

AGGIORNAMENTO P.I.S.

società' della salute lunigiana

PIGL 2006 - 2008


Società della Salute
Lunigiana

Piano Integrato di Salute **LUNIGIANA**



2008

PREMESSA

IL DISTRETTO – COSA NE PENSA IL CITTADINO

PATTI INTERISTITUZIONALI

PATTI TERRITORIALI

STATO DI SALUTE

- Okkio alla Salute – risultati indagine 2008;
- Relazione sull'indagine sul livello di autostima dei ragazzi delle scuole della Lunigiana;
- Relazione screening visivo “vediamoci chiaro”;
- Relazione progetto Leonardo – screening per la difficoltà di apprendimento;
- Risultati indagine sulle indagini sulla salute orale degli alunni delle scuole medie primarie della Lunigiana;

OBIETTIVI DI PIANO 2006-2008

STATO DI ATTUAZIONE PIS

PROGRAMMI E PROGETTI 2008

LE RISORSE

- Bilancio e Budget
- Fondo Non Autosufficienza

PREMESSA

Il Piano Attuativo 2008 rappresenta l'ultimo aggiornamento del Piano Integrato di Salute 2006-2008, al termine del quale si potrà avviare un'azione di confronto e di valutazione di quanto evidenziato e se le azioni intraprese hanno corrisposto risultati.

La metodologia adottata non si discosta dalla precedente; provvedendo ad un aggiornamento dello stato di salute attraverso la realizzazione di alcuni progetti innovativi.

In particolare si è voluto approfondire, in materia di promozione della salute, strategie comuni tra sistema scolastico e sistema sanitario, sugli stili di vita dei giovani in età evolutiva, in particolare sui comportamenti correlati al rischio di malattie cronico-degenerative ed di contrasto dei fenomeni tipici dell'età giovanile. Questo permetterà di orientare meglio gli interventi di prevenzione e di promozione della salute delle giovani generazioni.

Nello specifico:

- Studio nazionale, coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità, "Okkio alla Salute", indagine sullo stato nutrizionale dei bambini di età compresa tra i 6 e i 10 anni, che raccoglie dati sui parametri antropometrici, le abitudini alimentari e l'attività fisica;
- Indagini ad hoc quali:
 - 1) screening visivo – indagine su tutta la popolazione infantile in età prescolare per riconoscere tempestivamente e rimuovere le cause ambliogene, perché la vera prevenzione consiste nell'identificare precocemente i fattori causali
 - 2) screening odontoiatrico – indagine non strettamente correlata alla patologia cariosa ma a tutto l'apparato stomatognatico, in particolare a una prima valutazione delle malocclusioni (morso crociato) per permettere la prevenzione dell'evento patologico – che ha coinvolto gli alunni dagli 11 ai 14 anni, frequentanti le scuole medie inferiori del territorio.
- Autostima come fattore predittivo per i comportamenti a rischio
- Indagine sui disturbi dell'apprendimento con il progetto "Leonardo"

E' stata inoltre monitorata la programmazione ed integrata dai progetti del bando del privato sociale quale elemento di partecipazione.

Le risorse sociali 2008 sono state decurtate dalla Regione Toscana del 21% rispetto al 30% di non trasferimento dello Stato ai vari settori.

Questo aggiornamento contiene inoltre i Patti previsti nel Piano Integrato sociale Regionale quali :

- il Patto Interistituzionale tra la Società della Salute della Lunigiana e la Regione Toscana,
- il Patto Territoriale tra Società della Salute della Lunigiana e le associazioni di volontariato;
- l'Intesa Interistituzionale per l'avvio dell'assistenza continua alla persona non autosufficiente.

Gli accordi sopra citati, che la Società della Salute condivide ed intende avviare, sono promossi dalla Regione Toscana affinché le zone si impegnino ad "integrare" il percorso per il raggiungimento dei livelli di cittadinanza.

IL DISTRETTO – COSA NE PENSA IL CITTADINO

UNA PICCOLA INDAGINE NEL DISTRETTO PER SAPER COSA SANNO E COSA PENSANO I CITTADINI

Negli ultimi anni si è assistito alla trasformazione dei bisogni di salute e all'affermazione di un diverso approccio alle problematiche dello "star bene"; si è sviluppato un concetto di salute inteso come interesse dell'intera comunità oltre che dell'individuo. Inoltre la crescente diffusione di informazioni sanitarie, determina un aumento di percezione soggettiva del proprio benessere e aumenta il desiderio di intervenire attivamente nelle scelte che riguardano la propria salute. Questa crescita è stata favorita anche dalla trasformazione del rapporto tra il servizio sanitario pubblico e il cittadino, a favore di una progressiva e costante rivalutazione del ruolo e dell'autonomia di quest'ultimo che si traduce poi nell'autonomia delle scelte.

Il cittadino oggi ha sempre più bisogno di essere informato per conoscere e capire come orientarsi nel labirinto del mondo sanitario e comprendere e codificare le informazioni che gli vengono trasmesse anche dai mass media per soddisfare i propri bisogni sanitari.

L'indagine conoscitiva " Il distretto che va verso i cittadini: dall'analisi del bisogno di informazioni al miglioramento dei servizi", risponde alla necessità di monitorare la conoscenza del cittadino utente in relazione al distretto.

Lo scopo, è stato quello di rilevare le opinioni degli intervistati sulle informazioni sanitarie che il cittadino conosce nei confronti dell'organizzazione dei servizi sanitari territoriali e sulla corretta comprensione del linguaggio sanitario con il quale si confronta ogni volta che per problemi di salute entra in contatto con il servizio sanitario, per cercare di individuare "l'effettiva conoscenza" che ha il cittadino dei servizi territoriali, di rilevarne i bisogni di informazione di cui hanno necessità quando si rivolgono all'azienda, guardano come fondamentale erogatore di salute.

Questa indagine rappresenta infatti un possibile strumento di valutazione in quanto permette di evidenziare il grado di competenze sanitarie del cittadino utente. Attraverso un'analisi "sul campo", mediante l'utilizzo del questionario, si è voluto raccogliere opinioni allo scopo di ottenere informazioni circa l'esperienza comunicativa tra Azienda e utenti. Si tratta di una ricerca estesa in 3 zone dell'ASL 5 di Pisa, due zone della ASL 1 di Massa e Carrara e nell'Azienda USL12 di Roma.

Il sondaggio è stato effettuato con modalità diverse nelle tre Aziende, preceduto da una fase "pilota" del questionario avvenuta nei mesi estivi con l'obiettivo di testare su un campione di sedici persone la validità del questionario stesso, ovvero la comprensione e la "comunicatività" focalizzando l'attenzione sulla **chiarezza** e sulla **coerenza** delle domande, sull'immagine e sulla semplicità strutturale del questionario. I risultati emersi dalla fase pilota hanno suggerito correzioni al testo in modo da eliminare le incomprensioni, le domande poco chiare, giungendo in tal modo alla versione definitiva del questionario. Il questionario somministrato, rigorosamente anonimo, ha subito, dopo la fase estiva di sperimentazione, alcune variazioni dall'originale perché dalla elaborazione delle risposte ottenute a Pisa è emerso che tendenzialmente non

venivano compilate le ultime domande e precisamente quelle che riguardavano la conoscenza delle terminologie frequentemente usate in ambienti sanitari, quelle cioè utili ai fini dell'indagine sulla "alfabetizzazione sanitaria".

Lo spostamento delle domande di "alfabetizzazione sanitaria" nella parte iniziale del questionario ha modificato questa tendenza, ma si è potuto comunque riscontrare lo stesso fenomeno riferito alle domande che trovano nella parte finale dell'attuale stesura. Nel contempo è emerso che mentre venivano date le risposte dove erano solo da contrassegnare quelle giuste, non sempre la risposta veniva data in quelle che prevedevano una risposta scritta.

La stesura del questionario è stata preceduta da un'intensa attività di ricerca e di riflessione oltre che da una stretta collaborazione tra esperti nel settore della comunicazione sanitaria, quali la Prof.ssa A. Carducci e il Dott. A. Calamusa.

È stato stabilito di somministrarlo ad un campione di 150 persone, utilizzando la seguente procedura: il questionario è stato somministrato ad un totale di 550 persone individuate all'interno dei distretti e scelte in maniera casuale tra gli utenti presenti nelle sedi distrettuali.

Il questionario rappresenta uno strumento quantitativo e, per alcuni versi anche qualitativo di riferimento, atto a rilevare le percezioni e i livelli di conoscenze personali quali:

- ❖ rilevamento di eventuali difficoltà conoscitive
- ❖ raccolta dei dati in maniera che possano essere confrontati in futuro con altre realtà e utilizzabili per opportune azioni di miglioramento.

Il questionario è caratterizzato da una presentazione in cui viene delineato brevemente gli scopi e le finalità dell'indagine, dalla presenza di 16 domande sulla percezione dei servizi distrettuali e si conclude con un piccolo riquadro dedicato ai commenti e alle proposte. Inoltre il questionario è anonimo.

IL QUESTIONARIO PRESENTATO ERA.....

Il questionario è suddiviso in due sezioni:

- nella I sezione vengono raccolte informazioni di tipo anagrafiche per conoscere l'età della persona, il suo grado d'istruzione e la sua attività, sempre nel rispetto della Legge 675/96 sulla tutela della privacy, infatti il questionario è anonimo e non vi sono elementi che possano identificare la persona;
- nella II sezione si entra nel vivo delle tematiche principali affrontate all'interno del questionario: la percezione dei servizi distrettuali e l'alfabetizzazione sanitaria. Lo scopo di questa sezione è quello di mettere in rilievo il grado di conoscenza che i cittadini hanno circa i servizi territoriali distrettuali e come li usano. La parte che riguarda l'alfabetizzazione sanitaria consiste in un test formato da un elenco di termini in uso dal personale sanitario, che devono essere collocati in altrettante caselle corrispondenti alle parti del corpo che di un omino stilizzato; questo al fine di individuare le "barriere" che si vengono a creare nella comunicazione fra operatori sanitari e utenza. Questi termini, usati nell'ambito medico, si dividono in termini compresi praticamente da tutti, quelli compresi da buona parte di dei cittadini e quelli che richiedono una conoscenza più specifica.

Al termine di ciascuna somministrazione è stato fornito un glossario contenente i significati relativi al test composto dalle suddette parole sanitarie, proprio allo scopo di avviare un primo processo di educazione e di informazione sanitaria all'utente che ha prestato la sua collaborazione alla ricerca.



Università di Pisa
Facoltà di Scienze Matematiche Fisiche e Naturali,
Facoltà di Medicina e Chirurgia, Facoltà di Lettere e Filosofia , Facoltà di Farmacia



OSSERVATORIO DELLA COMUNICAZIONE SANITARIA



Luogo del rilevamento

Distretto/sede

Aulla

Pontremoli

Fivizzano

Gentile Signora, Gentile Signore

Le chiediamo cortesemente di dedicarci un poco del Suo tempo per rispondere alle domande che seguono per uno studio sulla conoscenza dei bisogni dei cittadini attraverso i servizi messi a disposizione nell' Azienda sanitaria. L'obiettivo è migliorare la qualità dei servizi attraverso le Sue segnalazioni.

Il questionario è anonimo. Per rispondere al questionario sarà sufficiente barrare con una crocetta la risposta che ritiene più valida. Nell'eventualità Voglia esprimere ulteriori considerazioni e suggerimenti, potrà farlo nello spazio a Lei riservato nell'ultima pagina (Osservazioni e proposte). GRAZIE per la collaborazione.

QUESTIONARIO

Notizie anagrafiche e generalità

Sesso

M

F

Età

da 18 a 44

da 45 a 65

oltre 65

Provincia di nascita

Comune di residenza/domicilio.....

Titolo di studio

Attività attuale studente dipendente libero professionista
 casalinga/o pensionato/a
 altro

Percezione del Distretto

1) Conosce i luoghi dove può rivolgersi per i suoi bisogni di salute?

Sì No

2) Quali conosce?

.....
.....
.....

3) Con quale frequenza li utilizza ?

....volta/e alla settimana volta/e al mese volta/e all'anno

4) Con quale frequenza si reca al Distretto?

....volta/e alla settimana volta/e al mese volta/e all'anno

5) Sa cos'è un Distretto sanitario?

- Poliambulatorio
- Ambulatorio
- Luogo che fornisce servizi
socio-sanitari sul territorio
- Succursale dell'azienda ospedaliera

6) Per quale motivo ha scelto questa struttura sanitaria?

- Per consiglio del medico
- Per consiglio di amici/familiari
- Perché è vicino a casa
- Altro (specificare).....

7) Fra i servizi proposti dal Presidio, quali conosce?

.....
.....
.....
.....

8) Di quali servizi ha usufruito?

.....
.....
.....

9) Sa cos'è la Carta dei Servizi?

- Tesserino sanitario
- Carta che regola i diritti/doveri del cittadino in sanità
- Piantina del Presidio

10) Se deve fare una medicazione, una iniezione dove va?

- Pronto Soccorso
- Reparto ospedaliero
- Distretto
- Medico di famiglia
- Familiari/Conoscenti
- Altro.....

11) Quando va al Distretto riesce a capire il linguaggio usato da:

- | | | | |
|----------------|-----------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|
| Medici | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Parzialmente | <input type="checkbox"/> No |
| Infermieri | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Parzialmente | <input type="checkbox"/> No |
| Amministrativi | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Parzialmente | <input type="checkbox"/> No |

12) La Sua famiglia ha mai avuto necessità di servizi a domicilio (per fare terapie sanitarie, oppure per un aiuto a casa a persone malate o inabili) ?

- Si
- No

Se si, da chi è stata fornita la prestazione ?

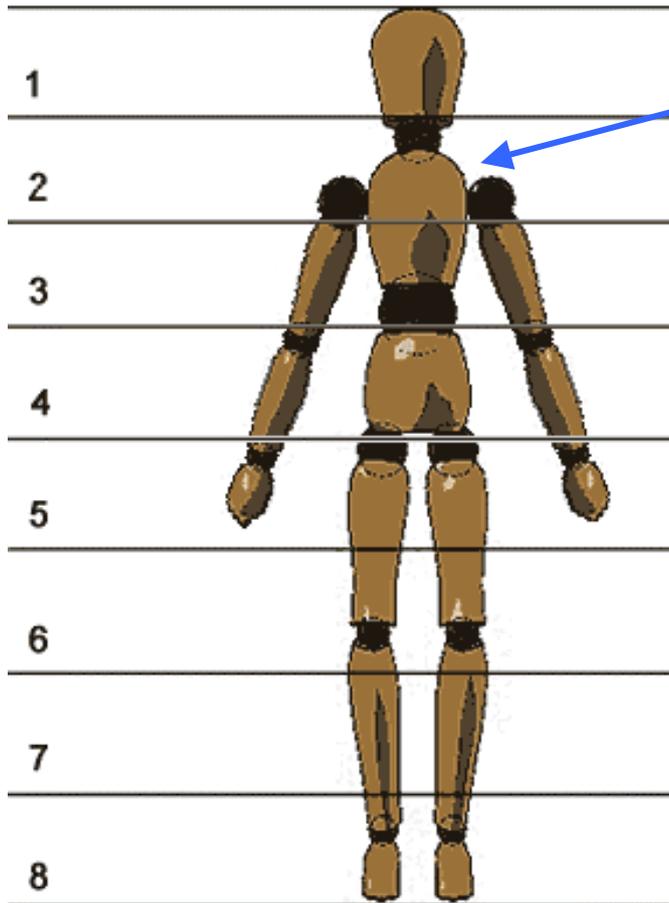
- Servizi del Distretto
- Medico di famiglia
- Operatori privati
- Amici e familiari
- Altri.....

Che tipo di prestazioni Le sono state fornite?

- Prestazioni infermieristiche (prelievi ematici, iniezioni intramuscolari, flebo, cateteri, medicazioni, educazione sanitaria, ecc,)
- Visite/controlli medici anche specialistici
- Attività di fisioterapia e recupero fisico
- Attività di cura dell'igiene, sia della persona che della casa
- Altro.....

Test di parole sanitarie

A) Indicare con una freccia le parole che seguono con la corrispondente zona del corpo disegnato, oppure, mettere il numero.



Esempio: Rinite (1)

- Pap Test
- Tomografia assiale computerizzata
- Cistite
- Esame vascolare
- Aorta
- Cefalea
- Epicondilite
- Tiroide
- Tachicardia
- Problema di deambulazione
- Problemi biliari
- Tossicologia
- Dolori addominali
- Cavo orale

B) Cos'è il triage?

Operazione chirurgica

Una scienza

Sistema per selezionare l'urgenza/emergenza

C) Quando fa un controllo generale, si può anche definire:

Check in

Check up

Check out

D) Cos'è il "day surgery" ?

Un asilo nido

Un batterio

Chirurgia ambulatoriale

E) Cos'è la posologia?

Una malattia

Una dose

Analisi del peso di una persona

F) Cosa sono i radicali liberi?

Soggetti della politica sociale

Farmaci omeopatici

Sostanze molto reattive che creano mutamenti

OSSERVAZIONI E PROPOSTE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

COME SI E' PROCEDUTO E QUELLO CHE E' EMERSO

Dopo l'autorizzazione alla somministrazione ottenuta dal Responsabile di zona, nonché Direttore Tecnico della Società della Salute della Lunigiana, è stata organizzata la somministrazione dei questionari. In un territorio con le caratteristiche geomorfologiche della Lunigiana, la scelta più opportuna è apparsa quella di individuare le tre sedi con maggiore affluenza di utenti : Aulla, Pontremoli e Fivizzano.

Le tre sedi individuate, inoltre, rappresentano le tre vallate della zona e in conseguenza tre diverse realtà sanitarie; Pontremoli e Fivizzano sono da sempre sedi di presidi ospedalieri, mentre Aulla si è sempre confrontata con la realtà territoriale. Altro punto preso in esame è stato quello di decidere se somministrare i questionari durante la mattina o nel pomeriggio; l'utenza che transita nelle sedi distrettuali non è la stessa in quanto sono diverse le prestazioni che vengono erogate.

Dopo il primo giorno di prova, è scaturita la decisione di somministrare il questionario nel pomeriggio in quanto è risultata evidente un maggior disponibilità da parte dell'utenza nel dedicare parte del proprio tempo alla compilazione. E' subito emerso che la "lunghezza" del questionario era una criticità per la compilazione, specialmente da parte di persone di età superiore ai 65 anni. Non è stato semplice infatti coinvolgerli nella compilazione; la scusa ricorrente era " non

ho portato gli occhiali", " non capisco " e " sono stanca, tanto non cambia niente ".

Diversa è stata invece la partecipazione e la disponibilità delle persone più giovani. Anche se non tutti si sono dimostrati " contenti ", la maggior parte delle persone coinvolte ha espresso soddisfazione per il fatto che veniva richiesto loro di esprimersi nei confronti di una questione così importante come il rapporto con il sistema sanitario. Il fatto poi che fosse garantito l'anonimato ha reso più liberi di esprimere il proprio pensiero. E' vero anche che una certa forma di scetticismo affiorava spesso nei commenti.

NOTIZIE ANAGRAFICHE E GENERALITA'

La parte iniziale del questionario chiede alcune informazioni anagrafiche della persona che compila il questionario, nel rispetto della tutela della privacy.

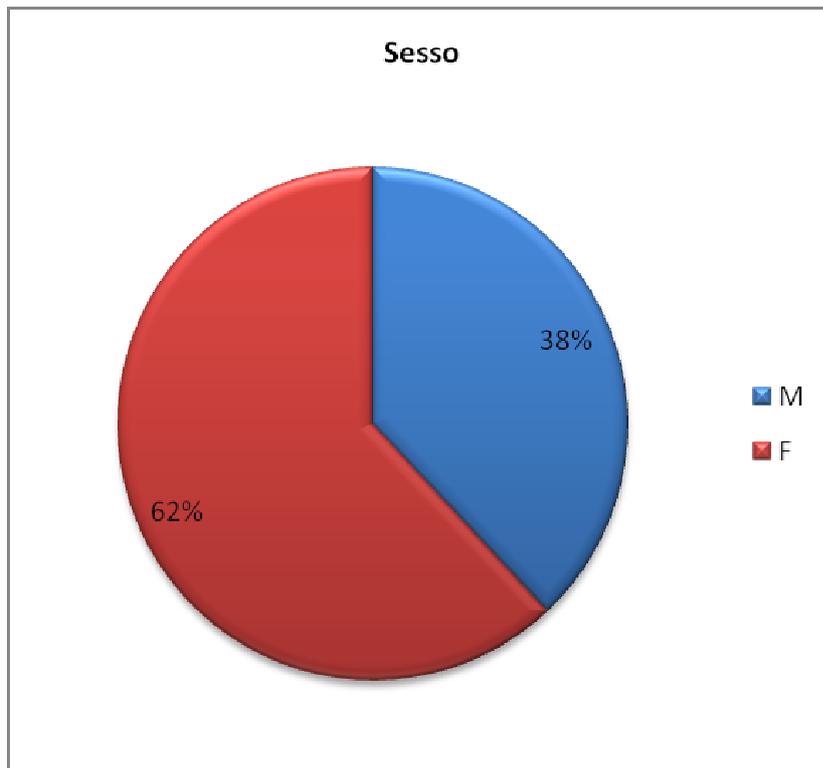


Fig. 1 La maggioranza di persone alle quali è stato somministrato il questionario risulta essere di sesso femminile (62%),

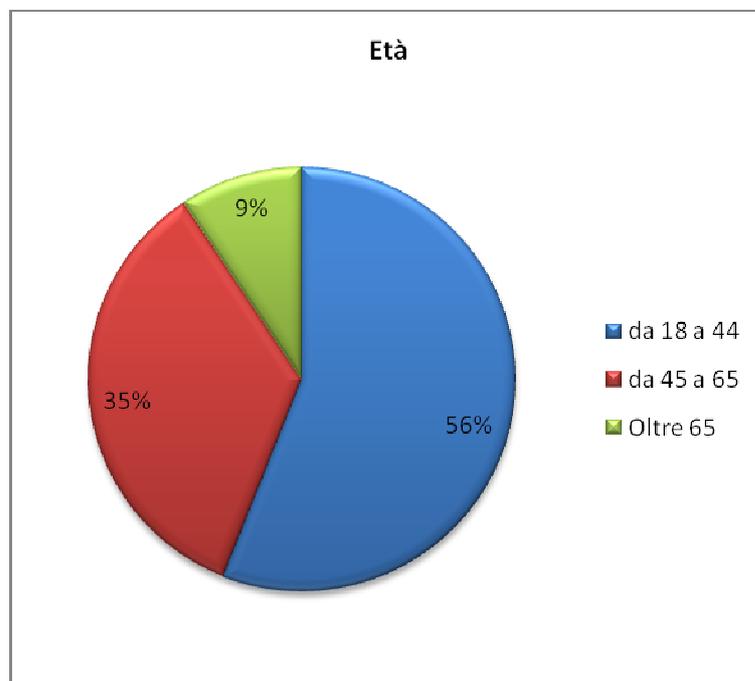


Fig.2 La fascia di età delle persone alle quali è stato somministrato il questionario che ha risposto più numerosa risulta essere quella fra 18 - 44 anni (56%)

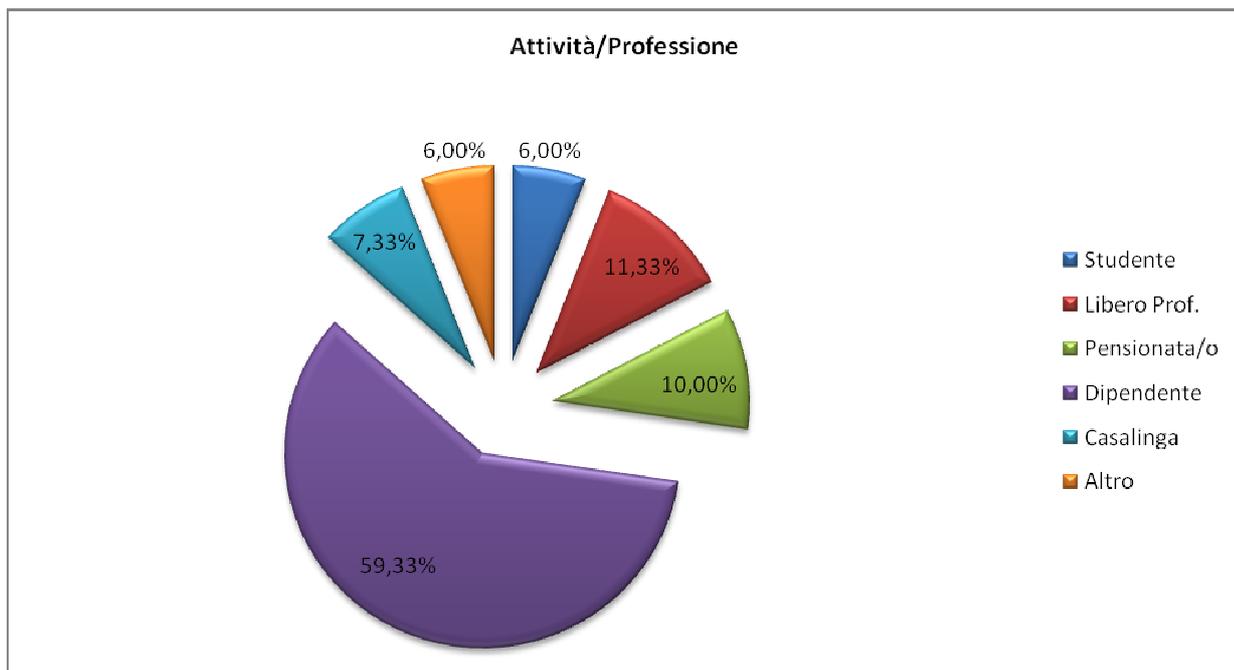
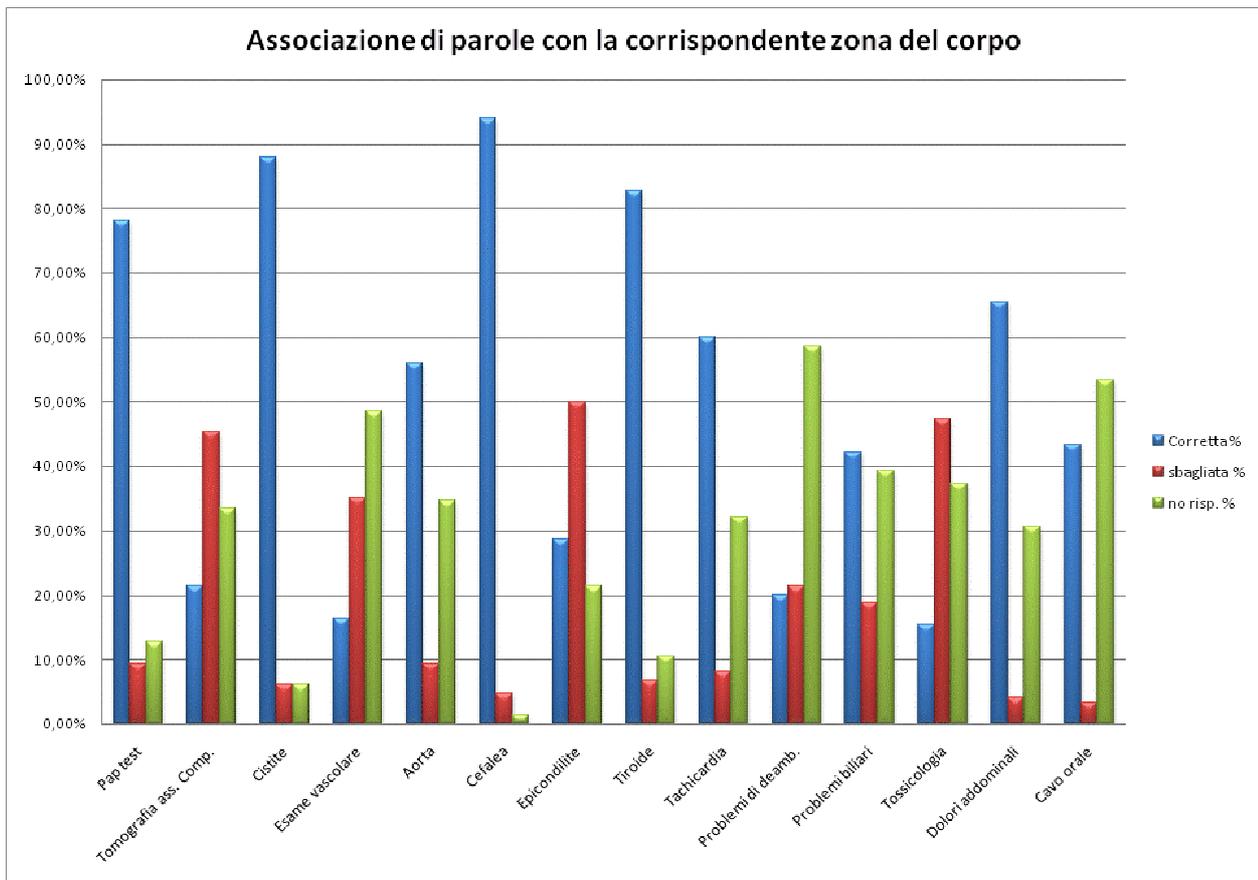


Fig.3 L'attività lavorativa prevalente risulta essere quella derivante da lavoro dipendente (59,33%), seguita con una percentuale molto minore da liberi professionisti (11%)

TEST DI PAROLE SANITARIE



Risultati test parole sanitarie

Per quanto riguarda la comprensione dei termini sanitari e la loro associazione con la corrispondente zona del corpo, i dati emersi che rendono significativa l'indagine sono:

Pap test il **78%** corretta

Tomografia assiale computerizzata il **45%** sbagliata mentre il **33%** non risponde

Cistite l' **88%** corretta

Esame vascolare il **35%** sbagliata mentre il **48%** non risponde

Aorta il **56%** corretta mentre il **34%** non risponde

Cefalea il **94%** corretta

Epicondilita il **50%** sbagliata mentre il **21%** non risponde

Tiroide l' **82%** corretta

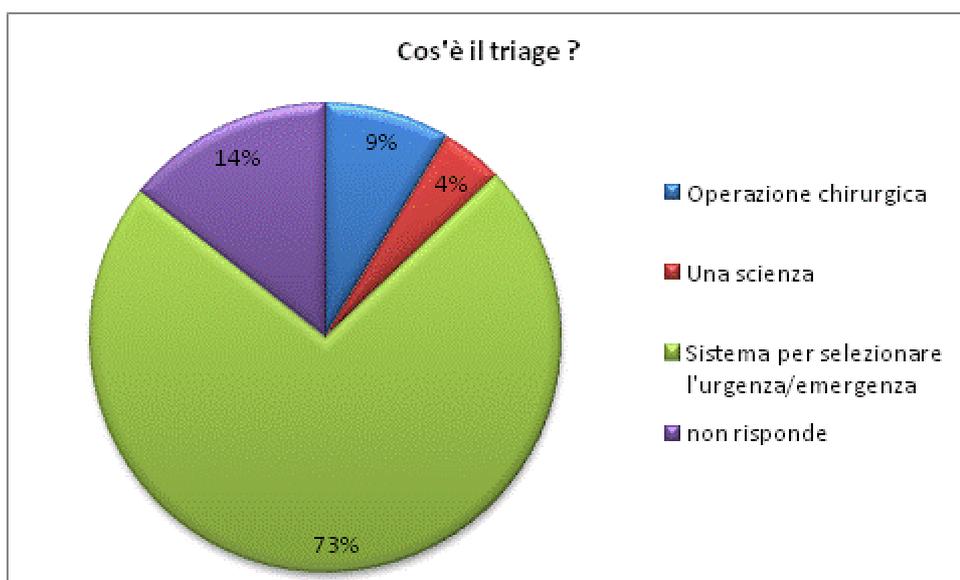
Tachicardia il **60%** corretta mentre il **32%** non risponde

Problemi di deambulazione il **58%** non risponde e il **21%** non risponde

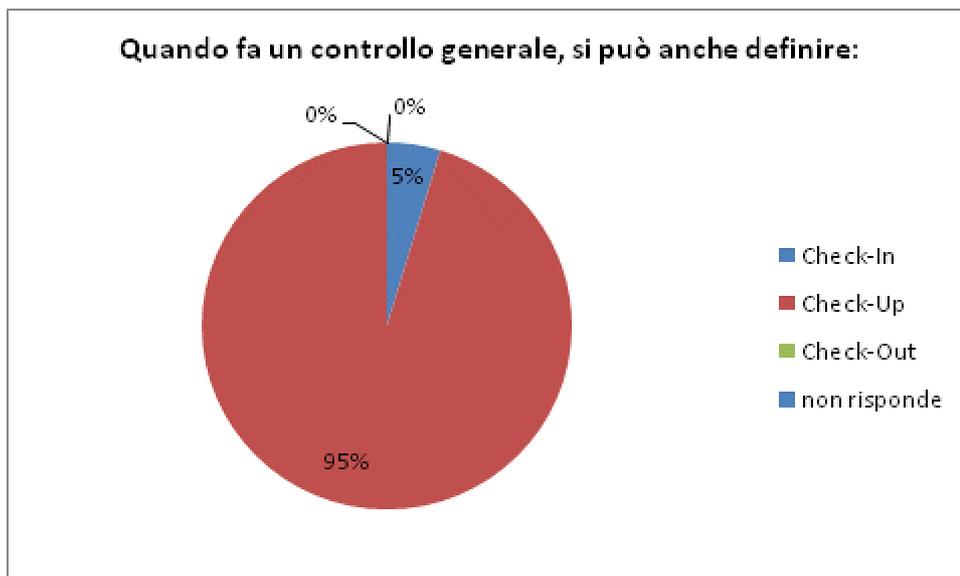
Problemi biliari il **42%** corretta mentre il **39%** non risponde
Tossicologia il **47%** sbagliata mentre il **37%** non risponde
Dolori addominali il **65%** corretta
Cavo orale il 43% corretta mentre il **53%** non risponde.

Dalla elaborazione di questi ultimi dati emerge come anche le parole relativamente semplici, possono presentare difficoltà di comprensione per molti, questo è dimostrato dalle alte percentuali di risposte sbagliate e non risposte. La difficoltà poi non riguarda solo la comprensione della terminologia, ma anche la giusta collocazione negli organi corrispondenti, particolarmente sentita da soggetti anziani e meno istruiti.

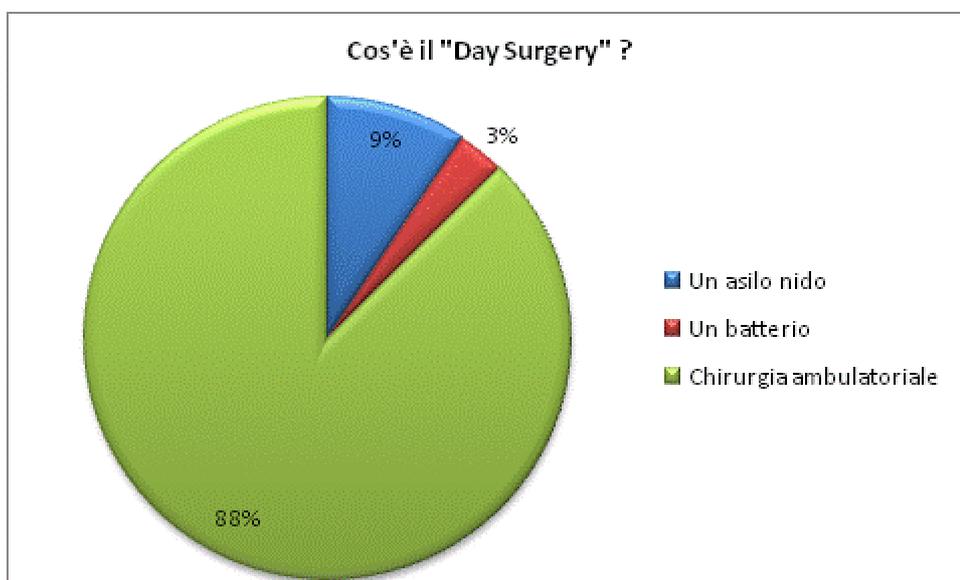
Solo per pochi termini quali cefalea, tiroide, cistite, dolori addominali e pap test, forse perché di uso più comune, la maggioranza ha risposto in modo corretto.



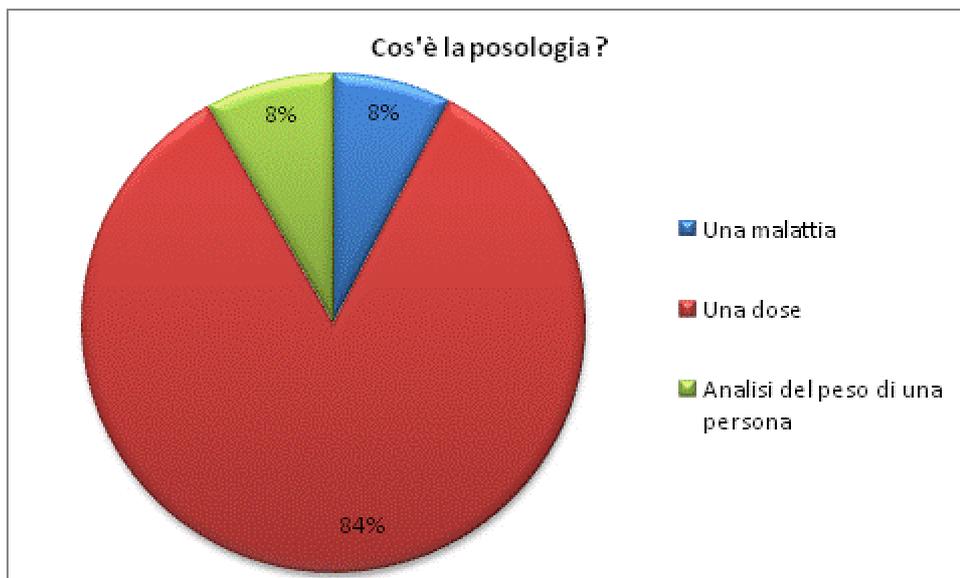
B) Alla domanda "Cos'è il triage", la percentuale maggiore è quella che risponde esattamente e definisce in modo corretto (73%), seguita da operazione chirurgica (14%)



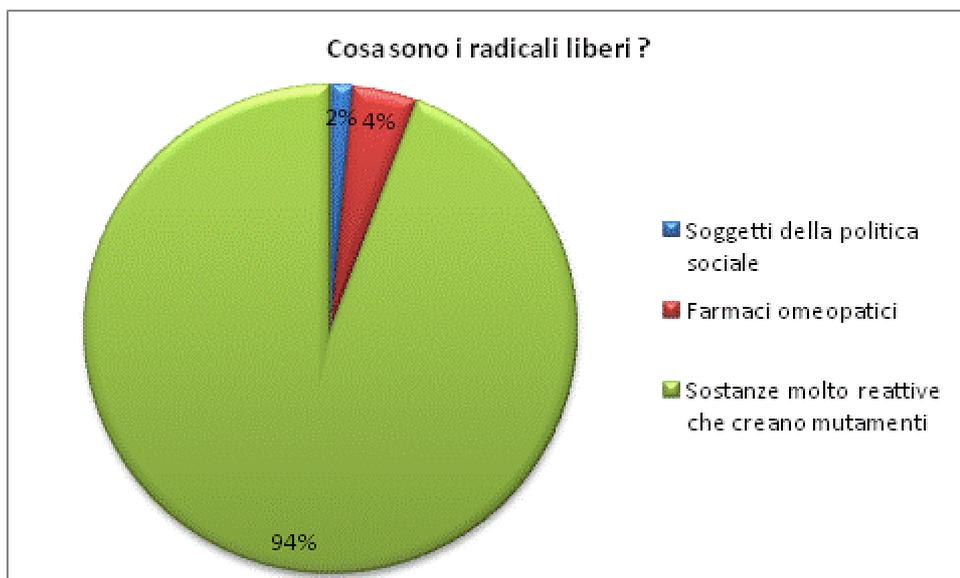
C) Anche per quanto riguarda la risposta alla domanda che chiedeva di riconoscere la parola comunemente usata per definire un “controllo generale”, la quasi totalità dimostra di riconoscere il termine “Check Up” (95%)



D) Alla domanda che chiede la definizione della parola “day surgery” , una percentuale molto alta risponde in modo giusto (88%), è però curioso notare che una piccola percentuale la definisce come “asilo nido” (9%)



E) Anche al significato di “posologia” la maggior parte delle persone risponde in maniera giusta (84%), sono esattamente uguali le percentuali che definiscono la parola “una malattia” e “una dose” (8%)



F) E' altissima la percentuale che definisce in modo giusto cosa sono i “radicali liberi” (94%), solo una piccola percentuale li definisce “farmaci omeopatici” (4%)

L'interpretazione data ad alcune parole sanitarie di uso comune è risultata la seguente:

“triage” il **72%** lo definisce correttamente come “sistema per selezionare l’urgenza/emergenza
“controllo generale” il **95%** lo riconosce nella parola inglese “check up”

“Day Surgery” il **87** riconosce nella parola inglese il corrispondente di “chirurgia giornaliera-ambulatoriale”, curioso un **9%** che definisce la parola come “asilo nido”

“Posologia” il **84%** lo definisce correttamente come “una dose”

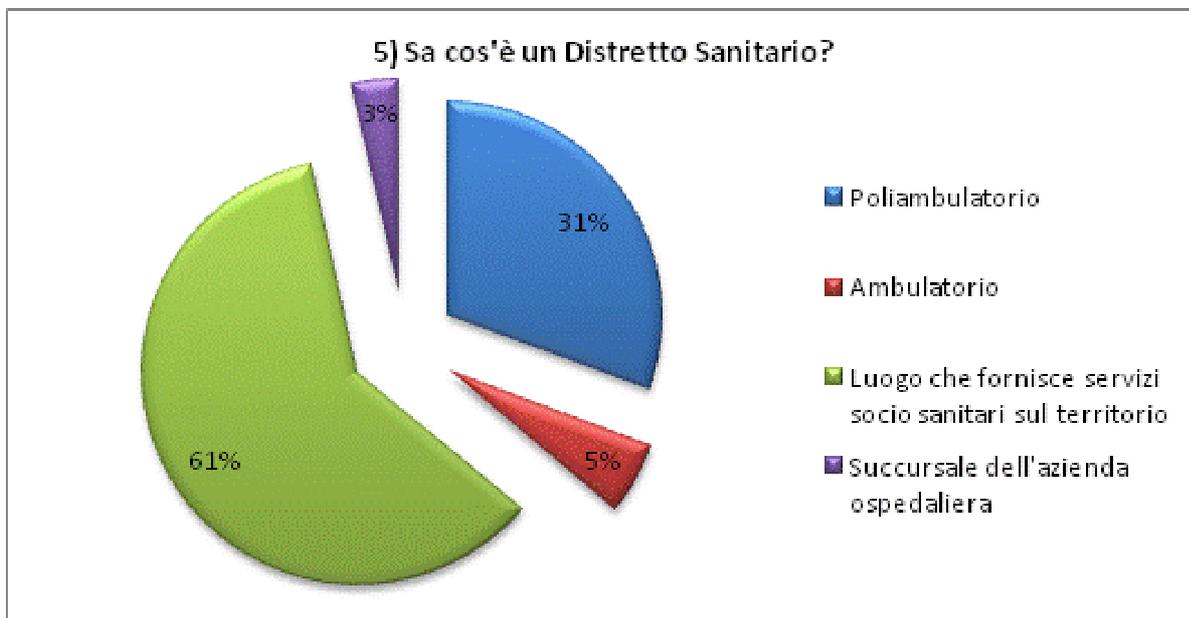
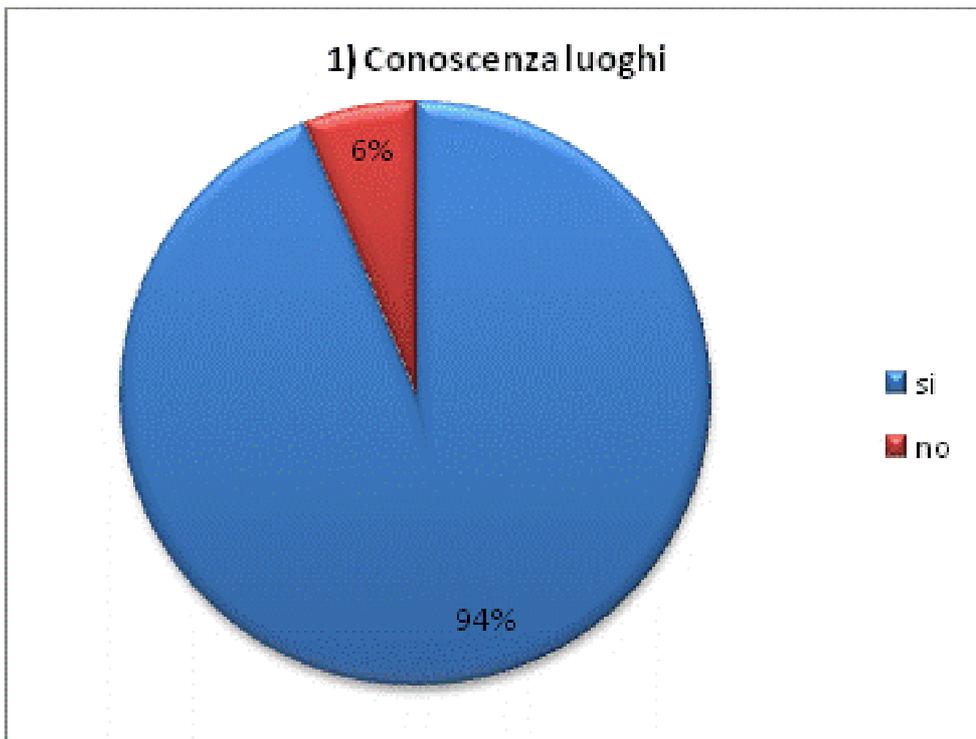
“Radicali liberi “ il **94%** definisce correttamente come “sostanza molto reattive che creano mutamenti”.

