



Programma Operativo Annuale anno 2019

Aggiornamento Profilo di Salute

Deliberazione n. 8 del 13.12.2018
OGGETTO: approvazione del Programma Operativo
Annuale (POA) anno 2019.

Indice

Introduzione

Come abbiamo lavorato

Relazione sullo Stato di salute

Il Contesto della Comunità

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

Quadro Sintetico attività 2017

- le Cure Primarie
- la Farmaceutica
- il Consultorio
- la Salute mentale adulti
- la Comunità Tiziano
- la Salute mentale infanzia e adolescenza
- il Servizio Tossicodipendenze
- le Attività di assistenza per i pazienti per le cure di fine vita e in stato vegetativo persistente
- il Servizio Sociale, sociosanitario e socio assistenziale
- Le progettualità attivate

Scelta delle priorità

Schede POA

Bibliografia e ringraziamenti

Introduzione

Il Piano Operativo Annuale è uno strumento di lavoro della Società della Società della Salute che individua obiettivi che si traducono in operatività.

Il programma è costituito dal POA articolato in "schede programmi operativi" che accompagnano giornalmente la realizzazione delle attività socio sanitarie e socio assistenziali e dal Profilo di Salute che corrisponde ad una fotografia sullo stato di salute della popolazione.

L'elaborazione del piano ha coinvolto molti attori del sistema in particolare tutti i Responsabili dei servizi, ed è stato concertato con le organizzazioni sindacali, il Comitato di partecipazione e la Consulta del volontariato.

Le modalità ricalcano le attività del laboratorio permanente aperto nel 2006 per la elaborazione del PIS 2006/2008.

Alcuni progetti rappresentano un nucleo innovativo come ad esempio il "servizio dentistico a domicilio", il "servizio 0 – 5 per il sostegno alle coppie neo genitori", "l'emporio", "l'acot", le azioni di contrasto alla povertà.

Altri ricalcano le azioni di mantenimento di servizi e prestazioni in grado di rispettare i bisogni della popolazione specialmente quella di fascia fragile.

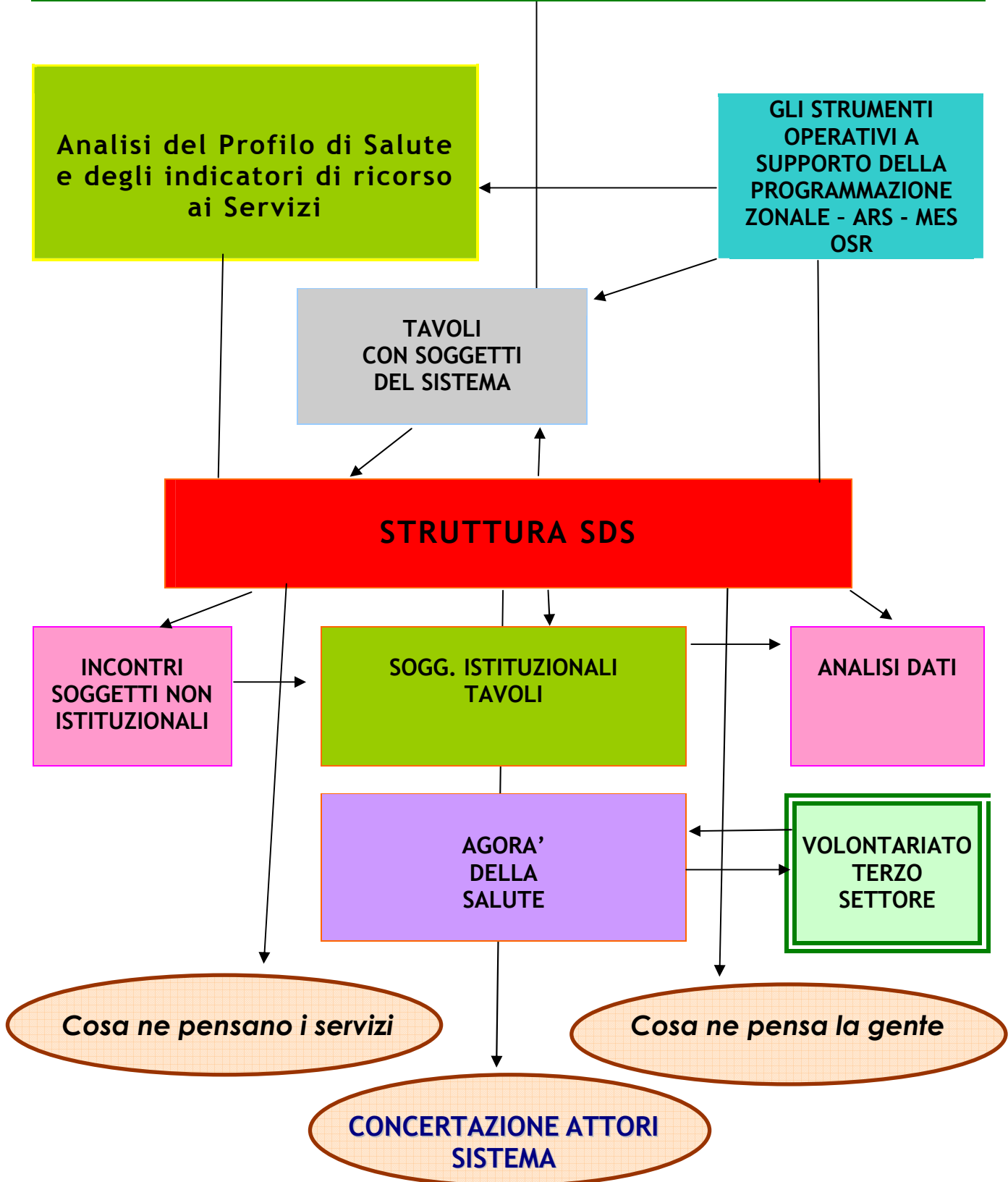
Particolare attenzione sulla prevenzione, sugli interventi della cronicità, sugli interventi di continuità assistenziale fra ospedale e territorio e l'integrazione fra sociale e sanitario. Quest'ultimo aspetto è il caposaldo della nostra organizzazione, la Società della Salute che consente di realizzare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

