le situazioni di emergenza, gestiti dal Servizio Sociale della SdS Lunigiana;
11. di trasmettere all'Azienda USL 1 il presente atto per i successivi adempimenti di competenza;
12. di dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo, data l'urgenza.

=====

Il Direttore Tecnico SdS
Mario Guastalli

Il Presidente
Riccardo Varese

=====

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente delibera viene posta in pubblicazione all'Albo del Consorzio della Società della Salute in data odierna e vi rimarrà per 15 giorni consecutivi.

Aulla,

IL FUNZIONARIO ADDETTO

La presente delibera è stata pubblicata senza opposizione alcuna ad oggi.

Aulla,

IL FUNZIONARIO ADDETTO

TITOLO DEL PROGETTO: Sorveglianza attiva della persona anziana fragile.

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:

€ 38.892,32 – finanziamento assegnato dalla Regione Toscana. Di cui € 21.400,00 da destinare ai Comuni secondo il criterio demografico; ed € 17.492,32 di utilizzo per situazioni di emergenza gestiti dal Servizio Sociale – SdS Lunigiana.

Localizzazione intervento:

Anziani ultra 75enni in situazione di emergenza e/o con gravi problemi sanitari o disabili privi di rete solidale, 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:
 - Aggiornamento 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 sorveglianza attiva attraverso contatti telefonici (servizio telefonico contattabile dall'utente), colloqui, visite domiciliari, avvio dei Servizi necessari all'utenza, utili a sostenerli nel percorso di autonomia, attraverso interventi in rete che tendono a proteggere le persone anziane.
 - 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.

Durata:

Periodo 20 novembre 2007/31 marzo 2007, con la possibilità già sperimentata di tenere attivo il Servizio per tutto l'anno, prolungandolo o meno a seconda delle condizioni climatiche o di emergenza.

SUDDIVISIONE PER COMUNE CONTRIBUTO REGIONALE ANZIANI FRAGILI

COMUNE	POPOLAZIONE ULTRA 75	FINANZIAMENTO REG.LE
AULLA	1382	€ 3.566,67
BAGNONE	437	€ 1.127,81
CASOLA L.	236	€ 609,07
COMANO	166	€ 428,41
FILATTIERA	377	€ 972,96
FIVIZZANO	1667	€ 4.302,19
LICCIANA NARDI	663	€ 1.711,07
MULAZZO	419	€ 1.081,36
PODENZANA	168	€ 433,57
PONTREMOLI	1489	€ 3.842,81
TRESANA	326	€ 841,34
VILLAFRANCA L.	656	€ 1.693,01
ZERI	306	€ 789,73
TOTALE	8292	€ 21.400,00

Sorveglianza Attiva Persona Anziana Fragile

Matrice relativa al modello organizzativo

SCHEDA A

SERVIZIO	Si	No	Strutture /Enti locali coinvolti	Sede/Orari di erogazione del Servizio	Responsabile	Recapiti del Responsabile	Data di attivazione e durata del servizio
Sorveglianza attiva	X		COMUNI DELLA LUNIGIANA ATTRAVERSO L'ASS. VOLONTARIATO	SEDI ASS. DI VOLONTARIATO			IL PERIODO INVERNALE
Telesoccorso	X		COMUNE DI VILLAFRANCA – COMUNE DI MULAZZO	COMUNE	COMUNE VILLAFRANCA: FAGGIANI FRANCESCO	0187/4988214	DICEMBRE 2005
Telefono Amico	X		COMUNE DI FILATTIERA – VILLAFRANCA – TRESANA	085.00 – 13.00 MARTEDI' GIOVEDI'	COMUNE FILATTIERA: GABELLONI GIORGIO	0187/457334	TUTTO L'ANNO – O PERIODI LIMITATI
Consegna spesa a domicilio	X		COMUNE DI VILLAFRANCA – TRESANA – BAGNONE		COMUNE ZERI: ROBERTO SCOLARI	0187/447127	
Consegna pasti e/o bevande a domicilio <u>(LIMITATAMENTE)</u>	X		TUTTI I COMUNI TRAMITE LE ASS. DI VOLONTARIATO	IN CASO DI NECESSITA'	COMUNE CASOLA L.: BALLERINI MAURIZIO	0585/949119	
Attività ricreative diurne	X		COMUNE DI BAGNONE	SETTIMANALE POMERIDIANO	COMUNE PONTREMOLI: RIBOLLA PIERO	0187/460111	
Contributo spese per acquistare condizionatori	X		*ASL. N.1 DI MASSA CARRARA				
Vacanze/soggiorno	X		COMUNE DI FIVIZZANO LICCIANA N. BAGNONE		COMUNE COMANO: STRANO MARIO	0187/493443	15 GG.PERIODO ESTIVO
Accompagnamento per accesso ad uffici pubblici	X		TUTTI I COMUNI CON ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO	BISETTIMANALE	COMUNE MULAZZO: MAURELLA MORZATI	0187/439008	TUTTO L'ANNO
Accompagnamento a strutture socio	X		TUTTI I COMUNI CON ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO		COMUNE AULLA: MAURO MARCELLI	0187/400111	TUTTO L'ANNO
Ritiro ricette/analisi e consegna medicinali a	X		TUTTI I COMUNI CON ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO	AL BISOGNO	COMUNE LICCIANA N.: AMORFINI ANTONIO	0187/474911	
Assistenza domiciliare	X		*ASL N. DI MASSA CARRARA			0187/477112	
Altro ASSISTENZA DOMICILIARE DI PROSSIMITA'	X		COMUNE DI BAGNONE	A RICHIESTA	COMUNE BAGNONE: RITA BECCARI	0187/42781	
Progetto di ricovero temporaneo in R.S.A.	X		*ASL.1 MASSA CARRARA		COMUNE FIVIZZANO: SARA TEDESCHI	0585/942154	PERIODO INVERNALE
Inserimento temporaneo in C.D.	X		*ASL .1 MASSA CARRARA			0187/410024	TUTTO L'ANNO

* GESTORE SERV. SOCIOASSISTENZIALI DELEGATI

LE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO CHE PARTECIPANO AI PROGETTI SONO: CROCE BIANCA (CODIPONTE CASOLA) - CROCE VERDE (ZERI) - PROTEZIONE CIVILE (PONTREMOLI) - CROCE AZZURRA (COMANO) - MISERICORDIA (MULAZZO) MISERICORDIA BAGNONE - PROTEZIONE CIVILE (BAGNONE) - PROTEZIONE CIVILE (PODENZANA) - PROTEZIONE CIVILE (VILLAFRANCA) - MISERICORDIA (VILLAFRANCA) - CROCE ROSSA (AULLA) - PUBBLICA ASSISTENZA (AULLA).

Società della Salute della Lunigiana

GIUNTA



Deliberazione n. 13 del giorno 15 novembre 2007

OGGETTO: "progetto centro di aggregazione per anziani e adulti inabili Palazzo Baracchini Villafranca in Lunigiana"

Società della Salute della Lunigiana

Giunta

ENTE	COGNOME E NOME	CARICA	PRESENTI	ASSENTI
PODENZANA	Riccardo Varese	Presidente	X	
Az.USL1- Dir.Gen.	Antonio Delvino	Componente	X	
AULLA	Roberto Simoncini	Componente	X	
BAGNONE	Rita Beccari	Componente per delega	X	
CASOLA IN L.	Piergiorgio Belloni	Componente		X
COMANO	Pietro Romiti	Componente	X	
FILATTIERA	Annalisa Folloni	Componente per delega	X	
FIVIZZANO	Luciano Pasquali	Componente per delega	X	
LICCIANA N.	Enzo Manenti	Componente	X	
MULAZZO	Sandro Donati	Componente		X
PONTREMOLI	Cesarino Crocetti	Componente per delega	X	
TRESANA	Stefano Traversi	Componente per delega	X	
VILLAFRANCA L.	Andreina Della Pina	Componente per delega	X	
ZERI	Cinzia Angiolini	Componente per delega	x	

L'anno duemilasette, il giorno quindici, del mese di novembre, alle ore 11,00, presso la sede della Comunità Montana della Lunigiana, il Presidente della Giunta della Società della Salute della Lunigiana prende in esame l'argomento di cui all'oggetto ed assume la sottoriportata deliberazione:

LA GIUNTA DELLA SOCIETÀ DELLA SALUTE DELLA LUNIGIANA

VISTO il progetto elaborato dal Servizio Sociale, sulla base delle necessità riscontrate nel territorio della Lunigiana, volto alla costruzione di un programma di qualità di vita attraverso una rete di attività solidale di prevenzione alle situazioni di disagio delle persone anziane e degli adulti inabili;

PRESO ATTO che il progetto in argomento prevede la realizzazione di un Centro di aggregazione presso il Palazzo Baracchini di Villafranca in Lunigiana, come previsto dalla programmazione zonale, inserito nel contesto della rete delle attività e dei servizi rivolta agli anziani autosufficienti e adulti inabili in particolar modo quelli che sono privi di reti formali e che vivono situazioni di isolamento per le condizioni ambientali, per trascorrere il tempo libero, incontrarsi al fine di ricreare un luogo "paese" nel quale vengono valorizzate le relazioni interpersonali;

ATTESO che il costo per la realizzazione di tale progetto, finanziato dal Fondo Sociale dell'Azienda USL 1 è pari a € 23.500,00, e che verrà gestito con l'apporto fondamentale del volontariato e del Comune di Villafranca in Lunigiana;

PRESO ATTO degli numerosi incontri di concertazione con gli Enti locali e le Associazioni di Volontariato;

VISTA la L.328 del 08.11.2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi ai servizi sociali";

VISTA la L.R. 41/2005 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale" e in particolare l'art. 63 comma 2 in base al quale fino all'approvazione del prossimo Piano Integrato Sociale Regionale mantiene la propria validità quello precedente;

RICHIAMATA la propria deliberazione n. 13 del 20 luglio 2006 con la quale è stato approvato il Piano Integrato di Salute";

A voti unanimi

DELIBERA

Per quanto espresso in narrativa:

13. di approvare il progetto "Centro di aggregazione per anziani e adulti inabili" che si allega al presente atto e ne costituisce parte integrante e sostanziale (all.1);
14. di dare atto che tale progetto è finanziato dal Fondo Sociale dell'Azienda USL 1, per una somma pari a € 23.500,00, così ripartita:
 - € 3.500,00 da destinare al Comune di Villafranca in Lunigiana per l'acquisto dell'arredamento;
 - € 20.000,00 per sostenere il costo di un animatore;
 - di trasmettere all'Azienda USL 1 il presente atto per i successivi adempimenti di competenza;
15. di dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo, data l'urgenza.

=====
Il Direttore Tecnico SdS
Mario Guastalli

Il Presidente
Riccardo Varese

=====

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente delibera viene posta in pubblicazione all'Albo del Consorzio della Società della Salute in data odierna e vi rimarrà per 15 giorni consecutivi.

Aulla,

IL FUNZIONARIO ADDETTO

La presente delibera è stata pubblicata senza opposizione alcuna ad oggi.