In questo caso le risposte dalla maggioranza sono giuste. La maggior familiarità con alcuni di questi termini può essere anche derivata dall’ascolto di trasmissioni televisive molto seguite da parecchie persone, trasmissioni che non hanno però portato ad un sostanziale miglioramento nei confronti della terminologia sanitaria, infatti sono ancora molte le imprecisioni e la confusione sull’argomento.

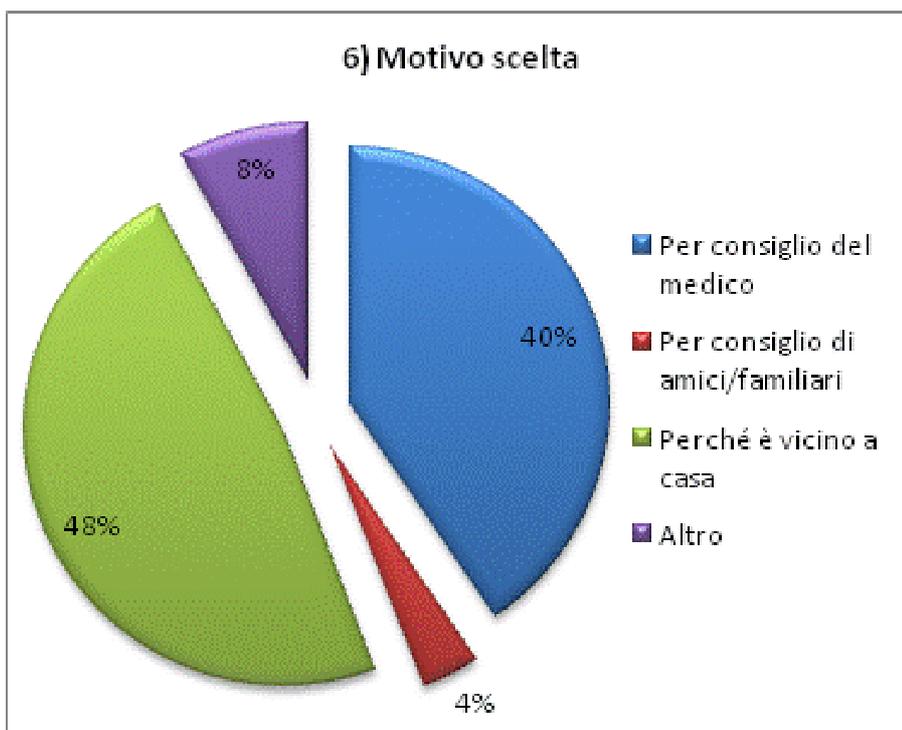
PERCEZIONE DEL DISTRETTO

Le domande che compongono la parte del questionario che riguarda la “percezione del distretto” sono complessivamente 16 e sono state inserite per capire quali sono le conoscenze che hanno i cittadini utenti sia a livello strutturale, sia a livello del funzionamento dei servizi e anche della percezione della qualità dei servizi che vengono erogati all’interno del distretto (sanitari e amministrativi). Sono inoltre state inserite alcune domande che possono aiutare a capire quali settori, nella percezione dei cittadini, avrebbero bisogno di essere modificati apportando miglioramenti

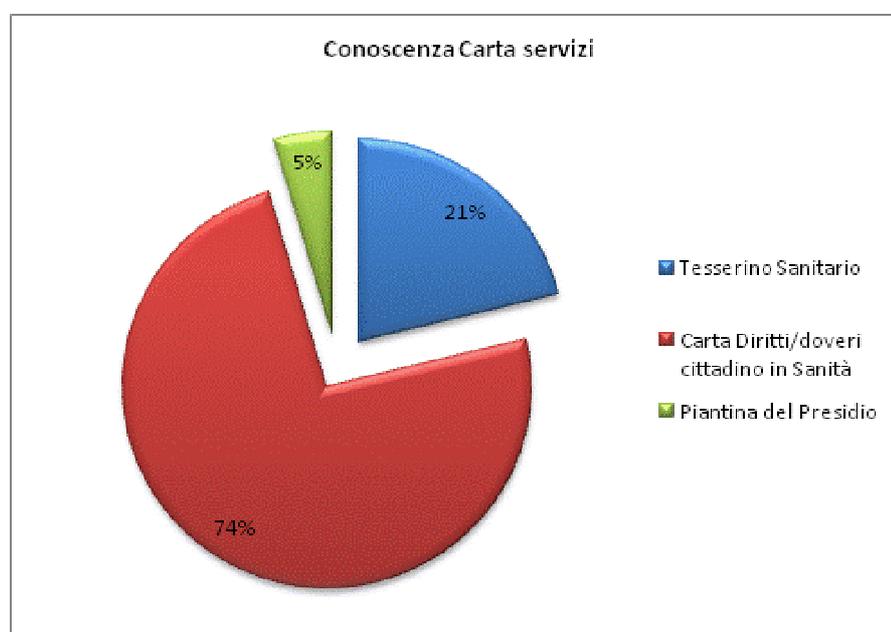
1) Alla domanda che chiede ai cittadini se sanno dove “rivolgersi per i propri bisogni di salute”, una altissima maggioranza risponde in maniera affermativa (94%)



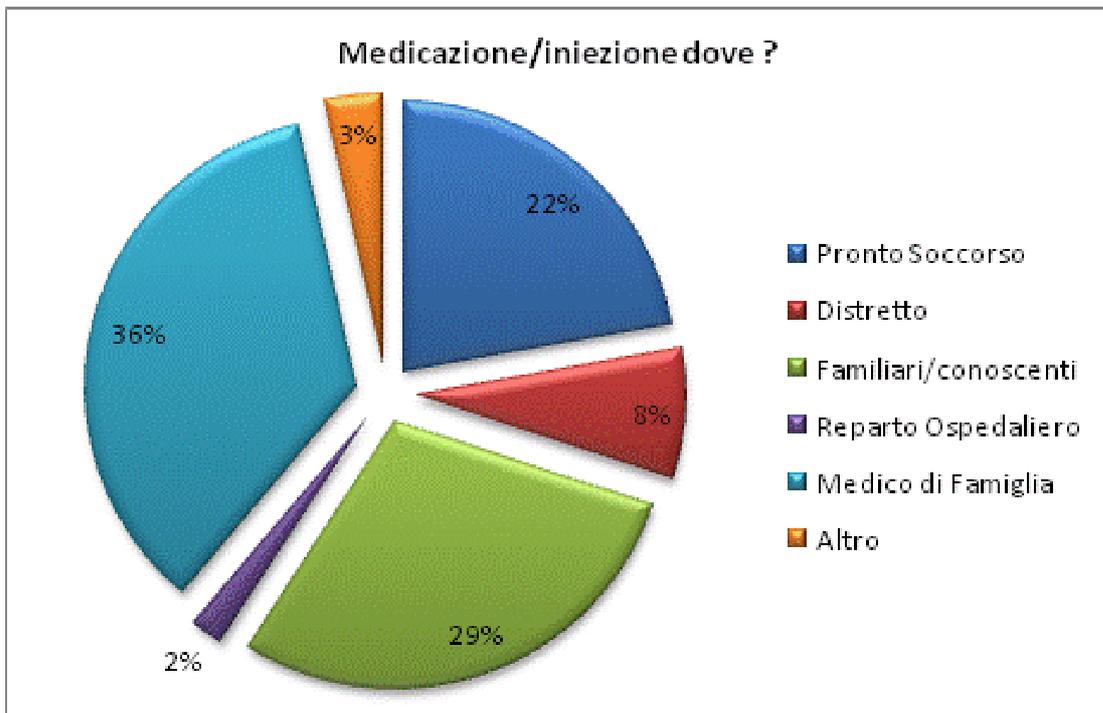
5) Alla domanda che chiede la definizione di distretto una buona parte da la definizione di “ luogo che fornisce servizi sociosanitari” (61%), è da notare comunque che una fetta rappresentativa degli intervistati definisce il distretto come “Poliambulatorio” (31%)



6) “Il motivo della scelta” della struttura sanitaria alla quale gli utenti si rivolgono per usufruire delle prestazioni sociosanitarie, o per sbrigare formalità burocratiche riguardanti la propria salute, la percentuale maggiore (47%) riferisce perché è vicino a casa, seguita da chi riferisce per consiglio del medico (41%)

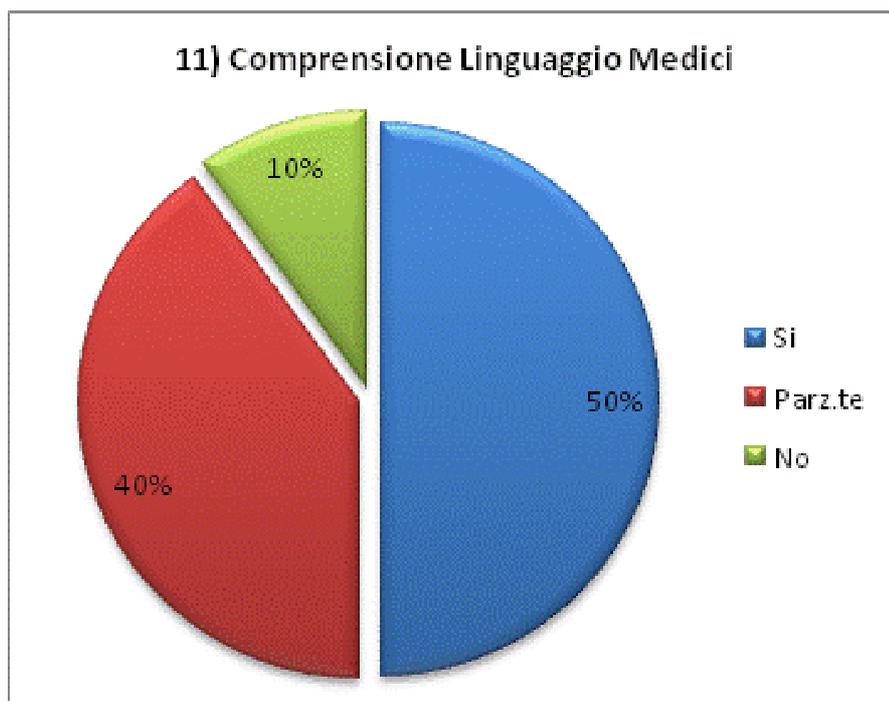


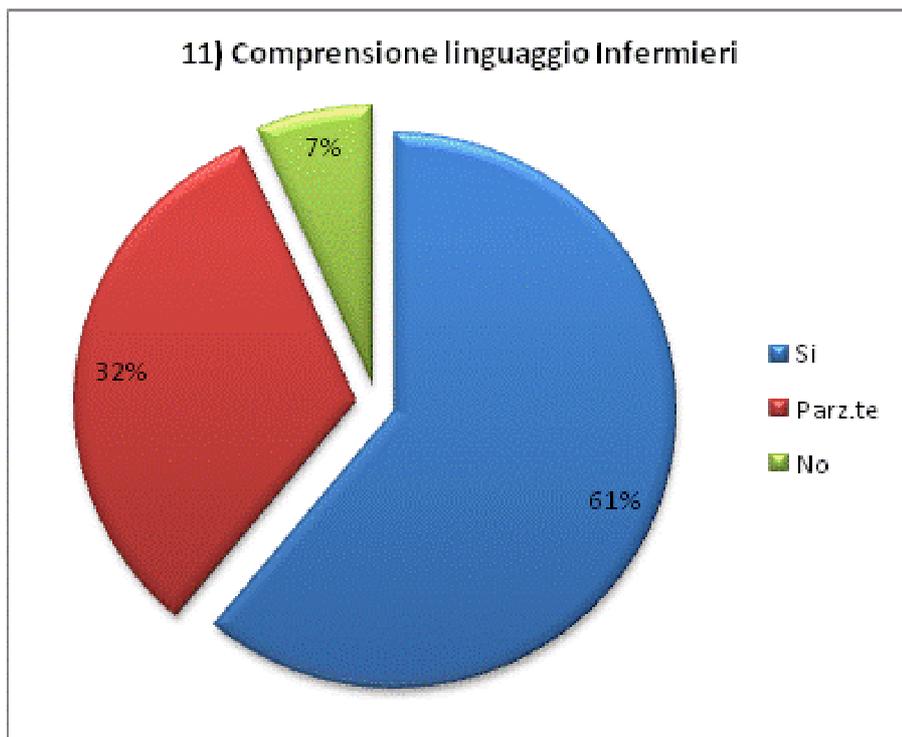
9) Alla domanda che chiede di dare una definizione della “Carta dei Servizi”, una percentuale molto alta (74%), dichiara di sapere che si tratta di un documento nel quale vengono regolati i diritti/doveri del cittadino in sanità, anche se una percentuale rappresentativa (21%) la definisce tesserino sanitario



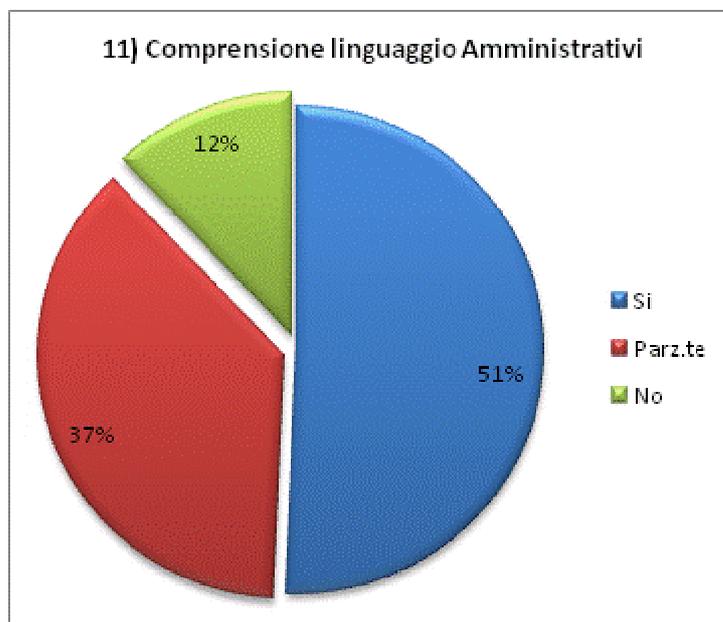
10) Le risposte che vengono date alla domanda che chiede a chi si rivolge l'utente in caso di necessità di medicazioni o iniezioni, sono suddivise quasi equamente in quanto le percentuali riportano: medico di famiglia (36%), Familiari e conoscenti (29%) e pronto soccorso (22%); solo una piccola parte dichiara di recarsi al distretto (8%)

11) Alla domanda che chiede all'utente se comprende il linguaggio usato dalle tre categorie di operatori che incontra più facilmente quando si rivolge al distretto per richiedere ed ottenere prestazioni o servizi, le risposte in percentuale non discostano molto per quanto riguarda le categorie in questione: i medici vengono capiti (50%) e parzialmente (40%) gli infermieri vengono capiti (61%), parzialmente (32%)

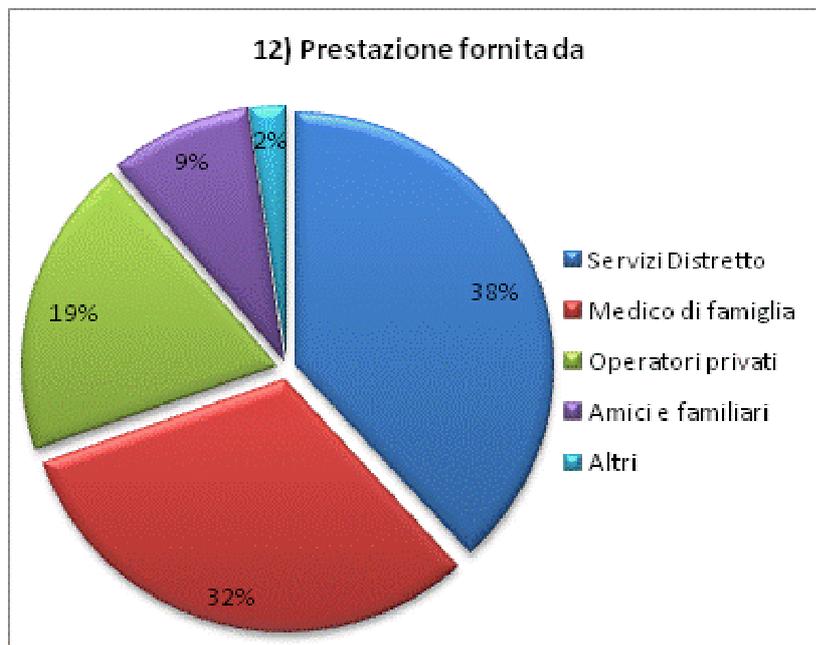
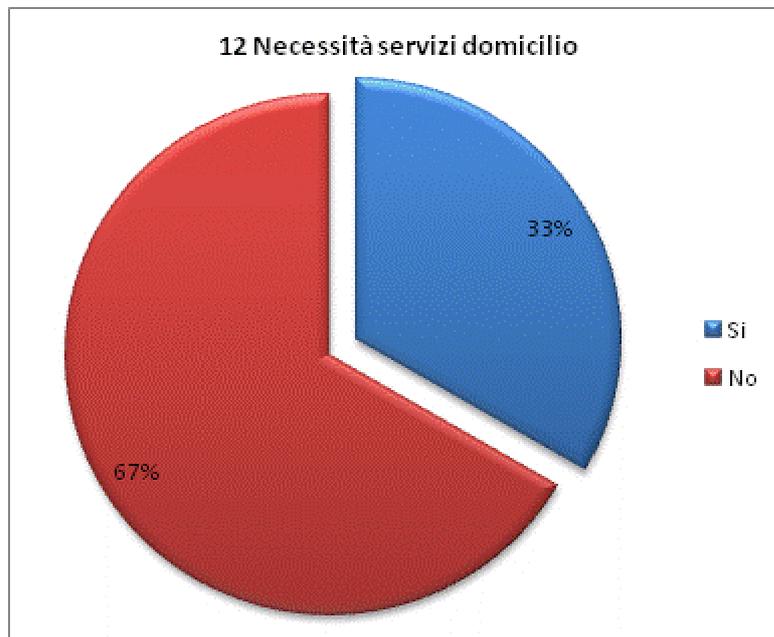




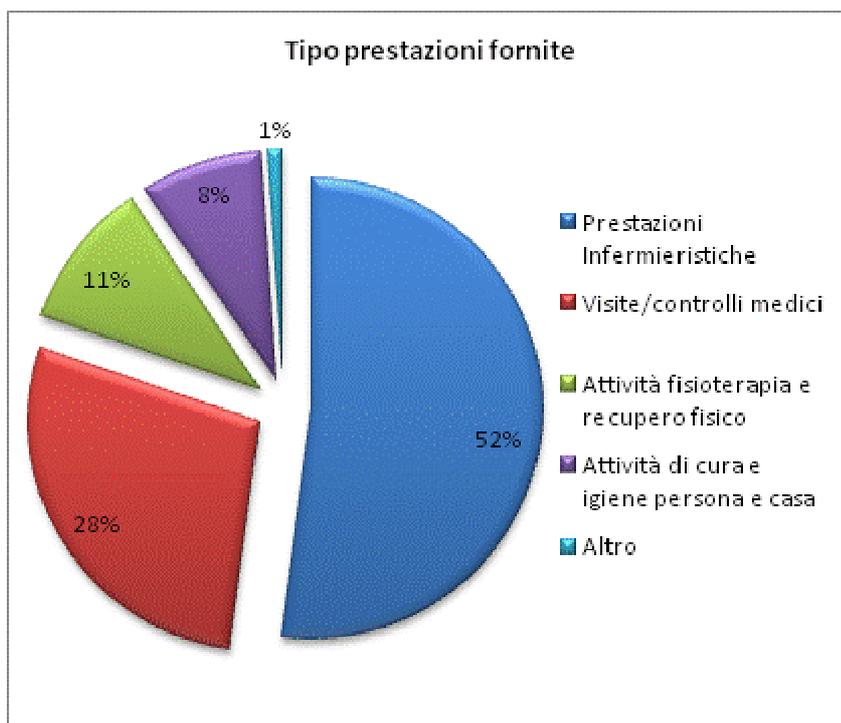
Non molto diversa è la comprensione del linguaggio usato dagli amministrativi quando si rivolgono all'utenza, infatti vengono capiti bene (51%) e parzialmente (37%)



12) Alle domande che chiedono se l'utente ha avuto necessità di richiedere prestazioni a domicilio e se sì, da quale servizio e che tipo di prestazione è stata fornita, la percentuale di risposte maggiore è stata di non aver utilizzato prestazioni domiciliari (67%), mentre

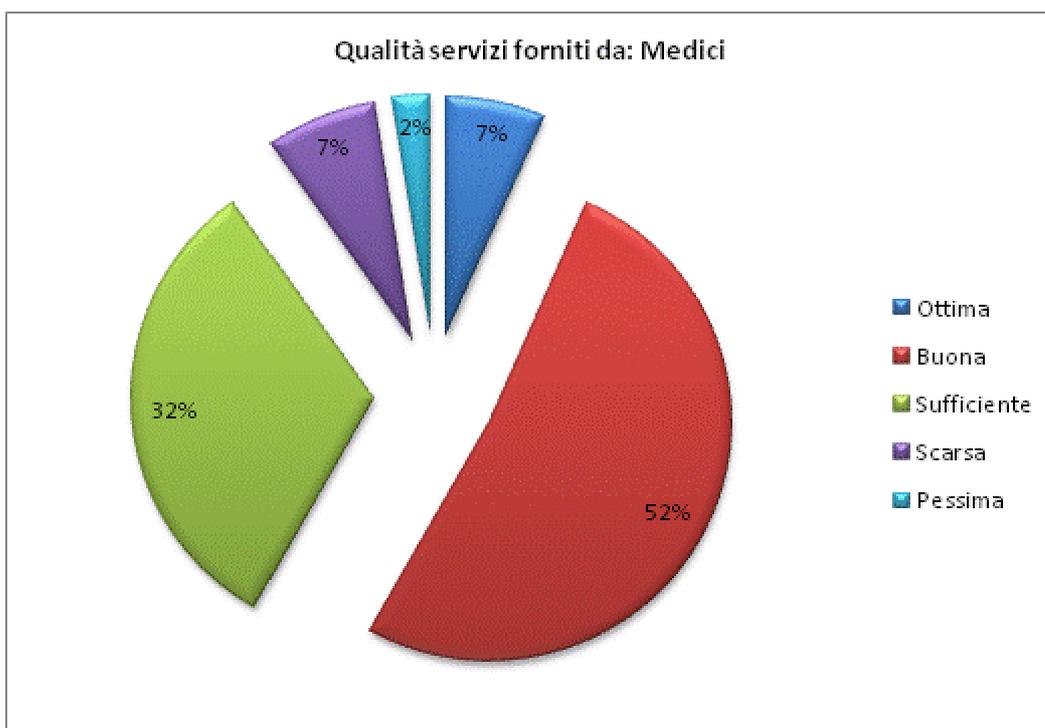


per quanto riguarda le persone che hanno usufruito dei servizi domiciliari (33%), le prestazioni sono state fornite dai servizi del distretto (39%) e dal medico di famiglia (31%), una percentuale significativa si riferisce ad operatori privati (19%)

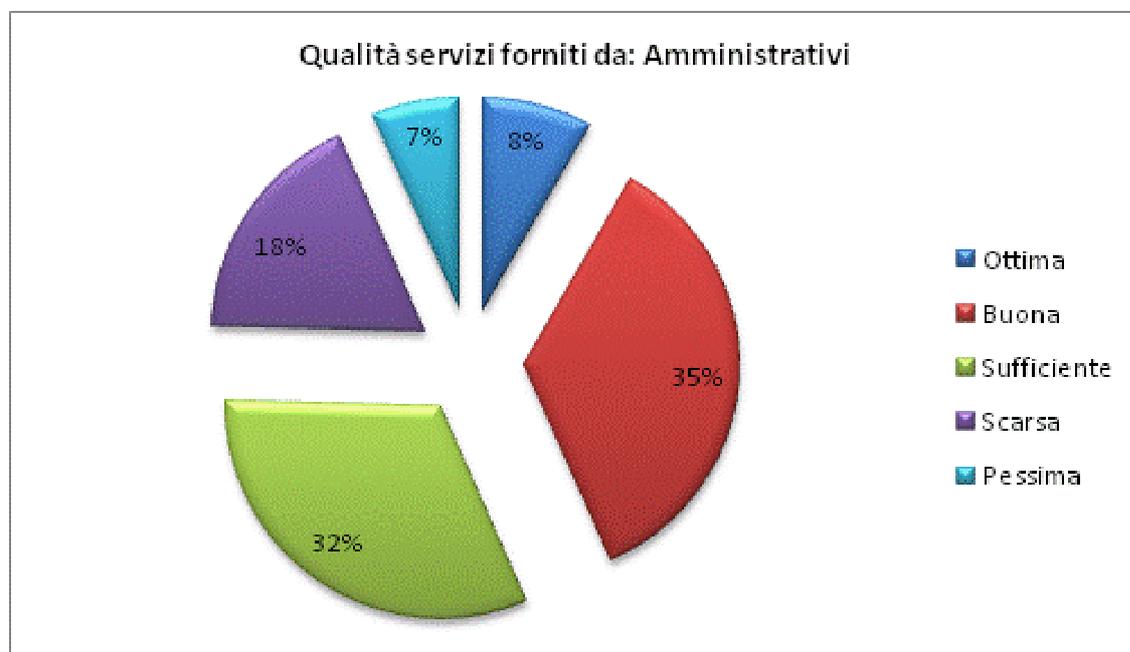
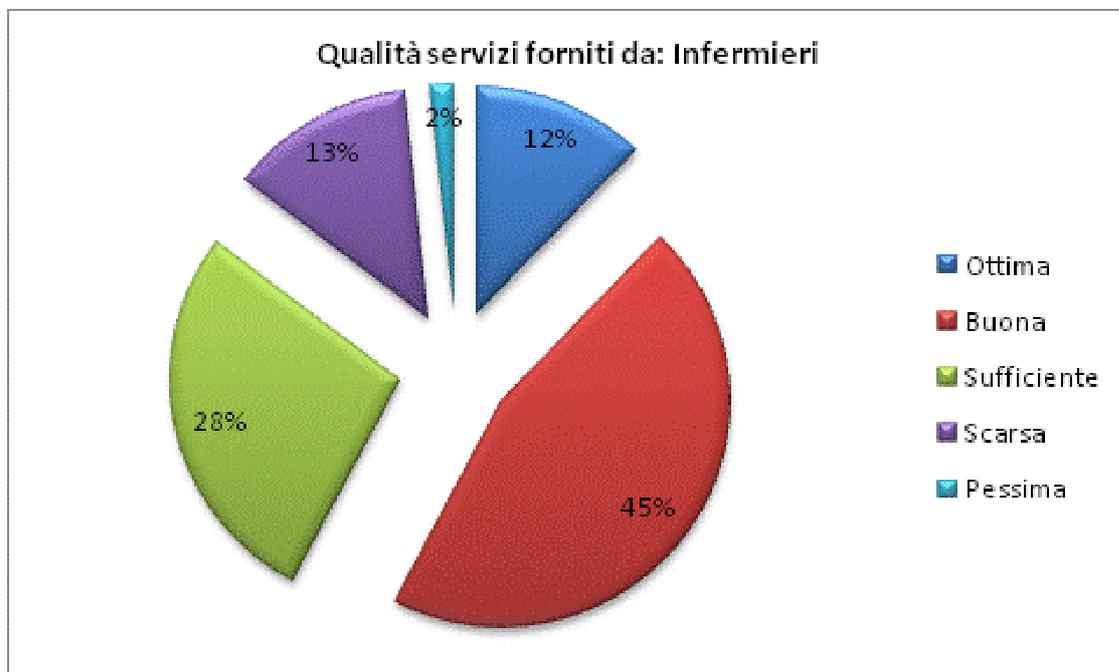


La tipologia di prestazioni ricevute riguarda maggiormente quelle infermieristiche (53%), seguita da visite/controlli medici (28%), una percentuale minore (10%) per attività di fisioterapia e recupero fisico.

13) Alle domanda che giudica la qualità delle prestazioni fornite dal personale del distretto, diviso in medici, infermieri e amministrativi, le percentuali per le categorie di operatori si equivalgono; per i medici la percezione della qualità è ritenuta buona (52%) e sufficiente (32%), da notare una piccola percentuale che la percepisce pessima (2%)

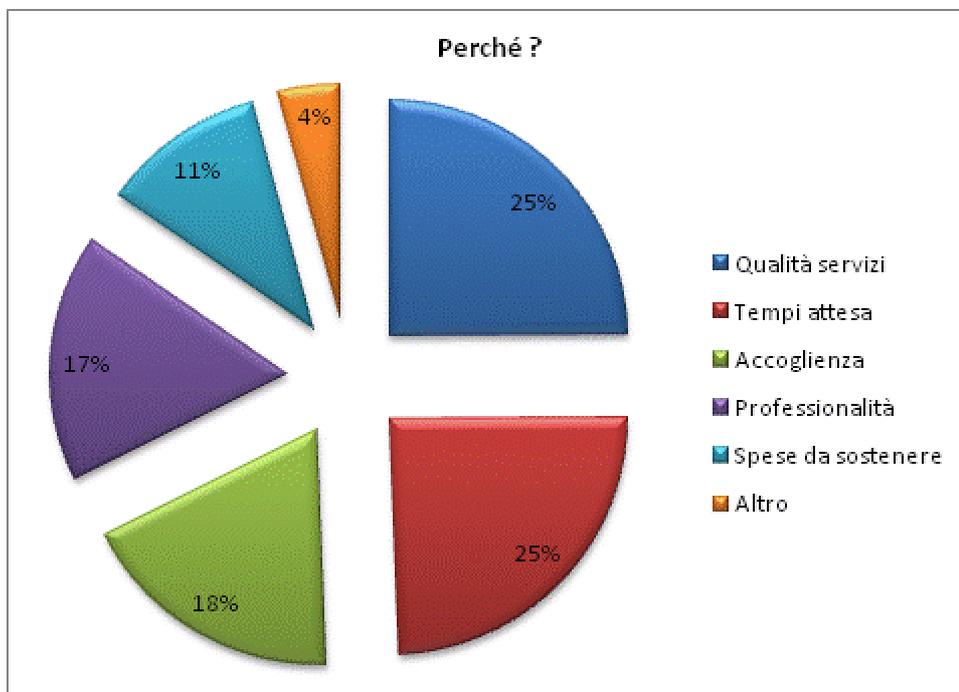
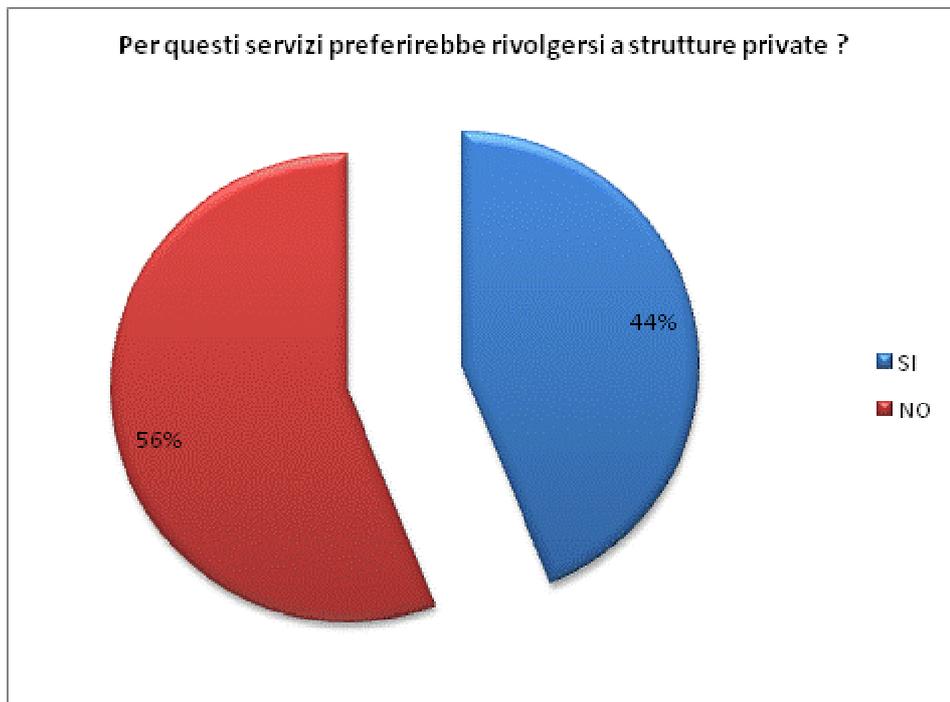


per gli infermieri la percezione della qualità delle prestazioni è buona (45%), sufficiente (28%), con un 12% che la definisce ottima. Anche in questo caso una piccola percentuale la percepisce pessima (2%)



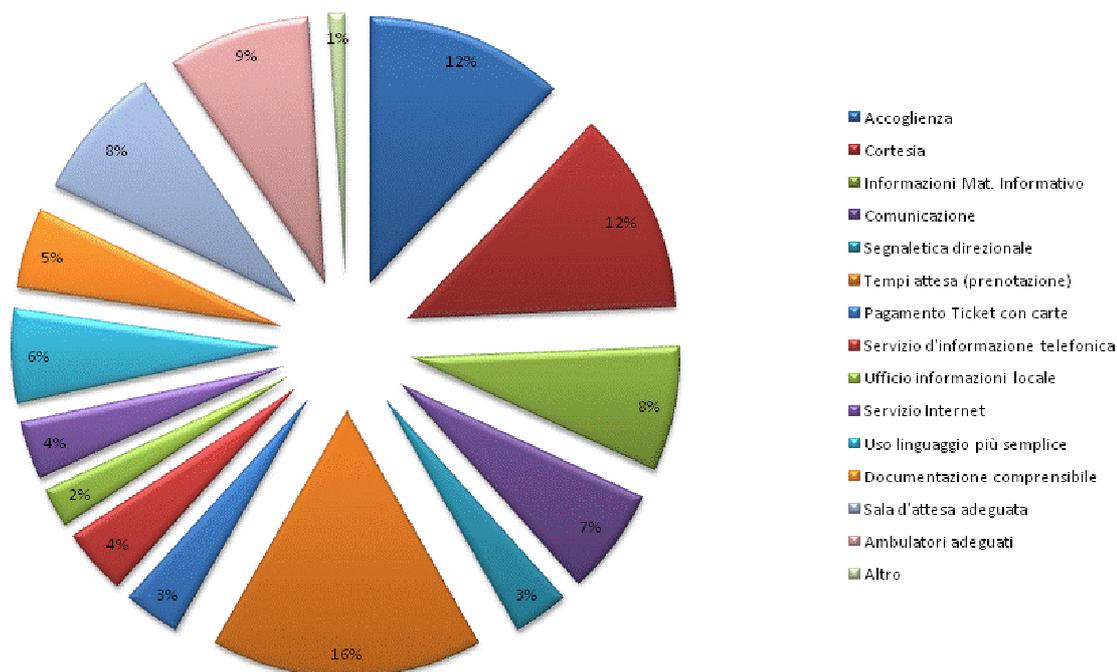
Per quanto riguarda la percezione della qualità delle prestazioni rese dagli amministrativi le percentuali nelle varie risposte si equivalgono, vengono percepite di qualità buona (35%) e sufficiente (32%), da notare comunque la percentuale che percepisce la qualità scarsa (18%) e pessima (7%)

14) Le percentuali nelle risposte che riguardano la scelta tra servizi pubblici e privati, dimostrano di essere quasi equivalenti, con una piccola maggioranza nei confronti di quelle che preferiscono comunque affidarsi alle strutture pubbliche per i bisogni di salute (56%)



15) Per la qualità dei servizi (26%), i tempi di attesa (24%), l'accoglienza (18%), la professionalità.

Cosa vorrebbe migliorare nelle attività del Distretto a Lei rivolte ?



16) Cosa vorrebbe migliorare l'utente nei servizi di cui usufruisce per ottenere un servizio più vicino alle proprie esigenze risulta abbastanza chiaro dal grafico che prende in esame le risposte; tempi di attesa (17%), Accoglienza e cortesia (12%), ambulatori adeguati (9%), Sale di attesa adeguate e maggiore informazione e materiale informativo (8%).

In alcuni questionari sono stati scritti suggerimenti che i cittadini hanno ritenuto opportuno comunicare per "dire la propria" ragione, alcune di queste osservazioni ritenute più significative sono state scelte ed inserite in allegato al presente lavoro.

Risultati e valutazione dei dati emersi dalla somministrazione del questionario

Le persone intervistate sono state 150 di cui la maggioranza di sesso femminile (62%).

La fascia di età più numerosa risulta essere quella fra 18 – 44 anni (56%).

La maggior parte del campione ha un titolo di studio di scuola media superiore (67%) e la categoria più numerosa ha una attività lavorativa dipendente (59%).

La quasi totalità delle persone che hanno risposto al questionario (93%) dichiara di sapere

dove rivolgersi per i propri bisogni di salute e elenca con precisione i servizi che frequenta o ha frequentato; il medico di famiglia, l'ospedale, gli specialisti vari, il punto prelievi e li utilizza con frequenza annuale (75%) e mensile (22%) .

Una parte significativa (60%) riconosce nella definizione di distretto come "luogo che fornisce servizi sociosanitari sul territorio", il luogo dove si reca per ottenere risposte ai bisogni di salute, è comunque da notare l'alta percentuale (30%) di utenti che identifica il distretto con il "Poliambulatorio".

Per quanto riguarda la scelta che viene fatta nei confronti della struttura frequentata a livello territoriale, quest'ultima risulta essere quasi obbligata dalla vicinanza alla propria abitazione (47%); questo può essere spiegato con la difficoltà a spostarsi facilmente in un territorio mal servito dai mezzi di trasporto pubblici. Una percentuale significativa risulta essere mediata dal consiglio del medico di famiglia (40%) che orienta la scelta prendendo in considerazione altri aspetti, quali liste di attesa o specifiche attività specialistiche svolte all'interno di un determinato presidio distrettuale.

I servizi conosciuti e/o che vengono frequentati per ottenere risposte ai bisogni di salute sono principalmente il medico di famiglia, l'ospedale, il pronto soccorso, il centro prelievi, gli ambulatori delle visite specialistiche, il centro prenotazioni, gli uffici per il rinnovo della patente di guida. Per quanto riguarda queste domande aperte, nei confronti delle quali serviva prestare più attenzione nel compilarle, non sempre venivano risposte.

Un numero significativo del campione (74%) sa cosa si intende per "Carta dei Servizi", e la identifica con la "carte che regola i diritti/diversi del cittadino in sanità" anche se una rappresentativa percentuale (21%) la identifica con il tesserino sanitario.

Per quanto riguarda la domanda che chiede dove ci si rivolge in caso di necessità di medicazione o iniezioni, le risposte risultano essere frammentarie, in quanto una parte di intervistati (35%) afferma di rivolgersi al medico di famiglia, una parte di poco inferiore (29%) da familiari e conoscenti e un 22% al pronto soccorso. E' da considerare in questa scala di scelte che nella domanda non è spiegata la differenza che può esserci tra i due trattamenti, l'entità della medicazione e la tipologia dell'iniezione.

Le persone/utenti che hanno risposto all'indagine, hanno riferito che nel momento che si rivolgono al distretto comprendono in modo corretto i medici (il 50% sì e il 40% parzialmente), gli infermieri (il 61% sì e il 32% parzialmente) e gli amministrativi (il 50% sì e il 37% parzialmente). La comprensibilità del linguaggio usato dalle figure professionali coinvolta nello studio, risulta pertanto non essere un ostacolo alla comunicazione interpersonale.

Per quanto riguarda la necessità di cure domiciliari la maggioranza del campione considerato (66%) riferisce di non aver avuto bisogno al momento di terapie sanitarie a domicilio; la rimanente parte del campione (33%) che invece ha dichiarato di aver usufruito di tali prestazioni ha indicato per il 38% di aver avuto necessità di prestazioni fornite da servizi distrettuali, mentre il 31% di quelle fornite dal medico di famiglia. Sulla tipologia di prestazioni ricevute, il 52% individua

nelle prestazioni infermieristiche quali prelievi ematici, iniezioni intramuscolari, flebo, cateteri, medicazioni, educazione sanitaria, quelle richieste. Dichiarano di aver avuto bisogno di visite e controlli medici anche specialistici il 28% degli intervistati e solo una piccola percentuale (10%) di attività di fisioterapia e recupero fisico.

Alla domanda che chiedeva il giudizio sulla percezione della qualità dei servizi ricevuti dal personale all'interno dei presidi distrettuali è stato risposto:

- **medici per il 51% è buona;**
- **infermieri per il 45 è buona, con un significativo 12% che la ritiene ottima;**
- **amministrativi per il 35% è buona, con un significativo 18% che afferma di ritenerla scarsa.** Emerge da questi dati che la figura professionale degli amministrativi è quella percepita come meno qualificata nel rapporto con l'utenza.

Per quanto riguarda l'opinione che le persone hanno sulla scelta fra strutture pubbliche e private il 56% risponde un deciso "no" e conferma di preferire per le scelte relative alla cura della propria salute il servizio pubblico. Altrettanto importante è però una percentuale pari al 43% che invece ribadisce che sceglie o vorrebbe scegliere volentieri di rivolgersi, in caso di necessità, ad una struttura privata.

Diverse sono le percentuali significative di risposte per quanto riguarda cosa i cittadini vorrebbero migliorare nelle attività rivolte all'utenza; i dati che emergono sono:

16% tempi di attesa; 12% cortesia; 11% accoglienza e 8% e 8% sulla "adeguatezza" rispettivamente di sale d'aspetto e ambulatori.

Da questa breve e parziale indagine è stato possibile osservare per la parte che si riferisce alla percezione dei servizi, che esiste un buon livello di conoscenza e in conseguenza un uso abbastanza appropriato per i propri bisogni di salute. Permangono alcune forme di "abitudine" come quella di rivolgersi a vicini o parenti in caso di necessità, un classico è rappresentato dal farsi fare le iniezioni dalla "vicina di casa".

La conoscenza della esistenza della Carta dei Servizi vuole significare che è passata comunque l'informazione dell'esistenza del documento, sarebbe stato interessante chiedere se e quanto si conosce del contenuto della Carta stessa; è da tenere in considerazione che anche altre istituzioni non sanitarie hanno pubblicizzato tale documento. Non sono emerse situazioni particolarmente conflittuali con il personale operante nelle sedi distrettuali, anche se dal confronto la categoria di personale che è stata considerata anche qualitativamente meno comunicativa risulta essere quella degli amministrativi.

La scelta fra i servizi offerti dal pubblico e quelli dal privato è alquanto conflittuale – i valori si equivalgono -. A questo punto per quanto riguarda la realtà locale forse sarebbe opportuno spezzare una lancia nei confronti di un servizio pubblico che si trova ad operare in un territorio vasto, in prevalenza montano, con poca densità abitativa, con una popolazione che sta diventando sempre più anziana e con una radicata cultura di appartenenza al proprio paese. Nell'ultimo anno il servizio distrettuale è riuscito ad aprire due nuovi punti prelievi, uno dei quali

nel Comune più montano della zona.

E' da considerare invece con attenzione la parte che riguarda le aspettative che i cittadini utenti hanno quando si rivolgono ai servizi sanitari; principalmente vorrebbero dover aspettare meno tempo per fare una visita specialistica o accedere a prestazioni, il problema delle liste di attesa sembra essere dunque lo scoglio più grande. Inoltre vorrebbero essere accolti con più cortesia e forse professionalità, in modo da ottenere risposte attente e precise, dalle risposte emerge anche che per gli utenti l'accoglienza si estende anche agli ambienti specialmente per quanto riguarda gli ambulatori e le sale di attesa che dovrebbero essere più confortevoli.

Per quanto riguarda invece le risposte alla parte del questionario che si riferisce alla comprensione della terminologia sanitaria, queste indicano una discreta conoscenza di base , forse dovuta al titolo di studio medio-alto degli intervistati e alle informazioni di massa sulla salute; purtroppo il cammino da percorrere per arrivare ad un incontro reale è ancora lungo e l'utente ha bisogno di essere supportato in questa sua condizione svantaggiosa di paziente, nella quale troppo spesso è stato considerato incapace di ricevere informazioni , di gestire la conoscenza e di prendere decisioni.

E' curioso comunque che la definizione di *day surgery* possa essere interpretata anche come un possibile "asilo nido", quasi ad intenderla come un salvataggio giornaliero?