La Società della Salute ci consente di essere gestori di indirizzi nazionali per la povertà e l'inclusione sociale. Infatti al piano è allegato il documento programmatico di zona per il contrasto alla povertà.

Il piano di programmazione ha visto un'ampia partecipazione riconoscendo a questo strumento anche il ruolo e l'occasione di attivare la comunità.

La Direttrice SdS
Rosanna Vallelonga

RELAZIONE STATO DI SALUTE AGGIORNAMENTO PIS REDAZIONE POA (metodologia)



Relazione sullo Stato di salute

IL CONTESTO DELLA COMUNITÀ

DEMOGRAFIA

Il Territorio e la Popolazione

Il comprensorio dell'ex ASL 1 di Massa e Carrara corrisponde a quello dell'omonima Provincia, comprende 17 Comuni ed è suddiviso funzionalmente in due zone socio sanitarie denominate rispettivamente delle Apuane che comprende 3 Comuni (Massa, Carrara e Montignoso) e della Lunigiana che comprende i restanti 14 Comuni, incluso Fosdinovo che è entrato nel consorzio nell'Aprile 2015. Questi territori presentano caratteristiche geografiche e socio-economiche alquanto diverse; la zona Apuana è un'area costiera industrializzata nella quale risiedono 142.224 abitanti con una densità di 783,22 per Km², mentre la Lunigiana è un territorio montuoso più ampio, scarsamente industrializzato, con una densità abitativa di 55,86 per Km², in cui vivono 54.356 cittadini (dati 2017 macroars).

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

Analizzando questi indicatori (allegati 1 e 2 – l'analisi dei trend è effettuata dall'ARS senza considerare il Comune di Fosdinovo entrato nel consorzio solo nel 2015) si evince all'istante che l'invecchiamento della popolazione continua ad essere un fenomeno preoccupante, in particolar modo per la zona socio sanitaria della Lunigiana che presenta nel 2017, il più alto indice di invecchiamento di tutte le zone della nostra Regione, con una percentuale di abitanti di 65+ anni del 29,90% (+0,54% rispetto lo scorso anno).

Inoltre, l'indice di vecchiaia, che misura il numero di persone con età 65+ anni per ogni 100 giovani di età inferiore ai 15 anni, risulta pari a 283,05, (vs 198,56 valore medio regionale); interessante notare come questo indice arrivi a toccare valori molto alti in tutti i comuni con minor numero di residenti.

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

DETERMINANTI DI SALUTE

Reddito, Lavoro, Pensioni

La percentuale di abitanti della Provincia di Massa Carrara che vivono in zone altamente deprivate è superiore a quella regionale (RT 20.37), in particolare nelle Apuane (25.08) invece, in Lunigiana risulta minore (15.10).

Il tasso di disoccupazione risulta più alto della media regionale e inferiore rispetto quello della zona delle Apuane, e anche il reddito imponibile medio risulta di gran lunga inferiore ai valori medi regionali e anche alla zona della Apuane. Il tasso di disoccupazione è elevato anche tra gli stranieri (inferiore invece nella zona Apuana) e i disabili indicando un basso grado di inserimento nel contesto lavorativo.

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

Il Tasso di famiglie che chiedono integrazione dei canoni di locazione risulta comunque tra i più bassi delle zone della Toscana e anche la dimensione media delle famiglie è tra le più basse.

Dai suddetti indicatori si evince che sta aumentando il disagio sociale e considerato anche l'indice di dipendenza, (nel 2017 Lunigiana 68.25 – Apuana 57.97 - Provincia 60.67 – Regione 60.71 dati macroars) si nota come in Lunigiana si stia sempre più assottigliando l'età lavorativa rispetto a quella in età non lavorativa, e questo sbilanciamento non è dovuto, come già visto in precedenza, ad un incremento della popolazione infantile ma ad un incremento costante della popolazione anziana.

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

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

- i processi di immigrazione straniera che risultano in forte aumento;
Comunque considerato anche il basso numero di componenti per famiglie, c'è il rischio che questi squilibri demografici potranno acutizzarsi con il passare del tempo e molto probabilmente porteranno ad un ulteriore sbilanciamento di risorse prodotte e di risorse consumate.

Stili di vita

Alla base delle principali malattie croniche ci sono fattori di rischio comuni e modificabili, che causano la maggior parte dei decessi per queste malattie, indipendentemente da età, sesso o provenienza geografica. Tra i più comuni possiamo ricordare: dieta non salutare, mancanza di attività fisica e consumo di tabacco.

Sono stati identificati molti altri fattori di rischio, che però sono alla base di una percentuale inferiore di malattie croniche. L'alcolismo contribuisce notevolmente al carico globale di malattia.