Aulla,

IL FUNZIONARIO ADDETTO

=====

PROGETTO CENTRO AGGREGAZIONE PER ANZIANI E ADULTI INABILI PALAZZO BARACCHINI VILLAFRANCA LUNIGIANA

PREMESSA

L'attuale contesto sociale è caratterizzato dalla presenza di un notevole aumento di popolazione anziana. Le migliori condizioni di vita, il progresso scientifico, la diminuzione delle nascite sono alcune delle variabili che hanno determinato l'invecchiamento della popolazione. In particolare il nostro territorio è contrassegnato da un indice di vecchiaia superiore a quello provinciale e regionale. È significativo l'aumento delle persone anziane che si rivolgono ai servizi per problemi legati alla diminuzione delle autonomie, ma è altresì significativa la presenza di anziani o grandi anziani che ancora si trovano in buone condizioni di salute e che vivono soli. Nella realizzazione del progetto anziani fragili si è avuto modo di monitorare almeno 200 anziani che vivono soli, privi del sostegno di una rete formale, per i quali è opportuno pensare ad azioni di prevenzione che superino il disagio dell'isolamento sociale intensificando i legami della rete sociale e solidale.

Fra le diverse iniziative pensate per questa fascia di popolazione autosufficiente, rese operative in stretta collaborazione con i comuni e le associazioni di volontariato, ci è apparso opportuno pensare alla realizzazione di uno spazio rivolto agli anziani autosufficienti e agli adulti inabili. Spazio per incontrarsi che ripercorra le caratteristiche del paese. La struttura ove ci si propone dar vita a luogo di aggregazione per anziani è palazzo Baracchini di Villafranca L., di proprietà dell'ASL, ristrutturato con fondi destinati alle opere rivolte alle attività sociali e in particolare modo già destinato a quanto sopra descritto. Il centro si propone anche di accogliere gli adulti che vivono per vari motivi situazioni di disagio sociale.

TITOLO DEL PROGETTO

Centro di aggregazione per anziani e adulti inabili

SOGGETTO TITOLARE

SdS Lunigiana, ASL n°1

SOGGETTO GESTORE

Cooperativa di Servizi - Associazioni di volontariato

COSTO DEL PROGETTO

€ 20.000,00 personale (animatore per 20 ore settimanali)

€ 3.500,00 arredo

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Il progetto è rivolto alle persone anziane autosufficienti e agli adulti inabili in particolare modo per quelle che vivono sole e in situazioni di isolamento ambientale, dovuto ai problemi geografici e di spopolamento del territorio. Altresì è rivolto anche alle persone che non possono contare sul sostegno della rete dei legami familiari, ma che desiderano ritagliarsi uno spazio di gruppo per il tempo libero.

Si prevede che il Centro sarà aperto tutti i giorni dal lunedì al sabato nelle ore pomeridiane dalla ore 14.00 alle ore 18.00. All'interno del Centro sarà prevista la figura di un animatore per 20 ore settimanali insieme ai volontari della Misericordia e della Protezione civile. Il Comune di Villafranca si è reso disponibile ad organizzare il trasporto per trasferire i partecipanti dalla propria abitazione al Centro, trasporto assolutamente necessario per le persone provenienti dai paesi limitrofi. Il Centro ubicato al 3° piano di Palazzo Baracchini, stabile ristrutturato recentemente, si trova al centro del paese, è accogliente e funzionale. Altresì il progetto è rivolto alle persone adulte inabili in situazioni di disagio sociale.

OBIETTIVI

Lo scopo è quello di creare un luogo “paese” ove le persone anziane e non solo si incontrano per stare insieme e trascorrere il tempo libero dando un senso al tempo attraverso la valorizzazione di legami e relazioni significative. Inoltre tenendo conto delle caratteristiche del territorio diventa estremamente importante evitare l’isolamento sociale che spesso gli anziani e gli adulti inabili in situazione di bisogno, si trovano a vivere. Si tratta anche di compiere un’azione di prevenzione alle situazioni di disagio e di non autonomia.

ATTIVITA’

Il Centro è un luogo ove i partecipanti possono stabilire di volta in volta cosa fare. Tuttavia si prevede di trasferire le attività di ginnastica dolce che già si attua in altro luogo. Le stanze a disposizione possono essere destinate al gioco delle carte, alla visione di un film, al ballo, uso del computer, all’incontro. Sarà cura dell’animatore e dei volontari sostenere le varie attività ed iniziative che il gruppo dei partecipanti avrà piacere di percorrere.

FASI DEL PROGETTO

Sistemazione ambientale dello stabile (arredo)

Mappatura delle persone anziane e degli adulti in situazione di bisogno

Pubblicità e campagna informativa

Incontro con gli eventuali partecipanti

Apertura del Centro

PERSONALE

Il personale impiegato è quello della figura dell’animatore per 20 ore settimanali messo a disposizione dell’ASL e del personale volontario della Misericordia e della Protezione Civile di Villafranca L.

RISULTATI ATTESI

Il numero dei partecipanti

PROGRAMMA OPERATIVO

1.1 Informazioni generali

I dati epidemiologici a livello nazionale evidenziano un netto aumento della vita media e, quindi, delle patologie croniche presenti soprattutto dall'età media in poi. Le conseguenti cliniche e sociali di queste patologie sono pesanti e comportano un grosso investimento di risorse sull'intera società e grave perdita di autonomia nei soggetti affetti. Una seria informazione sui dati clinici inerenti queste patologie e la programmazione di interventi sugli stili di vita finalizzati a prevenire il loro esordio e/o le loro complicanze sono ormai indispensabili azioni di salute pubblica.

TITOLO DEL PROGETTO : ATTIVITÀ MOTORIA ADATTATA

1.2a Soggetto titolare

Sds Lunigiana

1.2b Soggetto gestore

Sds Lunigiana

1.3 Soggetto attuatore

Sds Lunigiana

1.4 Responsabile del Progetto

U.O. Riabilitazione funzionale

1.5a Spesa totale prevista

€ 5.000,00 annue

1.5b Finanziamento totale concesso

€ 5.000,00 annue

1.6 Eventuale compartecipazione finanziaria di soggetti privati

1.7 Localizzazione dell'intervento

Tutto il territorio della SdS

1.8 Obiettivi del Progetto

Promuovere stili di vita attraverso attività motoria di gruppo, orientati a prevenire tutte le conseguenze cliniche e sociali legate alla sedentarietà.

1.9 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi*)

Migliorare lo stile di vita attraverso momenti di socializzazione allo scopo di prevenire ed evitare le patologie legate alla sedentarietà ed il ricorso a prestazioni sanitarie improprie.

1.10 Principali attività previste

Coinvolgere i Providers firmatari dell'accordo regionale (D.G.R.T. 1081/05) per capillarizzare ed organizzare l'attività motoria sul territorio della SdS sulla base degli accordi stipulati, coinvolgere gli specialisti e i MMG, monitorare l'attività secondo reportistica indicata.

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

1.12 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

- Annuale

1.13 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del Progetto

Laureato in scienze motorie che controlli la capillarizzazione dei centri, il rispetto delle condizioni economiche stabilite, i risultati ottenuti secondo gli indicatori precedentemente stabiliti.

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

Tutti gli ultrasessantacinquenni ed i portatori di patologie che richiedano un'attività motoria adattata

1.15 Strumenti e Indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

- Quelli previsti nella reportistica stabilita dalla D.GRT 1081/05
- La diminuzione di richieste sanitarie improprie ai servizi di fisioterapia.

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)
 - 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

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 SPORTELLINO 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 SPORTELLINO 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.	Febbr.	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 InfroformaFamiglie; 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.

PROGETTI DEL VOLONTARIATO

PROGETTO DI INTERVENTO

1.1 Informazioni generali

TITOLO DEL PROGETTO : "Laboratorio di musicoterapica nella globalità dei linguaggi "

Obiettivo di settore: Favorire la comunicazione / espressione di tutti i linguaggi, verbali e non , dei soggetti disabili.

1.2a Soggetto pubblico titolare

ASL

1.2b Soggetto gestore

A.L.DI Associazione Lunigianese Disabili) Via E.Fermi 55 Serricciolo di Aulla (MS).
Tel. 347/7067804 - 328-9570657

1.3 Soggetto attuatore

L ` A.L.DI (Associazione Lunigianese Disabili) è un'Associazione senza fine di lucro, costituita per volere di un gruppo di famiglie lunigianesi, nelle quali è presente un familiare disabile fisico o psichico, bambino o adulto.

L'attività principale dell'associazione è operare per la prevenzione dell'handicap, per il benessere e la tutela delle esigenze degli insufficienti psico-fisici, e quindi promuovere l'interessamento da parte dell'opinione pubblica e delle istituzioni locali alle problematiche e difficoltà legate al mondo della disabilità, allo scopo di concorrere alla realizzazione di iniziative in materia di tutela e integrazione dei disabili.

1.4 Responsabile del Progetto

A.L.DI (Associazione Lunigianese Disabili)
Genitori di riferimento : Paolo Bestazzoni , Manuela Coloretti,

1.5a Spesa totale prevista

€ 6.000,00

1.5b Finanziamento totale concesso

€ 5.000,00

1.6 Eventuale compartecipazione finanziaria di soggetti privati

€ 1.000,00

1.7 Localizzazione dell'intervento

Il progetto si svolgerà nei centri di socializzazione per diversamente abili di Caprio di Filattiera , Quercia di Aulla e Moncigoli di Fivizzano.

1.8 Obiettivi del Progetto

- Creare uno spazio non giudicante ed accogliente in cui ogni partecipante possa "mettersi in gioco" con il proprio corpo per scoprirsi, migliorando la consapevolezza di sé.
- Far crescere l'autonomia, la creatività, il senso del gruppo e del cooperare.
- Stimolare il piacere di dire, fare, stare insieme, imparando a valorizzare gli scambi reciproci.
- Sperimentare diverse modalità di ascolto di sé e dell'altro tese a vivere e considerare la diversità come ricchezza espressiva.
- Contattare interiormente il proprio "elemento" principale per aprire un processo di metamorfosi.
- Contribuire a valorizzare nei partecipanti e soprattutto negli operatori le singole musicalità e competenze musicali, che sono alla base dell'equilibrio psicofisico.
- Contribuire all'acquisizione di tecniche di rilassamento

1.9 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi*)

Ci si prefigge il raggiungimento di una parte significativa degli obiettivi sopra elencati.

1.10 Principali attività previste

- Il progetto di laboratorio musicoterapico nella Globalità dei linguaggi si propone, per il centro di socializzazione della Quercia, la continuazione di un percorso iniziato con il circolo di studi realizzato nei mesi di maggio e giugno del presente anno, e per i centri di Fivizzano e Caprio, l'inizio di un percorso che mettendo in atto nuovi strumenti di "lettura" dei comportamenti umani, possa aprire nuovi canali di comunicazione, di espressione tendenti a possibili metamorfosi personali.
- Nei dieci incontri vissuti con gli operatori e i ragazzi utenti del centro della Quercia, si è potuto osservare come utilizzando la proposta principale della G.d.L. che è la traducibilità di ogni linguaggio nell'altro, ogni partecipante abbia cominciato a sperimentare in libertà e totale accoglienza e valorizzazione, la possibilità di strutturare un proprio percorso espressivo, attraverso cui lasciare la propria traccia nel mondo, entrando in relazione con l'altro, compiacendosi e valorizzandosi.