PATTI INTERISTITUZIONALI

PATTO INTERISTITUZIONALE TRA LA REGIONE TOSCANA E LE AUTONOMIE LOCALI PER IL SOSTEGNO DEI LIVELLI BASE DI CITTADINANZA SOCIALE

Premesso:

- che il PISR 2007-2010, approvato con deliberazione C.R. n. 113 del 31.10.2007, prevede al paragrafo 3.4.2 la sottoscrizione di un patto interistituzionale e pluriennale per il sostegno dei livelli base di cittadinanza sociale tra la Regione e le Società della Salute o le Conferenze zonali dei Sindaci, ove non si siano costituite le Società della Salute, la cui validità corrisponde al periodo di vigenza del PISR;

Considerato:

- che la Regione è chiamata a verificare il rapporto tra bisogni e sistema di offerta al fine di orientare quest'ultima e di rafforzare la capacità del sistema di welfare nell'interpretare i bisogni e fornire risposte alla domanda sociale e socio-sanitaria;

Dato atto:

- che un sistema di interventi e servizi improntato alla equità ed imparzialità nel rapporto con i cittadini si pone come obiettivo prioritario quello di facilitare l'esercizio omogeneo dei diritti di cittadinanza sociale attraverso:

1. il pieno accesso all'informazione,
2. la regolazione della fruizione degli interventi e servizi attraverso prassi valutative comprensibili ed improntate a criteri oggettivi e la conseguente definizione di percorsi personalizzati appropriati al bisogno,
3. la disponibilità di risorse da attivare nelle emergenze in modo da contenere i possibili danni per le persone vittime di fatti traumatici;

- che il PISR riconduce le istanze sopra descritte ad un percorso di riorganizzazione delle risorse improntato ai Livelli base di cittadinanza sociale (Attività di segretariato sociale per l'informazione; Punti unici di Accesso per la presa in carico, valutazione e definizione del percorso assistenziale personalizzato; Servizio sociale professionale per le funzioni previste al comma 4 dell'art. 7 della L.R. 41/2005; Pronto intervento sociale per le emergenze) e ad un percorso di perequazione della spesa che, nei livelli minimi, non sia inferiore alla metà circa della spesa media regionale procapite ;

Dato atto altresì:

- che la sussidiarietà orizzontale trova nella nostra Regione un ricco tessuto di presenze e articolazioni dei soggetti del volontariato, della cooperazione sociale, delle associazioni e di altri soggetti privati senza scopo di lucro che permette di coniugare la solidarietà sociale con un sistema di Welfare di carattere universalistico, operativamente improntato al criterio della appropriatezza degli interventi;

- che, come specificato al paragrafo 5.2 del PISR, la programmazione locale deve tendere alla promozione ed alla valorizzazione del patrimonio di risorse e competenze presenti nel contesto territoriale di riferimento sia sul piano più generale della programmazione locale che su specifici obiettivi operativi volti allo sviluppo, appropriatezza e qualificazione degli interventi e servizi;

- che le Società della Salute, nell'ottica della più ampia integrazione, non solo delle politiche ma anche dei soggetti, hanno attivato attraverso il Comitato di partecipazione e la Consulta del terzo settore, organismi permanenti di concertazione/partecipazione;

- che l'intervento pubblico e l'iniziativa privata, nel rispetto dei reciproci ruoli, devono trovare nel territorio la migliore organicità così da valorizzare le diverse organizzazioni sociali che possono cooperare allo sviluppo di reti di protezione sociale solidali e diffuse, anche attraverso percorsi di formazione integrata fra operatori pubblici e del terzo settore;
- che, a tal fine, le Società della Salute o le Conferenze zonali dei Sindaci, ove non siano costituite le Società della Salute, tenendo conto anche dei contenuti del paragrafo 5.3 del PISR, promuovono, sempre con riferimento al PISR, i Patti territoriali finalizzati a sviluppare le pratiche partecipative e la governance locale attraverso la definizione delle modalità e degli ambiti di collaborazione con il terzo settore, a partire da attività connesse alla realizzazione dei Livelli base di cittadinanza sociale;

Ritenuto:

- di operare prioritariamente nell'ambito dei Livelli base di cittadinanza sociale influenzando sulla qualificazione ed il riequilibrio della spesa sociale attraverso gli incentivi regionali di cui alla DGR. N. 204 del 17.03.08, che costituiscono, relativamente alla annualità di riferimento, risorse aggiuntive rispetto alle risorse regionali assegnate alle zone per il finanziamento del sistema di interventi e servizi sociali;

Considerato inoltre:

- che le risorse del Fondo sociale regionale (FRAS + FNPS) ripartite fra le zone per il finanziamento del sistema degli interventi e servizi sociali, per il periodo di vigenza del PIRS, costituiscono una quota non inferiore all'85% del fondo stesso;
- che le risorse aggiuntive di cui alla DGR N.204/2008, precedentemente citata, vengono erogate previa sottoscrizione del presente Patto: a) alle zone con una spesa sociale media procapite inferiore alla metà della media regionale, le quali si impegnano a contribuire all'innalzamento della spesa sociale così da sostituire con risorse ordinarie nel periodo di vigenza del PISR, il finanziamento aggiuntivo regionale che sarà ricalcolato annualmente sulla base degli impegni assunti dai beneficiari; b) alle zone con una spesa sociale media procapite prossima o superiore alla media regionale, le quali si impegnano ad attivare la sperimentazione di soluzioni organizzative e gestionali avanzate in coerenza con gli indirizzi regionali. Anche in questo caso le risorse aggiuntive, che sono attribuiti in base ai risultati raggiunti, vengono ricalcolate annualmente sino alla completa assunzione dei costi da parte dei soggetti beneficiari;
- che il finanziamento regionale derivante dalle risorse aggiuntive tenderà a riassorbirsi nell'arco di vigenza del PISR;

Considerato infine:

- **che per quanto riguarda l'attuazione del progetto per l'assistenza continuativa per la persona non autosufficiente, in considerazione della complessità e specificità degli interventi previsti, la Regione, secondo quanto esplicitato nel progetto regionale e nei relativi programmi territoriali, ritiene di procedere alla sottoscrizione di appositi patti interistituzionali e territoriali;**

Dato atto, che il presente accordo può decadere o essere modificato in presenza di sostanziali cambiamenti del quadro delle condizioni economiche e normative che lo hanno reso possibile

Tutto ciò premesso

La Giunta Regionale e le Società della Salute o le Articolazioni zonali delle Conferenze dei Sindaci, ove non sia costituita la Società della Salute,

CONCORDANO

sull'obiettivo di sviluppo del welfare locale con riferimento al raggiungimento di un livello minimo regionale di spesa sociale procapite non inferiore alla metà della spesa media procapite regionale e, contestualmente, allo sviluppo su tutto il territorio dei Livelli base di cittadinanza sociale di cui al PISR 2007 – 2010 riferiti, come indicato in premessa, alla più ampia diffusione dell'informazione sul sistema degli interventi e servizi, al miglioramento dell'accesso al sistema attraverso i Punti Unici di Accesso - nei quali tendono a concentrarsi le funzioni di presa in carico, valutazione e formulazione del percorso assistenziale personalizzato - , alla attuazione di quanto previsto al comma 4 dell'art. 7 della L.R. 41/2005 sul Servizio sociale professionale e alla funzione di Pronto intervento sociale;

SI IMPEGNANO

la Regione:

- a sostenere la spesa sociale locale sia attraverso l'attribuzione alle zone di una quota del Fondo sociale (FRAS + FNPS) non inferiore all'85% del Fondo stesso – prendendo a riferimento, per il FRAS, gli stanziamenti previsti dal bilancio pluriennale della Regione, sia attraverso gli incentivi di cui al paragrafo 3.4.3.2 del PISR - che per questo anno sono stati definiti con D.G.R. n. 204/2008 - ricalcolandone annualmente gli importi sulla base dell'effettiva attivazione degli interventi e degli eventuali cambiamenti della spesa registrati attraverso la rilevazione regionale sul sistema di offerta territoriale, tenendo conto altresì del necessario graduale riassorbimento delle stesse da parte del sistema ordinario di finanziamento degli interventi e servizi del territorio;
- a far sì che il riassorbimento delle risorse aggiuntive di cui al punto precedente avvenga gradualmente nel periodo di riferimento del PISR
- a mantenere invariata, con riferimento al 2007, la quantificazione delle risorse proprie regionali (FRAS) da trasferire al territorio per gli anni di vigenza del PISR;
- a promuovere e sviluppare l'integrazione socio-sanitaria sia sul piano della programmazione degli interventi che delle risorse connesse;

le Società della Salute, ovvero le Articolazioni zonali della Conferenza dei Sindaci, ove non sia costituita la Società della Salute:

- alla promozione e sottoscrizione dei Patti territoriali, di cui in premessa, attraverso il più ampio coinvolgimento del volontariato, degli organismi della Cooperazione sociale, delle associazioni e degli altri soggetti privati senza scopo di lucro che operano sul territorio e alla convergenza delle risorse locali con quelle regionali per l'innalzamento della spesa sociale minima procapite fino al raggiungimento di un livello pari alla metà circa della spesa media regionale e per la realizzazione di soluzioni organizzative di carattere innovativo improntate ai Livelli base di cittadinanza sociale;
- al rispetto di quanto previsto al comma 1 dell'art. 41 della L.R. 41/05, al fine di "assicurare tempestivamente la conoscenza dei dati e delle informazioni necessarie alla programmazione, alla gestione e alla valutazione delle politiche sociali".

Letto, approvato e sottoscritto

Firenze, 24 settembre 2008

Per la Regione Toscana l'Assessore alle Politiche Sociali e Sport F:TO Gianni Salvatori

Per la Società Salute Lunigiana il Presidente F.TO Riccardo Varese

SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA LUNIGIANA

INTESA INTERISTITUZIONALE TRA REGIONE - SOCIETA' DELLA SALUTE PER IL GOVERNO DELL'ASSISTENZA CONTINUA ALLA PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE

BOZZA ESEMPLIFICATIVA DI INTESA TERRITORIALE

PREMESSA

- Si rende necessario definire un sistema di protezione sociale e di cura per le persone non autosufficienti sulla base dei principi generali di universalità nell'accesso alle prestazioni, di integrazione delle politiche sanitarie e di quelle sociali, di sostegno alla domiciliarità, di coinvolgimento delle comunità locali nella attuazione e valutazione degli interventi;
- Occorre costituire, a sostegno di tale sistema ed al fine di assicurare risposte assistenziali certe ed omogenee in ambito regionale, un Fondo regionale per la non autosufficienza, alimentato da:
 - a) risorse derivanti da quote del Fondo sanitario,
 - b) risorse già destinate dagli Enti Locali nell'area della non autosufficienza
 - c) risorse regionali aggiuntive

I PRINCIPI

- Il governo integrato del fondo sarà possibile anche attraverso il ruolo strategico delle Società della Salute come strumento di realizzazione del sistema integrato dei servizi a livello territoriale ed in particolare come ambito di responsabilità che a livello di zona/distretto è in grado di garantire l'articolazione del sistema organizzativo previsto per la non autosufficienza.
- Tra Regione e Società della Salute, viene quindi sottoscritta un' Intesa interistituzionale sulla non autosufficienza che costituirà parte integrante del Patto interistituzionale per il sostegno dei livelli base di cittadinanza sociale così come previsto nel PISR 2007-2010, nella quale sono definiti compiti e impegni di ognuno dei soggetti coinvolti, come indicato nel dispositivo.

I TEMPI PER LA SOTTOSCRIZIONE DELL'INTESA

- **L'intesa dovrà essere sottoscritta entro il 30 Ottobre 2008**

IL DISPOSITIVO DELL'INTESA

L'Intesa interistituzionale individua, sulla scorta delle indicazioni della proposta di legge regionale (n.18/2008) di approvazione del *Progetto per l'assistenza continuativa per la persona non autosufficiente*, i seguenti Livelli Essenziali di Assistenza che concorrono alla realizzazione di interventi, adeguati (sia in termini qualitativi che quantitativi) ed appropriati, per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente:

- **I Punti Insieme** per l'informazione, l'accoglienza e l'accompagnamento;
- **I Punti unici di Accesso (PUA di Zona)** come livello direzionale e coordinamento del sistema territoriale dei servizi per la non autosufficienza
- **Le Unità di Valutazione Multidisciplinare** per la valutazione e la definizione

del progetto assistenziale personalizzato;

- **Il Progetto di assistenza personalizzato (PAP)** e l'erogazione delle prestazioni sociosanitarie tese al mantenimento o miglioramento delle condizioni di salute della persona non autosufficiente.

Coerentemente con i contenuti i Legge regionale 41/2005, del PISR 2007-2010 e della P.d.L. n.18/2008 sulla non autosufficienza i soggetti aderenti all'intesa interistituzionale concordano preventivamente i seguenti impegni e azioni:

La Società della Salute, si impegna a :

- Strutturare il sistema dei livelli organizzativi di base come presupposto all'avvio delle azioni territoriali, che si articola come segue:
 - Il PUA di Zona,
 - l'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM),
 - i Punti Insieme

PRESIDIO	Provvedimento di costituzione è	Nucleo stabile	Figure professionali coinvolte	Livello di condivisione istituzionale
PUA di ZONA	E' stato costituito con Delibera N.10 del 15/11/07 sarà potenziato entro il 31/01/2009	Si / da ultimare	Amministrativo Sig.ra Anna Donnini Assistente Sociale Dott.ssa Liviana Magnani Sanitario dott. Andrea Negrari In attesa di ulteriore potenziamento con l'integrazione di un Infermiere, un Assistente Sociale e un Amministrativo	Costituzione SdS / delega dei Servizi Sociali dei Comuni all'Azienda USL
U.V.M.	Del. N.527 del 28/12/2004 Azienda USL1 MS	Si	Il nucleo stabile è così composto: Resp.U.F.ASC che è il coordinatore della commissione Dott.ssa Paola Vivani o suo sostituto Dott. Amedeo Baldi; Il Medico di Distretto Dott. Andrea Negrari; Geriatra Dott.ssa Carolina Mobilia; Infermiere o Caposala dott.ssa Loredana Tavernelli; A.S. Coord.Uff.Anziani	Costituzione SdS / delega dei Servizi Sociali dei Comuni all'Azienda USL

			dott.ssa Liviana Magnani; Operatore Amm.vo Sig.ra Anna Donnini; nel nucleo stabile partecipa il M.M.G. del paziente oggetto del caso e l'Assistente Sociale che lo ha in carico. Inoltre all'occorrenza partecipano i medici di diverse UU.OO/UU.FF necessarie alla valutazione del caso.	
Punti Insieme	Discusso in sede di Giunta SdS	Si	Assistenti Sociali referenti del territorio della Lunigiana Amministrativi	Costituzione SdS / delega dei Servizi Sociali dei Comuni all'Azienda USL

- Garantire, unitamente alla continuità assistenziale, il governo integrato delle risorse dedicate e l'appropriatezza della risposta assistenziale
- Disporre di un'unica graduatoria per i ricoveri in RSA (presentando modalità e tempi certi di superamento dove questo non sia stato ancora raggiunto) e per gli inserimenti nei Centri Diurni;
- Quantificare le risorse di parte sanitaria (derivanti dal bilancio delle Aziende USL), quelle di parte sociale (derivanti dai bilanci dei Comuni) e quelle aggiuntive regionali al fine di assicurare la copertura delle azioni previste nel progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente;

1.	Fondo Sociale Regionale	€	134.000,00
2.	Bilancio Sociale dei Comuni	€	314.000,00
3.	Bilancio Sanitario Aziendale	€	2.501.000,00
4.	FNA assegnazione Regionale	€	550.877,74
5.	Assegnazione finanziamenti S.d.S.	€	71.145,00
6.	Assegnazione Fondo Montanità	€	408.663,68

- Quantificare e specificare i livelli di prestazioni assistenziali, extra LEA sanitari, per persone non autosufficienti, consolidati nella singola Zona Distretto, prima dell'avvio della Fase Pilota del Fondo. **Dati al 01/01/2008:**

Quote sanitarie in RSA per ricovero permanente n.91 tot. €
1.183.287,76;

Quote sanitarie in RSA per ricovero di sollievo e temporaneo
===;

Quote sanitarie nei Centri Diurni n. 20 tot. € 358.000,00

Compartecipazione comunale per la quota sociale n.17 tot.€
107.401,25;

Interventi domiciliari integrati n.49 tot. € 213.113,39

- **Avviare la contabilità separata delle risorse dedicate;**
- Costruire in maniera condivisa gli indici di copertura del fabbisogno territoriale di residenzialità e di domiciliarità, fissando nel contempo anche le modalità ed i tempi di avvicinamento rispetto a tali indici;
- Strutturare il sistema informativo integrato socio-sanitario,
- Garantire il soddisfacimento del debito informativo previsto secondo gli attuali sistemi di raccolta e monitoraggio dei dati relativi alla non autosufficienza
- Assicurare, per i diversi impegni e i relativi risultati attesi, il rispetto dei tempi così come indicato nella tabella riepilogativa sottostante.

QUESTO RISULTA IL QUADRO COMPLESSIVO ED ARTICOLATO DEGLI IMPEGNI

IMPEGNO	RISULTATO ATTESO	PROPOSTA DI SCADENZA	SCADENZA CONCORDATA
Sistema di accesso	- Apertura Punti Insieme	22/10/2008	22/10/2008
	- Costituzione UVM e nomina coordinatore	22/10/2008	22/10/2008
	Nomina taff del PUA di Zona	25/10/2008	30/01/2009
Formazione del fondo	- Quantificazione risorse di derivazione sanitaria	25/10/2008	25/10/2008
	- Quantificazione risorse derivazione sociale	25/10/2008	25/10/2008
	- Avviamento della contabilità separata	01/11/2009	già attivato
		01/11/2009	già attivato
Obiettivi assistenziali considerando i livelli estensione rispetto alla situazione attuale	- quota ricoveri temporanei	25/10/2008	25/10/2008
	- quota domiciliarità diretta	25/10/2008	25/10/2008
	- quota domiciliarità indiretta	25/10/2008	25/10/2008
Verifica obiettivi assistenziali	- N. assistiti in aumento	01/01/2009	01/01/2009
Debito informativo	- indicazione dei riferimenti operativi e di responsabilità	22/10/2008	22/10/2008

residenzialità	- primi risultati nel contenimento della istituzionalizzazione	01/02/2009	01/02/2009
	- prima verifica del raggiungimento indici di copertura del fabbisogno	01/06/2009	01/06/2009
semiresidenzialità	- incremento offerta	01/10/2008	30/04/2009 Apertura nuovo Centro Alzheimer
Oltre i LEA	- progetti innovativi	01/11/2008	01/12/2008

I soggetti istituzionali della Zona Distretto Lunigiana di comune accordo – ai sensi Del. GRT n.754/2008, individuano come soggetto destinatario delle risorse regionali aggiuntive, di quelle sanitarie e sociali consolidate, così come risultano dal prospetto precedente:

la Società della Salute della Lunigiana..

L'Azienda USL, destinataria delle quote sanitarie aggiuntive in RSA, si impegna, d'intesa con la S.d.S./Articolazioni zonali delle Conferenze dei Sindaci, ad abbattere di almeno l'85%, entro il 30/06/2009, le liste di attesa per l'inserimento nelle RSA, interessando un numero massimo di persone di 15 rispetto all'attuale numero di 18, ed assicurando un tempo di attesa non superiore a giorni 30 (con eccezione delle situazioni di urgenza)

La Regione Toscana si impegna a:

- Dare certezza e continuità alle risorse aggiuntive regionali, garantendo una quota concordata per la residenzialità e distribuendo il Fondo secondo criteri condivisi;
- Prevedere in ogni Zona Distretto specificità indicate nel PIS alle quali poter rispondere con azioni progettuali finanziate con le quote di accantonamento (pari al 10% del fondo aggiuntivo) previste dalla proposta di legge regionale sulla non autosufficienza.
- Monitorare e verificare le attività progettuali ed in particolare l'efficacia dei livelli organizzativi di base e le buone prassi attivate sul territorio.
- Costruire in maniera condivisa gli indici di copertura del fabbisogno territoriale di residenzialità e di domiciliarità.
- Individuare, per ogni anno di esercizio, i livelli di gravità cui assicurare i pacchetti assistenziali definiti.
- Garantire la formazione continua agli operatori del sistema.
- Verificare costantemente le condizioni di sostenibilità finanziaria del nuovo sistema dei servizi alla luce delle dinamiche demografiche, della ricognizione della domanda e dei costi unitari delle prestazioni.
- assicurare, per i diversi impegni e i relativi risultati attesi, il rispetto dei tempi così come indicato nella tabella riepilogativa sottostante.

IMPEGNO	RISULTATO ATTESO	SCADENZE
Sistema di accesso	- campagna di comunicazione e allestimento Punti Insieme	22/10/2008
	- proposte per sostenere il modello n.a. e CCM (chronic care model)	01/11/2008
Formazione del fondo	- Quantificazione risorse regionali di derivazione sanitaria	01/01/2009
	- Sottoscrizione patto interistituzionale con ANCI e UNCEM	01/11/2008
Obiettivi assistenziali	- determinazione quote assegnate ai vari pacchetti assistenziali	01/11/2008
	- individuazione Livelli di gravità	01/11/2008
Verifica obiettivi assistenziali	- fabbisogno residenzialità	01/11/2008
	- fabbisogno domiciliarità indiretta	idem
	- fabbisogno smiresidenzialità	idem
Debito informativo	- fornitura applicativi n.a.	01/10/2008
	- attivazione flusso informativo regionale	01/01/2009
Oltre i LEA	- quantificazione risorse all'interno dell'accantonamento del 10% del fondo	01/01/2009

Il presente atto regola l'avvio del governo territoriale dell'assistenza continua alla persona non autosufficiente.

Rimane inteso che nelle Zone Distretto dove non si pervenisse, mancando le condizioni di accordo tra i vari soggetti istituzionali, alla stipula ed alla sottoscrizione dell'Intesa, la Regione Toscana non procederà alla erogazione delle risorse aggiuntive.

PATTI TERRITORIALI

PATTO TERRITORIALE TRA SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA LUNIGIANA ED I RAPPRESENTANTI DELLA CONSULTA DEL TERZO SETTORE E DEL COMITATO DI PARTECIPAZIONE

PREMESSA

La salute delle persone, intesa come “benessere” della comunità, richiede politiche di welfare capaci di coinvolgere tutti i soggetti che all'interno della società costituiscono risorse valide per lo sviluppo ed il rafforzamento delle reti di protezione sociale ed esercitano un controllo sui determinanti di salute. Si tratta di una strategia che richiede di sviluppare “alleanze” fra il settore sociosanitario e gli altri settori, fra le Istituzioni, le parti sociali e il terzo settore, riconoscendo nel “miglioramento” della salute un investimento per l'intera società, e assumendo come prioritario l'intervento sulle cause delle patologie sanitarie e sociali.

I valori di riferimento e i principi sono in particolare quelli dell'uguaglianza, della umanizzazione, della salute intesa come diritto/dovere, della continuità assistenziale.

In assenza della definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale in ambito nazionale, la Regione Toscana ha individuato una prima configurazione dei livelli base di cittadinanza sociale necessari anche essi a garantire l'appropriatezza, l'uniformità e l'omogeneità e l'equità dei sistemi locali di salute in ambito regionale sul versante dei servizi sociali integrati

I PRINCIPI

La Società della Salute della Lunigiana promuove il Patto Territoriale che ha lo scopo di coinvolgere sui principi individuati in premessa tutti gli attori che a livello locale, ai diversi livelli di responsabilità, intendono partecipare alla costruzione del sistema prefigurato dal Piano integrato Sociale 2007/2010 a partire dai Livelli di Base di Cittadinanza Sociale a Firenze.

L'adesione al Patto, che avviene attraverso la sottoscrizione del presente documento, ha come presupposto l'adesione ai principi e ai valori richiamati in premessa, e, in attuazione del principio di sussidiarietà, prevede le forme di contributo degli Enti del Terzo Settore al sistema dei Livelli Base di Cittadinanza sociale nel principio della solidarietà e della sussidiarietà.

Il patto, non tratta solo le definizioni dei limiti di competenza e di intervento fra SdS ed enti del terzo settore nella costruzione dei Livelli Base di Cittadinanza Sociale, ma promuove un modo di articolarsi e di agire della società e nella società come condizione di crescita e come assunzione di pubbliche responsabilità da parte degli enti del terzo settore.

IL DISPOSITIVO DEL PATTO

Il Patto Territoriale individua Ambiti di intervento specifici a partire dai Livelli di Base di Cittadinanza Sociale individuati dal PISR (Segretariato Sociale per l'informazione, Servizio Sociale Professionale per la presa in carico e l'assunzione della responsabilità dei percorsi assistenziali delle persone assistite, Punto Unico di Accesso con funzioni di valutazione e definizione dei percorsi assistenziali personalizzati, Pronto Intervento Sociale).

Relativamente agli Ambiti di intervento individuati si definiscono percorsi e/o progetti che prevedano gli impegni che la SdS della Lunigiana e gli Enti del Terzo Settore intendono assumere.

Attraverso la realizzazione dei progetti di intervento del privato sociale integrati ai servizi pubblici e successivamente menzionati negli ambiti di intervento per la realizzazione dei livelli di cittadinanza.

AMBITO DI INTERVENTO

Segretariato Sociale per l'informazione

Definizione dal Piano Integrato Sociale Regionale 2007 2010

Segretariato sociale, con compiti di informazione e primo orientamento.

Il segretariato sociale è un servizio gratuito, rivolto a tutte le persone, che dà informazioni e un primo orientamento sui servizi sociali e assistenziali pubblici e privati, disponibili sul territorio. L'obiettivo del servizio è il far sì che tutti i cittadini possano essere a conoscenza delle risorse e degli aiuti di carattere socio assistenziale che sono disponibili nel loro territorio, sulla base di quanto stabilito dalla Legge Regionale n. 41/05.

Il segretariato sociale rappresenta la risposta al diritto dei cittadini di un determinato territorio e della comunità nel suo complesso a ricevere informazioni esatte, dettagliate esaustive e pertinenti. Fornisce notizie e informazioni sull'esistenza, sul tipo e sui metodi per accedere alle varie risorse sociali, svolge un'attività di orientamento e indirizzo del cittadino all'ente o all'organismo competente per particolari problemi, svolge anche una prima funzione di osservatorio sociale, mettendo in evidenza le necessità ricorrenti dei cittadini e dando un quadro accurato e aggiornato dei servizi presenti.

Il servizio persegue queste finalità:

a) costituire per la comunità locale una sede di riferimento presso la quale è possibile ottenere informazioni personalizzate in relazione a specifiche esigenze e, se necessario, aiuto alla persona nel rivolgersi ai servizi;

b) contribuire a rendere effettiva la partecipazione dei cittadini all'attività dell'amministrazione costituendo una sede attiva di diffusione delle informazioni che riguardano l'intera collettività o fasce estese della popolazione;

c) collaborare con i servizi e con le forze sociali del territorio nella rilevazione dei bisogni emergenti e nella verifica della funzionalità e rispondenza delle risorse alle necessità dell'utenza.

Il segretariato sociale è inteso come un sistema a responsabilità pubblica. Per l'attività di informazione sulla rete dei servizi e di sostegno alle procedure di accesso, possono essere impiegati organismi senza fine di lucro purché estranei alla gestione dei servizi.

Al fine di costruire la rete del servizio di segretariato sociale, la SdS si impegna a :

- Definire il pacchetto informativo sui servizi erogati nonché sulle modalità di accesso (Carta dei Servizi)
- Definire un sistema informativo a sostegno del Segretariato Sociale
- Promuovere e gestire la collaborazione con organizzazioni di volontariato e del terzo settore

I soggetti del Terzo settore (Consulta del Terzo Settore e Comitato di Partecipazione) si impegnano:

- alla partecipazione nella costruzione della carta dei servizi
- a garantire una rete di sportelli di informazione e orientamento del cittadino – segretariato sociale attraverso l'attività dell'AVO presso gli ospedali di Pontremoli e di Fivizzano, dell'Auto Aiuto Mutuo Aiuto Psichiatrico per lo sportello informativo di Aulla e di segretariato sociale leggero dell'ANTEAS nella propria sede di Aulla, Fivizzano e Pontremoli.

Servizio sociale professionale

Definizione dal Piano Integrato Sociale Regionale 2007 2010

Servizio sociale professionale, come presidio di base per assicurare quanto previsto in termini di servizi e di prestazioni dalla L.R. 41/2005.

Gli interventi di servizio sociale professionale sono riconducibili alle attività svolte dall'assistente sociale per la prevenzione, il sostegno e il recupero di persone, famiglie, gruppi e comunità in situazioni di bisogno e di disagio, anche promuovendo e gestendo la collaborazione con organizzazioni di volontariato e del terzo settore e migliorando il tessuto sociale e relazionale della comunità locale, anche attraverso il lavoro di gruppo.

L'art. 7 della Legge Regionale n. 41 del 2005 definisce le modalità di accesso alle prestazioni e ai servizi sociali sulla base della valutazione professionale del bisogno e del conseguente percorso assistenziale personalizzato.

L'assistente sociale, in qualità di responsabile del caso, assicura anche la gestione e il controllo delle prestazioni erogate in relazione agli obiettivi.

In particolare, l'attività di servizio sociale professionale si concretizza attraverso la predisposizione, insieme all'utente, di un progetto personalizzato articolato in azioni ed interventi di valutazione, accompagnamento, consulenza e sostegno per affrontare eventi e condizioni critiche, causa di disagio ed emarginazione sociale, per valorizzare ed innalzare le potenzialità delle persone e di specifici gruppi sociali. Inoltre comprende le attività di tutela dei diritti degli utenti - in particolare delle fasce più deboli - nonché di raccolta ed elaborazione dati ai fini della documentazione.

La SdS si impegna a :

- Partecipare al monitoraggio previsto dalla Regione Toscana
- Assicurare la presenza di assistenti sociali sufficiente allo svolgimento dei compiti previsti dalla L.R. 41 del 2005, assicurando omogeneità nel territorio, efficacia e sostenibilità del sistema
- Assicurare percorsi formativi permanenti ed aggiornamento a favore degli operatori del servizio professionale
- Sviluppare il sistema informativo, anche attraverso la integrazione con altri sistemi che possano essere di sostegno al Servizio sociale professionale
- Promuovere e gestire la collaborazione con organizzazioni di volontariato e del terzo settore

I soggetti del Terzo settore si impegnano nei seguenti interventi:

- assistenza agli anziani fragili,
- miglioramento della qualità di vita delle persone anziane,
- integrazione e socializzazione per le persone affette da disagio psichico,
- sostegno e autonomia dei soggetti disabili,
- integrazione degli immigrati,
- favorire la partecipazione giovanile,

Punto Unico di Accesso

Definizione dal Piano Integrato Sociale Regionale 2007 2010

- Punto unico di accesso, a partire dal modello previsto dalla deliberazione G.R. 402/2004, con l'estensione alle diverse aree di bisogno e tipologie di risposta.

Il PUA nasce con lo scopo di interpretare i bisogni dei soggetti più fragili e incanalare in modo corretto le loro richieste verso la risposta più appropriata. L'obiettivo generale è quello di aiutare coloro che si devono orientare nel sistema dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio assistenziali per ottenere risposte adeguate ai problemi di cui sono portatori.

Nelle sperimentazioni già avviate sul territorio è stata prevista la seguente articolazione del PUA:

- presidi centralizzati a livello di zona-distretto dove si attiva la "presa in carico";*
- sportelli territoriali decentrati a cui le persone possono accedere direttamente per la presentazione delle domande di intervento, da inoltrare al presidio centralizzato.*

In questi presidi sperimentali sono previste le presenze dell'assistente sociale, dell'infermiere professionale e del medico che costituiscono il gruppo minimale di progetto.

Con l'individuazione dei livelli base di cittadinanza sociale il punto unico di accesso andrà ad ampliare le sue funzioni e diverrà la porta di accesso unitario ai servizi ed alle prestazioni integrate per tutti i cittadini, in modo da favorire la semplificazione della presentazione delle domande di intervento e la unificazione delle procedure di organizzazione dell'offerta assistenziale.

Poiché elemento essenziale per l'organizzazione del punto unico di accesso è il suo ottimale posizionamento all'interno dell'ambito territoriale, si ritiene che l'articolazione prevista dalla sperimentazione in essere rappresenti una soluzione opportuna e comunque da sottoporre a specifiche verifiche.

Nel punto unico sarà garantita ai cittadini la presenza di operatori specializzati che non svolgeranno solo funzioni di accoglienza, ma che saranno in grado di svolgere una prima analisi dei bisogni condivisa con la persona attraverso dei colloqui individuali e si occuperanno del successivo orientamento e accompagnamento verso la risorsa più appropriata.

La SdS si impegna a :

- Portare a regime la rete dei Punti Insieme e del Punto Unico d'Accesso, garantendo omogeneità nel territorio e portando a compimento la integrazione fra servizi sociali e sanitari territoriali, a partire dai percorsi per gli anziani e allargando progressivamente il Punto Unico a tutte le aree di intervento
- Assicurare percorsi formativi permanenti ed aggiornamento a favore degli operatori dei Punti Insieme e del PUA
- Sviluppare il sistema informativo, anche attraverso la integrazione con altri sistemi che possano essere di sostegno ai Punti Insieme e al PUA
- Promuovere e gestire la collaborazione con organizzazioni di volontariato e del terzo settore

I soggetti del Terzo settore (Consulta del Terzo Settore e Comitato di Partecipazione) si impegnano a promuovere i Punti Insieme e il Punto Unico di Accesso.

Pronto intervento sociale

Definizione dal Piano Integrato Sociale Regionale 2007 – 2010

- Pronto intervento sociale per i casi in cui debbano essere attivati interventi immediati.

Il servizio del Pronto Intervento Sociale si propone di garantire una risposta tempestiva e concreta a persone che si vengono a trovare in situazioni gravi, impreviste ed imprevedibili anche attraverso l'accesso immediato a strutture di pronta accoglienza, richiesti fuori degli orari d'accesso al consueto servizio d'assistenza sociale.

L'attivazione del pronto intervento sociale deve essere organizzata da parte dei Servizi Sociali, anche coinvolgendo i soggetti adeguati del terzo settore.

Le situazioni, per essere individuate come urgenti e per poter quindi attivare le risorse dedicate, dovranno rispondere a dei criteri che dovranno essere poi definiti e concordati con i soggetti interessati.

In particolare si intende fronteggiare:

- situazioni di emergenza per protezione e tutela a favore di minori;*
- situazioni di emergenza di adulti in situazioni di abbandono, privazione totale, violenza psico/fisica tale da costituire grave pregiudizio;*
- altra situazione di estrema gravità e pericolo per la persona.*

Al fine di contribuire al Pronto Intervento Sociale, la SdS si impegna a nell'ambito del triennio:

- Creare il servizio di Pronto Intervento in atto
 - Definire con la Regione le modalità di attivazione del servizio in relazione a particolari bisogni rilevati (ad es.: problemi dei minori stranieri non accompagnati, persone vittime della violenza e di episodi traumatici.....)
- Definire un sistema informativo a sostegno del Pronto Intervento Sociale
 - Promuovere e gestire la collaborazione con organizzazioni di volontariato e del terzo settore

I soggetti del Terzo settore si impegnano a collaborare nell'organizzazione e nella definizione del Pronto Intervento di Servizio Sociale.

Gli impegni sopra descritti sono previsti negli accordi siglati da questa Società della Salute e le relative associazioni di valutazione o terzo settore.

GLI IMPEGNI DEL VOLONTARIATO E DEGLI ALTRI SOGGETTI DEL TERZO SETTORE

Per quanto attiene gli impegni e le responsabilità dei soggetti del Terzo Settore che sono interessati a prendere parte alle attività previste dai diversi Ambiti di intervento individuati, va prevista l'esplicitazione formale da parte loro, dei tempi e delle risorse dedicate alle attività stesse e l'adesione ai percorsi formativi ritenuti necessari.

Appare importante che nel quadro delle reciprocità poste in essere dal Patto, tali soggetti si facciano promotori presso le Istituzioni di proposte per il miglioramento degli interventi che li vedono impegnati.

A questo proposito il Patto può rimandare ad Accordi specifici da prevede o per singoli Ambiti di intervento o per un complesso di funzioni.

PROTOCOLLO D'INTESA SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA LUNIGIANA
ED ASSOCIAZIONE AUTO AIUTO MUTUO AIUTO PSICHIATRICO PER LA REALIZZAZIONE DEL
PROGETTO DI APERTURA DEL CENTRO DI INFORMAZIONE E DIFFUSIONE DI SALUTE
MENTALE IN LUNIGIANA

PREMESSA

Considerato che l'Associazione "Auto Aiuto Mutuo Aiuto Psichiatrico" svolge nel territorio della Lunigiana, in collaborazione con i servizi dell'Azienda USL 1 ed in particolar modo con l'Unità funzionale della Salute Mentale, attività volte alla sensibilizzazione ed al sostegno della malattia mentale.

Ritenuto opportuno valorizzare il ruolo consolidato nel territorio della Lunigiana e le attività dell'Associazione sopra descritta in linea con le azioni programmatiche del PIS e del Servizio di Salute Mentale;

Si stipula quanto segue:

L'Associazione Auto Aiuto Mutuo Aiuto Psichiatrico si impegna:

- A realizzare con proprio personale l'apertura del Centro informativo e di diffusione di Salute Mentale nel territorio della Lunigiana con l'obiettivo di sostenere le persone direttamente coinvolte nella sofferenza mentale e precisamente l'apertura del centro è prevista nella sede di Aulla;
- Mettere a disposizione per l'apertura dello sportello i propri locali e le proprie attrezzature
- A partecipare agli incontri previsti con gli operatori sociali e sanitari della Società della Salute per una fattiva integrazione ed una puntuale informazione.

La Società della Salute si impegna:

- A promuovere l'apertura del Centro di informazione e diffusione della Salute Mentale
- A promuovere tavoli concertativi con l'associazione per la programmazione delle attività e a recepire i dati dall'associazione

Tale protocollo è inserito quale parte integrante nei patti territoriali.

Letto, approvato e sottoscritto.

PROTOCOLLO D'INTESA SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA LUNIGIANA.
ED ASSOCIAZIONE NAZIONALE TERZA ETÀ ATTIVA PER LA SOLIDARIETÀ (ANTEAS) DI
MASSA – CARRARA PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO DI “SEGRETARIATO SOCIALE
LEGGERO” NEL TERRITORIO DELLA LUNIGIANA

PREMESSA

Tenuto conto che la L. n. 328/2000 stabilisce che in ogni ambito territoriale sia assicurato il segretariato sociale e che la Regione Toscana con l’emanazione del PIRS 2007/2010 ritiene il segretariato sociale una delle attività fondamentali per il raggiungimento dei livelli essenziali di cittadinanza

Considerato che la Società della Salute della Lunigiana è in procinto di organizzare lo sportello del segretariato sociale per l’informazione e l’ANTEAS quale associazione di volontariato riconosciuta si propone di dar vita ad un’attività di segretariato sociale leggero ad integrazione di quello sopra descritto

Si stipula quanto segue:

- L’Anteas di Massa Carrara si impegna a realizzare con proprio personale volontario l’apertura dello sportello di segretariato sociale leggero nel territorio della Lunigiana a supporto del servizio di segretariato sociale d’informazione la cui titolarità è della Società della Salute, e precisamente gli sportelli sono previsti nella sede di:

Aulla - _____

Fivizzano _____

Villafranca _____

Pontremoli _____

- Mettere a disposizione per l’apertura dello sportello i propri locali e le proprie attrezzature
- A partecipare agli incontri previsti con gli operatori sociali e sanitari della Società della Salute per una fattiva integrazione ed una puntuale formazione.

La Società della Salute si impegna:

- A promuovere tavoli concertativi con l’associazione di volontariato per la programmazione delle attività
- Ad aggiornare e formare il personale volontario Anteas

Tale protocollo è inserito quale parte integrante nei patti territoriali.

Letto, approvato e sottoscritto.

STATO DI SALUTE



Azienda USL 1 Massa Carrara



OKkio alla SALUTE

Risultati dell'indagine 2008 Società della Salute della Lunigiana ASL 1 di Massa e Carrara

A cura di:

Amedeo Baldi, Patrizia Carignani, Mauro Vannucci, Chiara Lorenzini, Maria Giuseppina Galli, Manuela Terreni, Giacomo Lazzeri, Mariano Giacchi

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio**- a livello nazionale:**

Angela Spinelli, Nancy Binkin, Gabriele Fontana, Alberto Perra, Anna Lamberti, Chiara Cattaneo, Giovanni Baglio, Mauro Bucciarelli, Silvia Meucci, Silvia Andreozzi, Arianna Dittami (CENSPS, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute – Istituto Superiore di Sanità)
Amedeo Baldi, MariaTeresa Balducci, Stefano Bilei, Olivia Callipari, Amalia DeLuca, Maria Di Fabio, Antonio Marrone, Gianfranco Mazzarella, Annarita Silvestri (Gruppo PROEA 6°coorte del CNESP – ISS)
Maria Teresa Silani (Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio – Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca)

-a livello regionale:

Mariano Giacchi (Referente Regionale - Centro Ricerca Educazione e Promozione della Salute Università Di Siena), Giacomo Lazzeri, Valentina Pilato (Referenti Formazione a cascata - Centro Ricerca Educazione e Promozione della Salute Università Di Siena), Francesca Balestri (Ufficio scolastico regionale)

- a livello provinciale:

Tosca Barghini (Referente alla salute dell’ufficio scolastico provinciale di Massa e Carrara)

- a livello aziendale:

Patrizia Carignani, Mauro Vannucci (Referenti di ASL), Danila Caccialupi, Maria Giuseppina Galli, Chiara Lorenzini, Emanuela Terreni, Patrizia Tonelli, Vignali Serena (UU.FF. I.A.N.) Antonio De Angeli, Angela Simonelli (U.O. Educazione e Promozione della Salute), Loredana Micheli (ASL 9 Grosseto), Andrea Macuzzi (Direttore Sanitario ASL1)

- Società della Salute della Lunigiana:

Riccardo Varese (Presidente SdS della Lunigiana), Mario Guastalli (Direttore Tecnico SdS della Lunigiana), Rosanna Vallelonga (Responsabile Staff SdS della Lunigiana), Amedeo Baldi (Responsabile epidemiologia Staff SdS della Lunigiana)

Un ringraziamento particolare ai direttori scolastici e agli insegnanti che hanno partecipato intensamente alla realizzazione dell’indagine: il loro contributo è stato determinante nella buona riuscita della raccolta dei dati qui presentati. (I loro nomi non vengono citati, per proteggere la privacy dei loro alunni che hanno partecipato all’indagine).

Un ringraziamento alle famiglie e agli alunni che hanno preso parte all’indagine, permettendo così di meglio comprendere la situazione dei bambini della nostra ASL, in vista dell’avvio di iniziative tese a migliorarne lo stato di salute.

Copia del volume può essere richiesta a:

Ilenia Borrini
Aulla, piazza della Vittoria 22
tel 0187 406142
m.quastalli@usl1.toscana.it

Siti internet di riferimento per lo studio:

www.okkioallasalute.it
www.epicentro.iss.it/okkioallasalute

INTRODUZIONE

In Italia, come in altri Paesi europei, la necessità di seguire con attenzione la situazione nutrizionale della popolazione generale e, in particolare, dei nostri bambini è un'acquisizione molto recente e fortemente motivata dalla percezione, anch'essa piuttosto recente, dell'obesità come problema prioritario di salute pubblica. Infatti dati recenti del WHO sottolineano l'aumento dell'obesità, in particolare in età evolutiva: attualmente la prevalenza di obesità giovanile in Europa è 10 volte maggiore rispetto agli anni settanta. Il 20% dei bambini europei è in sovrappeso o obeso, con un picco del 34% nei bambini da 6 a 9 anni (uno su 3 è sovrappeso o obeso). Il problema dell'obesità e del sovrappeso nei bambini ha acquisito negli ultimi anni un'importanza crescente, sia per le implicazioni dirette sulla salute del bambino sia perché tali stati rappresentano un fattore di rischio per l'insorgenza di patologie in età adulta. Inoltre, l'obesità infantile rappresenta un fattore predittivo di obesità nell'età adulta.

Fino ad oggi, in Italia, sono stati condotti vari studi regionali o di ASL basati su misurazioni dirette dei bambini per lo più tra 6 e 9 anni, ma tali studi differiscono per tempi, modalità, età campionate e diversi altri aspetti che ne rendono difficile il confronto. Le uniche fonti informative nazionali sono rappresentate dalle indagini multiscopo dell'ISTAT (condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999/2000, peso e altezza dei minori sono stati comunicati dai genitori e non misurati direttamente) che evidenziano come nel nostro paese il 24% dei ragazzi tra i 6 e i 17 anni presenti un eccesso ponderale, fenomeno che sembra interessare le fasce di età più basse ed è più frequente nelle regioni del sud Italia.

Al fine di definire e mettere a regime un sistema di raccolta dati nazionale sullo stato nutrizionale dei bambini di età compresa tra i 6 e i 10 anni, con acquisizione di informazioni dirette su alcuni parametri antropometrici, abitudini alimentari e attività fisica, il Ministero della Salute/CCM e le Regioni hanno affidato al CNESPS-ISS il coordinamento dell'iniziativa "OKkio alla SALUTE – Promozione della salute e della crescita sana dei bambini della scuola primaria, collegato al programma europeo "Guadagnare salute" (recepito in Italia con DPCM del 4 maggio 2007) e al "Piano nazionale di prevenzione".

Nell'ottica di una evoluzione verso un sistema di sorveglianza, cioè una raccolta continua nel tempo finalizzata all'azione, in stretta collaborazione con le Regioni si è cercato di sviluppare un sistema che permetta la raccolta dei dati nelle scuole, che sia sostenibile nel tempo, sia per il sistema sanitario che per la scuola, ed efficace nel guidare gli interventi di sanità pubblica.