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

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

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

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

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

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

Le persone indigenti e meno istruite tendono maggiormente ad avere comportamenti a rischio per diversi motivi: percorsi scolastici più brevi e limitati, maggiore stress di natura psicosociale, scelta limitata dei modelli di consumo, accesso inadeguato alle cure e all'educazione sanitaria, oltre alla vulnerabilità e agli effetti negativi della globalizzazione.

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

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

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

Stato nutrizionale e abitudini alimentari

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

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

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

Nel 2017 risulta che l'11,2% della popolazione lunigianese è obesa (BMI > 30=) valore questo tra i più elevati delle Zone-Distretto della Regione Toscana mentre, è più bassa della media regionale e provinciale la percentuale (8,16) di persone che consumano adeguate quantità di frutta e verdura.

Attività fisica

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

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

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

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

Nel 2017 risulta che il 18,1% dei Lunigianesi svolge scarsa o assente attività fisica, valore questo più basso della maggior parte delle zone distretto Toscane

Fumo

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

La percentuale di fumatori risulta elevata in Lunigiana rispetto alle altre zone della Toscana ed è pari al 31,1%.

Dal novembre 2017 è nuovamente attivo il Centro Antifumo presso il Ser-D della Lunigiana: ad oggi sono stati presi in carico 31 pazienti, con programmi di counseling psicoeducativo e di terapia psicofarmacologica

Consumo di Alcol

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

Dai primi anni ottanta in poi, comunque, è iniziato in Italia il calo del consumo medio annuo pro-capite di alcol; calo che può essere attribuito in parte al calo dei consumi di vino (l'Italia si colloca comunque al primo posto a livello internazionale per i consumatori regolari di vino) e in parte dei superalcolici, mentre in

aumento appaiono i consumi di birra e di nuove bibite a basso contenuto alcolico. Nonostante ciò, il livello del consumo medio pro-capite è ancora notevolmente al di sopra di quello ritenuto auspicabile dall'OMS.

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

La percentuale di bevitori a rischio (binge o forti bevitori) è risultata del 21,6% ed è superiore ai valori riscontrati in tutto il resto della Toscana (media regionale 14.12).

Preoccupa il fenomeno dei bevitori "binge" cioè le persone che hanno bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione; questo modo di consumare l'alcool ritenuto molto pericoloso è diffuso specialmente tra i giovani e negli uomini.

FAMIGLIE E MINORI

La percentuale dei minori sulla popolazione residente risente del trend demografico della Zona: una maggiore presenza di popolazione anziana e una minor presenza di minori e quindi un basso tasso di natalità nonostante anche la presenza di famiglie straniere. Infatti la Lunigiana ha la percentuale di minori bassa rispetto a tutte le altre zone della Toscana (12.7% VS 15.1 media regionale). Dal punto di vista delle famiglie in questi ultimi anni abbiamo assistito ad un notevole cambiamento del modello familiare: sempre più famiglie monocomponenti, o composti da un genitore con un figlio con la necessità di creare ammortizzatori sociali per i quali la comunità è interessata.

Nonostante che l'instabilità matrimoniale sia in crescita in tutta la Regione, sembra che le famiglie della Lunigiana siano in controtendenza rispetto alla media(Lunigiana 3.89 – regione 3.93), che rispecchia anche un aspetto culturale. Dal punto di vista dell'indicatore di Lisbona il territorio lunigianese risulta essere carente rispetto al dato regionale(Lunigiana 18.93, regione 37.23). Gli asili nido non sono molti e presenti nei luoghi centrali che possono servire un numero limitato di bambini. Si sopperisce alla mancanza dei servizi di nido con la presenza dei nonni che sono un valido sostegno alle giovani coppie.

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

Ci sono criticità per quanto riguarda il ricorrere all'istituto dell'affidamento, per la difficoltà a reperire le famiglie disponibili ad accogliere i minori (Lunigiana 2.73 – Vs Regione 1.96). A questo proposito si sta realizzando un progetto di informazione e sensibilizzazione in tutti i comuni. La difficoltà di utilizzare l'istituto di affidamento si concretizza nel dato che ci vede fra le zone che maggiormente ricorrono all'inserimento dei minori in comunità educative (Lunigiana 1.29 vs Regione 1.05).

Per quanto riguarda gli esiti negativi nella scuola secondaria di secondo grado la Lunigiana registra il dato migliore rispetto quello della media regionale: Lunigiana 4.65, media regionale 9.52, così come l'indice di soddisfazione complessiva nei rapporti con i genitori di ragazzi dai 11 ai 17 anni. L'indice è superiore alla media regionale, Lunigiana 58.50 vs Regione 57.30

STRANIERI

All'interno del territorio della provincia di Massa – Carrara, nel periodo che va dal 2000 al 2017, si è verificato un progressivo aumento (da 1,95% a 7.37%) della percentuale della popolazione straniera sul totale di quella residente. L'incremento ha riguardato l'intero territorio provinciale; circa due terzi di immigrati dimorano nella Zona Apuana, nei Comuni di Massa e Carrara mentre i comuni di Filattiera, Casola in Lunigiana e Villafranca hanno la maggiore percentuale di popolazione straniera sulla popolazione residente; questi valori risultano comunque inferiori rispetto ad altre zone con maggiori opportunità lavorative della Regione Toscana (Lunigiana 8 vs media RT 10,9). Aumentata al 13,18% anche la percentuale di ragazzi straniere nelle scuole che si attesta sui valori medi regionali (RT 13,64%)

STATO DI SALUTE GENERALE

Statistiche di mortalità (fonte ARS Toscana)

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

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

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

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

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

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

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

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

I tassi di ospedalizzazione nel periodo analizzato risultano maggiori nei maschi e nelle fasce d'età più avanzate. Elevato in Lunigiana anche il tasso di primo ricovero in particolare per le malattie dell'apparato cardiocircolatorio e respiratorio con valori tra i più elevati considerando le zone distretto della Toscana.