In questa, che si potrebbe chiamare seconda fase, e che vorrebbe avere una vita più lunga nel tempo, ci proponiamo:

1.- Migliorare l'ascolto personale attraverso l'esplorazione piacevole delle proprie espressività, per migliorare la qualità della comunicazione all'interno del gruppo.

2.- Mostrare nella pratica, come attraverso questo approccio teorico-metodologico, si attui l'osservazione e decodifica dei comportamenti psico-sensomotori, in risposta a stimolazione plurisensoriali, per poter individuare i bisogni soggettivi.

3.- Stimolare negli educatori una riflessione sui concetti/principi, che come parole chiave contengono gli sviluppi teorici della disciplina GdL:

- Potenziali umani, comuni a tutti gli esseri umani, inestinguibili in qualunque situazione fisiopsicologica e culturale.

- Unità psicosomatica dell'essere umano.
- Arte di vivere che non si impara, si sa, perché fondata su una innata sapienza del corpo, che ha inscritto in sé le leggi della crescita. Arte governata dal principio del piacere, che assume compiutezza umana nel compiacimento, e nel agire porta all'accomodamento.
- Grembo sociale, come naturale prolungamento del grembo materno.
- Animazione come risveglio dei potenziali latenti, repressi o rimossi in persone, gruppi, collettività.
- Cura globale, indissolubilmente affettivo-educativo-terapeutica, della persona come tale, come unità psicocorporea.

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

Attività collettiva e integrata che fa emergere i potenziali comuni, valorizzando l'energia del gruppo. Messa in gioco "corpo a corpo", necessaria per stabilire una comunicazione paritaria: primo passo nel prendersi cura di una persona secondo la G.d.L.

Attività ludiche di espressione con il corpo, la voce e gli strumenti musicali e le materie per esplorare le musicalità individuali e del gruppo allo scopo di valorizzare le tracce dei singoli e le relazioni intra ed interpersonali.

Ascolto di brani ispirati agli elementi naturali.

Traduzione costante di un linguaggio espressivo negli altri.

Giochi psico-sensomotori con tutte le materie.

Favole psico-corporee e drammatizzazione di favole, miti, racconti...

Sperimentazione degli elementi attraverso la trasformazione di materie come farina, creta, carta e acqua, colori pastelli e calore, ecc...

Esplorazione di diverse andature e atteggiamenti psicocorporei legati alle metafore degli elementi (emo-tono-fono-simbolismo).

Si prevede l'impiego di diverso materiale quale :

- Strumenti musicali, impianto stereo, cd di musica.
- Teli colorati e stoffe varie, palloncini.
- Tempere, colori acrilici, chine colorate, carta di diversa natura, colori e dimensioni, creta, farina, miele, schiuma da barba...
- Lavagna luminosa.

1.12 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

- Periodo complessivo di attuazione del progetto : da gennaio a giugno 2008.
- Un incontro settimanale di 2 ore per ogni centro.

1.13 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione dell'intervento

Per la realizzazione del progetto è previsto l'impiego di un unico operatore (altamente qualificato) , per un monte ore complessivo pari a 130.

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

Utenti ed educatori dei centri di socializzazione di Quercia, Moncigoli e Caprio.

1.15 Strumenti e Indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

Il progetto è ritenuto la logica continuazione di una positiva esperienza iniziata nell'anno in corso in particolar modo nel centro di socializzazione di Quercia .

Ci si propone di osservare attentamente e valutare , unitamente agli operatori ed educatori , tutto il lavoro che verrà svolto al fine di evidenziare , con un'apposita relazione finale, i progressi conseguiti.

SCHEDA DI PROGETTO DI INTERVENTO

1.1 Informazioni generali

TITOLO PROGRAMMA OPERATIVO: LABORATORIO DI MUSICOTERAPIA NELLA GLOBALITÀ DEI LINGUAGGI PER LE ATTIVITÀ TERAPEUTICO-RIABILITATIVE E L'INTEGRAZIONE SOCIALE DEGLI UTENTI PSICHIATRICI

Obiettivo di settore: Il Programma si propone in continuità con un percorso iniziato con il Circolo di Studio realizzato nel Centro Diurno dell'UFSMA nei mesi di Maggio e Giugno 2007. Nei dieci incontri vissuti con gli operatori e gli utenti del Diurno si è potuto osservare come, utilizzando la proposta principale della Globalità dei Linguaggi che è la traducibilità di ogni linguaggio nell'altro, ogni partecipante abbia cominciato a sperimentare la possibilità di strutturare un proprio percorso espressivo, entrando in relazione con l'altro e valorizzandosi.

Il proseguimento del Programma Operativo ha la finalità di migliorare l'ascolto personale e la capacità di relazione interpersonale, nonché l'espressione e integrazione dei propri sentimenti, emozioni, vissuti, empatizzando con l'altro.

1.2a Soggetto pubblico titolare

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

1.2b Soggetto gestore

A.S.L. .N. 1 Zona Lunigiana

1.3 Soggetto attuatore

A.S.L. N.1 Zona Lunigiana.
DEMETRA PLM di Piccini Iside e Bustos Praticia snc

1.4 Responsabile del Progetto

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

1.5a Spesa totale prevista

Per ogni ora di attività il costo è di € 25,00 (+ 4% INPS e 20% IVA). Acquisto di materiali € 300.
Ore complessive: 93
Costo complessivo: € 3.201,60

1.5b Finanziamento totale concesso

1.6 Eventuale compartecipazione finanziaria di soggetti privati

1.7 Localizzazione dell'intervento

Gli incontri, della durata di 90 minuti ciascuno per 52 settimane, si terranno principalmente presso la sede dell'UFSMA. Sono previsti alcuni incontri presso il Centro

delle Occasioni, sede del Gruppo di Auto Mutuo Aiuto Psichiatrico di Aulla, a favore dell'integrazione e della lotta allo stigma.

1.8 Obiettivi del Progetto

Creare uno spazio accogliente e non giudicante, in cui ogni partecipante possa mettersi in gioco con il proprio corpo, migliorando la consapevolezza di sé.

Stimolare il piacere di dire, fare e stare insieme, imparando a valorizzare gli scambi reciproci.

Sperimentare diverse modalità di ascolto di sé e dell'altro, tese a vivere e considerare la diversità come ricchezza espressiva.

Contribuire a valorizzare nei partecipanti le singole musicalità e competenze musicali, che sono alla base dell'equilibrio psicofisico.

1.9 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi*)

Far crescere l'autonomia personale, la creatività, il senso del gruppo e della cooperazione.

Far acquisire agli utenti tecniche di rilassamento, da utilizzare anche in autonomia.

Favorire l'espressione, verbale e non verbale, delle proprie emozioni e sentimenti, in funzione della loro integrazione nei vissuti personali.

1.10 Principali attività previste

Improvvisazione sonoro-musicale attraverso la voce e gli strumenti musicali, registrazione e riascolto.

Ascolto di brani ispirati agli elementi naturali.

Traduzione costante di un linguaggio espressivo negli altri.

Giochi psico-senso-motori con tutte le materie.

Favole psico-corporee e drammatizzazione di favole, miti, racconti...

Sperimentazione degli elementi attraverso la trasformazione di materie come farina, creta, carta ed acqua, colori pastelli e calore, ecc...

Esplorazione di diverse andature e atteggiamenti psico-corporei legati alle metafore degli elementi (emo-tono-fono-simbolismo).

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

Attività collettiva integrata, che faccia emergere i potenziali comuni, valorizzando l'energia del gruppo.

Messa in gioco "corpo a corpo" per stabilire una comunicazione paritaria.

Applicazione della metodologia della Globalità dei Linguaggi di Stefania Guerra Lisi, con costanti traduzioni di un linguaggio nell'altro (verbale, olfattivo, gustativo, tattile, cenestesico, visivo, motorio).

Riunioni mensili di équipe in cui vengono valutati i risultati raggiunti da ciascuna delle persone coinvolte nell'attività.

1.12 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

Gli interventi descritti sono in continuità con la precedente esperienza realizzata attraverso i Circoli di Studio e con le diverse attività svolte dagli utenti frequentanti lo spazio "Casa del Vento" dell'UFSMA e il Centro delle Occasioni dell'Associazione Gruppo di Auto-Aiuto Psichiatrico, ai fini di potenziare percorsi emancipativi e di integrazione sociale.

Si prevede il proseguimento dell'attività per tutto l'anno solare e per gli anni successivi con la necessità di impegnare nuove risorse.

1.13 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione dell'intervento

Educatrici, Facilitatori Sociali, Esperta in Musicoterapica nella Globalità dei Linguaggi, Psichiatra, Assistente Sociale, Psicologa, Infermiere Referente.

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

Pazienti Psichiatrici, sia come utenza territoriale, che come singoli casi di utenti inseriti in RSA.

Occasioni di apertura di alcuni incontri anche a cittadini non utenti della Salute Mentale.

1.14 Strumenti e Indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

Verifiche in itinere da parte del gruppo di lavoro degli operatori descritti, con frequenza mensile. Valutazione delle modifiche nei comportamenti di relazione, nella consapevolezza di sé, nella cooperazione nel gruppo, nell'autonomia e assertività.

SCHEDA DI PROGETTO INTERVENTO

1.1 Informazioni generali

TITOLO DEL PROGETTO : EDUCARE ALLA SOCIALIZZAZIONE

Obiettivo di settore: Educativo-Sociale

1.2a Soggetto pubblico titolare

Centro Giovanile "G.Sismondo"

1.2b Soggetto gestore

SdS/Asl 1

1.3 Soggetto attuatore

Consiglio Centro Giovanile

1.4 Responsabile del Progetto

Il responsabile del progetto Don Pietro Pratolongo

1.5a Spesa totale prevista

€ 5.000

1.5b Finanziamento totale concesso

€ 3.000

1.6 Eventuale compartecipazione finanziaria di soggetti privati

€ 2.000

1.7 Localizzazione dell'intervento

Il progetto si realizzerà nel comune di Pontremoli, presso il centro Giovanile i cui locali sono situati all'interno del seminario vescovile. Il centro attualmente è dotato di tre ampie stanze, di un magazzino e dei servizi. Esternamente vi sono un campo da calcetto e pallavolo e un campo da calcio.

1.8 Obiettivi del Progetto

L'obiettivo del progetto è quello di creare un luogo all'interno del quale i ragazzi e i bambini possano vivere esperienze significative per la loro crescita, puntando su aspetti fondamentali quali la socializzazione, l'integrazione e l'educazione.

1.9 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi*)

Attraverso questo progetto speriamo di realizzare un luogo all'interno del quale i ragazzi possano crescere in modo sano, sperimentando se stessi ed imparando a socializzare con i coetanei. Questo centro vuole offrire una alternativa alla strada.

Con la presenza quotidiana degli Educatori speriamo di aumentare il numero dei ragazzi/e rispetto a quello attuale (attualmente frequentano il centro una trentina di ragazzi/e)

1.10 Principali attività previste

Sono previste all'interno del progetto attività educative e rieducative mirate ad alcuni soggetti. Principalmente vengono offerte attività ludiche, sia libere sia organizzate dagli educatori.