L'obiettivo generale di OKkio alla SALUTE è di descrivere nel tempo l'evoluzione della situazione nutrizionale dei bambini delle scuole primarie e del loro ambiente scolastico, in relazione alle sue caratteristiche favorevoli a una corretta nutrizione e l'attività fisica, allo scopo di suggerire azioni appropriate e basate su prove di efficacia. In questo rapporto sono riportati i risultati principali relativi al primo anno di attività.

METODOLOGIA DELL'INDAGINE

L'approccio adottato è quello della sorveglianza di popolazione, basata su indagini epidemiologiche ripetute a cadenza regolare, su campioni rappresentativi della popolazione in studio.

La sorveglianza è orientata alla raccolta di poche informazioni basilari, mediante l'utilizzo di strumenti e procedure semplici, accettabili da operatori e cittadini e sostenibili dai sistemi di salute. In tal senso, la sorveglianza non è adatta ad un'analisi approfondita delle cause del sovrappeso e dell'obesità (che possono essere oggetto di specifici studi epidemiologici), e non permette lo screening e l'avvio al trattamento dei bambini in condizioni di sovrappeso o obesità (cosa invece possibile con una attività di screening condotta sull'intera popolazione).

La realizzazione di un approccio metodologico efficace è stato reso possibile dalla collaborazione a tutti i livelli (nazionale, regionale e provinciale/ASL) delle istituzioni che fanno capo all'azione in salute e nel campo della scuola. La programmazione congiunta dell'indagine a livello regionale, la messa a disposizione delle liste di campionamento, dell'organizzazione della raccolta dati nelle scuole, la prossima utilizzazione congiunta dei risultati, hanno fatto in modo che in poche settimane sul territorio nazionale siano state visitate oltre 1.900 classi in oltre 1.800 scuole per un totale di oltre 40.000 bambini pesati e misurati, e altrettante famiglie che hanno offerto le informazioni su questionari standardizzati, in poche settimane di attività.

Popolazione in studio

Le scuole rappresentano l'ambiente ideale per la sorveglianza: i bambini sono facilmente raggiungibili sia per la raccolta dei dati che per gli interventi di promozione della salute che seguiranno la sorveglianza.

È stata scelta la classe terza della scuola primaria, con bambini intorno agli 8 anni, perché l'accrescimento a quest'età è ancora poco influenzato dalla pubertà, i bambini sono già in grado di rispondere con attendibilità ad alcune semplici domande, e i dati sono comparabili con quelli raccolti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in vari altri Paesi europei. In Italia la popolazione di tutte le classi primarie, cui si potranno ragionevolmente estendere molti dei risultati ottenuti, è di circa 3 milioni.

Modalità di campionamento

Il metodo di campionamento prescelto è quello "a grappolo", che prevede che le classi ("grappoli" o "cluster") siano selezionate dalle liste di campionamento, predisposte dagli Uffici Scolastici su base regionale o di ASL. Per ciascuna scuola la probabilità di veder estratte le proprie classi è proporzionale al numero degli alunni iscritti (metodo della *probability proportional to size*).

I vantaggi pratici di questo campionamento sono la possibilità di concentrare il lavoro delle equipe su un numero limitato di classi (il metodo classico "casuale semplice" richiederebbe di effettuare rilevazioni in quasi tutte le scuole di una ASL) e la possibilità di fare a meno di una lista nominativa degli alunni, in genere non disponibile (vengono arruolati nell'indagine tutti gli alunni appartenenti alle classi campionate).

Il numero minimo di classi da campionare è stato fissato a 80 (circa 1500 bambini) per i campioni rappresentativi a livello regionale (45 per regioni con meno di un milione di abitanti) e a 35 (circa 630 bambini) per il livello aziendale.

Strumenti e procedure di raccolta dati

Sono stati predisposti quattro questionari: uno da somministrare ai bambini in aula, uno per i genitori da compilare a casa e due destinati rispettivamente agli insegnanti e ai dirigenti scolastici.

Il questionario destinato ai bambini comprende 15 semplici domande riferite a un periodo di tempo limitato (dal pomeriggio della giornata precedente alla mattina della rilevazione). I bambini hanno risposto al questionario in aula, individualmente e per iscritto, e gli operatori si sono resi disponibili per chiarire eventuali dubbi.

Per stimare la prevalenza delle condizioni di sovrappeso e obesità è stato utilizzato l'indice di massa corporea (IMC, ottenuto come rapporto tra il peso espresso in chilogrammi al netto della tara dei vestiti e il quadrato dell'altezza espressa in metri), misura che ben si presta ai fini della sorveglianza per l'analisi dei trend temporali e della variabilità geografica e ampiamente utilizzata a livello internazionale. Per la definizione di sovrappeso e obesità si è scelto di utilizzare i valori soglia per l'IMC desunti da Cole et al., come consigliato dalla International Obesity Task Force (IOTF) e dall'OMS.

Le misurazioni di peso e altezza sono state effettuate mediante bilancia Seca872™ con precisione di 50 grammi e stadiometro Seca214™ con precisione di 1 millimetro.

In caso di esplicito rifiuto dei genitori, il questionario non è stato somministrato e i bambini non sono stati misurati. Non è stata prevista alcuna forma di recupero dei dati riguardanti i bambini assenti. Il ruolo degli insegnanti nel comunicare ai genitori le finalità e le modalità della raccolta dati, e nel preparare i bambini in classe è stato fondamentale e determinante per la buona riuscita dell'indagine.

Le domande rivolte ai genitori hanno indagato alcune abitudini dei propri figli quali: l'attività motoria, i comportamenti sedentari (videogiochi e televisione) e agli alimenti consumati. Inoltre, sono state rilevate informazioni sulla percezione dello stato nutrizionale e sull'attività motoria dei propri figli.

Alcuni dati sulle caratteristiche dell'ambiente scolastico, in grado di influire favorevolmente sulla salute dei bambini, sono stati raccolti attraverso i questionari destinati ai dirigenti scolastici. Particolare attenzione è stata riservata alle attività di educazione motoria e sportiva curricolare, alla gestione delle mense, alla presenza di distributori automatici di alimenti, alla realizzazione di programmi di educazione alimentare. La collaborazione intensa e positiva tra operatori sanitari e istituzioni scolastiche ha permesso un ampio coinvolgimento dei bambini e dei loro genitori contribuendo alla buona riuscita dell'indagine.

In particolare, la disponibilità ed efficienza degli insegnanti coinvolti ha permesso di raggiungere un livello di adesione molto alto da parte delle famiglie.

La raccolta dei dati è avvenuta in tutte le regioni nel mese di maggio 2008.

L'inserimento dei dati è stato realizzato ad opera degli stessi operatori sanitari che hanno realizzato la raccolta cartacea delle informazioni, in una base dati predisposta dall'ISS, mediante un software sviluppato ad hoc.

Analisi dei dati

Trattandosi di uno studio trasversale che si prefigge di misurare delle prevalenze puntuali, l'analisi dei dati è consistita principalmente nella misura di percentuali (prevalenze) delle più importanti variabili selezionate. Per alcune di queste, in particolare per quelle che saranno soggette a confronti temporali successivi o con altre realtà territoriali (Regioni o Asl), si sono calcolati anche gli intervalli di confidenza al 95%. In qualche caso, al fine di identificare alcuni gruppi a rischio, si sono calcolati dei rapporti di prevalenza e realizzati dei test statistici (Test esatto di Fisher o del Chi quadrato). Nel presente rapporto in calce alle tabelle viene indicato pertanto quando le differenze osservate sono o non sono statisticamente significative. Le analisi sono state effettuate usando il software Epi Info ver. 3.4, seguendo un piano d'analisi predisposto nel protocollo dell'indagine.

Descrizione della popolazione

L'indagine ha richiesto la partecipazione attiva delle scuole, delle classi, dei bambini e dei loro genitori. Di seguito sono riportati i tassi di risposta e le descrizioni delle varie componenti della popolazione coinvolta.

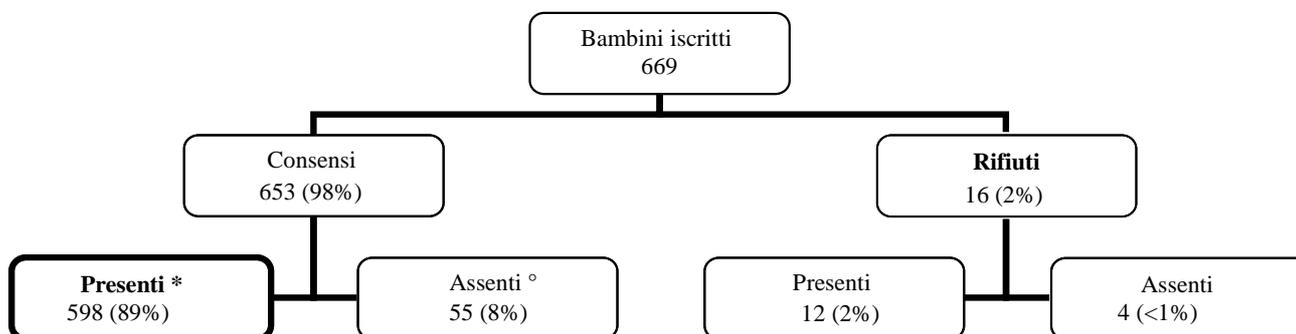
Quante scuole e quante classi sono state coinvolte nell'indagine?

Nella ASL 1 di Massa e Carrara hanno partecipato all'indagine il 100% delle scuole ed il 100% delle classi sulle 35 scuole (35 plessi di 20 istituti/Direzioni didattiche) e sulle 35 classi rispettivamente campionate.

Partecipazione dei bambini e delle famiglie allo studio

La misura della "risposta" delle famiglie ovvero la percentuale di bambini/famiglie che ha partecipato all'indagine è un importante indicatore di processo. Una percentuale molto alta oltre a garantire la rappresentatività del campione dimostra l'efficacia delle fasi preparatorie dell'indagine. Una risposta bassa a causa non solo di un alto numero di rifiuti ma anche di assenti, maggiore di quanto ci si attenderebbe in una normale giornata di scuola potrebbe far sospettare una scelta delle famiglie dettata per esempio dalla necessità di "proteggere" i bambini sovrappeso/obesi. In questo caso, il campione di bambini delle classi selezionate potrebbe non essere sufficientemente rappresentativo dell'insieme di tutte le classi della ASL, in quanto la prevalenza di obesità dei bambini del campione e di quelli assenti sarebbe significativamente diversa.

Bambini coinvolti: quanti i partecipanti, i rifiuti e gli assenti?



- Solo il 2 % dei genitori ha inviato il rifiuto per la misurazione dei propri figli. Questo valore è risultato simile a quello nazionale. Questo dato sottolinea una buona gestione della comunicazione tra asl, scuola e genitori.
- Nella giornata della misurazione erano assenti 55 bambini pari all' 8 % del totale di quelli misurabili; generalmente la percentuale di assenti è pari al 5-10%. La bassa percentuale di assenti tra i consensi rassicura, al pari del favorevole dato sui rifiuti, l'attiva e convinta partecipazione dei bambini e dei genitori.
- I bambini ai quali è stato possibile somministrare il questionario e di cui sono stati rilevati peso e altezza sono stati quindi 598 ovvero l'89% degli iscritti negli elenchi delle classi. L'alta percentuale di partecipazione (> 85%) assicura una rappresentatività del campione molto soddisfacente.
- Hanno risposto al questionario dei genitori 450 delle famiglie dei 669 bambini iscritti (67%).

Bambini partecipanti: quali le loro caratteristiche?

Le soglie utilizzate per classificare lo stato nutrizionale variano in rapporto al sesso e l'età dei bambini considerati.

- La proporzione di maschi e di femmine nel nostro campione è simile.
- Al momento della rilevazione, la grande maggioranza dei bambini che ha partecipato allo studio aveva fra 8 e 9 anni, con una media di 8 anni e 7 mesi di vita.

età e sesso dei bambini ASL1 MS – OKkio 2008 (N = 598)		
Caratteristica	n	%
Età in anni		
≤ 7	8	1
8	478	81
9	100	17
≥ 10	9	1
Sesso		
Maschi	289	48
Femmine	309	52

Genitori partecipanti: chi sono e cosa fanno?

La scolarità dei genitori usata come indicatore socioeconomico della famiglia è associata in molti studi allo stato di salute del bambino.

Il questionario è stato compilato più spesso dalla madre del bambino (88%), meno frequentemente dal padre (11%) o da altra persona (<1%). Per motivi di semplicità abbiamo limitato l'analisi alle madri, che nel nostro studio costituiscono il genitore che ha risposto più frequentemente al questionario rivolto ai genitori.

- La maggior parte delle madri che ha risposto al questionario ha un titolo di scuola superiore (51%) o laurea (18%).
- Il 29% delle madri lavora a tempo pieno e il 37% part-time.

livello di istruzione e occupazione della madre ASL 1 MS – OKkio 2008 (N = 396)		
Caratteristica	n	%
Grado di istruzione		
Nessuna, elementare, media	122	31
Diploma superiore	203	51
Laurea	71	18
Lavoro		
Tempo pieno	117	29
Part time	146	37
Nessuno	133	34

La situazione nutrizionale dei bambini

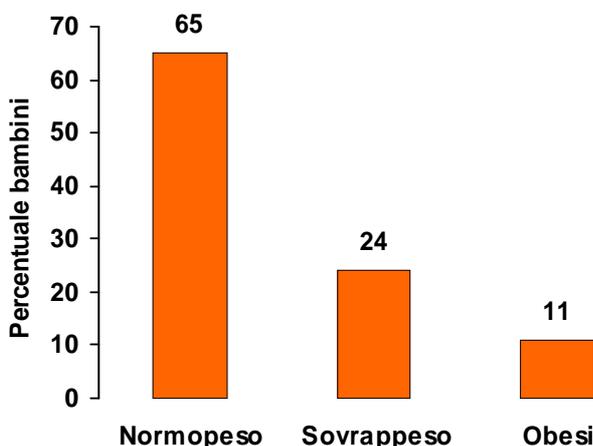
L'obesità ed il sovrappeso in età evolutiva tendono a persistere in età adulta e a favorire lo sviluppo di gravi patologie quali le malattie cardio-cerebro-vascolari, il diabete tipo 2 ed alcuni tumori. Negli ultimi 25 anni la prevalenza dell'obesità nei bambini è triplicata e la linea di tendenza è in continuo e progressivo aumento. Accurate analisi dei costi della patologia e delle sue onerose conseguenze, sia considerando il danno sulla salute che l'investimento di risorse, hanno indotto l'OMS e anche il nostro Paese a definire la prevenzione dell'obesità come un obiettivo di salute pubblica prioritario.

È utile sottolineare che la presente indagine, sia per motivi metodologici che etici, non è e non va considerata come un intervento di screening e, pertanto, i suoi risultati non vanno utilizzati per la diagnosi e l'assunzione di misure sanitarie nel singolo individuo.

Quanti sono i bambini in sovrappeso o obesi?

L'indice di massa corporea (IMC) è un indicatore indiretto dello stato di adiposità, semplice da misurare e comunemente utilizzato negli studi epidemiologici per valutare l'eccedenza ponderale (il rischio di sovrappeso e obesità) di popolazioni o gruppi di individui. Si ottiene dal rapporto tra il peso del soggetto espresso in chilogrammi diviso il quadrato della sua altezza espressa in metri. Per la determinazione di sotto-normopeso, sovrappeso e obeso sono stati utilizzati i valori soglia proposti dalla IOTF. Aggregando i dati di un campione rappresentativo di bambini di una particolare area geografica, la misura periodica dell'IMC permette di monitorare nel tempo l'andamento del sovrappeso/obesità e dell'efficacia degli interventi di promozione della salute nonché di effettuare confronti tra popolazioni e aree diverse.

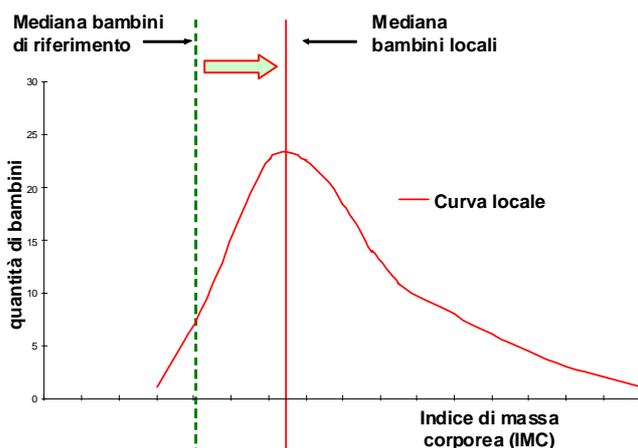
Prevalenza di sovrappeso e obesità tra i bambini di 8 e 9 anni %



- Nella ASL l'11% (IC95% 8-14) dei bambini risulta obeso, il 24% (IC95% 20-28) sovrappeso e il 65% (IC95% 61-69) normopeso. I valori misurati nella nostra realtà sono di gran lunga più elevati rispetto a quelli indicati come riferimento dalla International Obesity Task Force: 1%, 10%, e 89%, rispettivamente.
- Complessivamente il 35% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità.

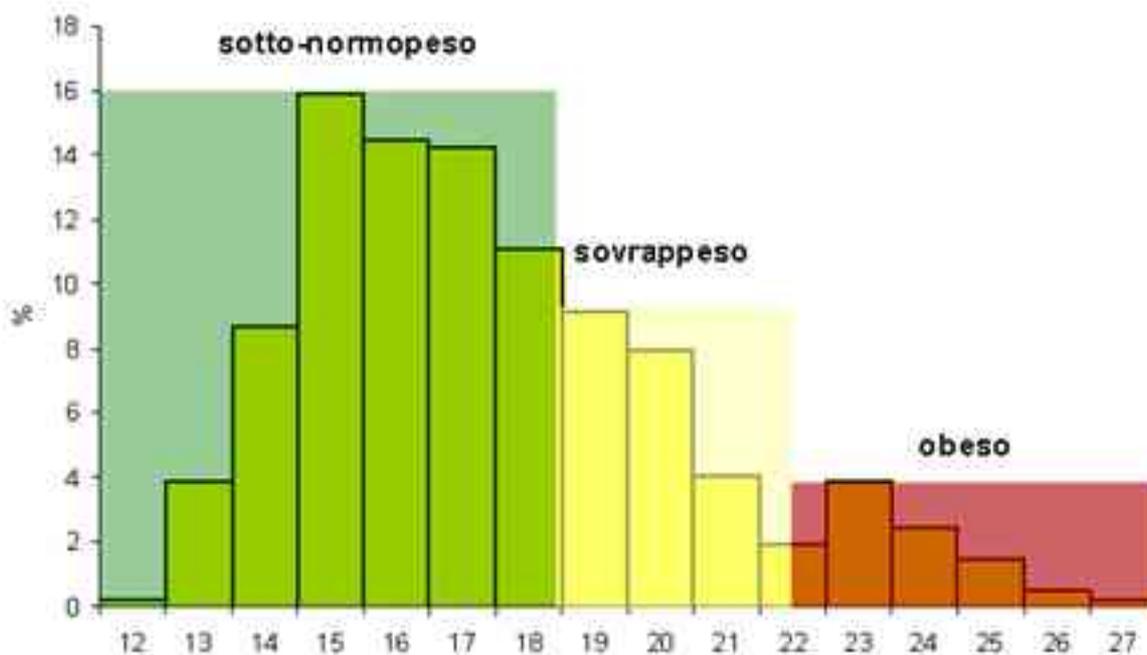
Qual è la distribuzione dell'IMC della popolazione dei bambini studiati rispetto a una popolazione di riferimento?

La mediana della curva della nostra ASL (IMC=17,5) è spostata verso destra rispetto a quella della popolazione internazionale di riferimento della stessa età, misurata da Cole e Belizzi (IMC=15,8). Il nostro bambino mediano pertanto pesa 5 kg in più rispetto al bambino mediano della popolazione di riferimento. A parità di età della rilevazione, curve che mostrano valori di mediana più alti di quelle di riferimento e un'asimmetria con una coda più pronunciata sulla destra sono da riferire a una popolazione sostanzialmente affetta da sovrappeso e obesità, come mostrato nell'esempio della figura seguente. Nella seguente figura viene evidenziato lo spostamento verso destra della distribuzione dell'IMC dei bambini della nostra regione, rispetto a quelli di riferimento.



- Nella nostra ASL la curva di distribuzione dell'IMC (vedi figura in basso) appare simile a quella dell'esempio, appiattita e sfuggente verso destra, il che sta a significare uno spostamento dell'intera popolazione verso il sovrappeso e obesità. Inoltre la mediana della curva della nostra ASL (IMC=17,5) è spostata verso destra rispetto a quella della popolazione internazionale di riferimento (IMC=15,8).
L'istogramma rappresenta la distribuzione dei bambini in rapporto allo stato nutrizionale: normopeso,

distribuzione dell'IMC dei nostri bambini



sovrappeso, obesi (analisi limitata ai bambini dell'età mediana della popolazione +/- 6 mesi); n = 415

Qual è il rapporto tra IMC, caratteristiche del bambino e livello di scolarità della madre?

In alcune realtà, sesso del bambino e livello di scolarità della madre sono associati alla situazione di sovrappeso o obesità del bambino

- Nella ASL, le prevalenze di obesità e di sovrappeso non evidenzia differenze statisticamente significative tra i bambini di 8 e quelli di 9 anni, tra maschi e femmine e per zona geografica di appartenenza.
- Il rischio di obesità diminuisce con il crescere della scolarità della madre, da 17% per titolo di scuola elementare o media, a 8% per diploma di scuola superiore e 9% laurea.

Stato nutrizionale dei bambini di 8 e 9 anni per caratteristiche demografiche del bambino e dei genitori (%) ASL 1 MS (n=578)			
Caratteristiche	Normo/ sottopeso	Sovrappeso	Obeso
Età			
8 anni	64,4	23,6	11,9
9 anni	68	24	8
Sesso			
maschi	62,4	25,5	12,1
femmine	67,5	22	10,5
Tipo comune appartenenza			
< 10.000 ab.	66,3	18,7	15
10.000-50.000 ab.	67,3	21,2	11,5
> 50.000 ab.	64,4	25,3	10,3
Istruzione della madre*			
Nessuna, elementare, media	64,7	17,6	17,6
Superiore	64,8	27	8,2
Laurea	76,1	14,9	9

* Differenza statisticamente significativa (p < 0,05)

Per un confronto.....

	Valore assunto usando mediana di riferimento*	Valore ASL	Valore regione	Valore nazionale
Prevalenza di bambini sotto-normopeso	84%	65%	70,5%	64%
Prevalenza di bambini sovrappeso	11%	24%	22,5%	24%
Prevalenza di bambini obesi	5%	11%	7%	12%
Mediana di IMC nella popolazione in studio	15,8	17,5%	17,3%	17,5

* Per ottenere un valore di riferimento con cui confrontare la prevalenza di sovrappeso e obesità della popolazione in studio, sono stati calcolati i valori che la popolazione nazionale avrebbe se la mediana dell'IMC fosse pari a quella della popolazione di riferimento utilizzata dalla IOTF per calcolare le soglie di sovrappeso e obesità.

Conclusioni

Nella ASL1 di Massa e Carrara il sovrappeso e l'obesità nella popolazione infantile rappresentano un problema importante di salute pubblica. Il confronto con i valori di riferimento internazionali, infatti, evidenzia la loro dimensione molto grave per la salute dei bambini di oggi e degli adulti di domani. Anche rispetto alla media regionale, i bambini della nostra ASL mostrano un IMC superiore.

Nei fatti, i risultati del presente rapporto accrescono ulteriormente la reale e giustificata preoccupazione sul futuro stato di salute della nostra popolazione. Un'ampia letteratura scientifica conferma inconfutabilmente il rischio che il sovrappeso -ed in misura sensibilmente maggiore l'obesità- già presenti in età pediatrica ed adolescenziale persistano in età adulta. In particolare, circa il 60% dei bambini e adolescenti obesi resterà tale anche in età adulta; il rischio di restare adulti obesi è aumentato se anche uno dei genitori è obeso. Seppur in proporzione ridotta anche una parte dei bambini oggi normopeso diventerà sovrappeso/obeso in età adulta contribuendo ad aumentare in tal maniera la prevalenza complessiva del sovrappeso/obesità. Di conseguenza, in presenza di una così alta prevalenza di sovrappeso-obesità ed in assenza di interventi efficaci e tempestivi, anche la prevalenza di malattia cardio-vascolare aumenterà sensibilmente nei prossimi anni, interessando sempre più frequentemente la fascia di età dei giovani adulti, con ovvi e prevedibili effetti sia sullo stato di salute dei cittadini che sulle risorse necessarie per affrontare tali complicanze.

D'altra parte è necessario mantenere una sorveglianza regolare dell'andamento di tale fenomeno nella nostra popolazione infantile, per cogliere segni di cambiamento in peggio o in meglio e per misurare gli effetti legati agli interventi che verranno realizzati negli anni a venire.

Le abitudini alimentari dei bambini

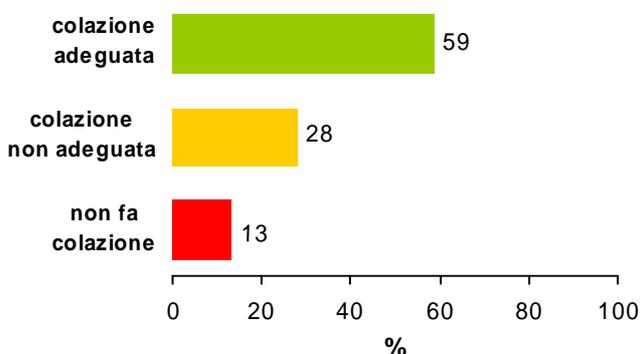
Una dieta ad alto tenore di grassi e con contenuto calorico eccessivo è associata ad aumento del peso corporeo che nel bambino tende a conservarsi fino all'età adulta. Una dieta qualitativamente equilibrata, in termini di bilancio fra grassi, proteine e glicidi, e la sua giusta distribuzione nell'arco della giornata, contribuisce a produrre e/o a mantenere un corretto stato nutrizionale.

I nostri bambini fanno una prima colazione adeguata?

Esistono diversi studi scientifici che dimostrano l'associazione tra l'abitudine a non consumare la prima colazione e l'insorgenza di sovrappeso. Per semplicità, in accordo a quanto indicato dall'INRAN, è stata considerata adeguata la prima colazione che fornisce un apporto di calorie e proteine, per esempio: latte (proteine) e cereali (carboidrati), o succo di frutta (carboidrati) e yogurt (proteine).

- Nella nostra ASL solo il 59% dei bambini fa una colazione qualitativamente adeguata.
- Il 13% non fa per niente colazione (più nelle bambine rispetto ai bambini, 15% versus 11%) e il 28% non la fa qualitativamente adeguata.
- La prevalenza del non fare colazione è più alta nei bambini di mamme con titolo di studio più basso (elementare o media).

adeguatezza della colazione consumata dai bambini (%)

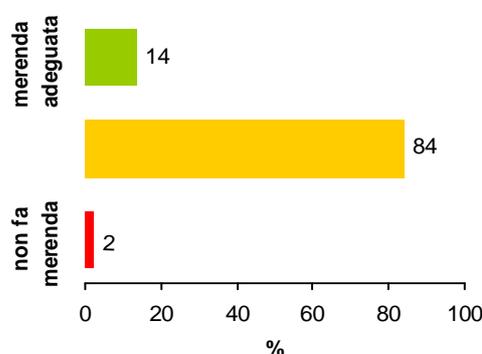


I nostri bambini, durante la merenda di metà mattina, mangiano in maniera adeguata?

Oggi giorno viene raccomandato che, se è stata assunta una prima colazione adeguata, venga consumata a metà mattina una merenda contenente circa 100 calorie, che corrispondono in pratica a uno yogurt, o un frutto, o un succo di frutta senza zuccheri aggiunti. Nel caso in cui la merenda consumata dai bambini sia stata distribuita dalla scuola, questa è stata considerata sempre come adeguata.

- Solo una piccola parte di bambini, intorno al 14%, consuma una merenda adeguata di metà mattina.
- La maggior parte dei bambini, circa l'84%, la fa inadeguata e il 2% non la fa per niente.
- Non sono emerse differenze per sesso del bambino
- La prevalenza del non fare merenda* è più alta nei bambini di mamme con titolo di studio più alto (laurea 7% vs elementare 1%). *p<0,05

adeguatezza della merenda di metà mattina consumata dai bambini (%)



Quante porzioni di frutta e verdura mangiano i nostri bambini al giorno?

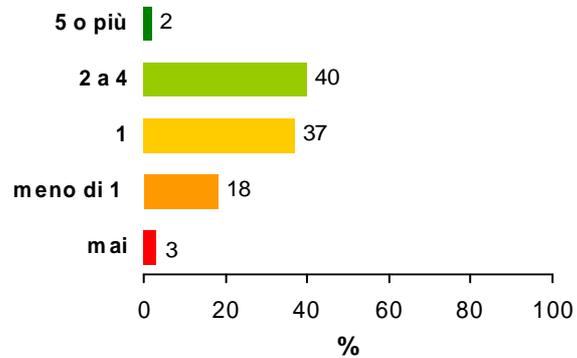
Le linee guida sulla sana alimentazione prevedono l'assunzione di almeno di cinque porzioni al giorno di frutta e verdura. Il consumo di frutta e verdura nell'arco della giornata garantisce un adeguato apporto di fibre e sali minerali e consente di limitare la quantità di calorie introdotte.

- Nella nostra ASL, i genitori riferiscono che solo il 2% dei bambini consuma 5 o più porzioni di frutta e verdura ogni giorno, il 37% una sola porzione al giorno.
- Il 21% dei bambini mangia frutta e verdura meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana.
- Non sono emerse differenze per sesso del bambino

La prevalenza di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno* aumenta con il crescere della scolarità della madre (laurea 93% vs superiore 81%, nessuno elementare o media 69%)

*p < 0,05

consumo di frutta e verdura in "volte al giorno" nell'arco della settimana (%)



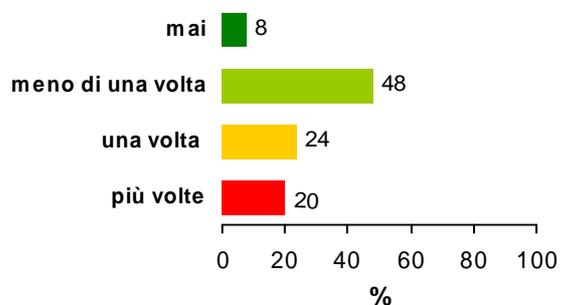
Quante bibite zuccherate al giorno consumano i nostri bambini?

Mediamente in una lattina di bevanda zuccherata (33 cc) è contenuta una quantità di zuccheri aggiunti pari a 40-50 grammi, fra 5 e 8 cucchiaini, con l'apporto calorico che ne consegue. Esiste una forte associazione tra il consumo di bevande zuccherate e l'obesità.

- Nella nostra ASL il 56% dei bambini consuma meno di una volta al giorno o mai delle bevande zuccherate.
- Il 24% dei bambini assume bevande zuccherate una volta e il 20% più volte al giorno.
- Mentre non vi è differenza fra maschi e femmine, la prevalenza di consumo di bibite zuccherate almeno una volta al giorno diminuisce con il crescere della scolarità della madre, da 52% per titolo di scuola elementare o media, a 44% per diploma di scuola superiore, a 18% per la laurea*.

*p < 0,05

consumo di bevande zuccherate al giorno (%)



Per un confronto.....

Prevalenza di bambini che...	Valore desiderabile per i bambini	Valore ASL	Valore regionale	Valore nazionale
hanno assunto la colazione il mattino dell'indagine	100%	87%	92%	89%
hanno assunto una colazione adeguata il mattino dell'indagine	100%	59%	65,8%	60%
hanno assunto una merenda adeguata a metà mattina	100%	14%	11,2%	14%
assumono 5 porzioni di frutta e verdura giornaliere	100%	2%	2,2%	2%
assumono bibite zuccherate almeno una volta al giorno	0%	43%	37,3%	41%

Conclusioni

E' dimostrata l'associazione tra sovrappeso ed obesità e stili alimentari errati. L'indagine che si è svolta nella nostra ASL ha messo in luce la grande diffusione fra i bambini di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e sono fortemente predisponenti all'aumento di peso, specie se concomitanti. Questo rischio per i bambini può essere limitato da un cambiamento di abitudini familiari e tramite il sostegno della scuola ai bambini e alle loro famiglie.

L'uso del tempo dei bambini: l'attività fisica

L'attività fisica è un fattore determinante per mantenere o migliorare la salute dell'individuo essendo in grado di ridurre il rischio di molte malattie cronico-degenerative. È universalmente accettato in ambito medico che un'adeguata attività fisica associata ad una corretta alimentazione possa prevenire il rischio di sovrappeso nei bambini. Si consiglia che i bambini facciano attività fisica moderata o intensa ogni giorno per almeno 1 ora. Questa attività non deve essere necessariamente continua ed include tutte le attività motorie quotidiane. La promozione dell'attività fisica è uno degli obiettivi del Piano Nazionale di Prevenzione e la sistematizzazione dell'attività motoria nelle scuole un obiettivo del Ministero della Pubblica Istruzione.

Quanti bambini sono attivi fisicamente?

La creazione delle condizioni che permettono ai bambini di essere attivi fisicamente dipende innanzitutto dalla comprensione di tale necessità da parte della famiglia e quindi da una buona collaborazione fra la scuola e la famiglia. Nel nostro studio, il bambino è considerato attivo se ha svolto almeno 1 ora di attività fisica il giorno precedente all'indagine (cioè, attività motoria a scuola e/o attività sportiva strutturata e/o ha giocato all'aperto nel pomeriggio). L'attività fisica è stata studiata quindi non come abitudine, ma solo in termini di prevalenza puntuale riferita al giorno precedente all'indagine.

- Nel nostro studio il 65% dei bambini risulta attivo il giorno antecedente all'indagine.
- Solo il 15% tuttavia ha partecipato ad un'attività motoria curricolare a scuola nel giorno precedente.
- Sono complessivamente più attivi i maschi.

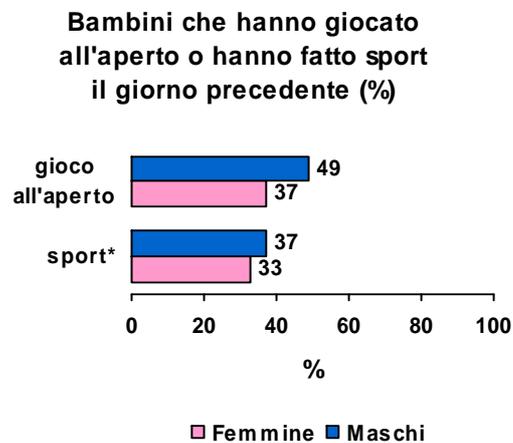
Attività fisica il giorno precedente l'indagine (%) ASL 1 MS, n= 598	
Caratteristiche	Attivi*
Sesso	
maschi	68
femmine	63

* Il giorno precedente ha svolto attività motoria a scuola e/o attività sportiva strutturata e/o ha giocato all'aperto nel pomeriggio

I bambini giocano ancora all'aperto e fanno attività sportiva strutturata?

Il pomeriggio dopo la scuola costituisce un periodo della giornata eccellente per permettere ai bambini di fare attività fisica, con il gioco all'aperto o con lo sport strutturato. I bambini impegnati in queste attività tendono a trascorrere meno tempo in attività sedentarie (televisione e videogiochi) e quindi a essere meno esposti al sovrappeso/obesità.

- il 43% dei bambini ha giocato all'aperto il pomeriggio antecedente all'indagine (rilevazioni effettuate a febbraio).
- I maschi giocano all'aperto più delle femmine.
- il 35% dei bambini ha fatto attività sportiva strutturata il pomeriggio antecedente all'indagine.

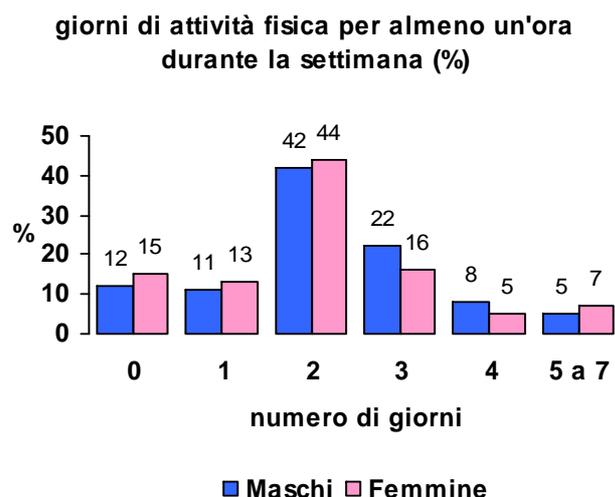


*differenza non statisticamente significativa

Secondo i genitori, quanti giorni i bambini fanno attività fisica per almeno un'ora al giorno durante l'intera settimana?

Per stimare l'attività fisica dei bambini si può ricorrere all'informazione fornita dai genitori, ai quali si è chiesto quanti giorni, in una settimana normale, i bambini giocano all'aperto o fanno sport strutturato per almeno un'ora.

- Secondo i loro genitori, nella nostra ASL, circa 4 bambini su 10 (43%) fanno un'ora di attività fisica per 2 giorni la settimana, il 13% neanche un giorno e solo il 6% da 5 a 7 giorni.
- Non si evidenziano differenze statisticamente significative tra maschi e femmine



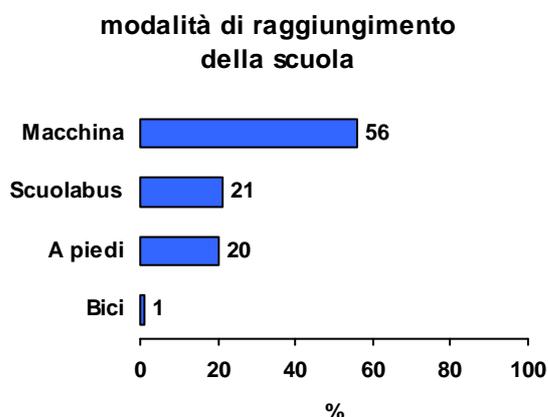
Come si recano a scuola i bambini?

Un altro modo di tenere attivi fisicamente I bambini è favorirne l'andata a scuola a piedi o in bicicletta, compatibilmente con la distanza del loro domicilio dalla scuola.

1.1.1.1.1.1 L'21% dei bambini, nella mattina dell'indagine, ha riferito di essersi recato a scuola a piedi o in bici; invece, il 77% ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato.

1.1.1.1.1.2 I maschi vanno a scuola a piedi o in bici* più delle femmine. (27% vs 15%)

*p < 0,05



Per un confronto.....

	Valore desiderato per i bambini	Valore ASL*	Valore** regionale	Valore** nazionale
Bambini definiti fisicamente attivi	100%	65%	78,1%	74%
Bambini che hanno giocato all'aperto il pomeriggio prima dell'indagine	100%	43%	58,4%	55%
Bambini che svolgono attività sportiva strutturata	100%	35%	37,6%	38%
Bambini che svolgono attività fisica almeno un'ora al giorno per 5-7 giorni alla settimana	100%	6%	8%	9%

* indagine effettuata nel mese di febbraio

** indagine effettuata nel mese di maggio

Conclusioni

I dati raccolti nel corso dell'indagine hanno evidenziato che i bambini della nostra ASL fanno poca attività fisica. Si stima che 1 bambino su 3 risulta fisicamente inattivo, maggiormente le femmine rispetto ai maschi. Appena poco più di 1 bambino su 20 ha un livello di attività fisica raccomandato per la sua età, anche per ragioni legate al recarsi a scuola con mezzi motorizzati, giocare poco all'aperto e non fare sufficienti attività sportive strutturate. Le scuole e le famiglie devono collaborare nella realizzazione di condizioni e di iniziative che incrementino la naturale predisposizione dei bambini all'attività fisica che ha mostrato deboli livelli nella nostra popolazione.

L'uso del tempo dei bambini: le attività sedentarie

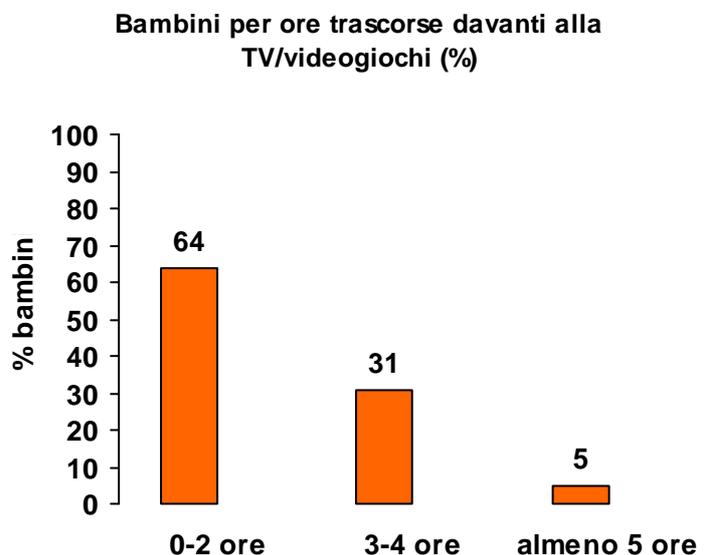
La crescente disponibilità di televisori e di videogiochi, insieme con i profondi cambiamenti nella composizione e nella cultura della famiglia, ha contribuito ad aumentare il numero di ore trascorse in attività sedentarie. Pur costituendo un'opportunità di divertimento e talvolta di sviluppo del bambino, il momento della televisione si associa spesso all'assunzione di cibi fuori pasto che è un fattore associato nel determinismo di sovrappeso/obesità nel bambino. Evidenze scientifiche mostrano che la diminuzione del tempo di esposizione alla televisione da parte dei bambini è associata ad una riduzione del rischio di sovrappeso e dell'obesità prevalentemente a causa del mancato introito di calorie di cibi assunti durante tali momenti.

Quante ore al giorno i bambini guardano la televisione o usano i videogiochi?

Diverse fonti autorevoli raccomandano un limite di esposizione complessivo alla televisione/ videogiochi per i bambini di età maggiore ai 2 anni di non oltre le 2 ore quotidiane, mentre è decisamente sconsigliata la televisione nella camera da letto dei bambini.

I dati seguenti rappresentano la somma delle ore che i genitori dichiarano che i loro figli guardano la TV e/o giocano con i videogiochi o con il computer, in media in un normale giorno di scuola. Questi dati possono essere sottostimati nella misura in cui la discontinua presenza parentale non permetta di verificare la durata effettiva del tempo passato dai bambini nelle diverse attività.

- Nella nostra ASL, i genitori riferiscono che 64% dei bambini guarda la Tv o usa videogiochi da 0 a 2 ore al giorno, mentre il 31% è esposto quotidianamente alla TV o ai videogiochi per 3 a 4 ore e il 5% per più di 5 ore.
- L'esposizione ad almeno 5 ore di TV o videogiochi è più frequente tra i maschi* (67% versus 33%) e non è correlata con l'aumento del livello di istruzione della madre*.
- Complessivamente il 48% dei bambini ha un televisore nella propria camera.



*p < 0,05

Complessivamente, quanto spesso i bambini guardano la televisione o giocano con i videogiochi, e in quale momento durante il giorno?

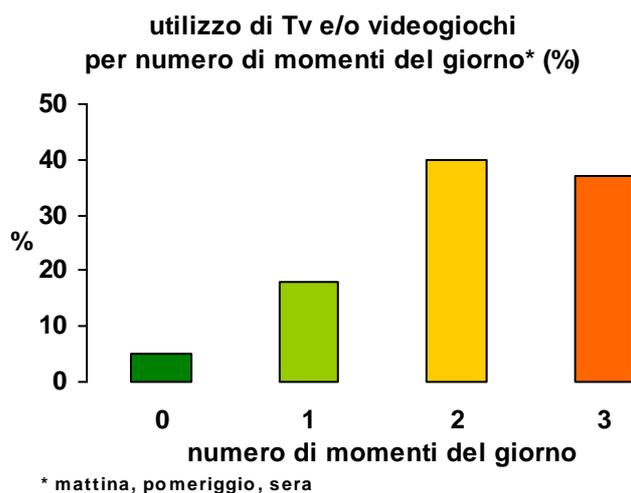
La televisione e i videogiochi rappresentano una parte importante dell'uso del tempo e delle attività sedentarie nella quotidianità dei bambini. Generalmente si ritiene che vi sia un rapporto fra le attività sedentarie e la tendenza verso il sovrappeso/obesità, per cui si raccomanda di controllare e limitare, quando necessario, la quantità di tempo che i bambini passano davanti alla televisione o ai videogiochi.

2. Nella nostra ASL il 45% dei bambini ha guardato la TV prima di andare a scuola, mentre il 84% dei bambini ha guardato la televisione o ha utilizzato videogiochi al pomeriggio e il 80% alla sera.

3. Solo il 5% dei bambini non ha guardato la TV o utilizzato i videogiochi nelle 24 ore antecedenti l'indagine mentre il 18% in un periodo della giornata, il 40% in due periodi e il 37% ne ha fatto uso durante la mattina il pomeriggio e la sera.

- L'esposizione a tre momenti di utilizzo di TV e/o videogiochi è più frequente tra i maschi (46% versus 29%)* ed è associata con il livello di istruzione della madre (laurea 21%, vs altra scolarità 40%)*.