La prima causa di ospedalizzazione nella provincia di Massa risultano essere le patologie del sistema cardiocircolatorio seguite dai tumori e traumatismi ed avvelenamenti; le malattie dell'apparato respiratorio che erano al terzo posto tra le cause di ospedalizzazione sono quest'anno al sesto posto.

Speranza di vita

La speranza di vita alla nascita presenta un trend in aumento in linea con la media regionale; risulta superiore in Lunigiana nelle femmine sia ai valori provinciali sia a quelli dell'Asl Toscana Nord Ovest, mentre nei maschi si colloca tra gli ultimi posti delle zone della Regione.

Cronicità

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

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

La prevalenza di questa patologia risulta essere maggiore in Lunigiana (383,93 vs 360,81 RT vs 361,33 vs 372,08 Apuane vs 361,33 Azienda Usl TNO) e nel genere maschile per tutte le classi di età considerate.

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

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

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

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

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

La prevalenza di diabete è risultata essere elevata in Lunigiana (79,92 vs 75,59 RT, vs 81,36 Apuane e vs 78,50 Azienda Usl TNO), in particolare nei maschi.

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

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

La prevalenza di scompenso cardiaco risulta essere superiore alla media regionale in Lunigiana (25,60 vs 23,22 RT, vs 24,75 Apuane e vs 22,92 Azienda Usl TNO) e nel genere maschile per tutte le classi di età considerate.

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

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

L'insufficienza cardiaca è uno dei problemi sanitari più rilevanti dei paesi industrializzati, compresa l'Italia. L'incidenza e la prevalenza dell'insufficienza cardiaca aumentano con l'età. Sotto i 65 anni l'incidenza è 1/1.000 uomini e 0,4/1.000 donne per anno, mentre nella popolazione anziana è 11/1.000 uomini e 5/1.000 donne per anno. La prevalenza di questa patologia risulta essere la più elevata in Lunigiana (93 vs 68,38 RT vs 82,85 Apuane e vs 71,34 Azienda Usl TNO) e nel genere maschile per tutte le classi di età considerate.

L'ictus è un infarto cerebrale. Il trattamento di soggetti che già hanno avuto un TIA o un ictus prevede l'identificazione e la correzione dei fattori di rischio cardiovascolari: ipertensione, dislipidemia, fumo, diabete, inattività fisica, sovrappeso, fibrillazione atriale e l'identificazione dell'eventuale coinvolgimento di altri distretti vascolari nel tentativo di prevenire le recidive e la conseguente disabilità o di evitare il decesso. La prevalenza di questa patologia risulta essere superiore alla media regionale in Lunigiana (14,47 vs 14,40 RT, vs 15,95 Apuane e vs 13,47 Azienda Usl TNO) e nel genere maschile per tutte le classi di età considerate.

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

La cardiopatia ischemica è la prima causa di morte in Italia, rendendo conto del 28% di tutte le morti, mentre gli accidenti cerebrovascolari sono al terzo posto con il 13%, dopo i tumori. La prevalenza di

cardiopatia ischemica è risultata essere la più alta in Lunigiana (62,46 vs 48,76 RT e vs 52,79 Apuane e vs 50,41 Azienda UsI TNO) e di gran lunga nel genere maschile per tutte le classi di età considerate.

Gestione delle principali patologie croniche

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

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

L'analisi dei tassi di ospedalizzazione specifici evidenzia buoni risultati in Lunigiana per BPCO e scompenso cardiaco, mentre appaiono più alti quelli per diabete; e considerando il valore delle amputazioni maggiori per diabete appare improcrastinabile la necessità di potenziare i servizi specialistici diabetologici di zona.

Come appare da altre analisi raccolte nel recente passato dall'Osservatorio Sociale Regionale e nel Piano Attuativo di Area Vasta – PAV, i tassi standardizzati per visite specialistiche e di diagnostica strumentale sono più bassi in Lunigiana evidenziando attenzione anche all'appropriatezza della richiesta; la percentuale di visite specialistiche effettuate in presidi della zona appare buona se confrontata con quella delle altre zone eccetto che per le visite cardiologiche.

A questo proposito è opportuno evidenziare il valore che appare troppo basso per il tasso medio e il tasso standardizzato di visite cardiologiche se paragonato all'eccesso di mortalità per patologie cardiovascolari rilevato nella popolazione maschile che suggerisce l'urgenza di potenziare i servizi specialistici cardiologici di zona.

NON AUTOSUFFICIENZA

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

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

La stima del fabbisogno di assistenza domiciliare da parte di pazienti disabili ultra sessantacinquenni indica che gli attuali volumi di assistenza erogata sono insufficienti rispetto alla reale situazione epidemiologica del territorio. Attualmente la percentuale di anziani non autosufficienti residenti risulta più elevata della media regionale e aziendale 9,23 vs 8,54 vs 8,30.

La prevalenza di anziani presenti nelle RSA permanentemente risulta ampiamente inferiore ai valori aziendali e provinciali 5,40 vs 8,80 vs 6,70, mentre più elevata del valore aziendale e vicino alla media regionale risulta la prevalenza di anziani in assistenza domiciliare diretta 21,10 vs 23,60 e 13,80.