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

Gli strumenti utilizzati possono essere di vario genere a seconda delle situazioni e delle esigenze dei ragazzi. Il gioco rimane comunque il principale strumento utilizzato per creare un rapporto di fiducia tra gli educatori e i ragazzi e tra i ragazzi stessi.

1.12 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

Esempio di diagramma temporale da utilizzare

FASI	PERIODO DI ATTUAZIONE in mesi											
	Genn.	Febbr	Mar.	Apr	Mag.	Giu.	Lug.	Ago.	Sett	Ott.	Nov	Dic.
Stipula convenzione		→	A.2006									
Inizio attività		→	A.2006									

Questo progetto si realizzerà in continuità con quello che è stato fatto negli anni precedenti, garantendo però dal 2006 la presenza di alcuni Educatori i quali riescono in modo più competente ad entrare in relazione con i ragazzi.

Riteniamo inoltre di notevole importanza la continuità di questo progetto nelle annualità successive in modo da garantire una continuità educativa mantenendo delle figure di riferimento stabili.

1.13 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione dell'intervento

Per la realizzazione di questo progetto sono richiesti Educatori Professionali e Animatori, i quali avranno il compito di gestire dal punto di vista educativo e ludico il progetto stesso.

L'impegno temporale previsto è di tre ore al giorno per cinque giorni alla settimana, dal lunedì al venerdì, con la presenza di almeno tre operatori.

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

Il programma è rivolto a ragazzi e ragazze di età compresa tra i dieci e i diciassette anni.

Il centro viene frequentato oltre che da tutti gli adolescenti del territorio anche da minori provenienti sia da contesti familiari di culture diverse sia da contesti familiari con problemi di diverso genere.

1.15 Strumenti e Indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

Per quanto riguarda il monitoraggio e la valutazione del progetto e del programma riteniamo importante confrontarci con le altre strutture socio-sanitarie ed educative presenti sul territorio, in modo da creare una rete di collaborazione.

Scheda di Progetto Intervento

1.1 Informazioni generali

TITOLO PROGETTO: LABORATORI PERMANENTI "ICARO" - "Non solo laboratorio"

Obiettivo di settore: prevenzione delle dipendenze patologiche e dei comportamenti a rischio in adolescenza

1.2a Soggetto pubblico titolare

SdS e Asl1

1.2b Soggetto gestore

Associazione "la luna nell'aia" pro-loco quercia d'oro di Quercia Aulla (MS)

1.3 Soggetto attuatore

Associazione "La luna dell'Aia" pro-loco quercia d'oro di Quercia Aulla (MS)

1.4 Responsabile del Progetto

Associazione "La luna dell'Aia" pro-loco quercia d'oro di Quercia Aulla (MS)

1.5a Spesa totale prevista

Spesa totale prevista: € 10.000,00

(Fondo Regionale Euro)

1.5b Finanziamento totale concesso

1.6 Eventuale compartecipazione finanziaria di soggetti privati

1.7 Localizzazione dell'intervento

Il progetto sarà sviluppato presso il centro "Icaro" posto a Costamala nel comune di Licciana Nardi.

Il percorso comprenderà due specifici interventi:

- attivazione di laboratori permanenti extra-scolastici riguardanti; drammatizzazione, scenografia, costumistica, ascolto e produzione musicale, audio-video, educazione all'immagine.
- strutturazione delle settimane conclusive del "Progetto giovani" come prosecuzione del progetto "Senza titolo".

1.8 Obiettivi del Progetto

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...-

Con i laboratori si offre agli adolescenti l'opportunità di esternare le proprie sensazioni nell'ambito di

confini sicuri attraverso occasioni socializzanti e di interazione all'interno di un gruppo che gli consenta un equilibrato sviluppo della personalità.

1.9 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi*)

- acquisire una propria modalità comunicativa ed una capacità di ascolto dei messaggi, in modo da imparare sia a partecipare le proprie idee e a condividerle, che a confrontarle con gli altri.
- far prendere coscienza del fatto che solo rispettando le regole nel lavoro di gruppo si dà spazio alle possibilità espressive di ognuno.
- stimolare le motivazioni dell'adolescente, offrendo l'opportunità di un'esperienza collettiva e la possibilità di espressione personale.
- stimolare la scoperta e la valorizzazione delle potenzialità, talvolta nascoste, di ciascuno, al fine di superare la selezione, l'emarginazione, la sterile competizione ed inutili efficientismi.
- facilitare l'integrazione dell'adolescente svantaggiato, offrendogli l'opportunità di confrontarsi con gli altri, in una situazione di effettiva parità.
- far comprendere all'adolescente il valore di incontrare gli altri, in un contesto che non costituisca l'espressione solo del singolo ma del gruppo, al fine di smorzare atteggiamenti esibizionistici o di divismo.

1.10 Principali attività previste

Laboratori permanenti:

- drammatizzazione
- scenografia
- costumistica
- ascolto e produzione musicale
- audio\video
- educazione all'immagine

Settimane conclusive **"Progetto giovani"**.

Elaborazione degli argomenti proposti e precedentemente affrontati dagli alunni delle diverse classi partecipanti al progetto, attraverso:

- tecnico esperto dell'argomento
- drammatizzazione
- espressione pittorica
- suono, percussionistica

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

Il laboratorio permanente, extra-scolastico, avrà la caratteristica di proporre un percorso derivante dagli interessi che i ragazzi partecipanti lasceranno trasparire all'osservazione degli educatori e degli esperti.

Il laboratorio sarà quindi volto ad una partecipazione derivante dagli interessi evidenziati dando all'adolescente 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- esperienziali.

Il momento conclusivo del "Progetto giovani" sarà articolato in una prima settimana in cui il gruppo classe elaborerà, attraverso l'esperto e i diversi laboratori che opereranno sinergicamente, l'argomento scelto e trattato precedentemente con i propri insegnanti.

La seconda settimana ogni singolo gruppo restituirà il proprio elaborato, le proprie riflessioni, confrontandosi con gli altri.

1.12 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

Annuale

1.13 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione dell'intervento

Il progetto di laboratorio permanente necessita dell'impegno degli educatori operanti al centro Icaro, con competenze specifiche di lavoro sui gruppi, di tecnici esterni riguardanti il laboratorio di drammatizzazione, il laboratorio audio video, il laboratorio di educazione musicale, laboratorio scenografie e costumi.

Per le settimane conclusive del "progetto giovani" sarà necessaria la presenza, oltre che degli esperti ed educatori sopra indicati, di tecnici esperti nelle varie tematiche affrontate.

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

I laboratori permanenti sono proposti ad adolescenti compresi nella fascia di età tra i 14 e i 19 anni. Il progetto giovani è riferito ad adolescenti compresi nella fascia di età 12/19 frequentanti le scuole medie inferiori e superiori del Territorio.

1.15 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.

SCHEDA DI PROGETTO DI INTERVENTO

1.1 Informazioni generali

TITOLO DEL PROGETTO: "Racconti della Memoria"

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

1.2a Soggetto pubblico titolare

ASL

1.2b Soggetto gestore

Associazione APODI.

1.3 Soggetto attuatore

Associazione APODI

1.4 Responsabile del Progetto

Associazione Apodi.

1.5a Spesa totale prevista

€ 1400,00

1.5b Finanziamento totale concesso

€ 1400,00

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 delle strutture anziani di Fivizzano o Pontremoli.

1.8 Obiettivi del Progetto

- Rielaborazione di racconti legati alla memoria
- 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, musicoterapia, arte-terapia, danza-terapia.

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

Il lavoro che verrà proposto è incentrato sulla narrazione, sul suono come veicolo di espressione emotiva, sul vario utilizzo e significato della musica in relazione agli stati d'animo. I suoni che ci aiutano a stare bene e quelli che ci provocano sensazioni negative.

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 me e per gli educatori sarà anche un modo per verificare i talenti e la predisposizione di ognuno e anche un modo per modellare il percorso sulla base di queste inclinazioni e attitudini.

Parte integrante del percorso sarà, come sempre, 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, exteriorizzato 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 giugno a novembre 2008.

Numero totale incontri: 24 di 1h 30.

Il progetto di intervento è realizzato in continuità con il periodo precedente (2005-2006- 2007)

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

1.13 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione dell'intervento

Per la realizzazione del progetto è previsto un operatore qualificato. L'operatore svolgerà 36 h.

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

Il progetto è destinato agli utenti delle RSA aziendali.

1.15 Strumenti e Indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

Dopo il lavoro svolto nell'anno 2005-2006-2007 ho 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.

SCHEDA DI 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.

Titolo del progetto: " *Mondo che Scuola* "

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

1.2 Soggetto pubblico titolare

SdS - ASL n° 1

1.2b Soggetto 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 progetto

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

1.5a Spesa totale prevista

€ 6.000,00 totali per l' anno 2008

1.5b Finanziamento totale concesso

1.6 Eventuale compartecipazione finanziaria di soggetti privati

1.7 Localizzazione dell'intervento

- Scuole della Lunigiana
- Centro Educativo "La Fortezza" di Aulla;

1.8 Obiettivi del Progetto

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:

- ***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;
- 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 160 ore***;
- Attivazione di un ***corso di italiano*** per donne straniere presso la scuola di Pontremoli. ***Totale ore 30.***
- ***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.

1.9 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi)

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.

1.10 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 un punto*¹, Aulla, , 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 il Centro educativo.

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

3. 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;
4. qualitativi, come le difficoltà presentate dai minori stranieri dovute a problemi di tipo linguistico-culturale e/o di tipo evolutivo-educativo, la 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..)
5. il livello di scolarizzazione
 6. il grado di conoscenza della lingua italiana,
 7. le potenzialità e risorse ambientali e familiari 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..)

¹ 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.

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

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

Totale ore annue previste 100.

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

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

Presso i Centro educativo territoriali ed i scuola per donne, il mediatore lavorerà a stretto contatto con gli operatori ed educatori del Centro o della scuola per Donne.

Per quanto riguarda la frequenza e la durata degli interventi si prevede una organizzazione oraria di questo tipo: (*tot.ore 190*)

1. *c/o il Centro " La Fortezza" sito in Aulla, il mediatore culturale svolgerà 4 ore settimanali (2 ore per 2 volte alla settimana), per 44 settimane, che corrispondono a circa 10 mesi. Totale ore annue previste:160*
2. *c/o il scuola per Donne stranieri sito a Pontremoli, il mediatore culturale svolgerà 1 e mezzo ore alla settimana . Totale ore annue previste: 30.*

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.

1.12 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

Diagramma temporale

Attività	Gen.	Feb.	Mar.	Apr.	Mag.	Giu.	Lug.	Ag.	Sett	Ott	Nov.	Dic.
Scuola per Donne		si	si	si	si	si			.	.		
Inserimenti scolastici	si	si	si	si	si				si	si	si	si
Centro di Aulla	si	si	si	si	si	si			si	si	si	si
Coordinamento	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.

1.13 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione dell'intervento

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, Romena.

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

1.15 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.

- SCHEDA FINANZIARIA

Un'ora di mediazione costa complessivamente all'associazione € 16.