*p < 0,05



Per un confronto.....

	Valore desiderabile per i bambini	Valore ASL	Valore regionale	Valore nazionale
Bambini che passano al televisore o ai videogiochi più di 2 ore al giorno	0%	36%	37,8%	48%
Bambini con televisore in camera	0%	48%	49,6%	49%

Conclusioni

Nella nostra ASL sono molto diffuse, tra i bambini, le attività sedentarie, come il trascorrere molto tempo a guardare la televisione e giocare con i videogiochi.

Rispetto alle raccomandazioni, molti bambini eccedono ampiamente nell'uso della TV e dei videogiochi, in particolare nel pomeriggio, quando potrebbero dedicarsi invece ad altre attività più salutari, come i giochi di movimento o lo sport o attività relazionali con coetanei.

Queste attività sedentarie sono sicuramente favorite dal fatto che addirittura la metà dei bambini dispone di un televisore in camera propria. 4 bambini su 10 di fatto non ottemperano alle raccomandazioni sul tempo da dedicare alla televisione o ai videogiochi (meno di 2 ore al giorno di TV o videogiochi).

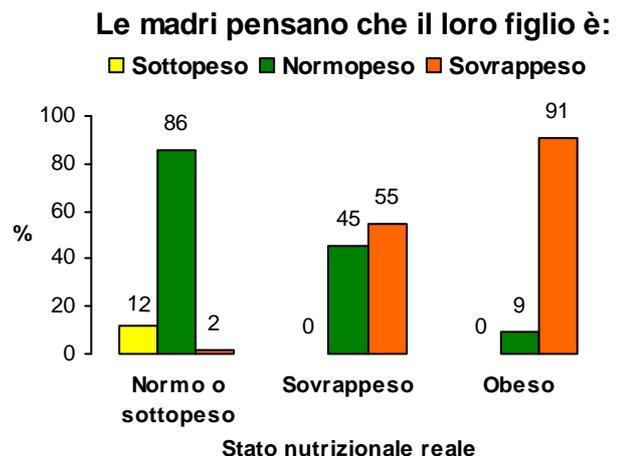
La percezione delle madri sulla situazione nutrizionale e sull'attività fisica dei bambini

Un primo passo verso il cambiamento è costituito dall'acquisizione della coscienza di un problema. In realtà, la cognizione che comportamenti alimentari inadeguati siano causa del problema sovrappeso/obesità tarda a diffondersi nella collettività. A questo fenomeno si aggiunge la mancanza di consapevolezza da parte delle madri dello stato di sovrappeso/obesità e del fatto che il bambino mangi troppo o si muova poco. Di fronte a tale situazione, la probabilità di riuscita di misure preventive e correttive ne risulta limitata.

Qual è la percezione della madre rispetto allo stato nutrizionale del proprio figlio?

Alcuni studi hanno dimostrato che i genitori possono non avere un quadro corretto della situazione nutrizionale del proprio figlio. Questo fenomeno è particolarmente importante nei bambini sovrappeso/obesi che vengono al contrario percepiti come normopeso.

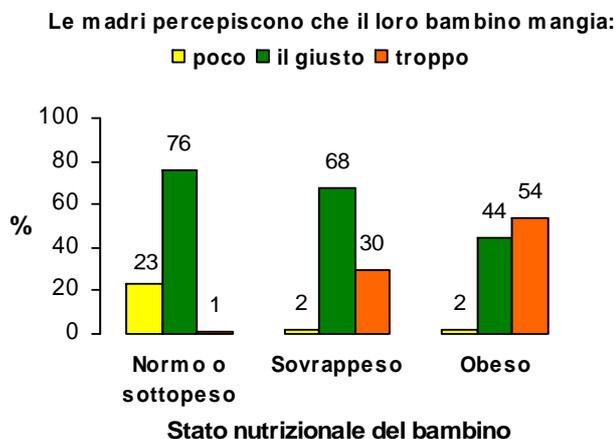
- Nella nostra ASL ben il 45 % delle madri di bambini sovrappeso e il 9 % delle madri di bambini obesi ritiene che il proprio bambino sia normopeso o sottopeso.
- Nelle famiglie con bambini in sovrappeso, la percezione non cambia in rapporto al sesso del bambino.
- La percezione, non è tanto più accurata quanto maggiore è la scolarità della madre.



Qual è la percezione della madre rispetto alla quantità di cibo assunta dal proprio figlio?

La percezione della quantità di cibo assunto dai propri figli può anche influenzare la probabilità di operare cambiamenti positivi. Anche se vi sono molti altri fattori determinanti di sovrappeso e obesità, l'eccessiva assunzione di cibo può contribuire al problema.

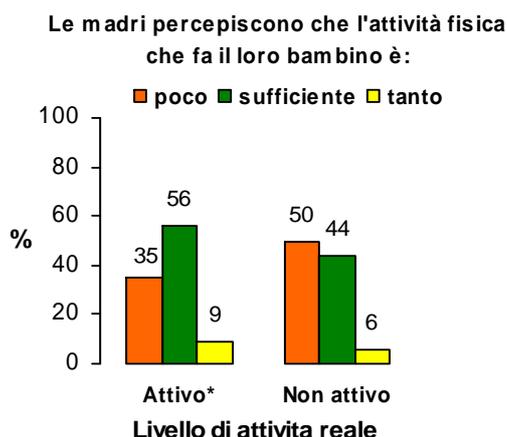
- Solo il 30% delle madri di bambini sovrappeso e il 54% di bambini obesi ritiene che il proprio bambino mangi troppo.
- Considerando i bambini in sovrappeso ed obesi insieme, non è stata constatata nessuna differenza per sesso dei bambini o per livello scolastico della madre.



Qual è la percezione della madre rispetto all'attività fisica svolta dal proprio figlio?

Sebbene molti genitori incoraggino i loro figli ad impegnarsi in attività fisica e nello sport organizzato, molti genitori possono non essere a conoscenza delle raccomandazioni che i bambini facciano almeno un'ora di attività fisica ogni giorno. Anche se l'attività fisica è difficile da misurare, un genitore che ritenga che il proprio bambino sia attivo, mentre in realtà non si impegna in nessuno sport o gioco all'aperto e non ha partecipato a un'attività motoria scolastica nel giorno precedente, ha quasi certamente una percezione sbagliata del livello di attività fisica del proprio figlio.

- All'interno del gruppo di bambini non attivi, il 44% delle madri ritiene che il proprio figlio svolga sufficiente attività fisica e il 6% molta attività fisica.
- Limitatamente ai non attivi non è stata constatata nessuna differenza per sesso dei bambini o livello scolastico della madre.



*- attivo: negli ultimi 24 ore, ha fatto sport, ha giocato all'aperto o ha partecipato all'attività motoria a scuola
- non attivo: non ha fatto nessuno dei tre

Per un confronto.....

Madri che percepiscono...	Valore desiderabile	Valore ASL	Valore regione	Valore nazionale
in modo adeguato lo stato nutrizionale del proprio figlio quando questo è sovrappeso	80%	55%	57%	51%
in modo adeguato lo stato nutrizionale del proprio figlio quando questo è obeso	100%	91%	95%	90%
l'assunzione di cibo del proprio figlio come adeguata, quando questo è sovrappeso o obeso	da ridurre	62%	68%	69%
l'attività fisica del proprio figlio come non sufficiente, quando questo risulta inattivo	da aumentare	50%	38%	48%

Conclusioni

Nella nostra ASL è molto diffusa (oltre 1 genitore su 3) nelle madri di bambini con sovrappeso/obesità una percezione del proprio figlio che non coincide con la misura rilevata. Inoltre molti genitori, in particolare di bambini sovrappeso/obesi, sembrano non valutare nella giusta misura la quantità di cibo assunta dai propri figli. La situazione è simile per la percezione delle madri del livello di attività fisica dei propri figli: solo 1 genitore su 2 ha una percezione che sembra coincidere con la situazione reale.

L'ambiente scolastico e il suo ruolo nella promozione della sana alimentazione e dell'attività fisica

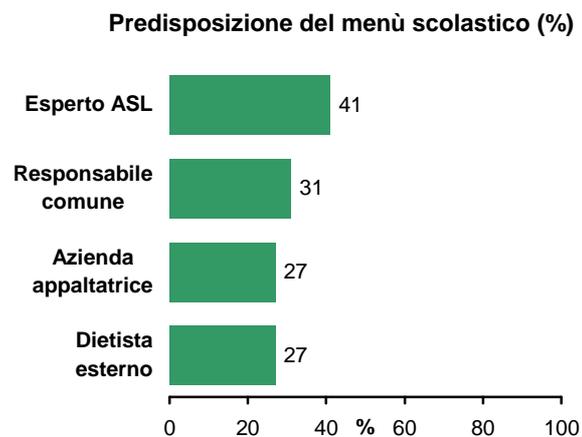
E' dimostrato che la scuola può giocare un ruolo fondamentale nel migliorare lo stato nutrizionale dei bambini creando condizioni per una corretta alimentazione dei bambini e favorendone l'attività motoria strutturata, ma anche promuovendo, attraverso l'educazione, abitudini alimentari adeguate. La scuola rappresenta l'ambiente ideale per seguire nel tempo l'evoluzione della situazione nutrizionale dei bambini e per creare occasioni di comunicazione con le famiglie che esitano in un maggior coinvolgimento nelle iniziative integrate di promozione della alimentazione corretta e dell'attività fisica dei bambini.

1. La partecipazione della scuola all'alimentazione dei bambini

Quante scuole sono dotate di mensa e quali sono le loro modalità di funzionamento?

Quando gestite secondo criteri nutrizionali basati sulle evidenze scientifiche e se frequentate dalla maggior parte dei bambini, le mense possono avere una ricaduta diretta nell'offrire ai bambini dei pasti qualitativamente e quantitativamente equilibrati che favoriscono l'alimentazione adeguata dei bambini e prevengono sovrappeso/obesità.

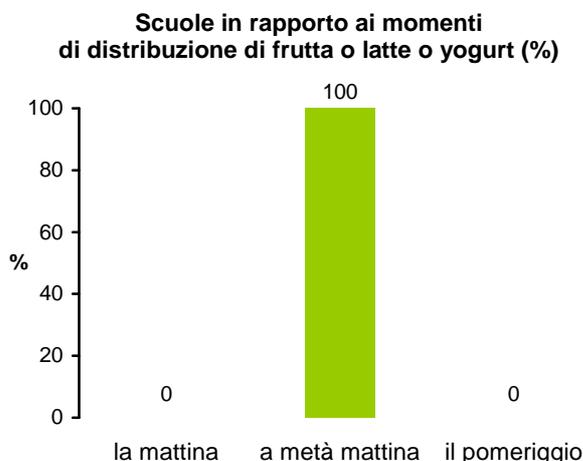
- Nella nostra ASL l' 83% delle scuole ha una mensa scolastica funzionante .
- Nelle scuole dotate di una mensa, nel 59% è aperta almeno 5 giorni la settimana.
- La mensa viene utilizzata mediamente dal 85% dei bambini.
- La definizione del menù scolastico è più frequentemente stabilita da un esperto dell'ASL, seguito dal responsabile comunale e azienda appaltatrice.



Esistono distribuzioni di alimenti all'interno della scuola?

Negli anni recenti sempre più scuole hanno avviato distribuzioni di alimenti allo scopo di integrare e migliorare l'alimentazione dei propri alunni. In alcune di queste esperienze viene associato anche l'obiettivo dimostrativo ed educativo degli alunni.

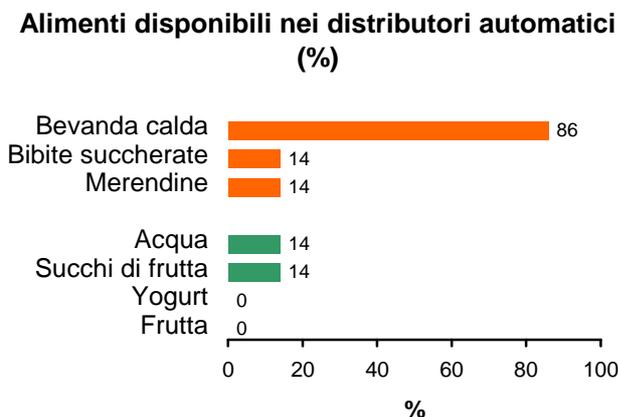
- Le scuole che distribuiscono ai bambini frutta o latte o yogurt, nel corso della giornata, sono il 9% .
- In tali scuole, la distribuzione si effettua esclusivamente a metà mattina (100%).



Sono segnalati dei distributori automatici?

Al contrario in alcuni Paesi, lo sviluppo di sovrappeso e obesità nei bimbi è risultato associato alla presenza diffusa nelle scuole di distributori automatici di merendine o bevande zuccherate.

- I distributori automatici di alimenti sono presenti nel 20% delle scuole, benché la maggior parte non siano direttamente accessibili ai bambini.
- All'interno del gruppo di scuole con distributori automatici, solo il 14% mette a disposizione succhi di frutta, mentre non vengono offerti frutta fresca, o yogurt.



2. La partecipazione della scuola all'attività motoria dei bambini

Quante scuole riescono a far fare le 2 ore di attività motoria curricolari ai propri alunni ?

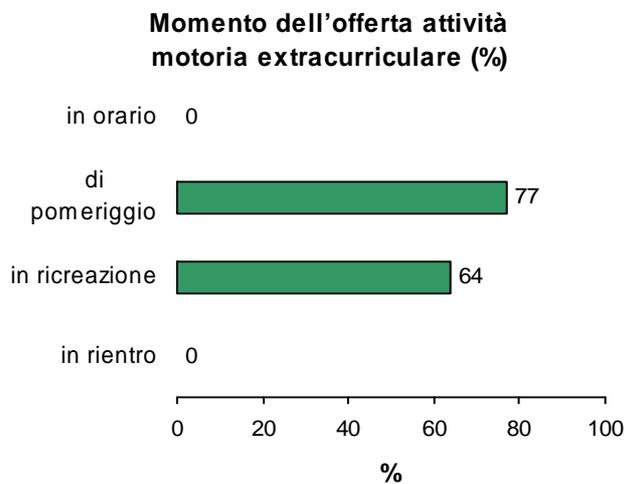
Tradizionalmente, il curriculum scolastico prevede 2 ore settimanali di attività motoria per i bambini delle scuole elementari. Non sempre l'attività è svolta quantitativamente e qualitativamente in accordo al curriculum.

- La maggioranza (91%) delle scuole dichiara che le classi svolgono normalmente le 2 ore previste dal curriculum
- Le ragioni principalmente addotte per giustificare il mancato svolgimento dell'attività motoria curricolare includono: palestra insufficiente (33%), mancanza di un insegnante (33%), struttura orario (17%)

Le scuole offrono opportunità di praticare attività motoria oltre quella curricolare all'interno della struttura scolastica?

L'opportunità offerta dalla scuola ai propri alunni di fare attività motoria extra-curricolare potrebbe avere oltre che un effetto benefico sulla salute dei bambini anche sulla loro abitudine a privilegiare l'attività motoria

- Le scuole che offrono agli alunni la possibilità di effettuare all'interno della scuola occasioni di attività motoria oltre le 2 ore curricolari sono il 67%.
- Laddove offerta, l'attività motoria viene svolta più frequentemente nel pomeriggio, e in ricreazione.
- Queste attività si svolgono più frequentemente nel giardino (75%), in palestra (65%), corridoio (20%), aula (10%), in piscina (5%), mentre non sono utilizzate altre strutture sportive (0%).



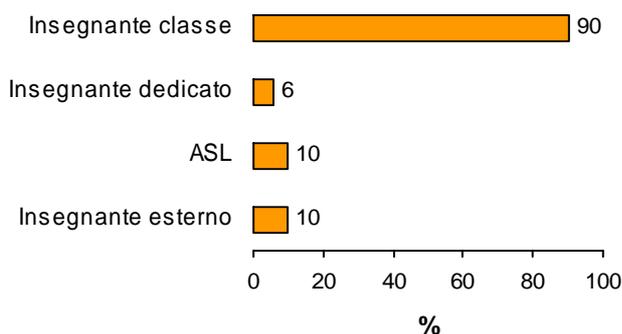
3. Il miglioramento delle attività curricolari a favore dell'alimentazione e dell'attività motoria dei bambini

Quante scuole prevedono nel loro curriculum la formazione sui temi della nutrizione?

In molte scuole del Paese, è in atto un'iniziativa di miglioramento del curriculum formativo scolastico a favore della sana alimentazione dei bambini

- L'attività curricolare nutrizionale è prevista dall'86% delle scuole.
- In tali scuole, la figura più frequentemente coinvolta è l'insegnante di classe. Molto meno comune è il coinvolgimento di altri insegnanti o della ASL.

Figure professionali coinvolte nell'attività curricolare nutrizionale (%)

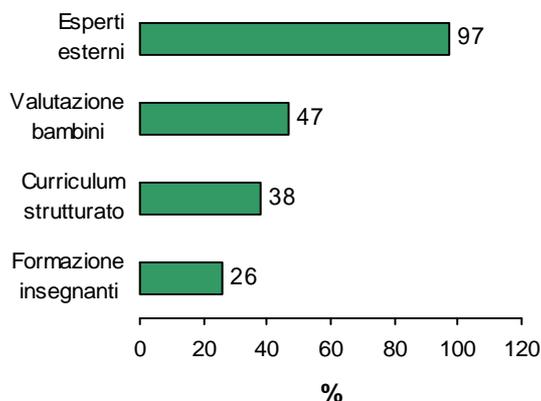


Quante scuole prevedono nel loro curriculum il rafforzamento del curriculum formativo sull'attività motoria?

Il Ministero della Pubblica Istruzione ha avviato una iniziativa per il miglioramento della qualità dell'attività motoria svolta nelle scuole primarie, è interessante capire in che misura la scuola è riuscita a recepire tale iniziativa.

- Nel nostro campione, il 97% ha cominciato a realizzare almeno un'attività.
- In tali attività, viene più frequentemente coinvolto un esperto esterno, meno comuni sono, lo sviluppo di un curriculum strutturato la valutazione delle abilità motorie dei bambini, e la formazione degli insegnanti.

Iniziative delle scuole a favore dell'attività fisica (%)

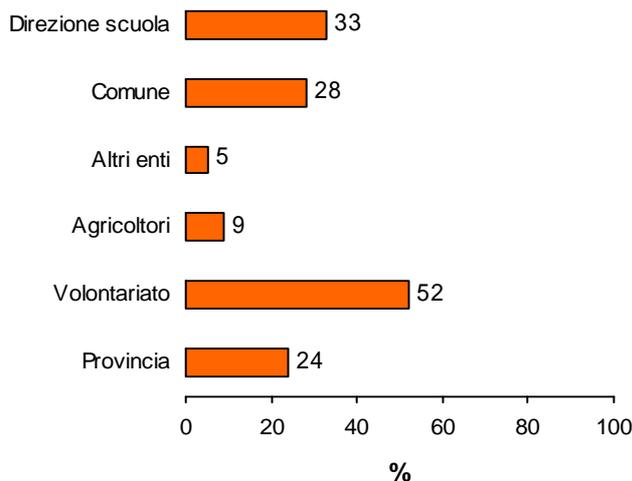


4. Le attività di promozione dell'alimentazione e dell'attività fisica dei bambini

Nella scuola sono attive iniziative finalizzate alla promozione di sane abitudini alimentari realizzate da/con altri Enti o Associazioni?

Nella scuola sono in atto numerose iniziative che si estendono all'esterno della scuola stessa miranti a coinvolgere le famiglie dei bambini ed altri enti.

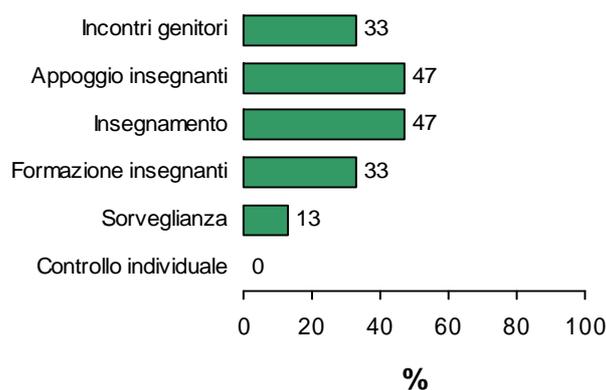
Iniziative promozione alimentare (%)



- Per l'anno scolastico in corso, il 68% delle scuole del nostro campione ha partecipato ad ulteriori iniziative di educazione nutrizionale rivolta ai bambini.
- In particolare gli enti e le associazioni che hanno collaborato sono prevalentemente le Associazioni di Volontariato, la direzione scolastica/insegnanti, il comune, la Provincia, le Associazioni di agricoltori/allevatori, altri enti.

- I Servizi Sanitari della ASL costituiscono un partner privilegiato e sono coinvolti nella realizzazione di programmi di educazione nutrizionale nel 43% delle scuole.
- Tale collaborazione si realizza più frequentemente con degli incontri con i genitori, l'appoggio tecnico agli insegnanti o la loro formazione e con l'insegnamento diretto agli alunni.

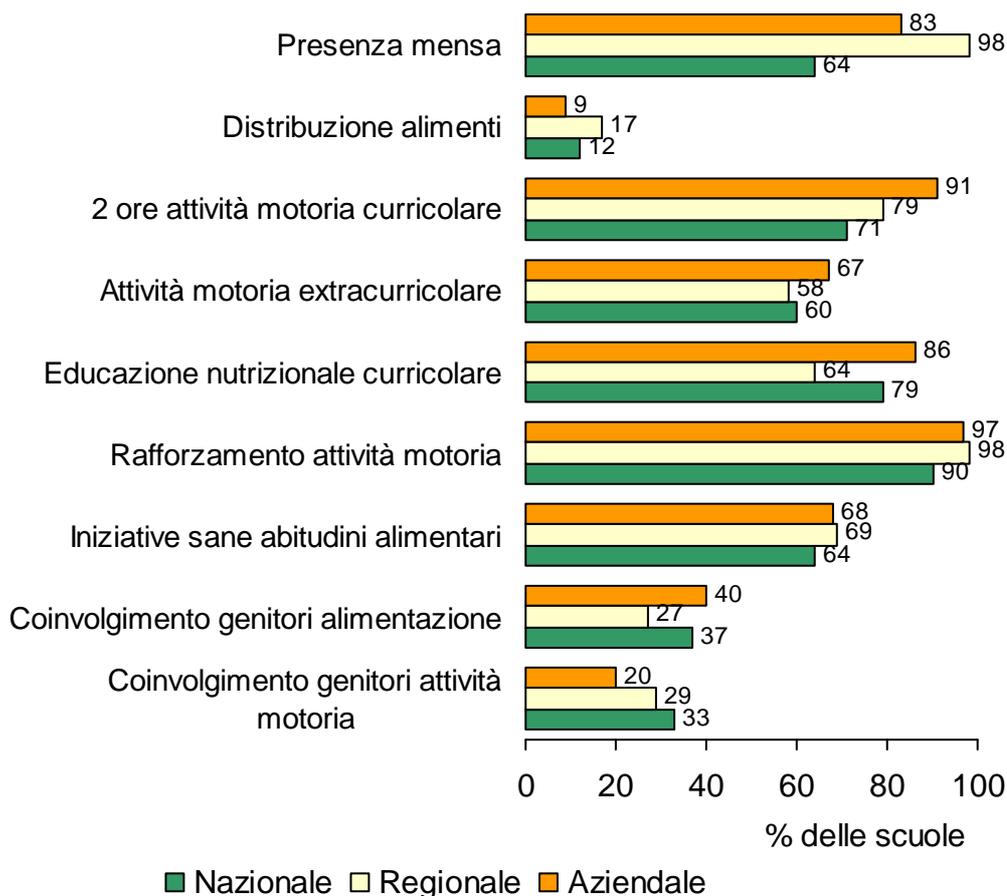
Iniziative con l'ASL (%)



In quante scuole si constata un coinvolgimento attivo dei genitori nelle iniziative di promozione di stili di vita sani?

Le iniziative rivolte alla promozione di una sana abitudine alimentare nei bambini, vedono il coinvolgimento attivo della famiglia nel 40% e quelle rivolte alla promozione della attività motoria nel 20% delle scuole campionate nello studio.

Il “barometro”: pochi indicatori per una sintesi a colpo d’occhio dei progressi nella scuola



Conclusioni

La letteratura indica che gli interventi di prevenzione, per essere efficaci, devono prevedere il coinvolgimento della scuola e della famiglia attraverso programmi integrati, che coinvolgano cioè diversi settori e ambiti sociali, e multi-componenti, che mirino ad aspetti diversi della salute del bambino, quali alimentazione, attività fisica, prevenzione di fattori di rischio legati all'età, con l'obiettivo generale di promuovere l'adozione di stili di vita più sani. Le caratteristiche degli ambienti scolastici, soprattutto sotto il profilo delle condizioni favorevoli o meno la sana alimentazione ed il movimento, sono poco conosciute. L'indagine ha permesso di saperne di più colmando questa lacuna e di mettere le basi per un monitoraggio nel tempo del miglioramento di quelle condizioni che devono permettere alla scuola di svolgere il ruolo di promozione della salute dei bambini e delle loro famiglie.

Raccomandazioni

Prima di affrontare il tema delle azioni possibili ispirate dalle conclusioni della nostra indagine dobbiamo acquisire la coscienza che non esistono soluzioni miracolo capaci di invertire bruscamente la tendenza della nostra popolazione a crescere di peso. Dobbiamo tenere conto che il sovrappeso e l'obesità sono in gran parte il risultato dell'evoluzione delle società occidentali e combatterle è un fatto di civiltà. Il problema si è sviluppato negli ultimi decenni e al momento attuale ha una inerzia importante, con un peggioramento prevedibile nei prossimi anni.

In generale, questo primo anno di attività di OKkio alla SALUTE ha permesso di raccogliere informazioni rappresentative e tempestive in tempi brevi e a costi limitati. Ha creato inoltre un'efficiente rete di collaborazione fra gli operatori del mondo della scuola e quelli della salute (in particolare i SIAN e i Dipartimenti di Prevenzione) che con ottima sinergia hanno raccolto i dati sullo stato di salute dei bambini e sulle scuole, producendo in entrambi una maggiore consapevolezza della necessità di impegnarsi per la promozione della salute dei bambini e la prevenzione dell'obesità. Sulla scorta di queste osservazioni, è opportuno che la collaborazione salute-scuola perduri nel tempo in maniera tale da assicurare la continuazione negli anni a venire della sorveglianza dei bambini nelle scuole. D'altra parte diventa essenziale la comprensione e l'analisi dei risultati dell'indagine per l'ideazione e la messa in atto di interventi volti a promuovere la salute dei bambini, integrati fra scuola e salute, efficienti e di dimostrata efficacia. La ripetizione di questa raccolta dati ogni 2 anni permetterà di descrivere nel tempo l'evoluzione della situazione nutrizionale dei bambini delle scuole primarie e del loro ambiente scolastico, in relazione alle sue caratteristiche favorevoli a una corretta nutrizione e l'attività fisica, e ai possibili interventi intrapresi. Per gli sviluppi futuri, molto importante è la condivisione dei risultati di OKkio alla SALUTE e delle iniziative da intraprendere con gli altri "attori" coinvolti nella prevenzione delle malattie croniche a partire dall'infanzia e dall'adolescenza (pediatra di libera scelta, medico di medicina generale, "policy makers, ecc).

La letteratura scientifica mostra sempre più chiaramente che gli interventi coronati da successo sono quelli integrati (con la partecipazione di famiglie, scuole, operatori della salute e comunità) e multicomponenti (che promuovono per esempio non solo la sana alimentazione ma anche l'attività fisica e la diminuzione della sedentarietà, la formazione dei genitori, il counselling comportamentale, e l'educazione nutrizionale) e che abbiano durata pluriennale.

Fatto salvo questo aspetto fondamentale, nello specifico i risultati della nostra indagine suggeriscono alcune raccomandazioni che possono essere dirette ai diversi gruppi di interesse.

1. Operatori sanitari

2. Le dimensioni del fenomeno sovrappeso/obesità giustificano da parte loro un'attenzione costante e regolare nei prossimi anni che dovrà esprimersi nella raccolta dei dati, nell'interpretazione delle tendenze, nella comunicazione ampia ed efficace dei risultati a tutti i gruppi di interesse allo scopo di stimolare o rafforzare la propria azione di promozione e prevenzione, in particolare all'interno del mondo della scuola.
3. In molte scuole esistono interventi di promozione realizzati da operatori sanitari. Tali interventi, soprattutto quelli di educazione sanitaria, devono focalizzarsi sui fattori di rischio modificabili, quali la diffusione della conoscenza sulle caratteristiche delle colazioni e merende adeguate, il tempo eccessivo passato in attività sedentarie o alla televisione (non superiore alle 2 ore al giorno per evitare la dipendenza).
4. Considerata la non coincidente percezione dei genitori sullo stato nutrizionale o sul livello di attività fisica dei propri figli, gli interventi proposti dovranno includere una componente diretta al counselling e all'"empowerment" dei genitori stessi.

2. Operatori scolastici

Gli studi mostrano in maniera incontrovertibile un ruolo chiave della scuola per affrontare efficacemente il problema della promozione della salute nutrizionale e dell'attività fisica dei bambini.

- Seguendo la sua missione, la scuola dovrebbe estendere e migliorare le attività di educazione nutrizionale dei bambini, già oggi oggetto di intervento da parte di alcune scuole.
- Per essere efficace tale educazione deve focalizzarsi da una parte sull'immagine corporea dei bambini, sull'auto-stima, sulla responsabilità personale e sul ruolo attivo (life skills) del bambino, dall'altra sull'acquisizione di conoscenze del rapporto fra nutrizione e salute individuale, della preparazione, conservazione e stoccaggio degli alimenti.
- Seppure implichi maggiori difficoltà, all'interno della scuola deve essere incoraggiata la distribuzione di almeno un pasto bilanciato al giorno che costituisce per il bambino una duplice opportunità: mangiar meglio e imparare a gustare il cibo mangiando anche nuovi alimenti.
- In maniera più diretta gli insegnanti possono incoraggiare i bambini ad assumere abitudini nutrizionali più adeguate, promuovendo la colazione del mattino che ne migliora la performance, diminuendo il rischio delle grosse merende "sfasanti" di metà mattino e riducendo non solo la tendenza al sovrappeso ma anche l'ansietà e l'iperattività in alcuni di essi.
- Seppure l'indagine non abbia documentato l'accesso diretto dei bambini alle macchine distributrici di alimenti, la scuola può ridurre la distribuzione di bevande zuccherate che favoriscono obesità, carie, "sugar blues" e deficienza di calcio o aderire a campagne quali "frutta snack" del Ministero della Salute che prevede la distribuzione dei soli alimenti considerati salutari per il bambino. In tal senso anche la campagna di "5 al giorno", ovvero 5 porzioni di frutta o verdura durante l'arco della giornata, essenziale per mantenere un adeguato livello di salute attuale e futuro, potrebbe beneficiare di un uso "salutare" delle macchinette distributrici che potrebbero distribuire alimenti sani.
- Sul fronte dell'attività fisica, è necessario che le scuole assicurino le 2 ore curricolari di effettiva attività motoria, quando possibile in giorni separati della settimana. Alcune realtà scolastiche stanno migliorando la qualità dell'attività motoria con interventi che qualificano anche gli insegnanti alla realizzazione dell'attività motoria dei bambini.
- Sono anche diffuse delle iniziative di promozione dell'attività motoria extra-curricolare da parte delle scuole in tempi e luoghi non necessariamente convenzionali (palestra della scuola o esterne).
- Molte scuole hanno segnalato iniziative di promozione della salute dei bambini in collaborazione con enti esterni, prevalentemente le aziende sanitarie locali. Per ottimizzare i risultati di questi interventi bisogna aprire spazi di partecipazione attiva dei genitori soprattutto per l'appoggio domestico che questi ultimi possono offrire per la messa in atto di ciò che i bambini apprendono a scuola in fatto di nutrizione.

3. Genitori

- I genitori possono partecipare attivamente o promuovere essi stessi la realizzazione di sessioni di informazione sulla salute nutrizionale e sull'attività fisica dei bambini.
- L'obiettivo è di acquisire strumenti conoscitivi e motivazionali per interpretare lo stato nutrizionale del bimbo, identificare i fattori di rischio per la sua crescita armonica, quale un'eccessiva sedentarietà, per la troppa televisione o addirittura per il televisore in camera, per la poca attività fisica (che per troppi bambini è ancora inferiore a 1 ora al giorno) o alcune abitudini alimentari scorrette quali il "salto" della colazione o l'eccessivo apporto calorico durante la merenda di metà mattina.
- Dovrebbero inoltre richiedere o sostenere la scuola, in quanto "luogo" privilegiato e vitale per la crescita e lo sviluppo del bambino, per tutte le iniziative miranti a promuovere la migliore alimentazione dei propri figli, quale la distribuzione di alimenti sani, e l'educazione alimentare diretta ai bimbi o anche agli stessi genitori. L'assunzione di informazione da parte dei genitori sulle attività di educazione dei bambini promosse dalla scuola permetterà di sostenere le iniziative "in famiglia" da parte dei bambini stessi, favorendo l'effetto "modellante", ben dimostrato in letteratura, da essi esercitato sulle abitudini alimentari dei familiari.
- Infine, laddove possibile, i genitori devono incoraggiare o permettere al proprio bambino di raggiungere la scuola a piedi o in bicicletta, per tutto o una parte del percorso.

4. Leaders, decisori locali e collettività

Le iniziative della scuola e delle famiglie possono riuscire solo se la comunità supporta e promuove migliori condizioni di alimentazione e di attività fisica.

- La partecipazione anche solo alla programmazione delle iniziative della scuola può talvolta evitare ostacoli da parte di gruppi della collettività e invece ottenerne l'appoggio per la realizzazione delle iniziative scolastiche.

Materiali bibliografici

• Politica e strategia di salute

- WHO, The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Versione estesa: <http://www.euro.who.int/document/E90711.pdf>
Summary: <http://www.euro.who.int/document/e89858.pdf>.
Versione italiana del summary:
http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/pubblicazioni/obesita_Istanbul.pdf
- WHO; Obesity: preventing and managing the global epidemic; Report of a WHO Consultation on Obesity, Geneva, 3-5 June 1997
- Ministero della Salute, 2007 "Guadagnare salute":
http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf
- Sito: International Obesity Task Force: <http://www.ietf.org/>

• Epidemiologia della situazione nutrizionale e progressione sovrappeso/obesità

- Livingstone B. Epidemiology of childhood obesity in Europe. Eur J Pediatr (2000) 159 :[Suppl 1] S14-S34
- ISTAT, http://www.istat.it/dati/catalogo/20041201_01/
- CNESPS, ISS <http://www.epicentro.iss.it/passi/passi05-06.asp>
- Must A, Strauss RS. Risks and consequences of childhood and adolescent obesity. Int J Obes Relat Metab Disord 1999;23(suppl):s211
- [Parsons TJ](#), [Power C](#), [Logan S](#), [Summerbell CD](#), Childhood predictors of adult obesity: a systematic review. [Int J Obes Relat Metab Disord](#). 1999 Nov;23 Suppl 8:S1-107

• Metodo di studio

- Bennet S, Woods T, Liyanage W M, Smith D L. A simplified general method for cluster-sample surveys of health in developing countries. 1991. Report No.: 44
- Borgers N, de Leeuw E, Hox J. Childrens as respondents in survey research: cognitive development and response quality. Bulletin de Méthodologie Sociologique 2000 Apr;66:60-75.
- Sullivan K KW, Chen M, Frerichs R. CSAMPLE: analyzing data from complex surveys samples. Epi Info, version 6, User's guide. 2007. p. 157-81.
- Sito Epicentro per OKkio alla Salute: <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/default.asp>

• IMC: curve di riferimento e studi progressi

- Dietz WH, Robinson TN. Use of the body mass index (BMI) as a measure of overweight in children and adolescents. J Pediatr 1998; 132: 191-193
- Cole TJ, Bellizzi C, Flegal KM, Dietz WH Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. BMJ 2000;320:1240-1243.
- Cacciari E, Dilani S, Balsamo A, Dammacco F, De Luca F, Chiarelli F, Pasquino AM, Tonini G, Vanelli M. Italian cross-sectional growth charts for height, weight and BMI (6-20y) European J Clin Nutr 2002;56:171-180

• Fattori di rischio modificabili

- James J, Thomas P, Cavan D, Kerr D. Preventing childhood obesity by reducing consumption of carbonated drinks: cluster randomised controlled trial. BMJ. 2004;328:1237.
- Phillips SM, Bandini LG, Naumova EN, et al. Energydense snack food intake in adolescence: longitudinal relationship to weight and fatness. Obes Res. 2004;12:461-72.
- Berkey CS, Rockett HR, Gillman MW, Field AE, Colditz GA. Longitudinal study of skipping breakfast and weight change in adolescents. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2003 Oct;27(10):1258-66.
- Bradley RH, Corwyn RF. Socioeconomic status and child development. Annu Rev Psychol. 2002;53:371-99
- MaryHackie and Cheryl L. Bowles, Maternal Perception of Their Overweight Children, Public Health Nursing Vol. 24 No. 6, pp. 538-546

- Wendy L. Johnson-Taylor* and James E. Everhart†, Modifiable Environmental and Behavioral Determinants of Overweight among Children and Adolescents: Report of a Workshop, OBESITY Vol. 14 No. 6 June 2006 929-966
- **Interventi efficaci e linee guida per l'azione nelle scuole**
 - Reilly J J. Obesity in childhood and adolescence: evidence based clinical and public health perspectives. Postgrad. Med. J., July 1, 2006; 82(969): 429 - 437.
 - Reducing Children's TV Time to Reduce the Risk of Childhood Overweight: The Children's Media Use Study, 2007, http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/obesity/pdf/TV_Time_Highligts.pdf
 - [American Dietetic Association \(ADA\)](#). Position of the American Dietetic Association: individual-, family-, school-, and community-based interventions for pediatric overweight. [J Am Diet Assoc.](#) 2006 Jun;106(6):925-45
 - L. DeMattia, L. Lemont and L. Meurer, Do interventions to limit sedentary behaviours change behaviour and reduce childhood obesity? A critical review of the literature, obesity reviews (2007) **8**, 69–81
 - [Flynn MA](#), [McNeil DA](#), [Maloff B](#), [Mutasingwa D](#), [Wu M](#), [Ford C](#), [Tough SC](#). Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations, [Obes Rev.](#) 2006 Feb;7 Suppl 1:7-66.
 - Epstein LH et alii, A Randomized Trial of the Effects of Reducing Television viewing and Computer Use on Body Mass Index in Young Children, Arch Pediatr Adolesc Med. 2008;162(3):239-245
 - The School Health Index (SHI): Training Manual: A Self-Assessment and Planning Guide <http://www.cdc.gov/HealthyYouth/SHI/training/index.htm>
 - Creating an Environment for Emotional and Social Well-Being, Information Series on School Health Document 10, WHO <http://www.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?sesslan=1&codlan=1&codcol=85&codcch=3821>
 - Summerbell CD, Waters E, Edmunds LD, Kelly S, Brown T, Campbell KJ, Interventions for preventing obesity in children (Review), The Cochrane Library 2008, Issue 2
 - Nutrition-Friendly Schools Initiative (NFSI), WHO, http://www.who.int/nutrition/topics/nut_school_aged/en/index.html
 - CDC, Guidelines for School and Community Programs to Promote Lifelong Physical Activity Among Young People March 07, 1997 / 46(RR-6);1-36
 - WHO Europe, Food and nutrition policy for schools <http://www.euro.who.int/Document/E89501.pdf>

Indagine sul livello di autostima dei ragazzi delle scuole della Lunigiana

BACKGROUND

Recenti ricerche hanno individuato nell'autostima un determinante di salute capace di favorire positivamente il percorso di crescita della persona.

Un basso livello di autostima è un fattore correlato a depressione, comportamento antisociale, abuso di sostanze stupefacenti e alcol, disturbi del comportamento alimentare; al contrario un buon livello di autostima corrisponde a migliori outcome di benessere e qualità della vita in età evolutiva.

GIUSTIFICAZIONE DELL'INDAGINE

Questa indagine fornirà indicazioni sui valori di autostima globale in funzione della classe frequentata dai ragazzi (I, III, media e II e IV superiore) e del genere di appartenenza (maschio, femmina), per orientare azioni condivise tra scuola e servizio sanitario, finalizzate ad affrontare il problema in studio. Inoltre, nel lungo termine, fornirà dati utili a monitorare l'efficacia delle azioni messe in atto.

OBIETTIVO

Stimare la prevalenza dei valori di autostima globale nei ragazzi delle scuole della Lunigiana di età 11,13,15,17 anni

Sperimentare metodi e procedure per valutare e sorvegliare il livello di autostima nei ragazzi delle scuole lunigianesi

MATERIALI E METODI:

TIPO DI STUDIO

Studio trasversale di prevalenza puntuale

CARATTERISTICHE POPOLAZIONE:

Ragazzi scolarizzati della Lunigiana iscritti al I e III anno delle scuole medie e al II e IV anno delle superiori.

CAMPIONAMENTO

Per la selezione dei soggetti è stato utilizzato un campionamento a "grappolo" cluster con lo scopo di assicurare la rappresentatività e generalizzabilità dei risultati in relazione alla differente distribuzione della popolazione dei ragazzi di 11, 13 e 15 e 17 anni sul territorio.

La numerosità campionaria è stata calcolata al fine di raggiungere una precisione della stima, valutata sulla frequenza attesa, del $\pm 3\%$ con I.C. del 95%.

MODALITA' D'INCLUSIONE

Abbiamo incluso nello studio tutti i ragazzi presenti nel giorno dell'indagine nelle classi selezionate.

Il direttore didattico della scuola campionata ha fatto pervenire alle famiglie dei ragazzi una lettera in cui si descrive l'indagine, le modalità di svolgimento e la possibilità di rifiutare la partecipazione allo studio e dei diritti dell'anonimato. Il ragazzo è stato incluso solo a condizione che i genitori non abbiano rifiutato la partecipazione.

Non è prevista nessuna forma di recupero dei dati degli assenti

DEFINIZIONI

Livello di autostima definito in base al punteggio del Test T.M.A. (vedi fonte dei dati)

Sono valutate l'autostima globale e sei sottodimensioni: relazioni interpersonali, competenza di controllo dell'ambiente, emotività, successo scolastico, vita familiare, vissuto corporeo.

Il livello è definito in base al punteggio raggiunto col test specifico

estremamente negativo (punteggio minore 66) molto negativo (66-75) lievemente negativo (76-85) nella norma (86-115) lievemente positiva (116-125) molto positiva (126-135) estremamente positiva (> 135); suddivisi per sesso ed età.

DATI RACCOLTI:

FONTI DATI

Questionario TEST di Bracken T.M.A. (test di valutazione multidimensionale dell'autostima - allegato) il test è stato validato e tarato su una popolazione italiana di oltre 1000 ragazzi di età compresa tra 9 e 19 anni (Bergamni e Pedrabissi)

PERIODICITÀ

Annuale (mese di marzo)

TIPO RACCOLTA DATI

Scheda esportata dal software dedicato.

SCHEDE RACCOLTA DATI

TEST TMA (allegato)

DIAGRAMMA DI FLUSSO

Classe – presidenza scuola - Ser.T Lunigiana

FEED-BACK

Incontri con le scuole/referenti tavolo scuole servizi, sito Web, pubblicazione report

VALUTAZIONI DI PROCESSO

Alla fine del periodo di sorveglianza triennale:

Semplicità, flessibilità, accettabilità, rappresentatività, qualità dati, costi; sarà inoltre considerata la possibilità di valutare con studi ad hoc sensibilità e valore predittivo positivo

VALUTAZIONE DI EFFICACIA

Alla fine del periodo di sorveglianza triennale:

Saranno valutate efficacia di sistema ed efficacia reale

VARIABILI

Età, sesso, scuola, classe, 150 quesiti TEST TMA con risposta chiusa rispetto alle quali il ragazzo deve indicare il grado di accordo che può essere: assolutamente vero, vero, non è vero, non è assolutamente vero (allegato)

PIANO D'ANALISI

Distribuzione percentuale del valore di autostima della scala in esame sia globale sia specifica per le sei sottoscale delle sottodimensioni valutate (relazioni interpersonali, competenza di controllo dell'ambiente, emotività, successo scolastico, vita familiare, vissuto corporeo)

ANALISI DEI DATI

In base al disegno dello studio (cluster survey design) abbiamo calcolato i valori delle prevalenze, dei rapporti di prevalenza e degli intervalli di confidenza (95%) con il modulo C-SAMPLE di Epi-Info 3.5.1.

USO DEI DATI

I risultati dello studio saranno comunicati mediante un report.

I dati potranno servire come base per la predisposizione di interventi di educazione sanitaria.

La base dati sarà di proprietà dell'ASL1 di Massa Carrara e conservata presso la struttura organizzativa U.F. Ser.T Lunigiana

LIMITI DELLO STUDIO

L'indagine sarà effettuata nelle scuole della Lunigiana, pertanto non è possibile acquisire informazioni sui ragazzi non iscritti in queste scuole

RACCOMANDAZIONI

Anonimato; il nome del ragazzo non verrà registrato in nessun momento in modo da garantire il più assoluto anonimato

IL CONCETTO DI AUTOSTIMA

Il concetto di autostima ha una lunga storia di elaborazioni teoriche. Una prima definizione è quella di W. James (1890) secondo cui l'autostima di una persona sarebbe il risultato del confronto fra successi concretamente ottenuti e corrispondenti aspettative.