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

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

SALUTE MENTALE

Il tasso di ospedalizzazione delle patologie psichiatriche, nonostante le azioni messe in atto dai servizi territoriali, che era di 196,68 del 2016 è risalito leggermente arrivando al 188,18 nel 2017, comunque sotto la media regionale (225.06) e restando quindi un'ottima performance

Il tasso di ri-ricovero fra 8/30 giorni (indice di non presa in carico del territorio dei pazienti dimessi) anche nel 2017 e per il secondo anno a fila è stato dello 0.00%. contro il 7,00 di media regionale, rappresentando quindi uno dei migliori risultati di Area Vasta.

Il tasso di contatto entro 7 giorni con il Servizio di Salute Mentale, da parte di pazienti dimessi con patologia psichiatrica, è risalito dal 48,57% del 2016 al 60,53 nel 2017 in linea con la media regionale (50,13) e lievemente penalizzato dal fatto che i ricoveri avvengono nello SPDC di Massa, quindi a notevole distanza del luogo di residenza dei pazienti.

Perdura invece un maggiore uso di antidepressivi rispetto alla media regionale dovuto in parte alle cattive condizioni economico sociali della Lunigiana.

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

Per quanto riguarda l'ospedalizzazione dipendenze invece il dato è del 21,19 ed è in linea con il dato dell'Azienda Usl TNO e comunque più basso della media regionale (30,88).

MATERNO INFANTILE

Il tasso di ospedalizzazione per IVG è contenuto rispetto alla media regionale (4.15 Lunigiana vs 7.47 Regione Toscana).

Si colloca al primo posto per la bassa percentuale di nati vivi gravemente sottopeso (0.14 Lunigiana vs 0.93 Regione Toscana).

Assistenza Consultoriale e Percorso Materno Infantile

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

Le donne partecipano attivamente ai CAN e risulta che il 60% ha almeno tre presenze ai CAN. Delle intervistate il 97,3% raccomanderebbe il servizio o la persona da cui è stata seguita, mentre il 94.1% raccomanderebbe il servizio pubblico.

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

Rispetto alla media regionale il tasso di ospedalizzazione per IVG risulta contenuto (4.15 Lunigiana vs 7.47 Regione Toscana),

PREVENZIONE

Il tasso di mortalità evitabile in Lunigiana nel 2017 risulta **umentato** rispetto al dato del 2016 e ai valori **aziendali** e regionali: 213,71 Lunigiana (172.47 nel 2016) vs 184,52 RT (181.06 nel 2016) vs 186,23 Apuane(206.78 nel 2016) in particolare nei maschi.

Gli infortuni sul lavoro sono in costante diminuzione dal 2000 ad oggi in linea con i valori regionali, anche se si evidenziano **valori più bassi** rispetto l'anno precedente e pari a 8,98 Lunigiana (10,9 nel 2016) vs 10.20 RT (9.97 nel 2016) vs 10,31 Apuane (11.40 nel 2016)

Relativamente al fenomeno degli incidenti stradali si registra in Lunigiana un elevato rapporto di lesività già segnalato in precedenza.

Prevenzione e promozione della salute

Relativamente agli indicatori inerenti la prevenzione delle malattie infettive si evidenziano nel periodo analizzato tassi di copertura vaccinale in linea a quelli delle altre zone per i vaccini MPR (Lunigiana 90.71, Regione 93.51), antimeningococco (Lunigiana 93.43, Regione 92.71)e antinfluenzali (Lunigiana 58.30, Regione 55.28) anche se non sono

raggiunti gli standard consigliati; anche la copertura per vaccino esavalente è in linea con i valori medi regionali e risulta del 95,52% (REGIONE 95.41). Nei report risulta aumentata rispetto lo scorso anno la copertura del vaccino contro il Papilloma virus – HPV con il 76.70% (vs 63,73%del 2016), vaccinazione molto importante per la prevenzione del tumore della cervice uterina. E' stata comunque richiesta una verifica del dato perché al servizio risultano valori di gran lunga superiori.

A questo proposito è da rilevare che l'aggregazione del comune di Fosdinovo alla zona Lunigiana almeno nel primo periodo ha determinato tassi di copertura più bassi per la minore adesione alle vaccinazioni raccomandate in quel comune.

Screening

Un programma di screening è un intervento sanitario su una popolazione apparentemente sana, con lo scopo di effettuare una diagnosi precoce attraverso un esame semplice, non invasivo e di facile esecuzione. Viene inviata una convocazione con lettera e un eventuale sollecito dopo 3/6 mesi, qualora la persona non si sia presentata. Nell'Azienda Usl TNO ambito Massa e Carrara sono attive da alcuni anni le campagne di prevenzione dei tumori della mammella e della cervice uterina, mentre quella dei tumori del colon retto è stata attivata più recentemente.

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

Nonostante le ore dedicate all'attività di screening da parte del servizio ostetrico l'adesione in zona Lunigiana è solo del 54,6% non molto sotto alla media regionale che è pari al 56.56%, ma ben lontano dall'obiettivo da raggiungere.

L'adesione alla vaccinazione HPV a 12 anni rispetto gli anni passati è migliorata e il valore è superiore alla media regionale (76.70 Lunigiana vs 57.38 Regione Toscana). Continua ad essere buona l'adesione allo screening mammografico (77.98 Lunigiana vs 70.77 Regione Toscana).

Molto bassa l'adesione allo screening colon rettale (46.65 Lunigiana vs 47.74 Regione Toscana).