Inserimenti scolastici 100 ore : tot. 1600 euro

100 ore x 16 € = 1600 €

Centro di aggregazione 160 ore: **tot. 2560 euro**

160 ore x 16 € = 2560 €

Corso di italiano 30 ore: tot. 480 euro

30 ore x 16€ = 480 €

Coordinamento 50 ore: tot. 800 euro

50 ore x 16€ = 800 €

Spese associazione: tot.560 euro



REGIONE TOSCANA

**"UNA TOSCANA PER I GIOVANI"
SCHEDA PROGETTO**

ELEMENTI DEL QUADRO PROGETTUALE LOCALE	SdS / ZONA SOCIO SANITARIA LUNIGIANA PROVINCIA MASSA CARRARA
---	---

• **TITOLO DEL PROGETTO:**

PROGETTO GIOVANI

• **SCOPO SINTETICO DEL PROGETTO:**

**LAVORARE CON E PER GLI ADOLESCENTI E I GIOVANI PER PREVENIRE IL
DISAGIO E I COMPORTAMENTI A RISCHIO, PROMUOVERE L'AGIO E LE
ATTIVITA' AGGREGATIVE E PARTECIPATIVE, SVILUPPARE ABILITA',
INTERESSI E CREATIVITA'**

• **SOGGETTI COINVOLTI**

SOGGETTO TITOLARE	Denominazione Società della Salute Zona Lunigiana/ Asl 1 Indirizzo PIAZZA XXV APRILE 54011 AULLA (MS)
RESPONSABILE DEL PROGETTO	Nome e Cognome Daniela Monali Indirizzo SER.T. LUNIGIANA -54011 AULLA (MS) Tel: 0187/421675 Fax: 0187/421965 e-mail d.monali@usl1.toscana.it

<p style="text-align: center;">SOGGETTO ATTUATORE</p> <p>(Se diverso dal titolare)</p>	<p>Denominazione</p> <p>.....</p>
	<p>Forma giuridica</p> <p>.....</p>
	<p>Indirizzo</p> <p>.....</p>
	<p>Referente:</p> <p>.....</p>
	<p>Telefono:</p>
	<p>Cell.:</p>
	<p>Fax:</p>
	<p>e-mail</p> <p>.....</p> <p>....</p>

- **Aree di intervento**

(indicare con una X l'area di intervento più significativa)

<p><input checked="" type="checkbox"/> FAVORIRE LA PARTECIPAZIONE E LA SOCIALIZZAZIONE</p> <p><input type="checkbox"/> SVILUPPARE LA RAPPRESENTANZA E LA CITTADINANZA ATTIVA</p> <p><input type="checkbox"/> PROMUOVERE PROTAGONISMO E RESPONSABILIZZAZIONE</p> <p><input type="checkbox"/> SOSTENERE E PROMUOVERE LA CULTURA DELLA LEGALITÀ</p> <p><input type="checkbox"/> SOSTENERE E PROMUOVERE LA CREATIVITÀ</p> <p><input type="checkbox"/> INCENTIVARE L'IMPEGNO SOCIALE</p> <p><input type="checkbox"/> REALIZZARE STRUMENTI DI INFORMAZIONE</p> <p><input type="checkbox"/> ALTRO DA SPECIFICARE</p>

• **CARATTERISTICHE DEL PROGETTO:**

<p>Analisi della domanda e dell'offerta: <i>descrizione del fenomeno che si vuole affrontare</i></p>	<p>Il territorio lunigianese per caratteristiche morfologiche risulta essere molto dispersivo e offre poche possibilità di svago e aggregazione per i giovani, che chiedono maggiore coinvolgimento e partecipazione alla vita sociale. Per questo si è pensato ad un progetto che possa coinvolgere direttamente i giovani, attraverso l'ascolto delle loro richieste, la valorizzazione di un luogo fisico nel quale incontrarsi e confrontarsi e la realizzazione di iniziative itineranti. Riteniamo, inoltre, che la possibilità di aggregarsi in un luogo protetto, nel quale la figura dell'adulto sia presente, accogliente, ma non intrusiva, rappresenti un utile strumento di prevenzione del disagio giovanile e dei comportamenti a rischio. Sono stati perciò individuati due centri, dislocati strategicamente nel territorio, che promuoveranno attività aggregative e laboratoriali, <u>in sede e itineranti</u>, favoriranno la partecipazione delle istituzioni scolastiche e di gruppi di giovani referenti e lo sviluppo di un lavoro coordinato e integrato, per i giovani e con i giovani.</p>
<p>Rapporto con il contesto territoriale <i>(Es: coinvolgimento di famiglie, associazioni, ecc.)</i></p>	<p>Il progetto prevede il coinvolgimento di enti ed istituzioni territoriali (scuole e Comuni), di Servizi che si occupano di problematiche giovanili, dei rappresentanti dell'associazionismo e del volontariato locale e della cittadinanza interessata. E' prevista inoltre la partecipazione attiva dei ragazzi.</p>
<p>Obiettivi Generali:</p>	<p>Realizzare un lavoro di rete coordinato ed integrato per la prevenzione dei comportamenti a rischio, attraverso la promozione di nuove e diversificate opportunità per i giovani (cultura, sport, attività formative) e l'offerta di informazioni, consulenza e sostegno a chi lo richieda.</p>
<p>Requisiti del Progetto: <i>contenuti e metodologie dell'intervento</i> <i>destinatari dell'intervento</i> <i>N° di giovani coinvolti:</i> <i>Fascia di età:</i></p>	<p>realizzazione di laboratori, offerta di recuperi scolastici, potenziamento di spazi di ascolto e ricreativi di vario tipo (sport, gioco libero e strutturato, computer...), anche attraverso la messa a disposizione di luoghi utilizzabili dai ragazzi per scopi aggregativi e socializzanti (sala musica, riunioni, 'punto internet'...).</p> <p>Destinatari dell'intervento sono i giovani del territorio lunigianese.</p> <p>Essi rientrano in due fasce d'età: dagli 11 ai 14 anni; dai 15 ai 19 anni.</p> <p>La metodologia di intervento varia in base all'età dell'utenza e alle specifiche esigenze e/o caratteristiche. I giovani coinvolti nel progetto sono circa 700.</p>

<p>Attività <i>Quali attività realizzano obiettivi e funzioni</i></p>	<p>Le attività proposte sono: laboratorio audio-video; laboratori espressivi (musica, pittura, drammatizzazione); laboratori ed eventi itineranti; recuperi scolastici; attività sportiva all'aperto (calcio e pallavolo); redazione di un giornalino periodico e di un 'punto internet'; riunioni con i giovani; incontri con le scuole su tematiche di prevenzione e educazione sanitaria; organizzazione e realizzazione di una stagione teatrale; organizzazione e realizzazione di eventi favorevoli l'aggregazione giovanile (concerti, serate a tema...). Tutte le attività sono mirate al raggiungimento dell'obiettivo primario della prevenzione dei comportamenti a rischio, attraverso l'offerta di uno spazio/tempo che favorisca l'aggregazione e la socializzazione, la voglia di fare e lo sviluppo di abilità o, semplicemente, di interessi diversificati.</p>
<p>Risorse <i>Descrizione dettagliata delle risorse necessarie per il funzionamento</i></p>	<p>Il progetto necessita di n.4 educatori (n.2 per centro) n.1 psicologo n.1 pulmino n.9 posti Attrezzatura laboratorio audio-video Attrezzatura per registrazione audio multitraccia professionale Attrezzatura 'punto internet' Materiale di consumo per le attività laboratoriali Materiale informativo e promozionale</p>
<p>Tempi e fasi <i>Descrizione dei tempi e delle fasi dell'intervento</i></p>	<p>Il progetto ha la durata di un anno</p>
<p>Caratteristica dell'iniziativa:</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Locale <input type="checkbox"/> Regionale <input type="checkbox"/> Nazionale</p>

Luogo di svolgimento:	Provincia Massa Carrara Comuni: Licciana Nardi e Pontremoli Tutti i comuni della lunigiana per le attività itineranti Località Costamala c/o il Centro Polivalente Icaro e Pontremoli c/o Centro Giovanile 'Mons.G.Sismondo'
Partner coinvolti nella realizzazione/ attuazione:	<input checked="" type="checkbox"/> Comuni Comuni della Lunigiana <input checked="" type="checkbox"/> Provincia Massa Carrara <input checked="" type="checkbox"/> Azienda USL n°1 <input checked="" type="checkbox"/> Scuola Medie inferiori e superiori della Lunigiana <input type="checkbox"/> Altre istituzioni (quali)..... <input checked="" type="checkbox"/> Associazioni volontariato <input checked="" type="checkbox"/> Altro gruppi informali di giovani

• **CARATTERISTICHE ECONOMICO - FINANZIARIE DEL PROGETTO**

Quadro economico <i>Descrizione dei costi e delle fonti di finanziamento dell'intervento</i>	I costi riguardano: personale, attrezzature e materiale per i laboratori, pulmino, realizzazione eventi, utilizzo di esperti esterni.
--	--

7.1 Piano Economico

Voci di Spesa	Importo
(Progettazione) Funzionamento e gestione (<i>segreteria, coordinamento, ecc.</i>)	5000 EURO
Personale	100000 EURO
Beni strumentali (<i>attrezzature, macchinari, mezzi di trasporto ecc</i>)	55000 EURO
Materiale di consumo(<i>cancelleria, materiale didattico, ecc.</i>)	5000 EURO
Attività promozionali	3000 EURO
Altre voci (specificare) esperti e realizzazione eventi	20000 EURO
TOTALE	188000 EURO

7.2 Sintesi dei Finanziamenti per l'intervento

Costo totale del progetto	188000 euro
Importo a carico dell'Ente proponente	65800
Importo a carico di altri Enti	
Ricavi derivati dalla realizzazione dell'iniziativa	
CONTRIBUTO RICHIESTO ALLA REGIONE	122200 euro

11. RELAZIONE GESTIONALE

Formulazione ipotesi di gestione <i>Formulazione e motivazione dell'ipotesi di gestione ritenuta ottimale in termini di qualità, convenienza economica e fattibilità operativa.;</i>	cooperativa di gestione
--	--------------------------------

P.E.B.A. – Piano di Eliminazione delle Barriere Architettoniche

Architetto Luca Marzi

Studio Professionale: Piazza San Giusto 8 - 52100 Arezzo

Tel - Fax +39 0575 323116 Cell. 339 6865818

Università degli Studi di Firenze

Dip. delle Tecnologie dell'Architettura e Design Pier Luigi Spadolini"

Via San Niccolò 89/a - 50125 Firenze

Tel +39 055 2491565. Fax +39 055 2347152 Tel +39 055 4279591

luca.marzi@taed.unifi.it

Architetto Enrico Cibeì

Studio Professionale:

Via Baracchini 118 -54028 Villafranca Lunigiana

Tel-Fax +39 0187 495075

Cell +39 3389560853

e.mail studio.cibeì@libero.it

Proposta di fattibilità per la predisposizione dei Piani per l'abbattimento delle barriere architettoniche, P.E.B.A., nel territorio dei Comuni della Lunigiana L.R. 09/09/1991 N.47 all'art.9

Premessa

La proposta che segue è rivolta alla redazione dei Piani per l'Abbattimento delle Barriere Architettoniche, Urbanistiche ed Edilizie, P.E.B.A., nelle aree urbane del comprensorio lunigianese.