La definizione data da James pose le basi per l'idea, comunemente accettata, secondo cui l'autostima sarebbe una caratteristica psicologica unitaria, un costrutto globale.

La formula di James trascurava l'effetto fondamentale dei fattori ambientali che contribuiscono a migliorare o peggiorare le prestazioni, e non riconosceva le variazioni nelle capacità e nei comportamenti di un individuo nei diversi contesti di vita.

Seguendo questa scia teorica vennero costruite scale di valutazione che si sono però rivelate di scarsa utilità sia nel lavoro clinico sia nell'ambito della ricerca.

Nella pratica clinica è infatti facile che i punteggi sul concetto di sé globale siano eccessivamente o scarsamente sensibili ad aree specifiche dell'adattamento psicologico, nella ricerca i dati rilevati tramite queste scale possono condurre a risultati equivoci e non riproducibili a causa della difformità con cui un dato ambito di autostima viene soppesato rispetto ad un altro ambito.

Shavelson e colleghi (1976) dopo aver passato in rassegna la letteratura sull'autostima e sul concetto di sé conclusero che, nonostante anni di studi, non esisteva ancora un buon accordo sulla definizione e che i diversi studi effettuati non potevano essere generalizzati a causa di una mancanza di equivalenza delle varie misure e strumenti utilizzati.

Shavelson e i suoi collaboratori (1976) menzionarono sette aspetti che, a loro giudizio, meritano di essere considerati nella definizione del concetto di sé e dell'autostima: 1. costituzione interna; 2. natura multidimensionale; 3. struttura gerarchica; 4. stabilità nel tempo; 5. rapporti con lo sviluppo psicologico della persona; 6. modalità di misurazione; 7. differenza significativa rispetto ad altri costrutti psicologici.

Attualmente il concetto di autostima è definito in termini multidimensionali e, benché vengano indicate diverse dimensioni importanti, c'è un sostanziale accordo su quelle considerate rilevanti che comprendono i seguenti aspetti: relazioni interpersonali, competenza di controllo dell'ambiente, emotività, successo scolastico, vita familiare, vissuto corporeo.

Negli ultimi anni, pertanto, la natura multidimensionale dell'autostima è stata sempre più largamente accettata e, nel contempo, si è sostenuto in modo convincente che l'autostima sia strutturata gerarchicamente: all'apice l'autostima generale, e le altre dimensioni intercorrelate come un secondo livello <<inferiore>>. (Bracken, 2005 pag. 13-15).

In definitiva così come Bracken (2005) indica si può definire l'autostima come "uno schema cognitivo – comportamentale, uno stile di pensiero che viene appreso via via che le persone interagiscono con – e agiscono su – ambienti diversi".

Autostima e Adolescenza.

Il periodo dell'adolescenza rappresenta per ogni ragazzo e ragazza un momento di passaggio, ricco sia di nuovi potenti stimoli sia di sfide e rischi.

In nessun'altra fase della vita vengono rimessi in discussione così radicalmente le certezze, i propri valori e il proprio modo di essere.

E' in preadolescenza e in adolescenza che il ragazzo comincia a riflettere su se stesso, cerca di dare un primo giudizio sulla condotta tenuta e su tutto ciò che ha sperimentato fino ad allora, nel tentativo di scoprire quale sia il "valore" della sua persona, quanto egli sia soddisfatto di sé e quanto coincidano, il suo modo di essere e di agire con le aspettative degli altri riguardo a sé stesso.

Risulta evidente in tale fase della crescita il confronto tra l'immagine di sé che egli sente propria e il progetto che sta sviluppando (corrispondente alla domanda "chi voglio diventare"), fattore che si associa alle richieste dell'ambiente di vita, confluenndo nella definizione delle proprie capacità e nello sviluppo di un grado di maggiore o minore fiducia nei propri mezzi.

E', perciò, attraverso questa complessa interazione di fattori, fasi e processi che l'autostima diviene, insieme alla stabilità dell'identità, un indicatore della positiva strutturazione della personalità e facilita un buon esame della realtà. L'autostima infatti, così come afferma Bracken (2005), si può considerare uno stile di risposta appreso che riflette la valutazione operata dall'individuo delle sue esperienze, e comportamenti passati e che predirà, in una certa misura, i suoi comportamenti futuri.

Le più recenti ricerche relative al benessere ed alla promozione della salute in età evolutiva hanno individuato nell'autostima uno dei fattori maggiormente capaci di definire il successo del percorso di crescita di un soggetto, una bassa autostima infatti si associa ad alcuni disturbi dell'infanzia come deficit dell'attenzione, deficit cognitivi, deficit dell'apprendimento, disturbi fobici connessi a comportamenti di

evitamento o a gravi forme d'ansia; nell'adolescenza o nell'età adulta è correlata a problemi comportamentali come abuso di alcool, droga, comportamenti antisociali etc (Abernathy et al., 1995; Button et al., 1997, Crocker et al., 2001; Emery et al., 1993; Gual et al., 2002; Kawabata et al., 1999; McGee et al., 2000; Strauss et al., 2001; Torres et al.1995; Young et al. 1989).

Inoltre numerosi studi effettuati evidenziano l'esistenza di un legame fra il livello di autostima e ideazione suicidaria.

McGee et al. (2001) in uno studio longitudinale su un campione di adolescenti hanno rilevato che i bassi livelli di autostima erano predittori sia dell'ideazione suicidaria che di disturbi della condotta.

Laukkeannen et al. (2005) hanno trovato , soprattutto nelle ragazze, una stretta correlazione tra bassa autostima e ideazione suicidaria.

Stewart et al. (2005) hanno riscontrato in un campione di 2044 adolescenti giapponesi e americani che l'autostima era l'unico predittore dell'ideazione suicidaria in entrambe le culture.

Pantusa et al. (2006) confermano i risultati di questi studi, evidenziando come i soggetti depressi con bassa autostima presentano anche una più frequente ideazione suicidaria, e inoltre, come vi sia una stretta correlazione positiva tra autostima e rendimento scolastico.

Considerato quanto sopra detto, il presente studio si propone di analizzare l'autostima degli studenti lunigianesi, al fine di poter riflettere sui risultati ottenuti per promuovere nuove ed più efficaci strategie preventive.

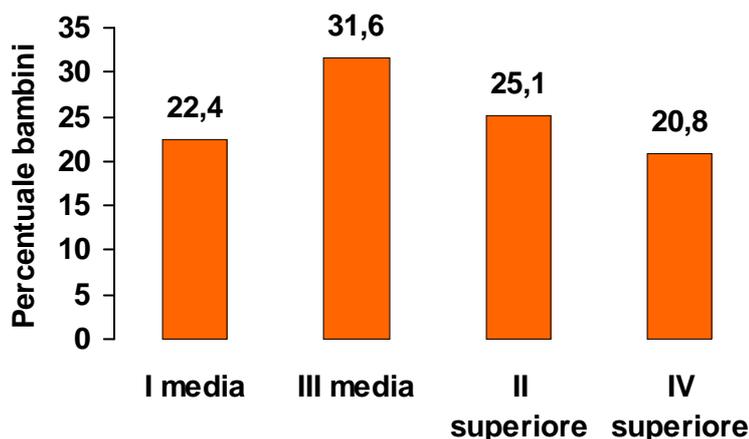
Nel territorio della Lunigiana è già stata condotta una prima ricerca trasversale sul livello di autostima degli studenti delle scuole medie inferiori (M. Varese, 2007), che ha coinvolto 324 soggetti e, dalla quale risulta che il 13% dei ragazzi ha un'autostima al di sotto della norma.

La ricerca realizzata si propone di ampliare i dati ottenuti con la precedente indagine (M. Varese, 2007), andando ad indagare il livello di autostima degli studenti delle classi 1° e 3° della scuola media inferiore e delle classi 2° e 4° della scuola media superiore.

RISULTATI SORVEGLIANZA ANNO 2008

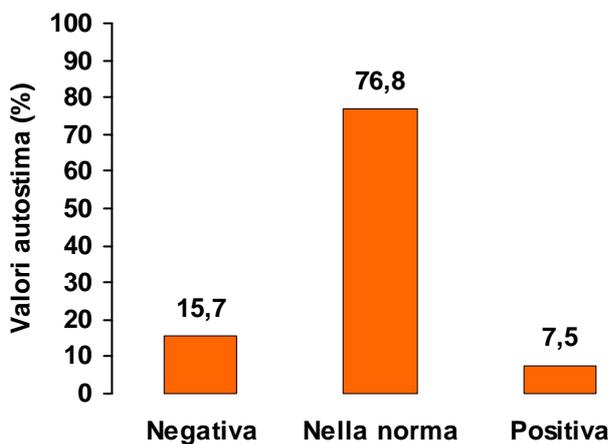
L'indagine ha coinvolto 566 ragazzi di cui 127 frequentano la I media, 179 la III media, 142 la II superiore, 118 la IV superiore delle scuole della Lunigiana; nel complesso il campione è rappresentato per il 51% da soggetti di sesso maschile (286) e per il 49% da soggetti di sesso femminile (280). Complessivamente non ha partecipato allo studio circa il 10% dei ragazzi perchè assenti il giorno dell'indagine. Solo 4 questionari (0,7%) sono stati considerati non validi. Sono state selezionate 37 classi (cluster); l'età media dei ragazzi è 15 anni (range di 11-21).

Distribuzione % dei ragazzi per classe scolastica



- La distribuzione dei valori dell'autostima all'interno dell'intero campione ha rilevato che il 76,8% dei soggetti presenta un'autostima nella norma, il 15,7% negativa, il 7,5% positiva.
- Non si rilevano differenze statisticamente significative per sesso.

Distribuzione % dei ragazzi per livelli di autostima globali (totale)



L'analisi per ciascuna area evidenzia un maggior numero di ragazzi con livelli negativi di autostima nell' area scolastica, nell'area della padronanza sull'ambiente e corporea mentre le aree risultate più forti sono quelle familiare e interpersonale (tab 1)

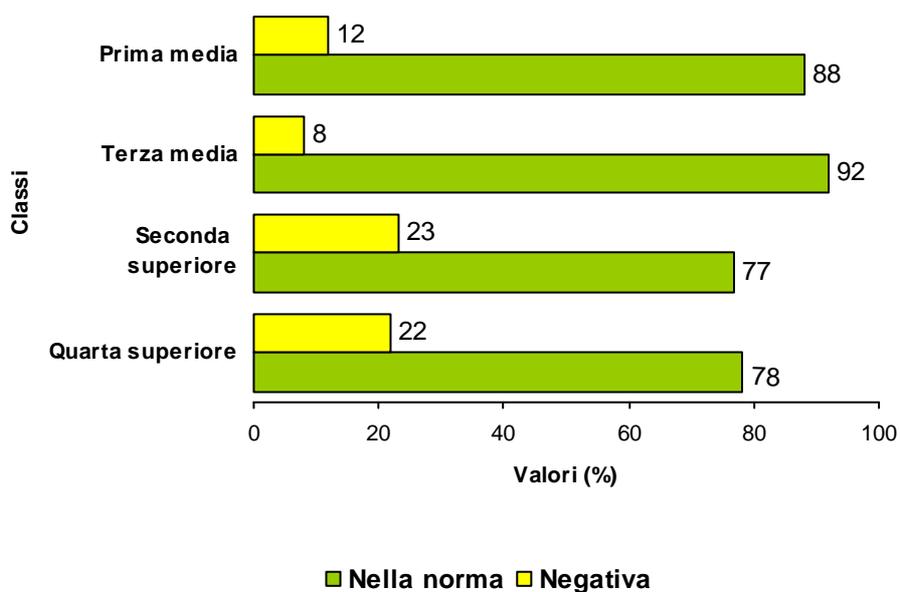
Tab 1 Proporzione di ragazzi con problemi di autostima:

tipo autostima	N°	%	I.C. (95%)
area della padronanza sull'ambiente	112/566	19,8% (2)	15,9-23,7
area corporea	105/566	18,5% (3)	14,2-22,9
area emozionale	88/566	15,6% (4)	11,3-19,9
area familiare	72/566	12,7% (6)	8,8-16,8
area interpersonale	80/566	14,1% (5)	10,8-17,4
area scolastica	156/566	27,6% (1)	23,2-32
totale	89/566	15,7%	11,2-20,3

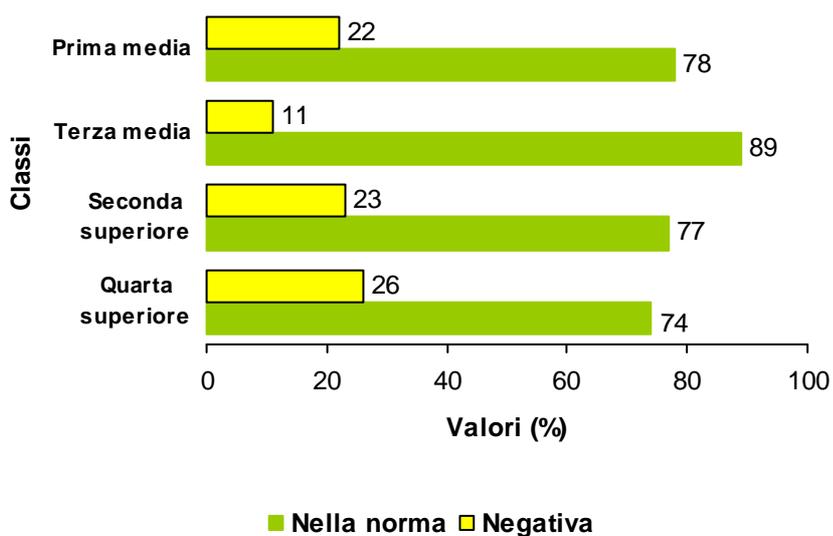
(n) rango

L'analisi dei valori di autostima globale (totale) tra i ragazzi suddivisi nelle diverse classi scolastiche evidenzia un peggioramento significativo nel passaggio tra scuole medie e superiori;

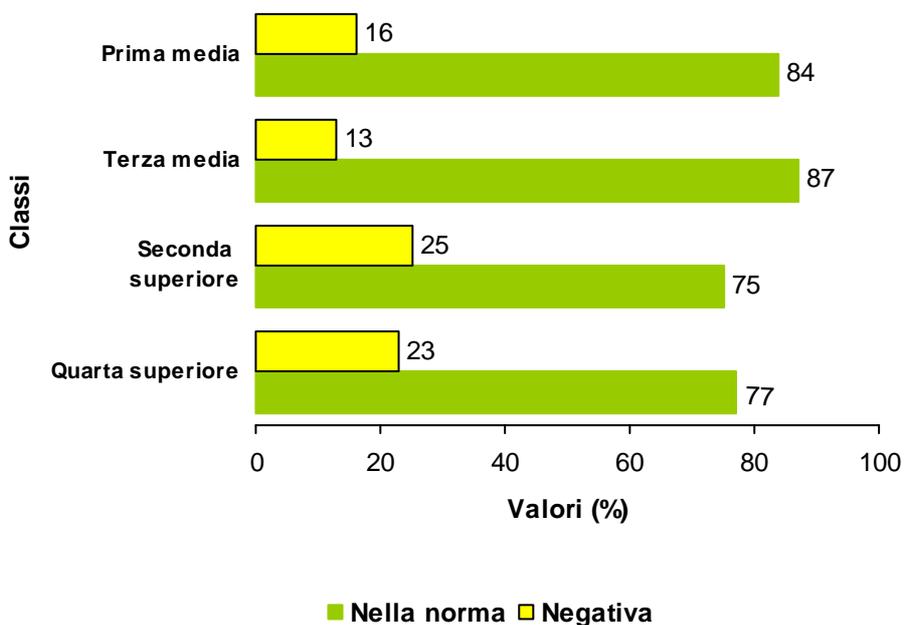
Distribuzione % dei ragazzi per livelli di autostima nelle diverse classi



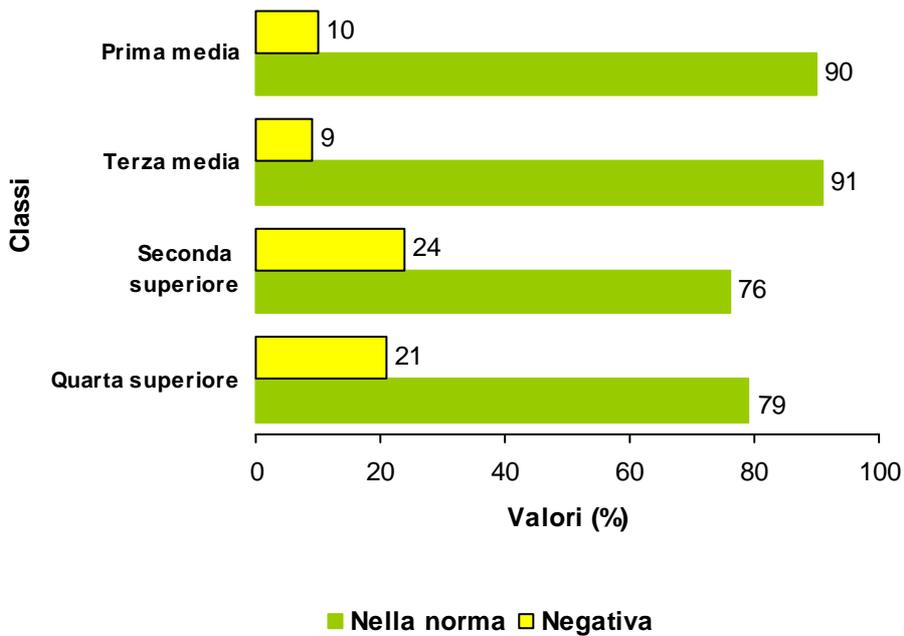
Distribuzione % dei ragazzi per livelli di autostima (area competenza)



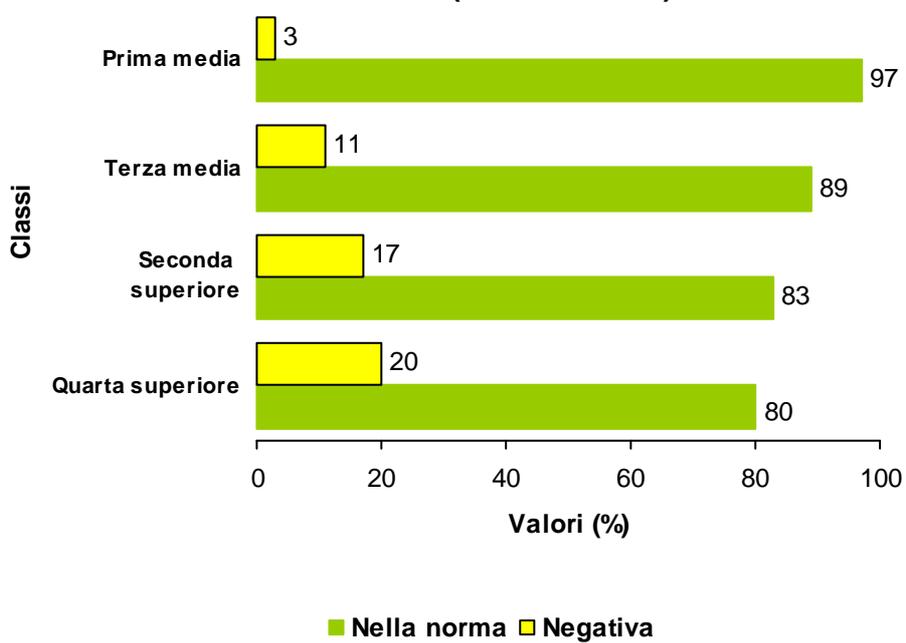
Distribuzione % dei ragazzi per livelli di autostima (area corporea)



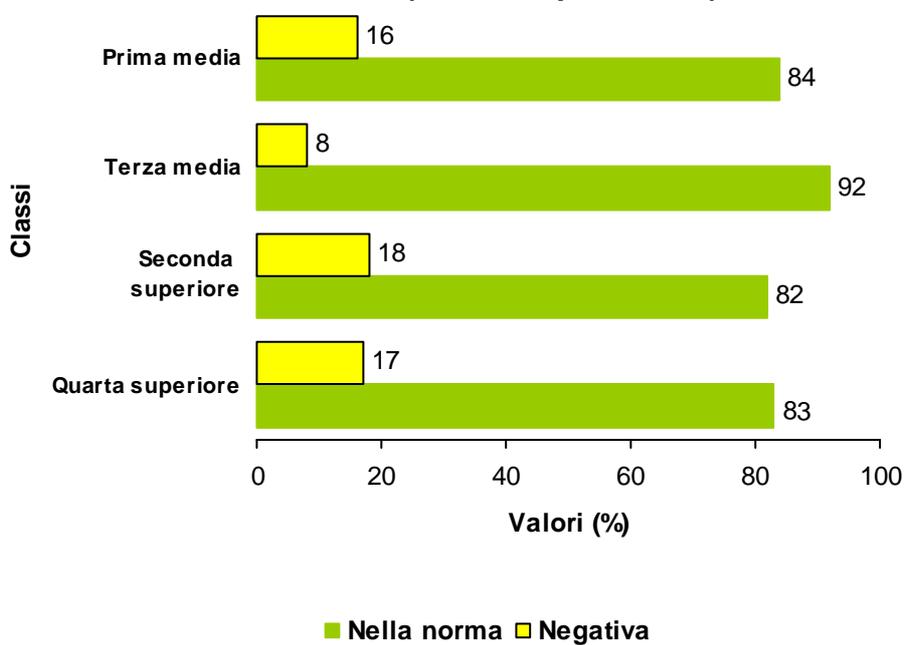
Distribuzione % dei ragazzi per livelli di autostima (area emozionale)



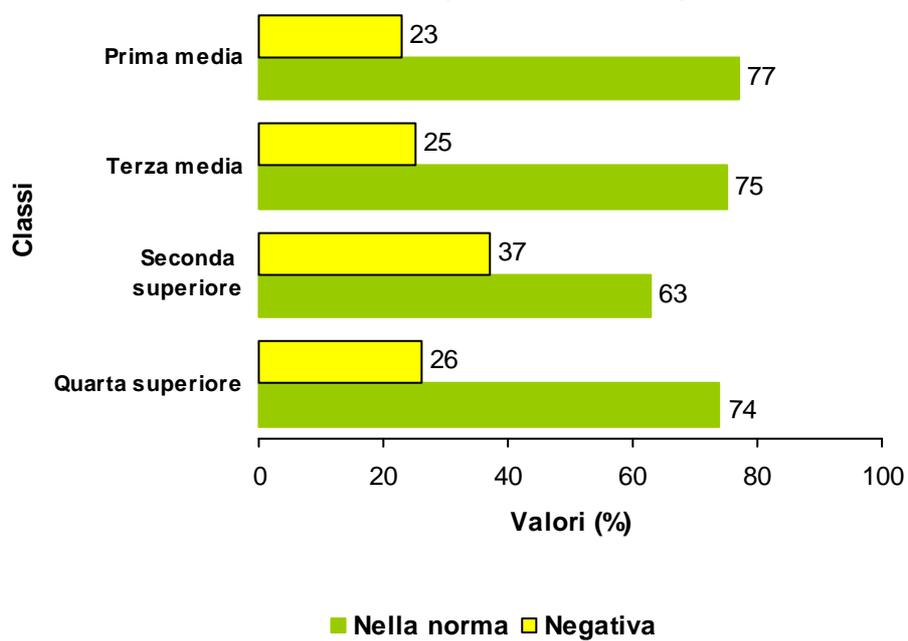
**Distribuzione % dei ragazzi per livelli di autostima
(area familiare)**



**Distribuzione % dei ragazzi per livelli di autostima
(area interpersonale)**

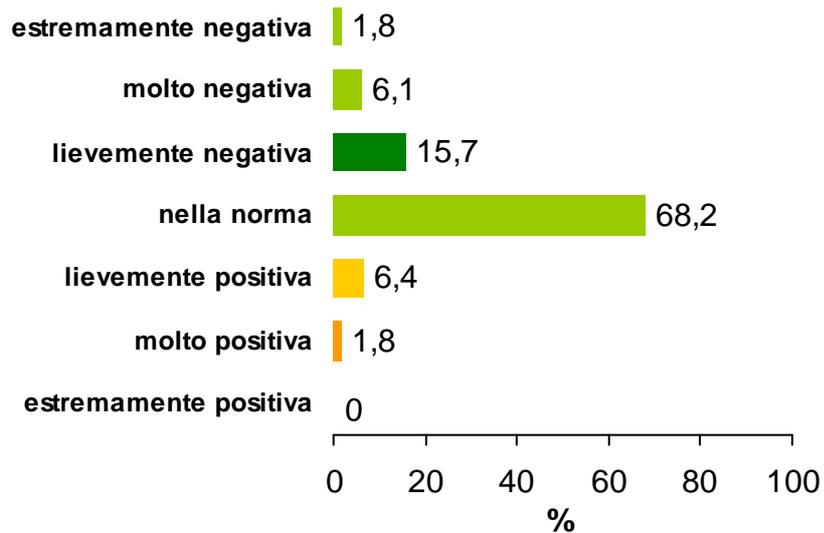


Distribuzione % dei ragazzi per livelli di autostima (area scolastica)

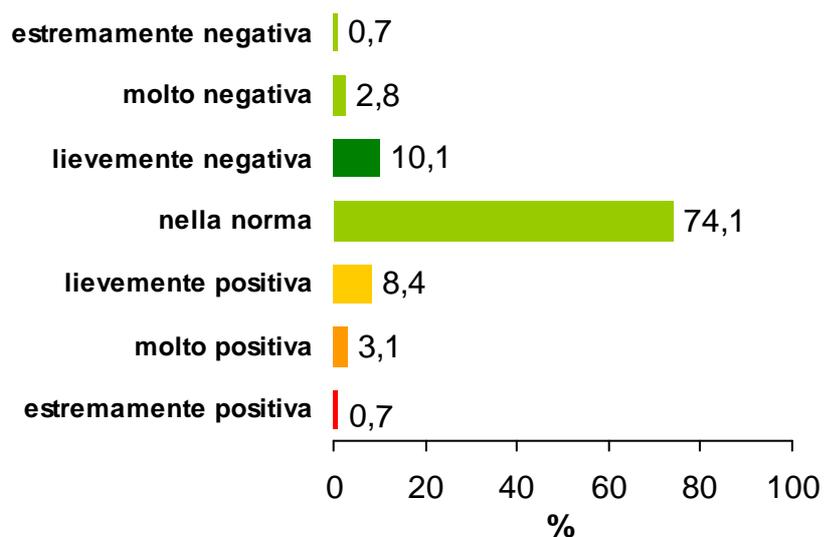


Stratificando ciascuna area per la variabile sesso non sono risultate differenze tra maschi e femmine statisticamente significative ad eccezione dell'area corporea ($p < 0,05$) che evidenzia maggiori problemi di autostima nelle femmine

Distribuzione area corporea nelle femmine



Distribuzione area corporea nei maschi



DISCUSSIONE

Dai risultati emersi risulta che circa 1 studente su 6 in Lunigiana presenta un'autostima negativa. I valori più bassi sono stati evidenziati nelle aree Scolastica, della padronanza ambientale e Corporea, in particolare, per quanto riguarda le Scuole Superiori nelle classi II° si può notare che 1 ragazzo su 4 ha un'autostima corporea negativa e sempre nelle classi II° l'autostima scolastica risulta negativa per il 37% dei ragazzi.

Nell'indagine effettuata non emergono differenze significative di genere tranne per quanto riguarda l'area corporea, che risulta maggiormente negativa nelle ragazze, questo appare in linea con la letteratura precedente.

Analizzando i dati per classe, focalizzandoci sulle differenti aree, si può notare che vi è un aumento notevole dell'autostima negativa nelle Scuole Superiori.

Le aree più forti risultano essere quella Emozionale e quella Familiare

Riflettendo sui dati emersi, si evidenzia la necessità di intervenire preventivamente nel passaggio tra le Scuole Medie e le Superiori.

A cura di:

Daniela Monali, Lorenzo Antoniotti, Valentina Serradori, Valentina Spinatelli, Chiara Lorenzini, Amedeo Baldi

RELAZIONE SCREENING VISIVO “VEDIAMOCI CHIARO”
PROGETTO DELLA SOCIETA' DELLA SALUTE - LUNIGIANA

INTRODUZIONE

Lo sviluppo dell'apparato visivo avviene nel periodo fetale ma non si completa alla nascita, quando il bambino ha ancora una scarsa acuità visiva ed una ridotta visione centrale.

Questo è riconducibile ad uno stato d'immaturità retinica e corticale.

Questa immaturità si riduce progressivamente con la crescita ma non scompare del tutto fin oltre il 5° anno di vita occupando un periodo detto “periodo critico” o “periodo plastico”.

In questo periodo gli stimoli esterni sono in grado di condizionare positivamente o negativamente lo sviluppo visivo, corticale, motorio e psichico del bambino.

Tutti gli autori concordano su un punto della massima importanza clinica:

il normale sviluppo della corteccia visiva necessita di un corretto ed equilibrato sviluppo dell'esperienza visiva durante il periodo plastico

e tutto ciò che si discosta da un normale input sensoriale determina delle distorsioni funzionali più o meno evidenti a livello della corteccia visiva.

Tutte le alterazioni che intervengono nella formazione dell'immagine, nella sua proiezione retinica e nella sua trasmissione ai centri corticali e che permangono oltre il periodo critico provocano **ambliopia**.

L'ambliopia è una delle anomalie sensoriali più drammatiche nei bambini,

L'obiettivo del progetto è stato di indagare tutta la popolazione infantile in età prescolare per riconoscere tempestivamente le cause di ambliopia e curarle, impostando un corretto programma di trattamento.

MATERIALI E METODI

L'indagine è stata condotta secondo la metodologia dello screening di popolazione. La popolazione target era costituita da bambini di età compresa tra 3-5 anni iscritti alle scuole materne della Lunigiana

L'avvio del progetto, iniziato nel novembre 2007 ha richiesto una fase preliminare di comunicazione alle famiglie, alle direzioni didattiche e agli insegnanti di tutte le scuole materne della Lunigiana, del programma elaborato da ortottista e oculista.

Per garantire l'eticità dello studio e la privacy delle famiglie è stato richiesto un esplicito consenso ai genitori per eseguire l'indagine clinica sui loro figli.

Le attività cliniche previste in questa indagine sono cominciate il 26 novembre 2007 nelle scuole di Aulla e successivamente in tutti i comuni della Lunigiana. L'ortottista si è recata nelle scuole al mattino, esaminando in media 7 - 10 bambini ogni giorno in base al loro grado di collaborazione.

Le procedure d'indagine hanno previsto:

- Esame della acuità visiva
- Test del riflesso corneale
- Cover test
- Stereo test

A tutti i bambini è stata rilasciata una scheda ortottica contenente il risultato dell'esame.

RISULTATI

Sono stati visitati **781 bambini**: quasi tutti hanno fornito una collaborazione sufficiente per consentire di validare l'esito dei test clinici.

Solo in due casi, in bambini di 3 anni con difficoltà di comprensione della lingua, non è stato possibile condurre l'esame e giungere ad una diagnosi certa.

Tab. 1 Popolazione in età evolutiva oggetto di screening suddivisa per età

Età in anni	N°	%
3	210	26,7%
4	258	33,2%
5	275	35,3%
6	37	4,7%
7	1	0,1%
totale	781	100,0%

Il Tasso di copertura dello screening è stato 76,4%

Tab.2 Tasso di copertura dello screening della popolazione in età evolutiva (3-5 aa.) residente nei comuni della Lunigiana

Bambini	N°	%
Totale residenti	973	100
Esaminati	743	76,4

Complessivamente sono state individuate 27 ametropie; di queste 22 erano già state diagnosticate in precedenza mentre ben 5 sono state individuate per la prima volta nel corso della nostra indagine.

A questi bambini è stata prescritta una visita oculistica presso l'ambulatorio di Aulla, con libero accesso senza richiesta del pediatra, in base al percorso assistenziale previsto dal progetto.

Durante la visita è stata fatta diagnosi ed impostato un programma terapeutico.

Le successive visite di controllo non sono ricomprese nel percorso previsto nel progetto, la continuità di tale percorso assistenziale è comunque garantita dall'attività specialistica ambulatoriale istituzionale.

In due casi la famiglia ha preferito eseguire la visita oculistica in altra struttura.

Tab. 3 Patologie rilevate

Patologia principale rilevata nel corso dello screening		
Diagnosi principale	N°	%
ambliopia	5	0,7%
Astigmatismo ipermetropico composto	5	0,7%
Astigmatismo miopico composto	3	0,4%
Astigmatismo ipermetropico misto	1	0,1%
Emmetropia	752	96,5%
Ipermetropia semplice	11	1,4%
Nistagmo congenito	1	0,1%
Esotropia	1	0,1%
Totale	779	100.0%

Tab.4 Cause di ambliopia

Cause	N°
Esotropia	1
Ametropia	2
Ptosi congenita	1
Opacità dei mezzi diottrici	1
Totale	5

Dalla tabella 5 si evince il numero di patologie visive diagnosticate nella popolazione infantile esaminata, in rapporto al numero complessivo dei bambini:

Il 3,4% dei bambini è affetto da una patologia dell'apparato visivo.

Tab. 5 Patologie dell'apparato visivo presenti nella popolazione infantile esaminata

Casi clinici	N°	%
Patologia/ametropia	27	3,4%
emmetropia	752	96,5%
totale	779 + 2 bambini non collaboranti	100,0%

La tabella 6 presenta l'analisi del numero delle patologie trovate nell'aspetto che più ci interessa cioè le diagnosi ex-novo.

L'obiettivo del progetto è infatti individuare le patologie dell'apparato visivo nei bambini il più precocemente possibile al fine di effettuare interventi terapeutici adeguati per permettere il normale sviluppo visivo.

Si sottolinea che il 18,5% dei bambini con disturbi della vista residenti in Lunigiana non aveva ricevuto una diagnosi della propria malattia, fino alla visita effettuata nell'ambito del nostro screening.

Tab. 6 Analisi della diagnosi

Analisi della diagnosi		
Diagnosi	N°	%
Preesistente	22	81,4
Ex novo	5	18,5
Totale	27	100

CONCLUSIONI

Prima di giungere alle conclusioni è doveroso premettere che l'indagine che abbiamo condotto è stata largamente accettata dalle famiglie che hanno dimostrato un alto gradimento del progetto e ne hanno sollecitato la ripetizione.

Dai risultati in particolare emerge un dato rilevante:

il 3,4% della popolazione infantile residente in Lunigiana è affetta da una patologia visiva; inoltre, tra i bambini affetti da disturbi dell'apparato visivo il 18,5% presentava una patologia che era sconosciuta e che è emersa durante lo screening visivo .

Questo significa che circa un bambino su 5 con problematiche visive non sapeva di averle.

A nostro parere questi risultati evidenziano in modo chiaro l'importanza di continuare il progetto anche nel 2009

Concretamente si propone di visitare i bambini che ora hanno 3 anni, iscritti al primo anno delle scuole materne ed si auspica che questa azione di medicina preventiva possa entrare nelle attività istituzionalizzate del servizio sanitario pubblico del nostro territorio.

A cura di: Liria Querci, Martinelli Laura, Simonelli Angela

PROGETTO LEONARDO

SCREENING PER LE DIFFICOLTÀ DI APPRENDIMENTO

Negli ultimi anni molti studi del panorama nazionale e internazionale si sono occupati della individuazione in età prescolare degli indici predittivi dei disturbi dell'apprendimento (Meloni et al., 2002; Terreni, Tretti, Corcella, Cornoldi, Tressoldi, 2002).

Punti fermi da cui partire è che la ricerca ha rilevato che l'85 % delle difficoltà di apprendimento spesso diagnosticate alla fine della scuola primaria di secondo grado sono riscontrabili i primi due anni della scuola primaria. Gli screening permettono di rilevare la mancata acquisizione di specifiche abilità per predisporre adeguate strategie di intervento didattico, che vadano a ridurre, dove possibile, la difficoltà rilevata e permettano dove la riduzione del deficit non è significativa un'introduzione immediata di strategie di compenso.

Un intervento tempestivo, scolastico e riabilitativo, porta con se importanti conseguenze sul bambino ricordiamolo sempre perché non sfugga il bambino come centro del benessere primario di ogni intervento innanzi tutto la riduzione della gravità del disturbo, il disturbo non scompare ma l'intensità si riduce se vengono attivati da subito percorsi mirati al lavoro sulle aree da potenziare, ulteriore vantaggio riduzione dell'*impairment* sappiamo bene quanto ci si senta sperduti e disarmati di fronte ad un bambino in difficoltà che si è tentato di aiutare in tutti i modi ma che al nostro intervento non è seguito cambiamento sperato. Ultimo ma non per importanza la prevenzione dei disturbi secondari è di comune riscontro quanto disagio emotivo- comportamentale si registri nella scuola già a partire dagli ultimi anni della scuola elementare e crescente sempre più con l'avanzare del percorso scolastico. Un ragazzo che passa a scuola il maggior tempo della sua giornata o perché in classe o perché sui compiti assegnati, dovendo magari rinunciare ad attività ricreative e sportive per non sottrarre tempo alla scuola o per avere il tempo di recuperare lacune ogni giorno con sentimenti di difficoltà frustrazione disagio, tutte emozioni che incideranno in maniera significativa sull'autoefficacia e sull'autostima personale.

Un intervento precoce oltre a dare la possibilità di compenso, grazie alla plasticità del cervello, provoca un effetto di abbassamento e di riduzione dell'interferenza della codifica, difficoltà strumentale, sul controllo dei contenuti, l'espansione delle strategie di compenso e introduzione degli strumenti compensativi (MIUR, febbraio 2005) che spesso vengono rifiutati dal ragazzo perché considerati elemento marcatore di diversità, rinunciando così all'unico strumento che permetterebbe loro di ridurre la diversità.

Un intervento tardivo che gli esperti indicano oltre gli otto anni può mirare esclusivamente ad obiettivi come la riduzione dell'*impairment*, la riduzione del rischio cognitivo, e alla prevenzione del rischio affettivo-emotivo- comportamentale.

Un intervento tardivo porta ad una cristallizzazione della situazione, sempre meno l'obiezione dell'autosufficienza dell'insegnante viene mossa ormai quasi tutti ci siamo resi conto che *"utilizzare esclusivamente la percezione che gli insegnanti possono avere del livello di sviluppo raggiunto dal bambino nelle consuete proposte educative potrebbe essere fuorviante o nascondere eventuali situazioni critiche"*, (Cornoldi 2002).

Il Progetto, che si colloca a compendio e corollario del precedente Progetto Galileo (UFSMIA; S. Sociale Educazione alla Salute; Provveditorato agli Studi di MS; Comunità Montana della Lunigiana), prende le mosse da un Convegno organizzato nell'aprile 2006 dall'UFSMIA, in collaborazione con l'Associazione Italiana Dislessia.

Questo convegno, svoltosi con il patrocinio della C. Montana, è stato condotto dal Prof. Profumo dell'Associazione Nazionale Dislessia e dal Prof. Zorzi dell'Università di Pavia ed aveva come obiettivo la sensibilizzazione dei Pediatri al problema dei Disturbi dell'Apprendimento Scolastico. Vi hanno partecipato ben 45 medici (Pediatri e NPI) delle Province di La Spezia e di Massa-Carrara, i Dirigenti Scolastici della Lunigiana e numerosi Terapisti della Riabilitazione dell'ASL.

L'incontro ha avuto risvolti molto positivi, tanto da indurre il Direttore delle Scuole Primarie di Aulla a scriverne un articolo dai toni entusiastici sul Corriere Apuano, mentre altri Dirigenti ci esortavano a portare avanti un programma di collaborazione con le scuole.

Agli inizi di maggio 2006 si è così tenuto un altro Convegno, nel Castello di Terrarossa, a cui erano invitati i Dirigenti scolastici e tutto il personale delle Scuole dell'Infanzia e delle Primarie.

La crescente richiesta di corsi di formazione per Insegnanti delle Scuole Primarie, la segnalazione e la diagnosi tardiva del disturbo (dopo gli 8 anni), il gap tra diagnosi e didattica e l'elevata incidenza di difficoltà nelle aree degli apprendimenti segnalate dagli insegnanti hanno posto le fondamenta per attuare un intervento che rispondesse a tali problematiche.

Da tali premesse, a settembre del 2006, ha preso il via il progetto Leonardo, dell'Usl 1 Massa Carrara, Zona Lunigiana.

Obiettivi del progetto

- la rilevazione delle difficoltà dell'apprendimento;
- il potenziamento dei processi dominio – specifici che sottostanno lo sviluppo delle competenze implicate nell'apprendimento della letto-scrittura e del calcolo.

Metodologia

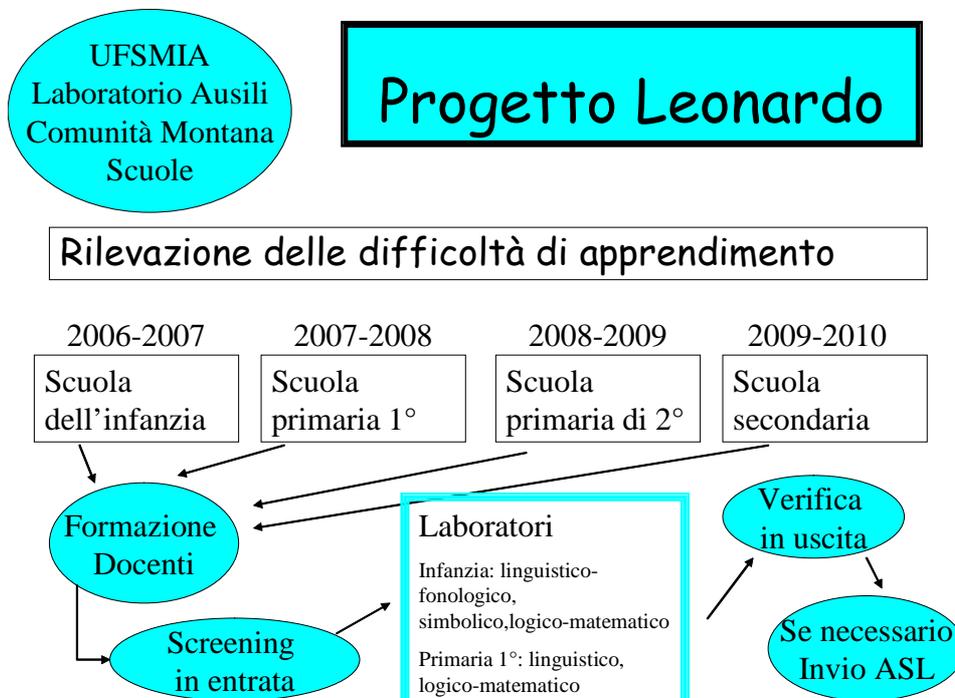
L'impostazione del progetto è quella della ricerca-azione, così come raccomandato dalle linee guida della consensus conference sui disturbi evolutivi specifici di apprendimento del 2006, ossia professionisti diverse (psicologi, neuropsichiatri, insegnanti e dirigenti scolastici) hanno accettato di affrontare un problema condividendone evidenze scientifiche e azioni e verificandone gli effetti nel tempo.

La rilevazione delle difficoltà dell'apprendimento è avvenuta attraverso uno screening che ha previsto la somministrazione di strumenti di rilevazione delle acquisizioni scolastiche.

L'analisi di tali risultati ha evidenziato la necessità di un intervento sulle aree risultate carenti, a tal fine si è proposto un percorso didattico sotto forma di laboratori a contenuti specifici costruiti sulle esigenze emerse.

Alla fine dell'anno scolastico è stato effettuato un controllo sull'efficacia del trattamento utilizzando gli strumenti somministrati in entrata.

Attualmente il progetto si trova nel terzo anno di vita. Di seguito viene presentata la floor chart dell'intero intervento.



Anno scolastico 2006-2007 – Scuole dell’Infanzia

Fasi

- Maggio 2006: convegno e formazione generale sui DSA per le scuole e i medici pediatri;
- Settembre 2006: formazione specifica alle insegnanti della scuola primaria sull’uso dello strumento (SR 4 – 5) di rilevazione delle difficoltà;
- Ottobre 2006: I somministrazione dello strumento da parte delle insegnanti, tabulazione dei risultati da parte del personale A.S.L.;
- Gennaio – febbraio 2007: formazione per il personale docente sulle aree della strutturazione dell’intervento e i materiali da proporre;
- Febbraio – aprile 2007: svolgimento dei laboratori;
- Aprile 2007: Il somministrazione
- Maggio 2007: elaborazione e restituzione dei risultati.

La formazione e il materiale sono stati messi a punto e proposti dal personale U.S.L.

Lo svolgimento del laboratorio è stato di competenza delle insegnanti, con la supervisione del personale U.S.L.

Il personale U.S.L. ha fornito ulteriore supporto e chiarimenti agli Insegnanti che ne hanno fatto richiesta; in seguito alle ripetute consulenze telefoniche provenienti dalle scuole è stato necessario recarsi personalmente sul territorio.

Lo strumento

SR 4-5 School readiness (Erickson, 1999) permette di dare una valutazione delle prestazioni ottenute dal bambino in ogni area in cui lo strumento è suddiviso:

- abilità linguistica;
- abilità fonologica;
- abilità logico-matematica;
- sviluppo psicomotorio;
- simbolizzazione.

Sono da considerare prestazioni deficitarie quelle che raggiungono un punteggio uguale o inferiore al 20% del campione normativo.