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

FARMACEUTICA

La spesa farmaceutica rappresenta una parte rilevante delle risorse economiche impegnate sul versante della tutela della salute e per questo si è reso necessario avviare specifiche analisi di monitoraggio e controllo sulle prescrizioni, il cui obiettivo, oltre a quello di ridurre la spesa farmaceutica, è stato quello di intraprendere un vero e proprio cambiamento culturale, al fine di ottenere una favorevole collaborazione con la Classe Medica. L'analisi dei dati inerenti alla performance sanitaria, presentato dal Laboratorio Management e Sanità (MeS), ha evidenziato come l'indicatore "Prevalenza d'uso farmaci" abbia registrato un valore (75,42) inferiore rispetto a quell'AUSL (75,47), ma superiore rispetto a quello della Regione Toscana (73,87). Per quanto riguarda il monitoraggio dell'Appropriatezza prescrittiva, è emerso che la spesa Farmaceutica Territoriale della Zona Lunigiana, pur essendo minore rispetto a quell'Aziendale e Regionale, ha tuttavia registrato alcune criticità prescrittive, legate all'eccessivo consumo dei farmaci Inibitori di Pompa Protonica (PPI) e dei farmaci Antidepressivi (SSRI), il cui abbandono terapeutico, da parte degli Assistiti trattati, è risultato essere maggiore rispetto a quello della media Regionale. Altro dato evidenziato è il basso consumo di farmaci oppioidi maggiori, impiegati nella cura della terapia del dolore.

Quadro Sintetico Attività 2017

In Lunigiana sono presenti 4 Case della Salute, nei comuni di Aulla, Villafranca, Pontremoli e Bagnone e una progettata e programmata in località Gragnola di Fivizzano, per cui sono in procinto di avvio i lavori di ristrutturazione dell'edificio individuato.

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

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

Nel comune di Fosdinovo presso la struttura Palomar sono in programmazione i lavori di ristrutturazione per il nuovo presidio di Caniparola.

LE CURE PRIMARIE

L'Assistenza Specialistica Ambulatoriale viene erogata presso i Poliambulatori di Aulla, Pontremoli, Fivizzano e Villafranca, e dall'aprile 2015 anche presso i presidi di Fosdinovo e Caniparola aggregati alla Zona Distretto della Lunigiana. I medici specialisti sono medici Ospedalieri che effettuano parte della loro attività istituzionale nei presidi distrettuali oppure mediante effettuazione di orario aggiuntivo o medici specialisti ambulatoriali (ex SUMAI): nel corso del 2017 sono state effettuate 38.374 visite specialistiche che risultano sostanzialmente in linea rispetto al 2016 (38.695); la lievissima diminuzione è da attribuire sostanzialmente alle difficoltà di reperire personale medico per le sostituzioni, problematica questa particolarmente accentuata negli ambiti periferici e montani.

Le Cure Domiciliari e la continuità assistenziale

Continua ad essere uno dei settori strategici e di maggior impegno, diretto a persone con gravi stati clinici, perdita dell'autonomia, non autosufficienti che necessitano di programmi assistenziali costruiti in modo integrato all'interno della rete sociosanitaria; questa attività coinvolge più tipologie di operatori. L'UFASC Zona/Distretto della Lunigiana, ha continuato ad operare con l'obiettivo di dare risposte ai problemi di vita di queste persone e delle loro famiglie e di umanizzare il più possibile i servizi sanitari e assistenziali forniti, valorizzando la ricerca di risposte appropriate alla gravità del caso, e sostenendo le risorse personali e le autonomie residue. Nel 2017 il servizio ha garantito a domicilio, 45.765 (vs 43.508 nel 2016) accessi infermieristici di primo, secondo e terzo livello (bassa, media e alta intensità assistenziale), ed ha preso in carico totalmente, secondo un progetto terapeutico individuale, 1528 (vs 1972 nel 2016) assistiti di cui 388 (vs 439 nel 2016) con bisogni di alta intensità (ADI di terzo livello) che risultano in decremento rispetto al 2016 (il valore di anziani in cure domiciliare risulta superiore alla media regionale e aziendale 12.51 vs 12.35). Per garantire la sostenibilità si è cercato di migliorare ulteriormente l'appropriatezza mediante il mantenimento dell'autorizzazione del medico di comunità e la maggiore attenzione ai casi di III livello. Complessivamente sono state assicurate, oltre le tipiche prestazioni infermieristiche e di medicina generale, anche quelle fisioterapiche, di nutrizione artificiale, di medicina palliativa e di assistenza alla persona (OSS) secondo quanto previsto dagli specifici programmi di cura che hanno permesso di attenuare un po' lo stress delle famiglie e rendere più accettabile la permanenza a domicilio degli ammalati con intensità assistenziale più elevata.

Nel periodo considerato sono stati inoltre, assicurati 49.985 (vs 51.384 nel 2016) prelievi ambulatoriali in particolare per i pazienti in terapia anticoagulante (TAO) di notevole impatto sull'organizzazione dell'attività assistenziale infermieristica arginata mediante una ulteriore razionalizzazione dei prelievi domiciliari (autorizzazioni solo per i pazienti con gravi deficit alla deambulazione) che sono risultati 11.846 (vs 10.278 nel 2016).