Ad oggi esiste già un quadro normativo consolidato, considerato tra i più avanzati in Europa, che affronta il tema dell'abbattimento delle barriere architettoniche, intese nel senso più ampio del termine come *tutto ciò che attiene l'accessibilità, cioè la fruibilità, la sicurezza ed il comfort dell'ambiente urbano e più in generale dello spazio costruito (F. Vescovo)*

La normativa di riferimento nazionale e regionale, in materia di Accessibilità e Abolizione delle Barriere Architettoniche – a cui si rimanda in maniera puntuale e con l'indicazione dei principali **contenuti ed obblighi** per quanto concerne il tema in questione nel Compendio normativo di riferimento, (allegati 1-5) - prevede, tra gli **obblighi** a carico delle Amministrazioni Comunali, la redazione dei P.E.B.A., Piani per l'Abbattimento delle Barriere Architettoniche, Urbanistiche ed Edilizie.

La situazione in Lunigiana

E' necessario evidenziare come l'assetto urbanistico, morfologico ed anche amministrativo del territorio della Lunigiana possa presentare oggettive difficoltà in merito alla possibilità di reperimento di risorse, programmazione d'interventi, conoscenze specifiche in materia, rendendo ancora più complessa la pianificazione, progettazione e realizzazione interventi coordinati e sistematici nello spazio pubblico; riteniamo pertanto che la problematica dovrebbe essere affrontata con una logica di approccio coordinato a livello di comprensorio Lunigianese, esperienza, questa che, in Toscana ha già avuto riscontri positivi (Guida accessibilità urbana in Val di Chiana); riteniamo altresì che il soggetto che dovrebbe ricoprire il ruolo di coordinamento per l'attuazione di quanto sopra possa essere individuato in un ente quale la Comunità Montana della Lunigiana peraltro, già impegnata nella gestione **associata** di funzioni e servizi in materia di procedimenti per la concessione dei contributi per l'abbattimento delle barriere architettoniche, di cui alla deliberazione del Consiglio regionale n.225 del 2003 e n.238 del 22.03.2004, ed in particolare la gestione amministrativa e finanziaria della concessione dei contributi, di cui alla legge regionale n.47 del 1991, e successive modificazioni, **a soggetti privati** per l'eliminazione delle barriere architettoniche nelle seguenti strutture.

Anche per questo riteniamo che **l'Ente comprensoriale, estendendo tale gestione associata, potrebbe assumere ruolo di coordinamento e programmazione per la realizzazione dei P.E.B.A. nei singoli comuni rafforzando così anche il suo ruolo dal punto di vista dello sviluppo delle politiche di protezione sociale per i soggetti deboli** contemplate nei principali strumenti di programmazione da essa emanati.

Si sottolinea inoltre come la Comunità Montana si sia già distinta per iniziative di sensibilizzazione in questo ambito: si segnala ad esempio il Convegno **"Più Vicino—I diritti della diversabilità"**, Aulla 05.12.2003, organizzato in occasione della Festa della Toscana; l'Ente ha inoltre provveduto in questi anni alla concreta realizzazione di interventi volti all'abbattimento delle barriere architettoniche e la realizzazione di interventi per la creazione di strutture ed aree accessibili da parte di un utenza ampliata: citiamo il progetto **"Recupero di aree verdi e strutture finalizzate a rendere accessibile l'ambiente naturale in Lunigiana"**, a cura della Comunità Montana della Lunigiana in collaborazione con i Comuni di Comano, Mulazzo, Licciana N., Podenzana, finanziato nell'ambito del Piano di Sviluppo Rurale 2000-2006, Misura 9.4., "Servizi essenziali per l'economia e per le popolazioni rurali".

Una segnalazione a parte merita inoltre il Corso organizzato da Comune di Podenzana, Società della Salute Lunigiana, Regione Toscana nell'anno 2006, "Persone reali e fruibilità dell'Ambiente costruito - Progettazione per un utenza Allargata" che ha visto il coinvolgimento delle strutture tecniche dei comuni e che ha avuto come momento conclusivo il Seminario del 31.03.2007 "Mi Riguarda—Prime esperienze del Dopo di Noi in Toscana"; nell'ambito del Corso, che ha riscosso un significativo interesse da parte dei tecnici comunali che vi hanno partecipato, si è evidenziato come, ad oggi, nel territorio della Lunigiana non solo non siano state attuate le prescrizioni normative in merito alla Predisposizione dei P.E.B.A., ma che ancora non siano maturate le necessarie sensibilità in materia da parte degli Enti Pubblici che operano nel ambito della programmazione e progettazione dell'ambiente urbano.

Per questo riteniamo che un approccio coordinato potrebbe, altresì, rappresentare un utile momento di riflessione di approfondimento del tema dell'accessibilità come tema fondante per lo sviluppo sociale ed economico del territorio lunigianese; la Comunità Montana potrebbe rivestire, inoltre, un ruolo trainante nell'attivazione di un *approccio multidisciplinare e partecipativo* innescando *un sistema di dialogo* tra Amministrazioni, Istituzioni, Enti ed Associazioni e *parti della comunità interessate alla tematica specifica*, che riteniamo essenziale per la realizzazione del programma che qui si propone.

La proposta

Alla luce di quanto sopra, la presente proposta intende mettere a disposizione della Amministrazione la conoscenza del contesto locale unitamente alle conoscenze maturate in materia per la redazione del "Piano d'abbattimento delle barriere architettoniche e della mappa dell'accessibilità nel comprensorio Lunigianese"

Si allega un ipotesi per la definizione del Piano per l'accessibilità in ambito urbano per la formazione di P.e.b.a., con tavole esemplificative delle fasi di realizzazione tratti da lavori realizzati nei comuni di Viareggio, Pisa, Arezzo, Peccioli (LI) e Val di Chiana, e quadro normativo di riferimento.

Aprile 2007

Architetto Enrico Cibeì

Architetto Luca Marzi

SINTESI DELL' IPOTESI PER LA DEFINIZIONE DEL PIANO PER L'ACCESSIBILITÀ IN AMBITO URBANO LA FORMAZIONE DEL P.E.B.A.

OBBLIGHI E VINCOLI PER I COMUNI DELLA TOSCANA

Le normative regionali che al loro interno prevedono disposizioni in materia di Accessibilità e Barriere Architettoniche, sono varie e complete tanto che le Amministrazioni comunali hanno a disposizione strumenti efficaci per affrontare la problematica. Unendo quindi le disposizioni nazionali che vincolano i Comuni a redigere il Piano di Abolizione delle Barriere Architettoniche (**L.41/1986**), con le disposizioni regionali che stabiliscono le modalità di stesura dei Piani e

l'obbligo di accantonare delle somme da destinare alla stesura dei Piani ed alla realizzazione degli interventi di abolizione delle Barriere Architettoniche (**L.R.47/1991**), e con le più recenti disposizioni che impongono ai Comuni la predisposizione delle Mappe dell'Accessibilità Urbana (**L.R.23/2001**) integrata negli strumenti urbanisti del regolamento urbanistico dalla recente **L.R. 01/2005**, si prefigura per le Amministrazioni locali una serie di obblighi **non derogabili**, in tema di accessibilità urbana e pianificazione dell'abbattimento delle barriere architettoniche.

IL METODO DI LAVORO – FASI DI ATTUAZIONE DEL P.E.B.A.

1 AZIONI ORGANIZZATIVE E DI PREDISPOSIZIONE - RACCOLTA DEL MATERIALE DI RIFERIMENTO

Raccolta del materiale cartografico fornito dall'Amministrazione; dalla raccolta dei dati sulle strutture che accolgono servizi e funzioni comunali e edifici privati aperti al pubblico dall'informatizzazione e inserimento dei dati delle strutture da rilevare; dalle azioni organizzative necessarie per il rilievo e alla strutturazione dei dati per costruire un archivio informatizzato.

*> Adempienze amministrazione: **Nomina di un referente interno. Consegna della cartografia di riferimento in formato digitale. Lista delle strutture comunali o di interesse diretto dell'amministrazione oggetto di rilievo. Scelta dei percorsi sui quali effettuare i rilievi.***

*>Obbiettivi: **Creazione del gruppo di lavoro. Nomina dei rilevatori***

1-1 ELABORAZIONE MATERIALE CARTOGRAFICO

Predisposizione della cartografia per il piano di abbattimento delle barriere architettoniche.

1-2 SCELTA DELLE STRUTTURE DA RILEVARE - PREDISPOSIZIONE AL RILIEVO

Individuazione delle *zone urbane di rilievo e l'elenco delle strutture private di interesse pubblico ubicate lungo I percorsi prescelti*. Al termine di questa fase saranno scelti **un campione di strutture da rilevare e relativi stralci urbani oggetto del rilievo ambientale**.

2 RILIEVO DI MASSIMA DELLE STRUTTURE E DEI PERCORSI

Si individuano i problemi relativi all'accessibilità (nodi di conflitto persone-ambiente di tipo fisicosensoriale), e di mettere in luce le eventuali potenzialità da utilizzare per migliorare la qualità degli spazi edilizi e urbani.

2-1 RILIEVO DELLE STRUTTURE E DEI PERCORSI DI RIFERIMENTO

2-2 ELABORAZIONE DEI DATI

3 VERIFICA ED INTEGRAZIONE DEI DATI

Le informazioni raccolte e standardizzate, come dai punti precedenti saranno oggetto di verifica da parte delle parti interessate dell'Amministrazione, strutturando le nuove informazioni aggiuntive a completamento della fase di rilievo ambientale.

3-1 VERIFICA DEL RILIEVO AMBIENTALE - CLASSIFICAZIONE DELLE CONDIZIONI DI CONFLITTO

RILEVATE - PREDISPOSIZIONE ALLA PIANTA ACCESSIBILITA'

A seguito delle indicazioni rilevate e delle integrazioni richieste viene completata la fase di rilevazione. In questa fase **si definiscono le condizioni di conflitto uomo ambiente** rilevate, specificandone le tipologie. A conclusione di questa fase viene organizzata la **stesura di massima pianta dell'accessibilità** così come da richieste Legge Regionale n.47/91 e Legge Regionale 15 maggio 2001 n.23.

4 VALUTAZIONE DEL GRADO D'ACCESSIBILITÀ

Sulla base dell'intera fase conoscitiva vengono *valutate le strutture e percorsi rilevati e riassunte in 6 categorie per diversa tipologia d'utenza*.

4-1 REDAZIONE DELLA MAPPA DELL'ACCESSIBILITÀ

come da richieste Legge Regionale n.47/91 e Legge Regionale 15 maggio 2001 N.23.

5 REDAZIONE DEI RAPPORTI D'INTERVENTI

con indicato la serie di interventi atti a modificare i "conflitti uomo-ambiente" rilevati.

5-1 VALUTAZIONE DEL RAPPORTO COSTO BENEFICIO

5-2 PROGRAMMI D'INTERVENTO

su questi sono indicate le scale temporali delle azioni che l'Amministrazione effettuerà secondo le scadenze definite dalla stessa amministrazione. Redazione delle carte tematiche e del materiale riguardante la pianta dell'accessibilità.