La scelta dello strumento è stata fatta sulle base delle sue caratteristiche, in quanto permette una valutazione normativa della prestazione del bambino, rispetto ad una popolazione di riferimento, per un’ampia gamma di aree di apprendimento.

I soggetti

Al progetto hanno aderito 6 Istituti comprensivi sparsi su tutto il territorio lunigianese, per un totale di 23 scuole.

- ❖ Villafranca (scuole materne di Villafranca e Bagnone);
- ❖ Pontremoli “Ferrari” (Filattiera, Zeri e Scorcetoli);
- ❖ Pontremoli “Tifoni” (Arpiola e Casa Corvi);
- ❖ Aulla (Quartiere Gobetti, Viale Resistenza, Ragnaia, Podenzana, Pallerone, Albiano, Montedivalli);
- ❖ Licciana (Licciana, Monti, Terrarossa e Comano);
- ❖ Fivizzano (Fivizzano, San Terenzo, Monzone, Soliera e Casola).

Il campione è costituito da 203 bambini di 5 anni, 103 femmine e 100 maschi.

I laboratori

Nelle scuole materne i laboratori attivati sono stati tre:

- Linguistico – fonologico;
- Logico – matematico;
- Psicomotorio.

Aree di intervento:

Laboratorio linguistico – fonologico:

- discriminazione e identificazione di fonemi (percorsi, vignette e tomboline che lavorano sul contrasto tra due suoni);
- consapevolezza fonologica globale (riconoscimento e produzione di rime; segmentazione e fusione sillabica; riconoscimento di parole diverse di sillaba iniziale uguale);
- consapevolezza fonologica analitica (riconoscimento del fonema iniziale; segmentazione fonemica; fusione fonemica).

Laboratorio logico-matematico:

- Lettura e scrittura di numeri
- Rappresentazioni numeriche
- Stima di quantità
- Quantificatori
- Conteggio
- Ritmo
- Seriazione

Laboratorio psicomotorio

- prassie
- coordinazione oculo - manuale
- integrazione spazio – temporale
- percezione visiva e uditiva
- schema corporeo
- coordinazione dinamica generale
- orientamento spaziale

Il piano di svolgimento è stato il medesimo per tutti i laboratori:

- Totale circa 20 ore
- 2/3 volte a settimana
- 20/30 minuti

Materiale

Schede esempio suddivise per area e con proposte operative da calibrare a seconda delle necessità del bambino e/o della classe.

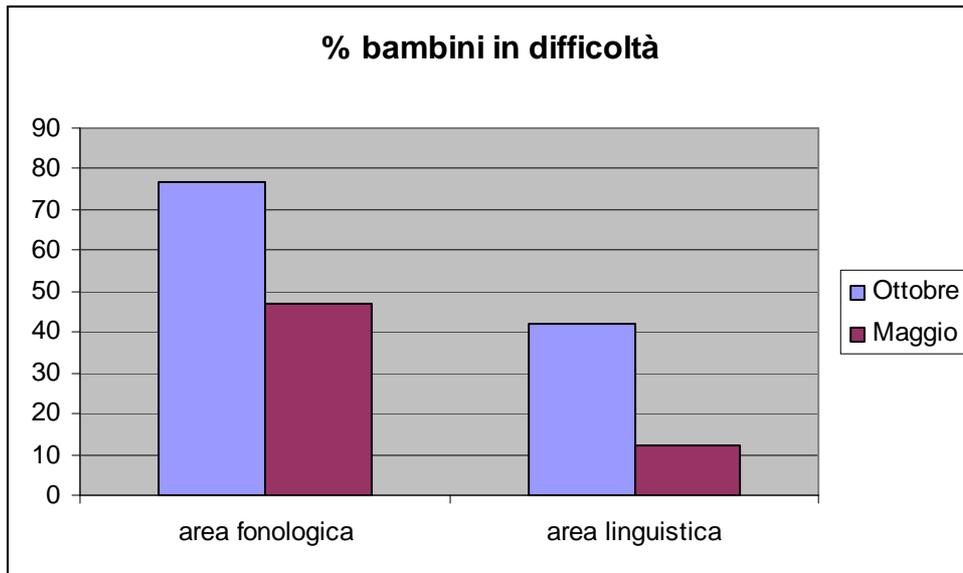
I risultati

Area linguistica – fonologica

Ad ottobre i bambini in difficoltà nell'area fonologica rappresentavano il 77% del campione, a maggio la percentuale si è notevolmente ridotta: i bambini che ottenevano una prestazione deficitaria erano il 47% del campione.

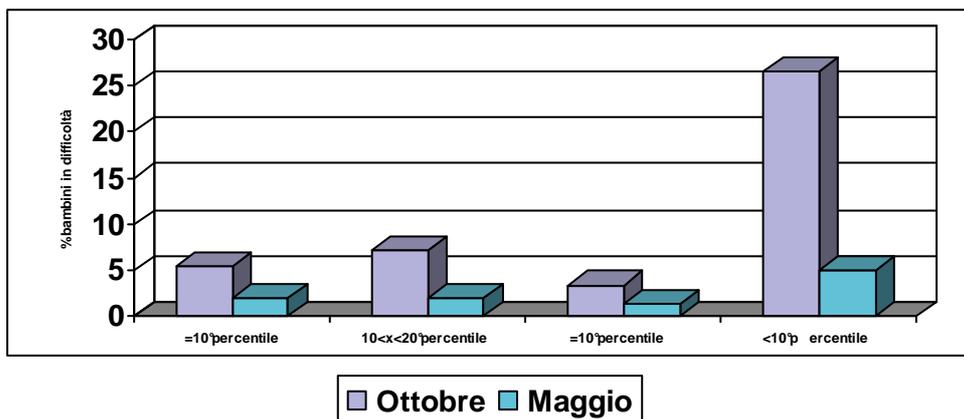
Nell'area linguistica si ritrova la stessa tendenza di miglioramento: dal 42% di bambini in difficoltà si è scesi al 12%.

Area fonologica più resistente al trattamento

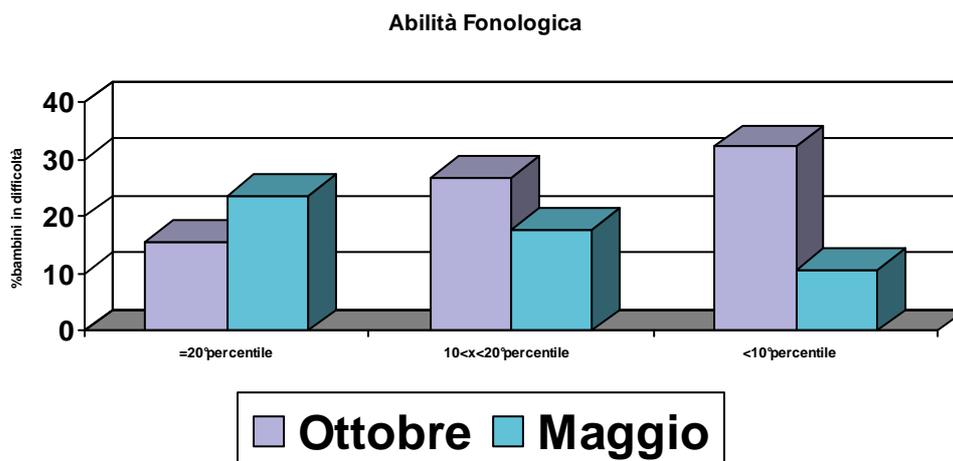


Distribuzione bambini in difficoltà:

Abilità Linguistica

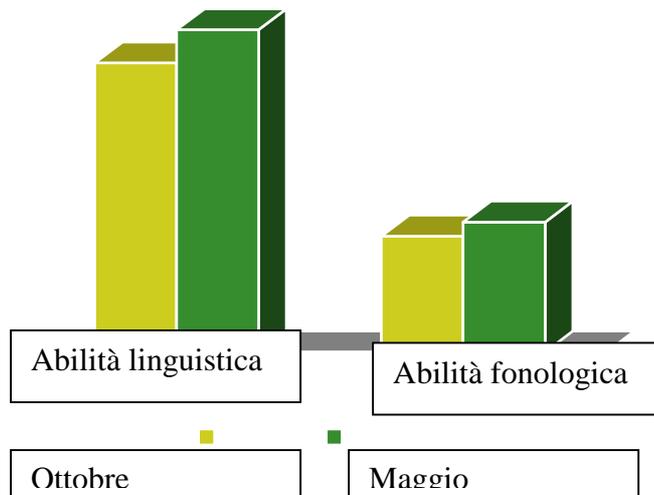


Distribuzione bambini in difficoltà



Da questi dati si rileva come ci sia stato un miglioramento, una riduzione della compromissione, anche nei bambini che sono rimasti in situazione di deficit, spostandosi verso una normalizzazione della difficoltà.

Differenza pre e post trattamento – tutti i soggetti - :



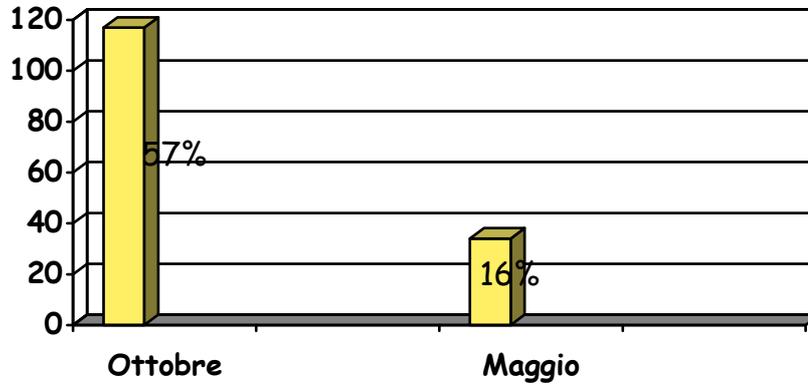
t di Student per gruppi dipendenti. $t(185) = 10.3549$; $p < 0.0001$

La differenza fra i punteggi è stata calcolata con il t di student per gruppi dipendenti. Si è rilevata una differenza statistica significativa per entrambe le componenti.

L'effetto positivo del trattamento è stato confermato anche dall'analisi statistica. Il grafico mostra un incremento delle prestazioni ottenute nell'abilità linguistica e nell'abilità fonologica.

Area logico – matematica

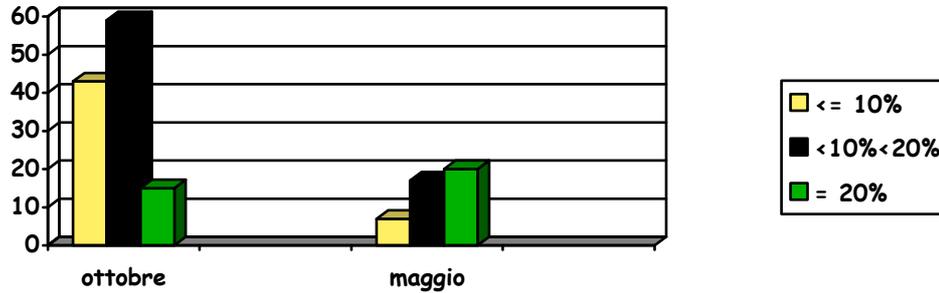
Bambini in difficoltà



Ad ottobre i bambini in difficoltà nell'area logico-matematica rappresentavano il 57% del campione, a maggio la percentuale si è notevolmente ridotta: i bambini che ottenevano una prestazione deficitaria erano il 16% del campione.

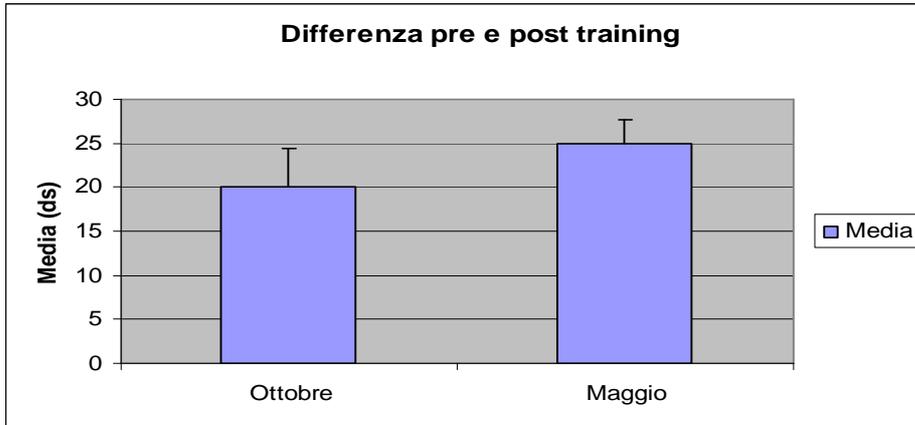
Distribuzione bambini in difficoltà

La tabella soprastante visualizza la distribuzione dei soli bambini che ottenevano un punteggio rientrante



nella fascia deficitaria a ottobre ed a maggio. Si può notare come le prestazioni dei bambini a maggio abbiano raggiunto un livello meno deficitario.

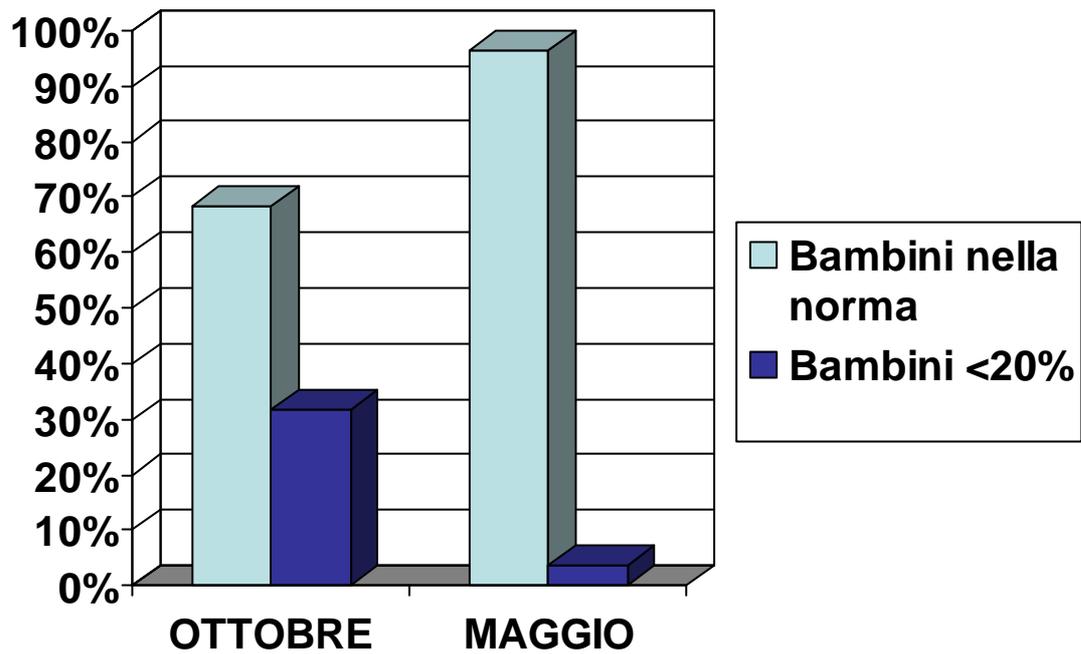
Differenze pre e post trattamento – tutti i soggetti:



t student gruppi dipendenti: $t(180) = 14,50$; $P < 0.0001$.

La differenza fra i punteggi è stata calcolata con il t di student per gruppi dipendenti. Si è rilevata una differenza statistica significativa. Non è possibile attribuire la causalità del cambiamento al trattamento utilizzato perché non disponiamo di un gruppo di controllo, ma ciò non ci sembrava eticamente realizzabile.

Area psicomotoria



Confrontando i dati ottenuti nello screening di Ottobre con i dati di Maggio, si è notato un notevole miglioramento nelle prestazioni dei bambini di 5 anni nell'area dello sviluppo psicomotorio in seguito all'attivazione del laboratorio psicomotorio.

Anno scolastico 2007/2008 – Scuola primaria di I grado

Fasi

- Settembre 2007: formazione generale sullo sviluppo delle competenze numeriche e di letto-scrittura per le scuole;
- Ottobre 2007: formazione specifica alle insegnanti della scuola primaria sull'uso degli strumenti di rilevazione delle difficoltà;
- Ottobre 2007: formazione per il personale docente sulle aree della strutturazione dell'intervento e i materiali da proporre;

- Settembre - Ottobre 2007: I somministrazione;
- Gennaio 2008: I somministrazione classi prime;
- Gennaio – aprile 2008: svolgimento dei laboratori;
- Aprile-Maggio 2008: II somministrazione, tabulazione dei risultati e restituzione risultati.

La formazione e il materiale sono stati messi a punto e proposti dal personale U.S.L.

Lo svolgimento del laboratorio è stato di competenza delle insegnanti, con la supervisione del personale U.S.L.

Gli strumenti

Area linguistica

PROVE MT:

- Rapidità e accuratezza in lettura
- Comprensione del testo

La prestazione è da considerarsi deficitaria quando ricade nella fascia di richiesta di attenzione (RA) o richiesta di intervento immediato (RII).

▪ Area logico-matematica

AC-MTAc-mt - (Edizioni Erickson, 2002) strumento di valutazione delle abilità numeriche e di calcolo. Fornisce quattro indici complessivi di prestazione:

Operazioni scritte: risposte corrette nelle operazioni scritte;

Conoscenza numerica: risposte corrette nelle prove di giudizio di numerosità, trasformazione di cifre e ordinamento di serie

Accuratezza: somma degli errori commessi;

Tempo: fornisce una misura di velocità generale dell'esecuzione della prova.

Per l'interpretazione dei risultati è bene ricordare che, mentre l'indice di correttezza ci informa sul possesso degli appropriati meccanismi di elaborazione, l'indice di rapidità ci informa sull'automatizzazione del processo.

Si è considerata come indice di rischio una prestazione che raggiunge un punteggio uguale o inferiore al 30° percentile

Area visuospatiale

- prova di "Relazioni Spaziali" tratta dal PMA
- "Questionario Osservativo SVS" compilato dagli insegnanti

Sono considerati soggetti con difficoltà visuo spaziali coloro che hanno ottenuto punteggi inferiori al 20° percentile nell'indice visuospatiale del questionario SVS

Il campione

Hanno partecipato all'intero progetto 415 bambini fra i 6 e i 10 anni, dei quali 207 femmine e 208 maschi.

sesso	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulativa	
F	207	49,9%	49,9%	
M	208	50,1%	100,0%	
Totale	415	100,0%	100,0%	

I bambini appartenevano a 29 classi diverse per un totale di 10 Istituti del territorio lunigianese.

Non tutti hanno partecipato a ciascun laboratorio. Di seguito viene riportato il dato di frequenza relativo

Laboratorio linguistico (280)

Laboratorio logico-matematico (332)

Laboratorio visuospatiale (100 soggetti)

I laboratori

I laboratori attivati nella scuola primaria sono stati tre:

1. Laboratorio linguistico
2. Laboratorio logico-matematico
3. Laboratorio visuospatiale

Il laboratorio linguistico – Aree di intervento:

- Ortografia
- Produzione del testo scritto
- Velocità di lettura
- Comprensione del testo scritto
- Metodo di studio

Il laboratorio logico-matematico - Aree di intervento:

- Lettura e scrittura di numeri
- Calcolo a mente
- Calcolo scritto
- Semantica delle operazioni
- Problem solving

Il laboratorio visuospatiale - Aree di intervento:

- Allineamento dei numeri
- Miglioramento della grafia
- Organizzazione Spaziale
- Comprendere e ricordare figure geometriche di base
- Lettura direzionale

Il piano di svolgimento è stato il medesimo per tutti e tre i laboratori:

- In classe, condotti dalle insegnanti.
- Con tutti i bambini e/o con attività di gruppo.
- Durata: 20 ore
- Ogni giorno, per 20 minuti.

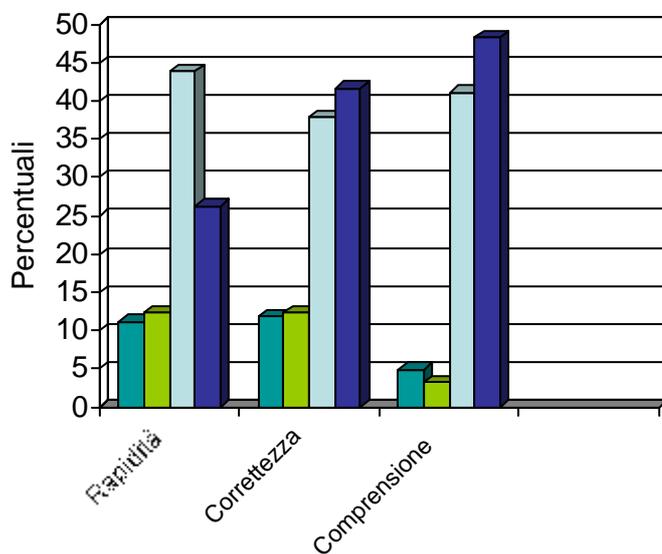
Materiale:

Schede esempio suddivise per area e con proposte operative da calibrare a seconda delle necessità del bambino e/o della classe. Ogni scheda contiene:

- La consegna
- L'obiettivo
- L'indicazione sugli eventuali supporti da utilizzare

▪ I risultati

Area linguistica – Ottobre – tutti i soggetti



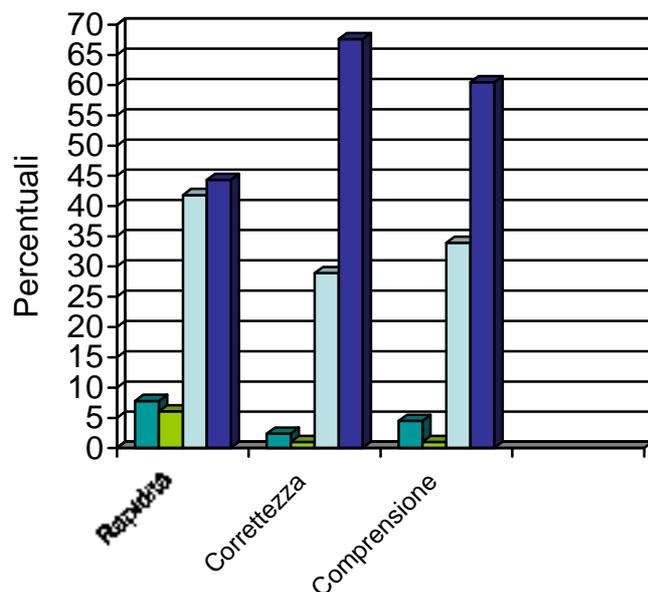
Legenda:

CPR: Criterio pienamente raggiunto;
PS: Prestazione sufficiente
RA: Richiesta d'attenzione
RII: Richiesta intervento immediato



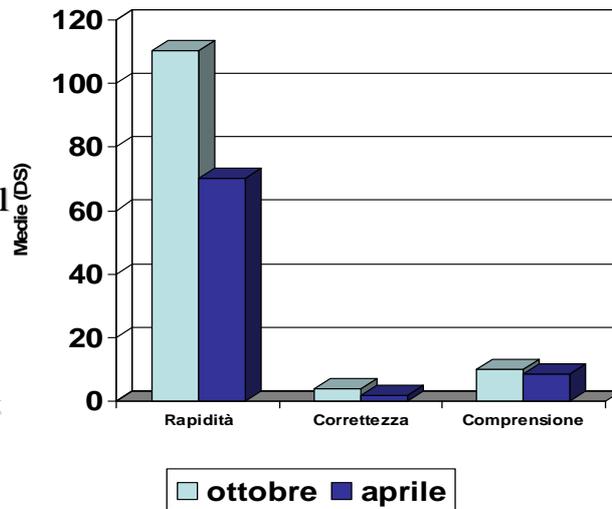
Area linguistica – Maggio

Dai grafici si nota come le percentuali dei bambini in difficoltà si riduca tra ottobre e maggio



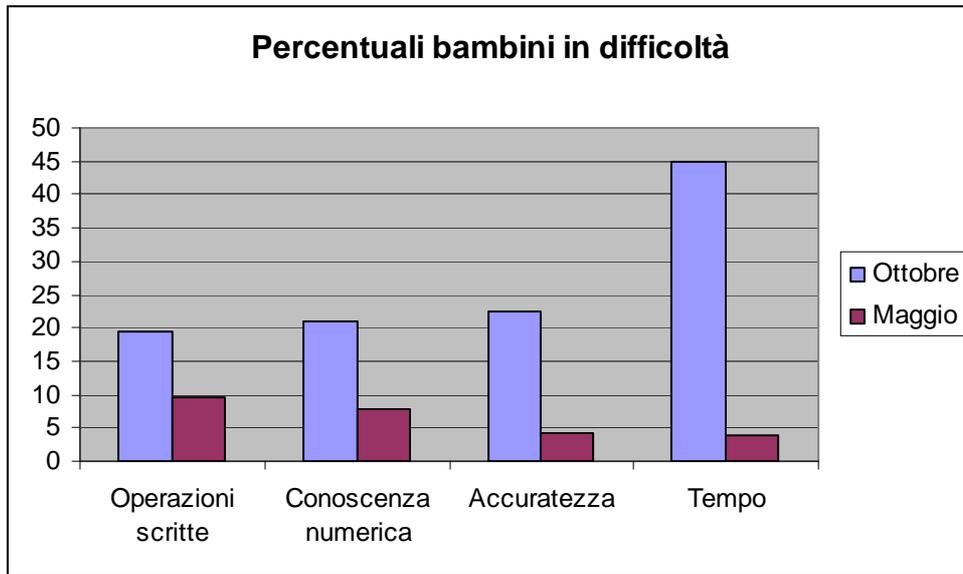
Differenza pre e post training

- Per l'area della rapidità il t di Student per gruppi dipendenti ha rilevato un valore di $t(287) = 9,64$; $p < 0.0001$.
- Per l'area della correttezza il t di Student per gruppi dipendenti ha rilevato un valore di $t(203) = 7,50$; $p < 0.0001$.
- Per l'area della comprensione il t di Student per gruppi dipendenti ha rilevato un valore di $t(288) = 9,37$; $p < 0.0001$.



La differenza del cambiamento risulta essere significativa per tutte le componenti. L'analisi statistica effettuata ha confermato un miglioramento delle prestazioni.

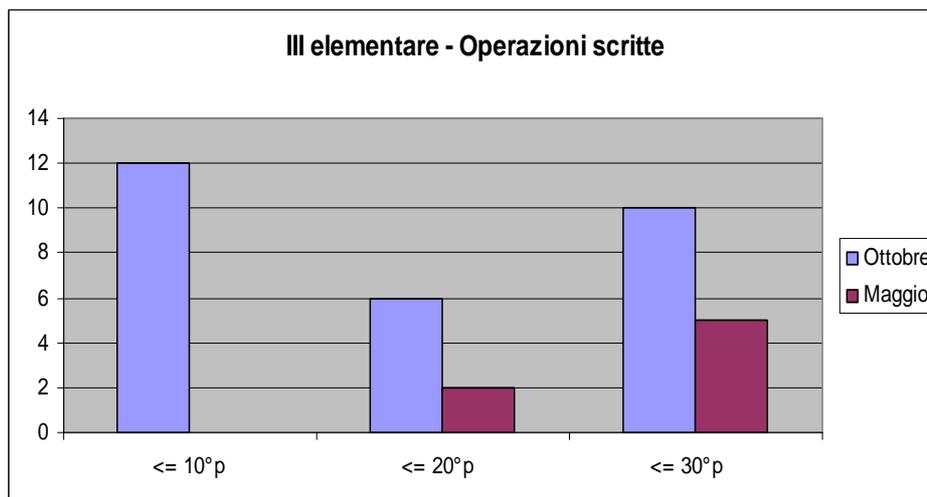
Area logico – matematica

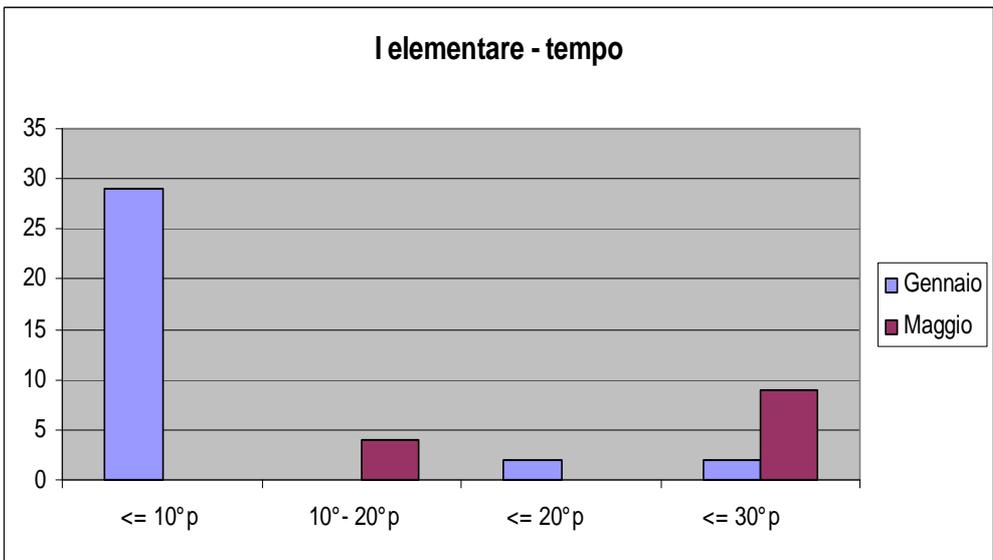
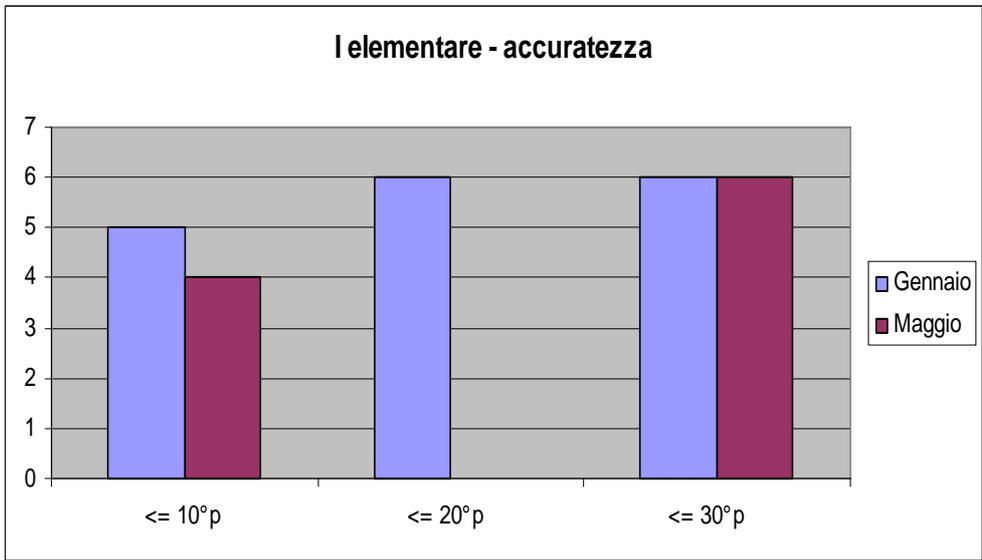
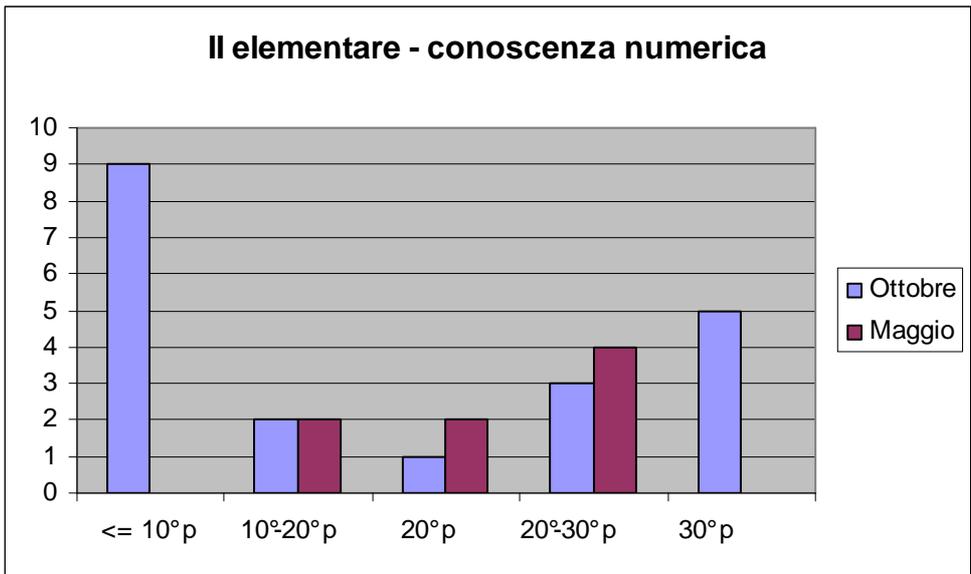


Percentuali dei bambini in difficoltà in ciascuna area presa in esame dallo strumento AC-MT. Si riscontra un decremento del numero di bambini in difficoltà.

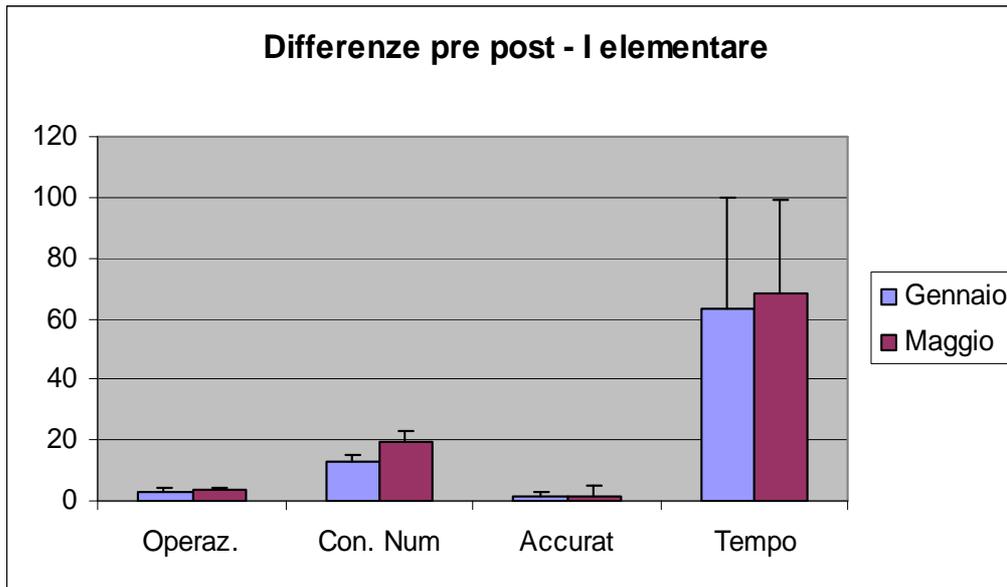
Distribuzione bambini in difficoltà

Di seguito vengono riportati alcuni grafici che mostrano le distribuzioni dei bambini in difficoltà divise in base ai singoli indici rilevati dal test. Si osserva una sensibile riduzione del deficit.

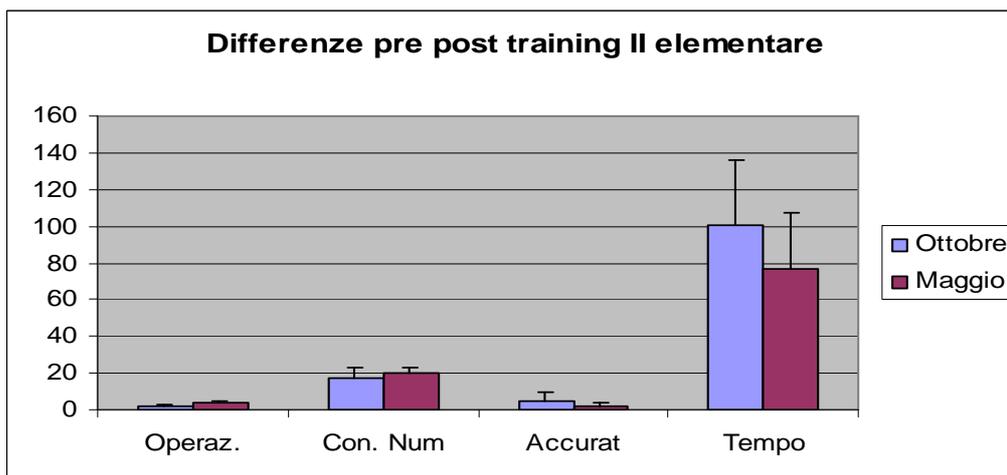




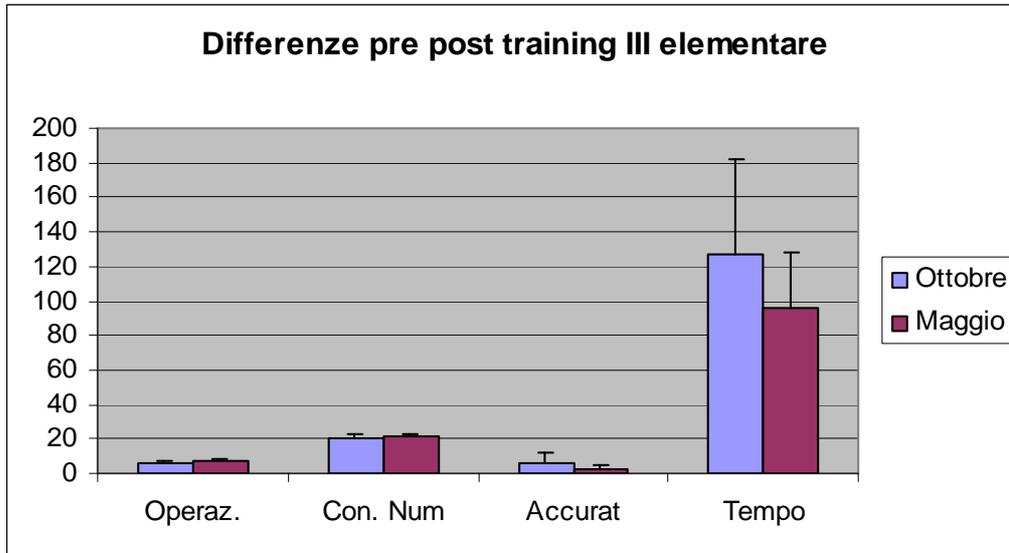
Differenze pre e post - tutti i soggetti



t di student gruppi dipendenti differenza statistica significativa per tutte le componenti tranne tempo



t di student gruppi dipendenti differenza statistica significativa per tutte le componenti



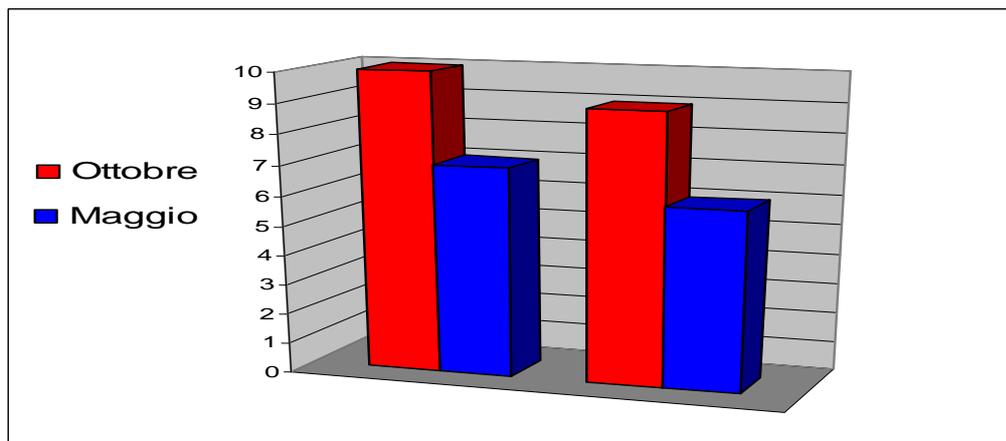
t di student gruppi dipendenti differenza statistica significativa per tutte le componenti

Anche attraverso l'analisi statistica si è registrato un effetto positivo, non avendo la possibilità di un confronto con un gruppo di controllo possiamo solo dire che il miglioramento è probabilmente dovuto all'attivazione del laboratorio.

Area visuospatiale



I due grafici mostrano l'evoluzione della distribuzione delle prestazioni dei bambini dalla prima somministrazione ad ottobre alla seconda somministrazione a maggio



Dal confronto dei dati si è registrato un miglioramento significativo ($t(99) = -5,215$ $p < 0.001$), probabilmente dovuto anche all'attivazione del laboratorio visuo-spaziale.

CONCLUSIONI

L'impostazione del progetto è quella della ricerca azione e, in quanto tale, ne condivide i punti di forza e i limiti. Dal punto di vista statistico, la mancanza di un gruppo di controllo non ci permette di dire che le differenze rilevate nel confronto pre-post test siano sicuramente effetto del trattamento; d'altra parte la scelta di utilizzare un gruppo di controllo, che non si valesse dell'intervento, non ci sembrava eticamente possibile. Uno sviluppo futuro, per ovviare questo limite metodologico, potrebbe essere quello di somministrare ai bambini un laboratorio alla volta e verificare se i miglioramenti si osservano anche nelle aree non soggette a trattamento; oppure utilizzare due gruppi di soggetti e somministrare due laboratori diversi, utilizzando come controllo l'area non sottoposta al trattamento.

D'altra parte le scuole hanno raccolto le finalità ultime della ricerca continuando il percorso di individuazione e intervento precoce delle difficoltà di apprendimento.

Per i bambini che, nonostante abbiano partecipato alle attività dei laboratori nel modo adeguato, siano rimasti in una fascia di prestazione deficitaria gli insegnanti sono stati consigliati ad invitare i genitori ad effettuare una valutazione più approfondita tramite l'invio in A.S.L.

In conclusione, con il Progetto Leonardo abbiamo cercato di attivare un percorso congiunto, e al contempo, di consolidare e pianificare una collaborazione fra Servizio Sanitario e Scuole, con lo scopo di offrire un intervento di qualità per i nostri bambini e le loro famiglie.

Nasce quindi come esigenza del territorio, anche nell'intento di assolvere agli indirizzi regionali che da anni parlano di ottimizzazione degli interventi, di integrazione delle risorse e di percorsi in rete. Tutte cose assolutamente di buon senso, ma che tuttavia rischiano di diventare concetti vuoti, proprio come slogan pubblicitari, se non si concretizzano poi in un progetto fattivo.

Ma ancora una volta il nostro territorio ha trovato le risorse per mettere insieme gli Enti Locali, gli Operatori Sanitari, i Capi D'Istituto e, naturalmente, il personale insegnante. E' grazie alla sensibilità ed alla buona volontà di tutte queste persone che Progetto Leonardo ha potuto partire e, ci auguriamo, prendere quota, nell'interesse e nella tutela dei nostri bambini.

Prospettive future

L'analisi attuale della domanda rileva una necessità di collaborazione ancora più stretta e continua fra insegnanti e clinici, probabilmente la maniera più adeguata per rispondere a questa necessità sarebbe quella di attivare un centro all'interno delle scuole che fornisca un supporto costante ai docenti con alunni affetti da DSA o difficoltà scolastiche rilevanti.

A cura di: **F. Giovannoni***, **L. Bertolo****

* NPI; Responsabile UFSMIA zona Lunigiana; **Psicologa, Psicoterapeuta; Laboratorio Ausili per i Disturbi Cognitivi e dell'Apprendimento



RISULTATI DELL'INDAGINE SULLA SALUTE ORALE DEGLI ALUNNI DELLE SCUOLE MEDIE PRIMARIE DELLA LUINIGIANA

Dal novembre 2007 al novembre 2008 è stato eseguito per conto della Società della Salute della Lunigiana, dell'ASL1 di Massa – Carrara e della Regione Toscana uno screening sulla salute orale (progetto "Sorridentiamo alla prevenzione") in tutte le scuole medie inferiori della Lunigiana.

L'obiettivo è quello di avere, per la prima volta nella nostra zona, un quadro della situazione oro-dentale che permetta di stabilire interventi di prevenzione e cura in questo campo. I genitori hanno ricevuto una lettera informativa e un modulo per il consenso informato, da firmare e restituire, e, a lavoro ultimato, una scheda con la descrizione della situazione orodentale riscontrata e i suggerimenti del caso.

Hanno aderito allo screening 459 bambini (circa il 35% del totale degli alunni) con 243 maschi e 216 femmine. L'età media è di 12,6 anni.

I 12 anni sono l'età che vede la presenza di tutta la dentatura permanente e rappresenta l'età indice, a livello internazionale, per dare una valutazione sulla prevalenza dei problemi orali confrontabile con quella di altri Paesi industrializzati simili al nostro.

I bambini sono stati esaminati con il metodo visivo-tattile da 1 Odontoiatra già esperta di tale tipo di screening utilizzando l'apposita scheda elaborata dall'OMS nel 1997.

Le lesioni cariose, sempre secondo le raccomandazioni dell'OMS, sono state clinicamente rilevate come presenti quando la cavità cariosa era presente all'ispezione clinica.

Lo stato di salute parodontale dei bambini è stato valutato secondo l'Indice Parodontale di Comunità (CPI) che rileva, in questa fascia di età, la presenza di sanguinamento gengivale e la presenza di tartaro.