Cure Primarie - l'attività di medicina di comunità

L'attività di medicina di comunità ha subito una ulteriore razionalizzazione per l'aumento del territorio di competenza conseguente alla aggregazione del comune di Fosdinovo nella ZD Lunigiana. Nonostante questa nuova suddivisione territoriale la riorganizzazione della struttura organizzativa e degli orari di accesso all'utenza ha consentito di mantenere le attività istituzionali e previste dai LEA e l'implementazione delle

attività di cui alla RT 66 dal 18 dicembre 2008 (nel settore della valutazione multidimensionale delle persone anziane e di redazione di piani assistenziali personalizzati). Per quel che riguarda le attività per la prevenzione, il servizio è stato impegnato nella campagna straordinaria di vaccinazione antimeningococcica con il mantenimento di orari aggiuntivi di apertura degli ambulatori, è stata garantita l'attività di vaccinazione nell'età evolutiva in ottemperanza al nuovo calendario vaccinale toscano.

Si è assistito ad un lievissimo miglioramento del tasso di copertura antinfluenzale tra gli anziani 58.3 (vs 57% nel 2016) che si mantiene comunque basso probabilmente anche a causa del perdurare degli effetti negativi della campagna di comunicazione conseguente al temporaneo ritiro di alcuni vaccini in uso che non ha consentito l'incremento dei consensi e per il diffondersi di associazioni guidate anche da sanitari e attive nel web, contrarie alla vaccinazione; invece, si è rilevato un ulteriore lieve incremento delle vaccinazioni raccomandate anti morbillo parotite e rosolia (tasso copertura 90.71 vs 89,6 %)

L' Unità di Valutazione Multidisciplinare

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

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

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

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

Nel 2017 sono state effettuate in commissione UVM 914 (vs 857) valutazioni di persone in gran parte anziane; L'UVM integrata dal Gruppo Operativo Multidisciplinare per la disabilità ha provveduto anche alla valutazione di 16 progetti per la vita indipendente e al loro monitoraggio.

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

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

Con il Decreto del Direttore n. 2 del 03.02.2017 è attiva anche in Lunigiana l'Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio prevista dal DGRT 679/2016 che garantisce il governo dell'interfaccia ospedale-territorio e la continuità assistenziale del paziente nel percorso di dimissione attraverso una programmazione della stessa. L'Agenzia è lo strumento operativo di governo dei percorsi ospedale-territorio e fa capo funzionalmente alla Zona-Distretto. Agisce nell'ambito dei presidi ospedalieri zonali di Pontremoli e Fivizzano operando con una

logica di sistema pull che, attivandosi già all'ingresso in ospedale, vede le Direzioni di Presidio e i reparti di degenza operare per la pianificazione delle dimissioni.

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

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

In Lunigiana i Presidi ospitanti le cure intermedie sono 4 per un totale di 16 posti letto.

Nel 2017 sono state effettuate 315 valutazioni e rivalutazioni di cure intermedie, per un totale di 210 (vs 219 nel 2016) persone dimesse dall'ospedale o su richiesta dei Medici di famiglia al fine di evitare i ricoveri impropri per un totale di 4195 giornate di presenza e 246 dimissioni segnalate.

Inoltre, sono stati effettuati 315 gruppi di progetto per cure intermedie con il rilascio di 4.650 autorizzazioni/certificazioni medico legali alla persona.

Nel 2018 è entrata a regime l'equipe Acot e nel 1 semestre dell'anno sono stati valutati complessivamente n. 146 utenti e sono stati attivati 130 percorsi di cui: 94 in cure intermedie, 12 invii a AD e ADI, 2 segnalazioni UVM, 8 attivazioni buoni FSE e 14 in altri percorsi

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

La sanità d'iniziativa

È un modello assistenziale introdotto per la presa in carico dell'utente "attraverso un nuovo approccio organizzativo che assume il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia e che organizza un sistema di accompagnamento del cittadino favorendo lo sviluppo di condizioni che permettevano di mantenere il livello di salute il più alto possibile: un sistema capace di gestire rallentandone il decorso, le patologie croniche ed anche affrontare con efficacia l'insorgenza di una patologia acuta".

Fra le diverse possibilità che si inserivano nella sanità d'iniziativa vi erano alcuni progetti quali le iniziative per il miglioramento degli stili di vita, la rete per la gestione della cronicità (Cronic care model) che prevedeva tra l'altro i percorsi assistenziali integrati quali lo scompenso cardiaco, l'insufficienza respiratoria ecc...

A nostro avviso, appare opportuno evidenziare l'importanza del mantenimento delle attività della sanità d'iniziativa, settore in cui operano 4 infermieri, 1 medico di comunità e 30 medici di famiglia, che ha preso in carico complessivamente e seguito con follow up specifici 2797 pazienti totali di cui 1582 persone con diagnosi di diabete mellito, 423 affette da scompenso cardiaco, 509 persone con Broncopneumopatie croniche ostruttive e 283 con esiti di ictus/Tia.