5-3 PUBBLICAZIONE DEI DATI

L'amministrazione pubblica i dati e a seguito delle eventuali controdeduzioni, **adotta il Piano d'abbattimento delle barriere architettoniche** in sede di consiglio comunale. Contatta inoltre, tramite "conferenza dei servizi" tutti i soggetti dell'amministrazione interessati dal piano, esposizione dei dati, verifica del piano.

LE RISORSE

PREVISIONE BILANCIO 2008 ZONA LUNIGIANA

	SOCIALE	SANITARIO
F.DO SOCIALE COMUNI *	1.877.523,00	
F.DO POLITICHE SOCIALI	1.229.845,59	
INTEGR.DI ZONA SOGLIA MINIMA	21.634,19	
GESTIONE ASSOCIATA	29.450,00	
COMPARTECIPAZIONE UTENTI	660.000,00	
F.DO SANITARIO LUNIGIANA di cui:		4.600.000,00
TOTALE	3.818.452,78	4.600.000,00

FONDO SANITARIO A.S.L. ZONA LUNIGIANA

rette sanitarie non autosufficienti	1.112.000,00
rette disturbati psichici	839.000,00
rette handicap gravi	280.000,00
rette inserimenti tossicodipendenti	60.000,00
CADAL RSA anziani	915.000,00
CADAL psichici, centro psych.,RSA psichici	676.000,00
CADAL servizi tossicodipendenti	160.000,00
CADAL centri diurno alzheimer	358.000,00
Contributi economici disturbati psichici	165.000,00
Contributi economici tossicodipendenti	35.000,00

*** QUOTA FONDO SOCIALE COMUNI ANNO 2007**

AULLA	381.644,00
BAGNONE	72.817,50
CASOLA IN LUNIGIANA	44.055,00
COMANO	28.251,00
FILATTIERA	88.731,50
FIVIZZANO	327.770,00
LICCIANA NARDI	178.959,50
MULAZZO	93.878,00
PODENZANA	71.065,50
PONTREMOLI	297.584,50
TRESANA	75.044,00
VILLAFRANCA LUNIGIANA	169.761,50
ZERI	47.961,00
TOTALE	1.877.523,00

BILANCIO DI PREVISIONE ANNO 2008 - SOCIETA' DELLA SALUTE LUNIGIANA

SOCIALE					
C.ECONOMICO	VOCI DI ENTRATA	IMPORTO	C.ECONOMICO	VOCI DI USCITA	IMPORTO
3A01020102	- CONTRIB. DA COMUNI PER ASS. SOCIALE PER DELEGA	1.877.523,00	3B021501	COSTI PER RICOVERI ANZIANI NON AUTOSUFF. SOCIALE	391.000,00
	di cui:				
3A0102010201	AULLA	381.644,00	3B021502	INTERVENTI ECONOMICI A FAVORE DI MINORI DI CUI:	807.000,00
3A0102010202	BAGNONE	72.817,50		contributi economici € 322.000,00	
3A0102010203	CASOLA IN LUNIGIANA	44.055,00		rette ricovero minori € 485.000,00	
3A0102010204	COMANO	28.251,00			
3A0102010205	FILATTIERA	88.731,50	3B021503	INTERVENTI ECONOMICI A FAV. POP. IN STATO DI BISOGNO	641.868,59
3A0102010206	FIVIZZANO	327.770,00			
3A0102010207	LICCIANA NARDI	178.959,50	3B021504	ONERI ASSICURAZIONI SOCIALE	15.000,00
3A0102010208	MULAZZO	93.878,00			
3A0102010209	PODENZANA	71.065,50	3B021509	COSTI PER ALTRI SERVIZI APPALTATI SOCIALE	72.500,00
3A0102010210	PONTREMOLI	297.584,50			
3A0102010211	TRESANA	75.044,00	3B021510	COSTI PER SERVIZI APPALTATI SOCIALE A CONVENZIONE	1.840.000,00
3A0102010212	VILLAFRANCA LUNIGIANA	169.761,50		domiciliare anziani minori handicap € 1.230.000,00	
3A0102010213	ZERI	47.961,00		centri di socializzazione € 480.000,00	
				assistenza scolastica € 130.000,00	
3A01010103	- QUOTA FONDO ORDINARIO DI GESTIONE F.S.R. SOCIALE	1.280.929,78			
				SOGLIA MINIMA	21.634,19
3A03040101	- CONCORSO PRIVATI SPESE MANT. ANZIANI LUNIGIANA	646.413,00			
				GESTIONE ASSOCIATA	29.450,00
3A030402	- CONCORSO PRIVATI SPESE COMP. CENTRI SOCIALIZZ.	13.587,00			
	LUNIGIANA				
	TOTALE GENERALE SOCIALE	3.818.452,78		TOTALE GENERALE SOCIALE	3.818.452,78

SANITARIO					
C.ECONOMICO	VOCI DI ENTRATA	IMPORTO	C.ECONOMICO	VOCI DI USCITA	IMPORTO
3A01010101	QUOTA FONDO ORDINARIO DI GEST. F.S.R. SANITARIO	4.600.000,00	3B020214	COSTI PER PRESTAZIONI DI ASSISTENZA RESIDENZIALE	2.295.000,00
				rette anziani non autosufficienti € 1.106.000,00	
				rette disturbati psichici € 856.000,00	
				rette handicap gravi € 278.000,00	
				rette inserimenti tossicodipendenti € 55.000,00	
			3B020216	COSTI PER GESTIONE DI SERVIZI SANITARI IN APPALTO	2.105.000,00
				servizio cooperativa rsa aziendali anziani € 915.000,00	
				servizio coop. psichici e rsa aziendali psych. € 672.000,00	
				servizio coop. Attività sert € 160.000,00	
				servizio coop. Centri alzheimer € 358.000,00	
			3B02022701	CONTRIBUTI ASSEGNI E SUSSIDI VARI AGLI ASSISTITI	200.000,00
				contributi economici psichici € 165.000,00	
				contributi economici tossicodipendenti € 35.000,00	
	TOTALE GENERALE SANITARIO	4.600.000,00		TOTALE GENERALE SANITARIO	4.600.000,00

FINANZIAMENTI SOCIETA' DELLA SALUTE LUNIGIANA					
C.ECONOMICO	VOCI DI ENTRATA	IMPORTO	C.ECONOMICO	VOCI DI USCITA	IMPORTO
3A01010206	CONTRIB. PROG. OBIETTIVO - SOCIETA' DELLA SALUTE	297.319,79		I CONTI ECONOMICI IN USCITA SONO DIVERSI A SECONDA DEL TIPO DI SPESA SOSTENUTA.	
				COME DA RENDICONTO REGIONALE:	
				Acquisto arredi ed attrezzature informatiche per SDS	21.283,73
				Eventi formativi per personale SDS, presentazione PIS, convegni e seminari di formazione	10.800,00
				Materiale didattico e rilegatura PIS	3.995,60
				Corso formazione abbattimento barriere architettoniche Comune di Podenzana	3.500,00
				Acquisto autovettura per servizio SdS	16.295,11
				Lavori manutenzione Centro Minori e Famiglie di Terrarossa	5.000,00
				Medici medicina di base	50.000,00
				Trasporto sociale	25.000,00
				Potenziamento servizi assistenziali per anziani non autosuff.	71.145,00
				Apertura nuovi servizi	90.300,35
	TOTALE GENERALE SDS	297.319,79		TOTALE GENERALE SDS	297.319,79

FINANZIAMENTI NON UTILIZZATI FONDO MONTANITA'					
C.ECONOMICO	VOCI DI ENTRATA	IMPORTO	C.ECONOMICO	VOCI DI USCITA	IMPORTO
	FONDI NON UTILIZZATI ANNO 2003	179,09		I CONTI ECONOMICI IN USCITA SONO DIVERSI A SECONDA DEL TIPO DI SPESA SOSTENUTA.	
				FONDI UTILIZZATI	0
	FONDI NON UTILIZZATI ANNO 2004	231.415,23		FONDI UTILIZZATI	96.139,47
	FONDI NON UTILIZZATI ANNO 2005	118.019,23		FONDI UTILIZZATI	118.019,23
	FONDI NON UTILIZZATI ANNO 2006	234.375,53		FONDI UTILIZZATI	234.375,53
	FONDI MONTANITA' ANNO 2007	1.128.228,89		FONDI UTILIZZATI	799.453,36
				TOTALE GENERALE	1.247.987,59
				TOTALE FONDI DA UTILIZZARE	464.230,09
	TOTALE GENERALE	1.712.217,97		TOTALE GENERALE FONDI MONTANITA'	1.712.217,68

GESTIONE FINANZIAMENTI NON UTILIZZATI FONDO MONTANITA'

Conto Econ.	Autor.ne	Descrizione	Importo	Movimenti contabili		Residuo
3B020214	208	FONDO MONTANITA' ANNO 2003	179,09			179,09
3B02041605	179	FONDO MONTANITA' ANNO 2004	231.415,23	Borsa di studio: Prevenzione incidenti domestici	15.000,00	
				Borsa di studio: Progetto Tolomeo	12.000,00	
				Borsa di studio: Vediamoci chiaro	10.000,00	
				Borsa di studio: Sorridiamo alla prevenzione	15.000,00	
				Corretta alimentazione ed educazione al movimento	8.000,00	
				Ci vuole un villaggio per crescere un bambino	5.000,00	
				Carta dei servizi	1.000,00	
				Storno per bilancio sociale di parte sanitaria	2.000,24	
				Storno per bilancio sociale di parte sanitaria	28.139,52	
				TOTALE	96.139,76	
3B02041605	316	FONDO MONTANITA' ANNO 2005	118.019,23	Riabilitazione ambulatoriale, domiciliare, domotica	118.019,23	-
3B02041605	339	FONDO MONTANITA' ANNO 2006	234.375,53	Casa Serena	20.000,00	
				ADI anziani e adulti inabili	130.000,00	
				Prosecuzione ed ampliamento trasporto anziani	20.000,00	
				Riabilitazione ambulatoriale, domiciliare, domotica	17.700,77	
				Storno per bilancio sociale di parte sanitaria	46.674,76	
				TOTALE	234.375,53	-
3B02041605	400	FONDO MONTANITA' ANNO 2007	1.128.228,89	Casa Serena	20.000,00	
				ADI anziani e adulti inabili	130.000,00	
				Interventi a favore di anziani non autosufficienti	260.000,00	
				Centro Diurno per anziani con problemi compartim.	153.000,00	
				Potenziamento Rete Sociale Lunigiana	40.000,00	
				Centro Accoglienza persone con disagio mentale	196.453,36	
					799.453,36	
				TOTALE GENERALE RESIDUI		464.230,09

Nel residuo del fondo montanità anno 2007 devono essere considerati le spese sostenute per i seguenti progetti dei quali sarà chiesta rendicontazione:

1) Potenziamento riabilitazione ambulatoriale domiciliare e domotica; 2) Prosecuzione e potenziamento trasporto anziani; 3) Emergenza Urgenza.