Per quanto riguarda l'aspetto ortodontico l'Odontoiatra che ha eseguito lo screening si è limitata a segnalare, a grandi linee, problemi tipo: morso aperto, morso profondo, arcata superiore contratta, II e III classe scheletriche e problemi di iperaffollamento.

E' stato inoltre rilevato se i bambini con problemi ortodontici erano in trattamento oppure no.

Durante la visita è stata anche indagata la frequenza con cui i bambini si lavano i denti ed è stato chiesto se vanno da un dentista generico o per bambini.

E' stata poi eseguita una analisi descrittiva delle principali variabili considerate e una valutazione con l'indice DMFT che rappresenta lo strumento universalmente riconosciuto per quantificare la diffusione della patologia cariosa.

Il DMFT si riferisce al numero dei denti cariati (D = decayed), mancanti (M = missing) e otturati (F = filled) teeth (T).

Risultati

Il DMFT è risultato essere pari a 1,38.

111 bambini presentavano carie con un numero totale di 286 denti cariati.

56 bambini avevano otturazioni con un numero totale di 129 denti otturati.

11 bambini avevano denti persi con un numero totale di 23 denti persi.

I bambini globalmente affetti da carie erano il 51,2%.

Per quanto riguarda l'Indice Parodontale di Comunità (CPI):

318 bambini (pari al 69,2%) hanno gengive sane.

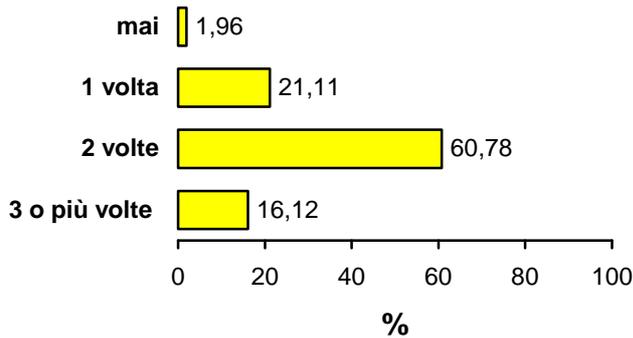
79 bambini (pari al 17,2%) ha presenza di tartaro.

62 bambini (pari al 13,5%) ha gengive sanguinanti.

L'abitudine a lavarsi i denti ha dato i seguenti risultati:

9 bambini (pari al 1,96%) non lavano mai i denti.
97 bambini (pari al 21,11%) lavano i denti 1 volta al giorno.
279 bambini (pari al 60,78%) lavano i denti 2 volte al giorno.
74 bambini (pari al 16,12%) lavano i denti 3 o più volte al giorno.

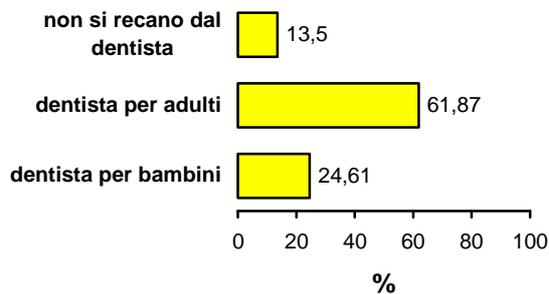
Distribuzione % bambini in base all'abitudine a lavarsi i denti



Per quanto riguarda l'andare dal Dentista i risultati sono:

62 bambini (pari al 13,50%) non è mai stato dal Dentista.
284 bambini (pari al 61,87%) si è rivolto ad un Dentista per adulti.
113 bambini (pari al 24,61%) si è rivolto ad un Dentista per bambini.

Distribuzione % bambini che si recano dal dentista



Per i problemi ortodontici i dati rilevati sono i seguenti:

175 bambini (pari al 38,12%) non presentano problemi.
108 bambini (pari al 23,52%) sono già in trattamento.
176 bambini (pari al 38,34%) presenta problemi ma non è in trattamento.

CONCLUSIONI

L'analisi dei dati evidenzia che la prevalenza delle lesioni cariose in Lunigiana rispecchia sia l'andamento generale a livello regionale che a livello di molti Paesi Europei nei quali è in atto una riduzione di tale patologia.

L'obiettivo dell'OMS per il 2010 di un DMFT a 12 anni eguale o inferiore a 1 sembra abbastanza vicino.

Comunque da tutti i dati raccolti: DMFT, CPI, abitudine all'igiene orale e problemi ortodontici si evince:

- Una forte necessità di diffondere nelle scuole materne ed elementari progetti di promozione della salute orale e di Educazione Sanitaria mirata alla prevenzione delle patologie oro – dentali.
- Necessità del coinvolgimento di Dentisti e Pediatri nella pratica della protezione dei primi molari permanenti attraverso la sigillatura dei solchi poiché tale intervento potrebbe ridurre in modo significativo il DMFT dei 12 anni che è in buona parte dovuto a lesioni cariose dei primi molari permanenti.
- La Educazione Sanitaria, l'informazione e la collaborazione tra Pediatri e Dentisti consentirebbe da raggiungere gli obiettivi formulati dall'OMS per il 2020 che prevedono un DMFT a 12 inferiore a 0,5

A cura di: Carlo Podestà, Lucia Podestà, Angela Simonelli

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 consentono 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:

1° LOGISTICA:

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

2° CITTADINI ATTIVI: la partecipazione

E' necessario pensare opportuni processi di "comunicazione" finalizzati alla maggior condivisione e al cambiamento

Condivisione con gli operatori socio – sanitari in particolare i MMG e la popolazione attraverso le agenzie rappresentative delle varie fasce e vari interessi.

3° ACCESSO AI SERVIZI:

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

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

Azioni

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

Azioni

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

Azioni

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

4° RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI:

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

Azioni

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

5° PREVENZIONE :

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

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

Azioni

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

6° ANZIANI E DIRITTO ALLA DOMICILIARITA' DELLE CURE:

Alta incidenza di persone anziane ultra/65

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

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

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

7° DISABILITA':

Aumento dei cittadini disabili.

Difficoltà dei minori con disabilità complesse all'integrazione scolastica.

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

Azioni

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

Azioni

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

8° DISAGIO MENTALE:

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

Aumento uso psicofarmaco.

9° MINORI E FAMIGLIE:

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

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:
odontoatria - scoliosi – piattismo plantare – oculistica – i disturbi specifici dell'apprendimento scolastico e i disturbi della Condotta e dell'apprendimento scolastico;

10° DIPENDENZE:

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

11° IMMIGRAZIONE:

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

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;

Azioni

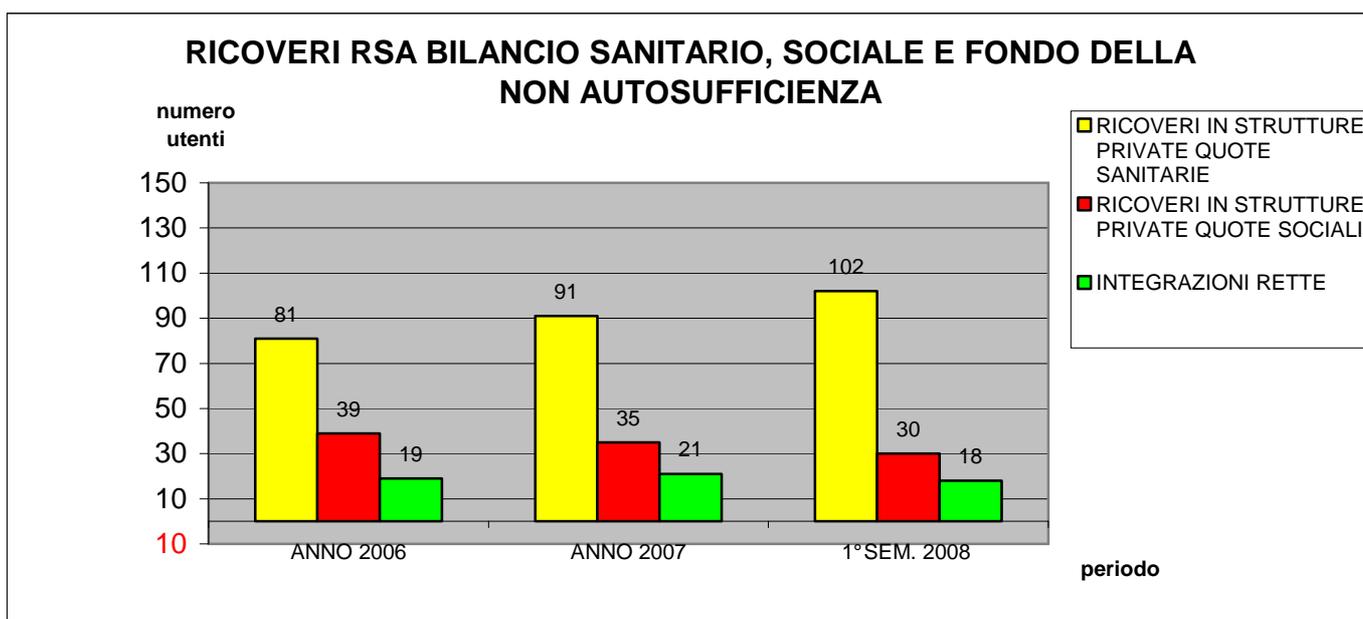
- sostegno educativo ai minori a domicilio e nelle scuole;
- progetti di mediazione culturale per l'integrazione sociale;
- valorizzazione del mediatore sanitario;
- realizzazione "punto" immigrati;

STATO ATTUAZIONE PIS

RICOVERI RSA PRIVATE

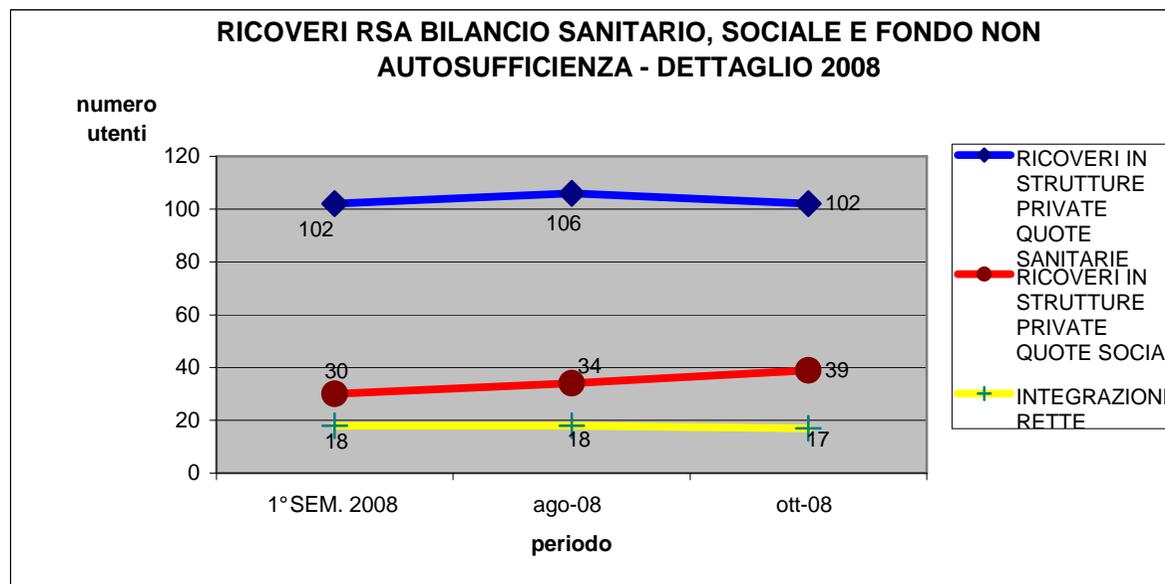
BILANCIO SANITARIO, SOCIALE E FONDO DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

INTERVENTI	ANNO 2006		ANNO 2007		1° SEM. 2008	
	NUM.	SPEA €	NUM.	SPEA €	NUM.	SPEA €
RICOVERI IN RSA PRIVATE QUOTE SANITARIE	81	993.654,06	91	1.183.287,76	102 <small>dicui</small> 13 ric. rsa FNA 6 ric. modulari FNA 6 ric. Sollievo FNA	786.006,80 <small>di cui</small> 84.304,50 ric. Rsa FNA 21.603,80 ric. modulari FNA 29.087,43 ric. Sollievo FNA
RICOVERI IN RSA PRIVATE QUOTE SOCIALI	39	285.629,98	35	240.174,34	30	173.016,58
INTEGRAZIONI RETTE SOCIALI	19	99.455,00	21	130.441,00	18	55.982,93



■ **RICOVERI RSA PRIVATE**
 ■ **BILANCIO SANITARIO, SOCIALE FONDO NON AUTOSUFFICIENZA**
 ■ **DETTAGLIO 2008**

	1° SEM. 2008		AGOSTO. 2008		OTTOBRE 2008	
	NUM.	SPESA €	NUM.	SPESA €	NUM.	SPESA €
RICOVERI IN RSA PRIVATE QUOTE SANITARIE	102 di cui 13 ric. rsa FNA 6 ric.modulari FNA 6 ric. Sollievo FNA	786.006,80 di cui 84.304,50 ric. Rsa FNA 21.603,80 ric. modulari FNA 29.087,43 ric. Sollievo FNA	106 di cui 12 ric. Rsa FNA 4 ric. Modulari FNA 10 ric. Sollievo FNA	1.054.586,84 di cui 118.947,00 ric. Rsa FNA 30.801,30 ric. Modulari FNA 54.104,43 ric. Sollievo FNA	102 DI CUI: 11 RIC.RSA FNA 7 RIC. MOD FNA 5 RIC. SOLL FNA	1.290.875,15 di cui per FNA 152.427 ric. RSA 50.570,80 ric. Modul 69.030,93 ric. sollievo
RICOVERI IN RSA PRIVATE QUOTE SOCIALI	30	173.016,58	34	223.221,95	39	250.385,60
INTEGRAZIONI RETTE SOCIALI	18	55.982,93	18	74.388,93	17	92.394,93



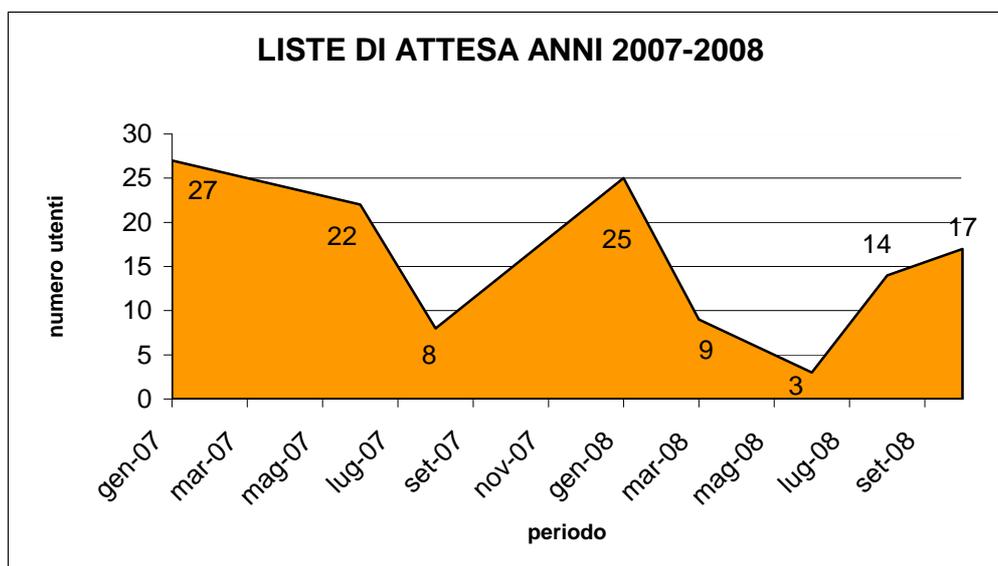
**POSTI A CONVENZIONE E RICOVERATI RSA PRIVATE
COMPRESIVI DEI RICOVERI
CON IL FONDO DELLA NON AUTOSUFFICIENZA**

RSA PRIVATE CONVENZIONATE	N. POSTI			N.POSTI A CONVENZIONE	UTENTI RICOVERATI		
	N.A.	A.	TOT.		GIUGNO	AGOSTO	OTTOBRE
VILLA VERDE COMANO	58		58	10	10	10	10
CASA CARDINAL MAFFI FIVIZZANO	60		60	10	8	7	7
VILLA ROSA ALBIANO MAGRA	15	20	35	5	5	6	7
VILLA SERENA COMANO	15	15	30	3	2	3	4
SANATRIX AULLA	38	20	58	15	14	14	14
RESIDENCE DEGLI ULIVI PODENZANA	30	30	60	7	8 + 1 Q.S.	9 + 1 Q.S.	9 +1 Q.S.
RSA CABRINI PONTREMOLI	27	20	47	5	16 +2 Q.S.	17 + 2 Q.S.	17 + 2 Q.S.
FONTANA D'ORO MOMMIO - FIVIZZANO	9	5	14	2	11	10	8
RSA MICHELANGELO AULLA	40		40	4	16 + 1 Q.S.	17 + 1 Q.S.	16 + 1 Q.S.
VILLA LORY COMANO	20		20	1	3	3	2
VILLA ANGELA	50	10	60	2	9	10	8
TOTALE	362	120	482	64	102 + 4 Q.S.	106 + 4 Q.S.	102 + 4 Q.S.

▪
▪
▪

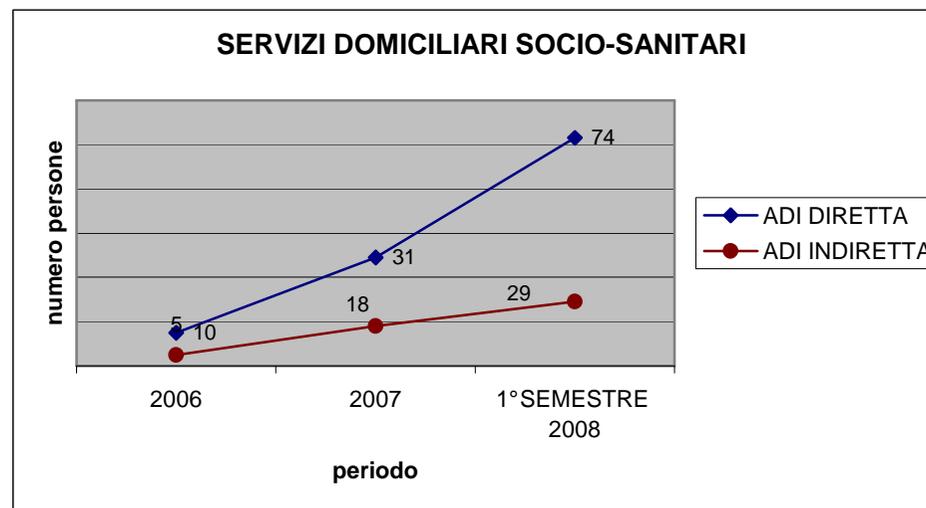
▪ **LISTE DI ATTESA ANNI 2007 – 2008**

PERIODO	N. PERSONE	
GENNAIO 2007	27	
GIUGNO 2007	22	
LUGLIO 2007	LA SOCIETA' DELLA SALUTE FINANZIA 10 QUOTE DI € 71.145,00 PER L'ABBATTIMENTO DELLE LISTE DI ATTESA	
AGOSTO 2007	8	
GENNAIO 2008	25	
GENNAIO 2008	<i>LA REGIONE TOSCANA FINANZIA PER IL FONDO NON AUTOSUFFICIENZA N. 12 QUOTE DI € 84.630,00</i> <i>RICOVERO DI SOLLIEVO N. 2 QUOTE</i> RICOVERO MODULARE N. 1 QUOTA	
MARZO 2008	9	
GIUGNO 2008	3	
AGOSTO 2008	14	
OTTOBRE 2008	17	



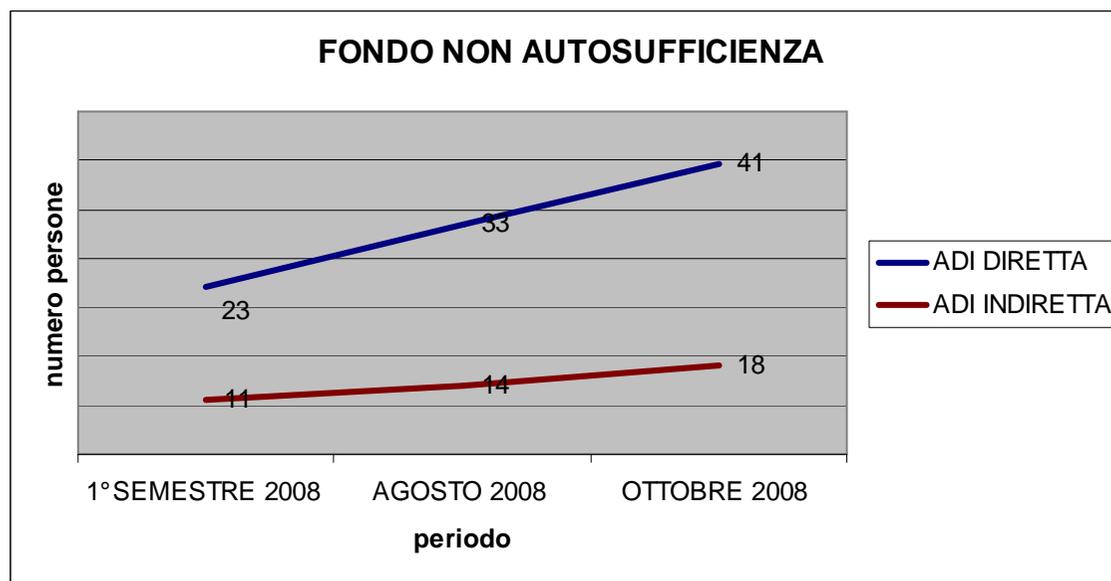
SERVIZI DOMICILIARI SOCIO-SANITARI

SERVIZI	2006		2007		1° SEMESTRE 2008	
	N. PERSONE	QUOTA €	N. PERSONE	QUOTA €	N. PERSONE	QUOTA €
ADI DIRETTA	10	€ 60.976,54 di cui 18.085,27 bil. soc. 42.891,27 casa serena	31	€ 196.613,39 di cui 164.461,86 f..mont.ta' 32.151,53 casa serena	74 di cui 47 adi diretta 4 casa serena 23 f.n.a.	€ 145.786,96 di cui 117.503,59 f. mont.nita' 13.708,20 f. mont.ta' 14.575,17 f.n.a.
ADI INDIRETTA	5	€ 7.200,00 bil.soc.	18	16.500,00 bil.soc.	29 (di cui 11 f.n.a).	€ 42.300,00 di cui 34.250,00 bil. soc. 8.050,00 f.n.a.



SERVIZI DOMICILIARI SOCIO-SANITARI FONDO NON AUTOSUFFICIENZA DETTAGLIO 2008

	1° SEMESTRE 2008		AGOSTO 2008		OTTOBRE 2008	
	N. PERSONE	QUOTA	N. PERSONE	QUOTA	N. PERSONE	QUOTA
ADI DIRETTA	23	14.575,17	33	36.343,28	41	65.079,60
ADI INDIRETTA	11	8.050,00	14	14.200,00	18	20.850,00



RIABILITAZIONE

ANNO	N. PERSONE	
2007	63 DOMIC.	DI CUI 54 ULTRA65ENNI
	8 DOMIC.	ADI DI CUI 8 ULTRA65ENNI
DA OTTOBRE 2007 A GIUGNO 2008	<p>FONDO MONTANITA' POTENZIAMENTO RIABILITAZIONE AMBULATORIALE DOMICILIARE E DOMOTICA</p> <p>30 ULTRA65ENNI PRESI IN CARICO NELL'ARCO DI UNA SETTIMANA RISPETTO AI 6/8 MESI DEGLI ANNI PRECEDENTI PER UN TOTALE DI 500 TRATTAMENTI.</p> <p>LA SOMMA PREVISTA DI € 135.720,00 ESSENDO PARTITI AD OTTOBRE ANZICHE' A GIUGNO, NON E' STATA COMPLETAMENTE UTILIZZATA, MA SARA' IMPIEGATA NEL SECONDO SEMESTRE 2008 PERCHE' E' PREVISTO UN AUMENTO DEI COSTI PER OGNI PRESTAZIONE.</p>	

DATI AGGIORNATI AD OTTOBRE 2008
FNA=Fondo Non Autosufficienza

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" - "Corretta alimentazione ed educazione al movimento come fattori determinanti della crescita" - "Indagine epidemiologica sull'abuso e la dipendenza da alcol e tabagismo nella popolazione generale in Lunigiana" - "Obiettivi di salute per la medicina di famiglia"	- € 15.000 N.F. - € 8.000 N.F. - € Isorisorse - € 150.000 annui N.F. (accordi regionali)	REALIZZATO REALIZZATO AVVIATO AVVIATO
			c) Attivazione estensione screening mammella,collo utero, colon – retto	- "Campagna screening aziendale per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero" - "Campagna di screening aziendale per la prevenzione dei tumori del colon retto"	- già finanziato a livello aziendale - già finanziato a livello aziendale	REALIZZATO REALIZZATO
			d) Potenziamento servizio assistenza domiciliare, cure palliative, fisioterapia domiciliare	- "Potenziamento proiezione extraospedaliera unità di medicina palliativa" - "Lavorare insieme per lavorare meglio" - "Potenziamento servizi territoriali ADI per anziani e adulti inabili (MONTANITA')" - Potenziamento riabilitazione ambulatoriale (MONTANITA')	- Riorganizzazione servizio psicologico - € 6.000 N.F. (formazione) - € 150.000 F. MONTANITA' - € 146.000 F. MONTANITA'	AVVIATO AVVIATO REALIZZATO REALIZZATO
			e) Realizzazione di percorsi assistenziali per patologie cardiovascolari, tiroide, apparato respiratorio, diabete, pazienti stomizzati,	"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 €	REALIZZATO
			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'	REALIZZATO
			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'	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	REALIZZATO
			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'	AVVIATO AVVIATO
			i) monitoraggio anziani fragili			REALIZZATO
			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) AVVIATO (b) NON AVVIATO (c) REALIZZATO (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 b) Realizzazione posti residenziali intermedi c) Protocollo con ospedale d) Aumento posti per la Lunigiana in SPDC (4posti)	a) "Programmazione per l'U.F.S.M.A. della zona Lunigiana b)..... - Centro accoglienza per persone con disagio mentale - Potenziamento "Rete Sociale Lunigiana"	a) 6000 € per la realizzazione day hospital; N.F. b) circa 200.750 € per avvio N.F. - € 196.453,364 F. MONTANITA' - € 40.000,00 F. MONTANITA'	NON AVVIATO AVVIATO AVVIATO REALIZZATO
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 in Lunigiana" - "Indagine epidemiologica di popolazione in Lunigiana sulla presenza di comportamenti a rischio in adolescenza"	- già finanziato - Isorisorse - Isorisorse	AVVIATO AVVIATO 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. b) Realizzazione servizio continuità assistenziale pediatrica ad Aulla; c) Realizzazione campagna preventiva nell'ambito scolastico. d) - Nuova sede per consulenza minori e famiglie	a) "La carta dei servizi socio-sanitari dei bambini" - "Ci vuole un villaggio per crescere un bambino" b) "Ambulatorio di consulenza pediatrica ambulatoriale (ACAP) c) - "Progetto screening della scoliosi e del piattismo plantare" - "Vediamoci chiaro – ricerca attiva delle patologie visive in età pediatrica" - Progetto Galileo disturbi per la condotta e l'apprendimento scolastico; - Progetto Leonardo disturbi specifici dell'apprendimento scolastico; d) Piano di Assistenza ostetrica in Lunigiana: "La continuità dell'assistenza one-to-one"	- circa 1000 € N.F. - € 5.000,00 - € 70.000 annue N.F. - da definire all'interno accordi integrativi aziendali circa 8000 € N.F. - € 10.000 annue (durata 3 anni) N.F. - Riorganizzazione del personale	NON AVVIATO NON AVVIATO NON AVVIATO REALIZZATO REALIZZATO REALIZZATO REALIZZATO
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			REALIZZATO NON AVVIATO

TOTALE NON FINANZIATO= € 2.420.052,50

**PROGETTI SOCIALI REALIZZATI
IN COLLABORAZIONE CON ALTRI ENTI
E PRIVATO SOCIALE ANNO 2007**

ASSOCIAZIONE o ENTE	PROGETTO
ASS. El Kandil	DA STRANIERI A CITTADINI
EL KANDIL	"MONDO CHE SCUOLA"
CORTE DEI MIRACOLI	GREEN HOUSE
ASSOCIAZIONE ALDI	LA GLOBALITA' DEL LINGUAGGIO PER I CENTRI DI DISABILITA'
ASSOCIAZIONE DEMETRA	LABORATORIO DI MUSICOTERAPICA NELLA GLOBALITA' DEL LINGUAGGIO PER LA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA
ISTITUTO PIETRO FERRARI DI PONTREMOLI	"UNA STRADA PER L'ACCOGLIENZA"
ASSOCIAZIONE APODI	RACCONTI DELLA MEMORIA ATTIVITA' DI DRAMMATIZZAZIONE NELLE RSA
COMUNE DI FIVIZZANO	REALIZZAZIONE DI UNO SPAZIO GIOCO EDUCATIVO PER MINORI
AUTO AIUTO-MUTUO AIUTO PSICHIATRICO – 2007	RETE SOCIALE LUNIGIANA
ISTITUTO COMPRENSIVO DI PONTREMOLI	ATTIVITA' ESTIVE MINORI (DISABILITA' COMPLESSA)
ASSOCIAZIONE PRO-LOCO "LA QUERCIA D'ORO"	PROGETTO SOCIO-EDUCATIVO TERRITORIALE
COMUNE DI FIVIZZANO	CENTRO EDUCATIVO DI MONZONE
COMUNITA' MONTANA ISTITUTO COMPRENSIVO DI BAGNONE	PROGETTO PER LA REALIZZAZIONE DEL CENTRO PER DISABILITA' COMPLESSA BAGNONE
IN COLLABORAZIONE CON IL COMUNE DI VILAFRANCA L.	CENTRO DI AGGREGAZIONE PER ANZIANI E ADULTI INABILI PALAZZO BARACCHINI

PROGRAMMI E PROGETTI 2008

PROGETTI MONTANITA'

ELENCO PROPOSTA PROGETTI ZONA MONTANA ANNO 2008 (sulla base dei finanziamenti erogati nell'anno 2007)

A	POTENZIAMENTO SERVIZI TERRITORIALI ADI PER ANZIANI E ADULTI INABILI	€	241.000,00
B	POTENZIAMENTO RIBILITAZIONE AMBULATORIALE DOMICILIARE	€	177.000,00
C	MODULO PSICHIATRICO LIV. ASS. (€ 150,00 x 365 gg. x 5 p.l.) (+ 2 p.l. pronta disponibilità per emergenza finanziati dall'ASL)	€	250.000,00
D	CURE INTERMEDIE (AVVIO ATTIVITÀ) (€ 112,00 x 365 gg x 8 p.l.)	€	270.228,89
E	TRASPORTO MINORI DISABILI	€	12.000,00
F	CENTRO DIURNO PER ANZIANI CON PÈROBLEMI COMPORTAMENTALI	€	178.000,00
	TOTALE	€	1.128.228,89

PROGETTI PRIVATO SOCIALE 2008

AREA PSICHIATRIA	TITOLO PROGETTO	FINANZIAMENTO SDS
Ass. Auto aiuto mutuo aiuto psichiatrico	Laboratorio di MusicArteterapia nella globalità dei linguaggi	€ 3.300,00
Ass. Auto aiuto mutuo aiuto psichiatrico	Centro Unico prenotazioni di Tavernelle	€ 10.000,00
AREA IMMIGRATI		
Ass. El Kandil Onlus	Mondo che scuola	€ 6.000,00
AREA GIOVANI		
Ass. Ippocampo	"So-stare insieme"	€ 5.000,00
Ass. Quercia D'Oro	Pri-ma	€ 5.000,00
Centro giovanile Sismondo di Pontremoli	"Educare alla socializzazione"	€ 3.000,00
AREA DISABILITA		
Ass. ALDI	Laboratorio di Musicoterapia nella globalità dei linguaggi	€ 7.000,00 di cui € 2.000,00 a carico dell'Ass. ALDI
AREA ANZIANI		
Ass. Manfredo Giuliani	Il fidanzamento ed il matrimonio	€ 1.700,000 di cui € 300,00 a carico dell'associazione

PROGETTI NELL'ANNO 2008

TITOLO PROGETTO	ENTE	FINANZIAMENTO SDS
Centro Donna Lunigiana	Comune di Pontremoli	€ 22.000,00
Centro aggregazione di Bigliolo di Aulla	Endas Comitato promozione di Bigliolo di Aulla	€ 10.000,00
Educhiamoli a bere	Educazione Sanitaria	€ 8.000,00

PIANO INVESTIMENTI

TITOLO PROGETTO	FINANZIAMENTO REGIONE TOSCANA
INTERVENTI PER IL MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITA' DEL PALAZZO COMUNALE DI PONTREMOLI	€ 30.000,00
CENTRO DIURNO PER L'AGGREGAZIONE DEGLI ANZIANI DI FIVIZZANO: OPERE DI COMPLETAMENTO	€ 30.000,00

ALTRI PROGETTI

TITOLO PROGETTO	FINANZIAMENTO SDS LUNIGIANA
ATTIVITA' MOTORIA ADATTATA	€ 5.000,00

LE RISORSE

PREVISIONE BILANCIO 2009 ZONA LUNIGIANA

	SOCIALE	SANITARIO
F.DO SOCIALE COMUNI *	1.877.523,00	
F.DO POLITICHE SOCIALI	728.044,88	
ELEVAZIONE SPESA PRO CAPITE PER LIVELLI BASE DI CITTADINANZA SOCIALE	275.843,14	
COMPARTECIPAZIONE UTENTI	650.000,00	
F.DO SANITARIO LUNIGIANA		4.600.000,00
INCREMENTO SANITARIO PER N. 10 QUOTE SANITARIE FINANZIATE PRECEDENTEMENTE CON I FONDI SDS LUNIGIANA		140.000,00
TOTALE	3.531.411,02	4.740.000,00

FONDO SANITARIO A.S.L. ZONA LUNIGIANA

rette sanitarie non autosufficienti	1.220.000,00
rette disturbati psichici	826.000,00
rette handicap gravi	205.000,00
rette inserimenti tossicodipendenti	75.000,00
CADAL RSA anziani	925.000,00
CADAL psichici, centro psych.,RSA psichici	765.000,00
CADAL servizi tossicodipendenti	163.000,00
CADAL centri diurno alzheimer	358.000,00
Contributi economici disturbati psichici	188.000,00
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 2009 - SOCIETA' DELLA SALUTE LUNIGIANA

		SOCIALE			
C.ECONOMICO	VOCI DI ENTRATA	IMPORTO			
			3B021501	COSTI PER RICOVERI ANZIANI NON AUTOSUFF. SOCIALE RSA Aziendali	150.000,00
3A01020102	- CONTRIB. DA COMUNI PER ASS. SOCIALE PER DELEGA	1.877.523,00		COSTI PER RICOVERI ANZIANI NON AUTOSUFF. SOCIALE RSA Private	330.000,00
	di cui:		3B021502	INTERVENTI ECONOMICI A FAVORE DI MINORI DI CUI:	
3A0102010201	AULLA	381.644,00		contributi economici	280.000,00
3A0102010202	BAGNONE	72.817,50		rette ricovero minori	330.000,00
3A0102010203	CASOLA IN LUNIGIANA	44.055,00			
3A0102010204	COMANO	28.251,00	3B021503	INTERVENTI ECONOMICI A FAV. POP. IN STATO DI BISOGNO	
3A0102010205	FILATTIERA	88.731,50		adulti	120.000,00
3A0102010206	FIVIZZANO	327.770,00		disabili	110.000,00
3A0102010207	LICCIANA NARDI	178.959,50		immigrati	50.000,00
3A0102010208	MULAZZO	93.878,00		anziani	326.411,02
3A0102010209	PODENZANA	71.065,50			
3A0102010210	PONTREMOLI	297.584,50	3B021504	ONERI ASSICURAZIONI SOCIALE	15.000,00
3A0102010211	TRESANA	75.044,00			
3A0102010212	VILLAFRANCA LUNIGIANA	169.761,50	3B021509	COSTI PER ALTRI SERVIZI APPALTATI SOCIALE	50.000,00
3A0102010213	ZERI	47.961,00			
3A01010103	- QUOTA FONDO ORDINARIO DI GESTIONE F.S.R. SOCIALE	728.044,88	3B021510	COSTI PER SERVIZI APPALTATI SOCIALE A CONVENZIONE	
	INCREMENTO R.T. PER LIVELLI BASE DI CITTADINANZA SOCIALE	275.843,14		domiciliare anziani minori handicap	1.150.000,00
				centri di socializzazione	500.000,00
3A03040101	- CONCORSO PRIVATI SPESE MANT. ANZIANI LUNIGIANA	636.413,00		assistenza scolastica	120.000,00
3A030402	- CONCORSO PRIVATI SPESE COMP. CENTRI SOCIALIZZ. LUNIGIANA	13.587,00			
	FINANZIAMENTO SORVEGLIANZA ATTIVA PERSONA ANZIANA FRAGILE	44.000,00		FINANZIAMENTO SORVEGLIANZA ATTIVA PERSONA ANZIANA FRAGILE	44.000,00
	TOTALE GENERALE SOCIALE	3.575.411,02		TOTALE GENERALE SOCIALE	3.575.411,02

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	
				rette anziani non autosufficienti	1.220.000,00
	INCREMENTO N. 10 QUOTE FINANZIATE DA SDS	140.000,00		rette disturbati psichici	826.000,00
				rette handicap gravi	205.000,00
				rette inserimenti tossicodipendenti	75.000,00
			3B020216	COSTI PER GESTIONE DI SERVIZI SANITARI IN APPALTO	
				servizio cooperativa rsa aziendali anziani	925.000,00
				servizio coop. psichici e rsa aziendali psych.	765.000,00
				servizio coop. Attività sert	163.000,00
				servizio coop. Centri alzheimer	358.000,00
			3B02022701	CONTRIBUTI ASSEGNI E SUSSIDI VARI AGLI ASSISTITI	
				contributi economici psichici	188.000,00
				contributi economici tossicodipendenti	15.000,00
	TOTALE GENERALE SANITARIO	4.740.00 0,00		TOTALE GENERALE SANITARIO	4.740.00 0,00
	F.DO NON AUTOSUFFICIENZA	753.067,86		F.DO NON AUTOSUFFICIENZA	753.067,86
	F.DO MONTANITA' C.D.A. FIVIZZANO	178.000,00		F.DO MONTANITA' C.D.A. FIVIZZANO	178.000,00
	RESIDUO F.DO MONTANITA' CENTRO ACCOGLIENZA PERSONE CON DISAGIO MENTALE – BAGNONE	196.453,36		RESIDUO F.DO MONTANITA' CENTRO ACCOGLIENZA PERSONE CON DISAGIO MENTALE – BAGNONE	196.453,36
	APERTURA RSA BAGNONE N. 32 QUOTE	346.311,00		APERTURA RSA BAGNONE N. 32 QUOTE	346.311,00
	TOTALE GNERALE SANITARIO	6.213.832,22		TOTALE GENERALE SANITARIO	6.213.832,22

FINANZIAMENTI SOCIETA' DELLA SALUTE LUNIGIANA					
C.ECONOMICO	VOCI DI ENTRATA	IMPORTO	C.ECONOMICO	VOCI DI USCITA	IMPORTO
3A01010206	CONTRIB. PROG. OBIETTIVO - SOCIETA' DELLA SALUTE	371.204,79		Materiale per SDS	650,10
				Corso formazione abbattimento barriere architettoniche Comune di Podenzana	3.500,00
				Eventi formativi per SDS Scuola Sant'Anna	9.000,00
				Contributi enti e/o associazione per progetti	18.625,00
				Comune di Licciana Nardi – contributo per lavori edificio ex scuola Terrarossa (Centro Minori)	2.500,00
				Potenziamento servizi assistenziali per anziani non autosuff.	71.145,00
				Acquisto autovettura per servizio SdS	16.295,11
				Storno somme per proseguimento servizi legati alla N.A.	50.000,00
				Medici medicina di base	50.000,00
				Trasporto sociale da ordini	3.536,70
				Trasporto sociale residuo	21.463,30
				Contributo Centro Aggregazione Bigliolo	10.000,00
				Trasporto utenti per attività di prevenzione SERT	1.000,00
				Apertura nuovi servizi	113.489,58
	TOTALE GENERALE SDS	371.204,79		TOTALE GENERALE SDS	371.204,79

FINANZIAMENTI FONDO MONTANITA'					
C.ECONOMICO	VOCI DI ENTRATA	IMPORTO	UTILIZZATI	VOCI DI USCITA	IMPORTO
	FONDO MONTANITA' RESIDUI ANNO 2004	231.415,23	176.139,76	FONDI RESIDUI A DISPOSIZIONE	55.275,47
	FONDO MONTANITA' RESIDUI ANNO 2005	118.019,23	118.019,23	FONDI RESIDUI A DISPOSIZIONE	-
	FONDO MONTANITA' RESIDUI ANNO 2006	234.375,53	234.375,53	FONDI RESIDUI A DISPOSIZIONE	-
	FONDO MONTANITA' ANNO 2007	1.128.228,89	955.453,36	FONDI RESIDUI A DISPOSIZIONE	172.775,53
	TOTALE GENERALE	1.712.217,97	1.483.987,88	TOTALE GENERALE FONDI MONTANITA' A DISPOSIZIONE	228.051,00

GESTIONE FINANZIAMENTI FONDO MONTANITA'							
Conto Econ.	Autor.ne	Descrizione	Importo	Progetti	Importo stornato	Importo imputato da stornare	Somma a disposizione
3B020214	208	FONDO MONTANITA' ANNO 2003	179,09	Storno per ADI e Casa Serena 2008	€ 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	€ 15.000,00		
				Borsa di studio: Vediamoci chiaro	€ 10.000,00		
				Borsa di studio: Sorridiamo alla prevenzione	€ 15.000,00		
				Corretta alimentazione ed educazione al movimento	€ 4.003,86	€ 3.996,14	
				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		
				Storno per ADI e Casa Serena 2008	€ 55.000,00		
				Progetto "Centro Donna" Comune Pontremoli	€ 22.000,00		
				TOTALE	€ 166.143,62	€ 9.996,14	€ 55.275,47
				Residuo bilancio 2007 sanitario stornato sull'autor. ADI diretta dott.ssa Vivani	€ 34.590,59		€ -
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	€ -	€ -
				Residuo bilancio 2007 sanitario stornato sull'autor. ADI diretta dott.ssa Vivani	€ 65.000,00	€ -	€ -
3B02041605	400	FONDO MONTANITA' ANNO 2007	1.128.228,89	Casa Serena	€ 20.000,00		
				ADI anziani e adulti inabili	€ 130.000,00		
				Prosecuzione ed ampliamento trasporto anziani	€ -	€ 20.000,00	
				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	
				Riabilitazione ambulatoriale, domiciliare, domotica	€ 136.000,00		
				Emergenza urgenza			
				TOTALE	€ 739.000,00	€ 216.453,36	€ 172.775,53
				TOTALE GENERALE RESIDUI			€ 228.051,00

Nel residuo del fondo montanità anno 2007 devono essere considerati le spese sostenute per i seguenti progetti dei quali sarà chiesta rendicontazione: 1) 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		
Incidenza in %	€ 3.810.792,14	€ 5.808.646,05
Anziani	28,10%	58,75%
Minori e famiglie	30,44%	-
Handicap	25,89%	4,50%
Psichiatria	-	32,87%
Tossicodipendenze	-	4,00%
Immigrati	0,39%	-
Altri costi	0,12%	-
Maggior finanziamento non utilizzato al 31.12.2007	10,60%	

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%

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%

ASSEGNAZIONE REGIONE TOSCANA ANNO 2008

- Assegnazione complessiva	€	1.003.888,02
- Assegnazione prevista anno 2008	€	1.280.929,78
- Minor Assegnazione anno 2008	€	-277.041,76

La minor assegnazione corrispondente al 21,63% comporta una conseguente riduzione nella medesima percentuale, nei conti economici del bilancio sociale nei vari settori di intervento (minori, servizi appaltati, contributi anziani e popolazione in stato di bisogno)

ASSEGNAZIONE REGIONE TOSCANA COMPARAZIONE ANNI 2007-2008

	anno 2007		Anno 2008	
Assegnazione complessiva	€	1.280.929,78	€	1.003.888,02
Assegnazione prevista	€	883.403,57	€	1.280.929,78
Maggior/Minor Assegnazione	€	397.526,21	- €	-277.041,76

**PREVISIONE INCIDENZA DI SPESA BILANCIO SOCIALE E
SANITARIO PER AREE DI INTERVENTO ANNO 2008**

2008		
Incidenza in %	€ 3.509.48 9,12	€ 5.803.36 9,11
Anziani	31,78%	58,56%
Minori e famiglie	33,57%	-
Handicap	28,77%	3,56%
Psichiatria	-	33,64%
Tossicodipendenze	-	4,24%
Immigrati	0,50%	-
Altri costi	0,10%	-
Fondo Sociale	5,28%	-

Sono esclusi:

il Fondo per la non autosufficienza	€ 220.394,25 1^ tranche
	€ 330.483,49 2^ tranche
 Finanziamento per anziani fragili	 € 44.616,29