INCIDENZA DI SPESA BILANCIO SOCIALE E SANITARIO PER AREE DI INTERVENTO

2006	SOCIALE	SANITARIO
Incidenza in %	€ 3.301.982,82	€ 5.554.150,23
Anziani	33,65%	58,44%
Minori e famiglie	35,80%	-
Handicap	30,01%	5,18%
Psichiatria	0,05%	32,33%
Tossicodipendenze	0,01%	4,05%
Immigrati	0,45%	-
Altri costi sociale	0,03%	-
2007 (su dati elaborati nel 1° semestre 2007)		
Incidenza in %	€ 3.818.452,78	€ 5.752.637,24
Anziani	31,19%	57,22%
Minori e famiglie	30,00%	-
Handicap	25,20%	4,73%
Psichiatria	0,01%	33,90%
Tossicodipendenze	0,01%	4,15%
Immigrati	0,30%	-
Altri costi	0,05%	-
Maggior finanziamento non utilizzato al 31.12.2007	13,24%	

Sono esclusi dai conteggi il Fondo per la non autosufficienza e il Finanziamento per gli anziani fragili.

ASSEGNAZIONE REGIONE TOSCANA ANNO 2007

- Assegnazione complessiva	€	1.280.929,78
- Assegnazione prevista anno 2007	€	883.403,57
- Maggior Assegnazione anno 2007	€	397.526,21

Tale somma è così distribuita sul bilancio sociale anno 2007:

- € 140.000,00 Area Minori + 35,21%
- € 80.000,00 Serv. Appaltati coop. + 20,12%
- € 126.442,02 Interv.econ.popolaz.bisogno + 31,80%
- € 21.634,19 Soglia minima + 5,44%
- € 29.450,00 Gestione associata + 7,43%

Sono esclusi il Fondo per la non autosufficienza € 220.394,25

Finanziamento per anziani fragili € 38.892,32

La suddetta distribuzione comporta un aumento in percentuale, dei servizi nel bilancio sociale nei settori come sotto riportato:

- Area Minori	+ 20,98%
- Servizi appaltati coop.	+ 4,54%
- Interv. Econ.popolaz. bisogno	+ 24,53%

INCIDENZA DI SPESA BILANCIO SOCIALE E SANITARIO PER AREE DI INTERVENTO

2008		
Incidenza in %	€ 3.818.452,78	€ 5.527.246,00
Anziani	35,59%	59,09%
Minori e famiglie	35,40%	-
Handicap	27,04%	4,93%
Psichiatria	0,01%	35,29%
Tossicodipendenze	0,01%	4,31%
Immigrati	0,30%	-
Altri costi	0,05%	-

INCIDENZA DI SPESA BILANCIO SOCIALE E SANITARIO PER AREE DI INTERVENTO ANNO 2008

BUDGET SANITARIO DI ZONA (esclusa parte sanitaria del bilancio sociale)	
CONSUNTIVO 2006	S.D.S.
CAP.LO/CONTO ECONOMICO	52% SU POPOLOZIONE
3B010101-PRODOTTI FARMACEUTICI	2.200.704,21
3B010102-PRODOTTI DIETETICI	143.645,84
3B010103-MATERIALI PER LA PROFILASSI (VACCINI)	95.964,55
3B010104-MATERIALI DIAGNOSTICI PRODOTTI CHIMICI	717.105,26
3B01010601-PRESIDI CHIRURGICI E MATERIALI SANITARI	1.073.146,48
3B01010602-ACQUISTO PICCOLO STRUMENTARIO	38.956,66
3B01010603-MATERIALE PER DISINFEZIONE E DISINFESTAZIONE	49.188,73
3B010107-MATERIALI PROTESICI	772.545,10
3B010110- COSTI PER PLASMADERIVATI	205.487,91
3B010112-MATERIALE PER FARMACEUTICA INTEGRATIVA	439.286,12
3B010201-PRODOTTI ALIMENTARI	650,72
3B010202-MAT. DI GUARDAROBA, DI PULIZIA E DI CONV.IN GENERE	11.762,67
3B010203-COMBUSTIBILI, CARBURANTI E LUBRIFICANTI	25.627,84
3B010204-SUPPORTI INFORMATICI E CANCELLERIA	109.045,56
3B010205-MAT. PER LA MANUT. DI IMMOBILI E LORO PERT.	28.023,99
3B010207-MATERIALE PER LA MANUT.DI ATTREZZ. TEC.SCIEN.SAN	196.991,13
3B010209-LIBRI, QUOTIDIANI, RIVISTE (ANCHE SU SUPP. INFORM)	2.141,57
3B010210-ALTRI BENI NON SANITARI	796,73
3B02020101-MEDICI DI MEDICINA GENERALE	3.402.814,74
3B02020102-PEDIATRI DI LIBERA SCELTA	608.303,28
3B02020103-MEDICI DI GUARDIA MEDICA PER CONTINUITÀ ASSISTENZI	611.010,92
3B02020105-MEDICI EMERGENZA TERRITORIALE (Turcolini)	800.613,58
3B02020106-COSTI PER MEDICINA DEI SERVIZI	77.512,50
3B020204-COSTI PER MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI	579.050,42
3B020206-COSTI PER DIAGNOSTICA STRUMENTALE E DI LABORATORIO	87.852,01
3B020207-COSTI PER ASSISTENZA FARMACEUTICA DA SOGGETTI PRIV	10.695.322,82
3B020209-COSTI PER PRESTAZIONI DI ASSISTENZA TERMALE DA SOG	16.940,02
3B020210-COSTI PER PRESTAZIONI DI ASSISTENZA INTEGRATIVA DI	449.853,56
3B020212-COSTI PER ASSISTENZA RIABILITATIVA IN CONVENZIONE	1.176.600,98
3B020213-COSTI PER ASSISTENZA PROTESICA DA SOGGETTI PRIVAT	354.446,13
3B020217-COSTI PER PERSONALE A CONTRATTO DI LAVORO AUTONOMO	288.034,95
3B020218-COSTI PER PERSONALE CON MANSIONI SANITARIE FORNITO	373.885,60
3B020222-COMPARTECIPAZIONI AL PERSONALE PER ATTIVITÀ LIBERO	316.556,74
3B020226-RIMBORSO DI SPESE SANITARIE VARIE ED INTEGRATIVE A	17.969,97
3B02022703-CONTRIBUTI PER RIMBORSI PARTICOLARI PATOLOGIE	2.115,88
3B020228-CONTRIBUTI AD ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO	742,79
3B020231-TRASPORTI SANITARI ORDINARI	363.641,63
3B020234-COSTI PER ALTRE CONVENZIONI	6.068,05

BUDGET SANITARIO DI ZONA (esclusa parte sanitaria del bilancio sociale)	
CONSUNTIVO 2006	S.D.S.
CAP.LO/CONTO ECONOMICO	52% SU POPOLOZIONE
3B020313-COSTI PER FORMAZIONE DEL PERSONALE	32.590,23
3B020401-COSTI PER SERVIZI DI MENSA	322.636,68
3B020402-COSTI PER SERVIZI DI RISCALDAMENTO	151.714,54
3B020403-COSTI PER SERVIZI DI LAVANDERIA	143.106,77
3B020404-COSTI PER SERVIZI DI PULIZIA	451.824,88
3B020406-COSTI PER SERVIZI TRASPORTI NON SANITARI	213.586,80
3B020407-COSTI PER SMALTIMENTO RIFIUTI	88.829,64
3B020408-COSTI PER UTENZE TELEFONICHE	117.499,35
3B020409-COSTI PER UTENZE ELETTRICHE	145.558,08
3B020410-COSTI PER UTENZE DI GAS	103.770,06
3B020412-COSTI PER CONSULENZE NON SANITARIE	32.963,65
3B020413-COSTI PER FORMAZIONE DEL PERSONALE	74.774,12
3B020415-COSTI PER PERSONALE CON MANSIONI NON SANITARIE FOR	316.959,50
3B02041601-COSTI PER VIGILANZA E SEGNALETICA	54.663,12
3B02041603-COSTI PER LETTURA OTTICA	29.391,70
3B02041605-COSTI PER PROGETTI FINALIZZATI TERRITORIALI	22.590,84
3B0301-MANUTENZIONI E RIPARAZIONI ORDINARIE AGLI IMMOBILI	324.989,70
3B0302-MANUTENZIONI E RIPARAZIONI ORDINARIE AI MOBILI E M	104.375,08
3B0304-MANUTENZIONI E RIPARAZIONI ORDINARIE AUTOMEZZI (SA	21.753,54
3B0403-FITTI IMMOBILIARI	67.866,34
3B040402-CANONI DI NOLEGGIO APPARECCHIATURE NON SANITARIE	23.678,52
3B05010101-STIPENDI MEDICI E VETERINARI	3.053.455,23
3B05010102-FISSE ED ALTRI ASSEGNI	852.542,81
3B05010201-COMPETENZE ACCESSORIE DA CONTRATTO	372.930,68
3B05010202-ALTRE COMPETENZE ACCESSORIE DISAGIO	66.830,85
3B05010301-INCENTIVAZIONE STORICA	2.868,00
3B050104-ONERI SOCIALI A CARICO DELL'AZIENDA	1.338.887,63
3B05020101-STIPENDI DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	321.218,71
3B05030101-STIPENDI COMPARTO SANITARIO NON DIRIGENTE	4.707.146,18
3B07010101-STIPENDI DIRIGENTI TECNICI	16.726,81
3B07020101-STIPENDI COMPARTO RUOLO TECNICO	821.711,26
3B08020101-STIPENDI COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO	634.674,09
3B090104-ORG.DIRIGENZ.DIRETTORE TECNICO SOC.SALUTE	0,00
3B0902-PREMI DI ASSICURAZIONE	266.245,71
3B0906-IMPOSTA DI BOLLO	1.397,70
3B090901-SPESE DI RAPPRESENTANZA	1.008,86
3B090908-ALTRI ONERI DI GESTIONE	36.512,38
3B100302-AMMORTAMENTO ALTRI DIRITTI DI BREVETTO E DIRITTI D	0,00
3B110201-AMMORTAMENTO IMPIANTI E MACCHINARI SANITARI	39.329,95
3B110202-AMMORTAMENTO IMPIANTI E MACCHINARI TECNICI	0,00
3B110203-AMMORTAMENTO IMPIANTI E MACCHINARI ECONOMALI	241.570,36
3B110401-AMMORTAMENTO MOBILI ED ARREDI AD USO SANITARIO	38.703,03
3B110402-AMMORTAMENTO MOBILI ED ARREDI AD USO NON SANITARIO	31.548,65
3B1105-AMMORTAMENTO AUTOMEZZI	25.571,05
3B1403-ACCANTONAMENTO PER PREMI OPEROSITÀ SUMAI	14.975,02
3B1505-ALTRI ONERI SOCIALI	0,00

BUDGET SANITARIO DI ZONA (esclusa parte sanitaria del bilancio sociale)	
CONSUNTIVO 2006	S.D.S.
CAP.LO/CONTO ECONOMICO	52% SU POPOLOZIONE
3E050103-SOPRAVVENIENZE PASSIVE	302.378,72
3G0301-ALTRE IMPOSTE E TASSE	0,00
COSTI DISTRETTUALI COMUNI ALLE DUE ZONE	410.981,16
COSTI COMUNI AZIENDALI	2.032.935,04
	0,00
TOTALE GENERALE	44.817.680,67