LA FARMACEUTICA

Nel corso dell'anno 2017 la spesa Farmaceutica Convenzionata netta è stata a livello della Zona Lunigiana pari a € 8.272.621, (-) 1,34%, mentre le ricette sono state 666.721 (+) 0,17%, rispetto al solito periodo dell'anno 2016. La spesa pro capite per assistito pesato è passata dai 131,45 euro del 2016 a 129,59 euro nel 2017 (-) 1,41%, mentre a livello Aziendale è stata pari a € 120,49. Tale maggiore spesa è imputabile essenzialmente a due fattori, ossia alla composizione anagrafica della popolazione che è composta per il 32% da cittadini con età maggiore di 65 anni e ai costi collegati alla mobilità sanitaria extraregionale; infatti, la Zona Lunigiana, essendo collocata in un'area geografica di confine tra due regioni, risente di queste dinamiche demografiche, favorite anche dall'introduzione della ricetta dematerializzata. L'analisi dei costi riguardanti la mobilità sanitaria farmaceutica evidenzia infatti, come le ricette extraregionali erogate, siano state 49.459 per una spesa pari a € 731.151, con una incidenza del 8,65% sulla spesa netta. I Comuni maggiormente coinvolti sono stati quelli di Fosdinovo e di Aulla, in quanto collocati geograficamente in prossimità di rilevanti centri urbani del comprensorio Ligure. Si rileva di fatto come l'incidenza della regione Liguria sia stata pari al 7,39%. Le quote di partecipazione a carico degli assistiti sono aumentate rispetto al 2016. Complessivamente i cittadini hanno pagato 1.218.518 euro di ticket, di cui 952.105 euro, pari al 76% per la differenza prezzo riferimento rispetto al farmaco equivalente meno costoso, e 266.413 euro, per la quota riferita al ticket Regionale. Rispetto all'anno 2016, la spesa per i due ticket ha registrato una variazione rispettivamente del (+) 2,00% e del (+) 7,43%.

I farmaci del sistema cardiovascolare hanno rappresentato il Gruppo Anatomico a maggior costo pari a 3.438.886 euro, seguiti dai farmaci dell'apparato gastrointestinale 1.740.470 euro, dai farmaci del sistema nervoso 1.408.838 euro e dai farmaci dell'apparato respiratorio 992.337 euro. Per quanto riguarda la spesa della DPC e della Distribuzione Diretta, si sono conseguiti importanti risparmi dovuti ai vantaggiosi prezzi di acquisto, stabiliti dalle Gare regionali. Il canale di erogazione della DPC, pur avendo registrato un incremento del numero delle ricette (+) 4,81%, ha registrato una diminuzione della spesa pari al (-) 16,83%. La Dispensazione Diretta dei farmaci in Classe A, effettuata presso i "Punti Farmacia" degli Ospedali Lunigianesi, ha ottenuto un incremento del numero degli Assistiti trattati che numericamente sono passati da 11.489 del 2016, a 13.751 nel 2017. E' importante sottolineare come il risparmio complessivo sulla spesa farmaceutica, riguardante tutti i canali di erogazione, sia stato pari a (-) 249.772 euro, rispetto all'anno 2016. Altro settore importante di spesa è stato quello riguardante la Farmaceutica Integrativa, erogata direttamente a oltre 3.000 assistiti, presso le Sedi Farmaceutiche Territoriali di Fivizzano e Pontremoli, che a seguito di un continuo monitoraggio dei consumi, ha continuato ad assestarsi su valori che registrano un importante contenimento dei costi.

IL CONSULTORIO ¹

Il consultorio è un servizio di ascolto e aiuto per donne, giovani, famiglie e immigrati, si occupa della tutela della salute della donna in tutte le fasi della sua vita, della salute dell'adolescente, delle relazioni di coppia e familiari.

Nel consultorio è presente una equipe formata da operatori di diverse professionalità, ostetrica, ginecologo, assistente sociale e psicologo, che operano in stretta collaborazione con il Servizio Sociale, Servizi Territoriali ed Enti Locali.

I percorsi consultoriali sono: il percorso nascita, pre-concezionale, procreazione responsabile, contraccezione, sterilità, infertilità, percorso IVG, menopausa consapevole, adolescenti, prevenzione diagnosi delle MST, prevenzione dei tumori del collo dell'utero e della mammella, consulenza psicologica e sociale al singolo, alla coppia e alla famiglia.

In Lunigiana il servizio è assicurato presso i presidi distrettuali principali di Aulla, Pontremoli e Villafranca. Ad Aulla è presente il Consultorio Adolescenti dotato di una equipe dedicata, a Pontremoli è presente il consultorio immigrati.

Vengono inoltre fatti regolarmente degli incontri formativi/informativi alle detenute dell'Istituto Penale Minorile di Pontremoli da parte della ginecologa e dell'ostetrica.

Nel 2017 risultano accolti 1899 utenti con 6536 accessi VS 3387 utenti e 8314 accessi del 2016. Risulta diminuito invece il rilascio di certificazione IVG che sono pari a 5 Vs 12 del 2016.

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

A Pontremoli su 77 gravide, 48 hanno accettato il percorso pubblico, 30 percorso a basso rischio seguite dall'ostetrica, 13 uscite ed entrate nel medio rischio, per un totale di 18.

Ad Aulla su 168 gravidanze, 55 hanno accettato il percorso pubblico, 26 hanno seguito il percorso a basso rischio con l'ostetrica, 29 sono entrate nel percorso a medio rischio.

CAN: ogni mese inizia un corso di accompagnamento alla nascita nelle 3 sedi consultoriali, seguito dal corso dopo-parto.

LA SALUTE MENTALE ADULTI

L'Unità Funzionale Salute Mentale Adulti (UFSMA) dà assistenza a tutte le persone che presentino un disagio mentale, risposte modulate a seconda della gravità dei problemi presentati. Nel 2017 sono state accolti e visitati 1372 cittadini, di cui 288 al loro primo contatto con il Servizio. Di queste persone solo 703 avevano problemi particolarmente impegnativi e sono state quindi prese in carico dal Servizio con programmi multi professionali. Il dato è in linea con quello delle altre aziende sanitarie toscane. Molte persone che si presentano al Servizio Psichiatrico hanno fortunatamente solo problemi psichiatrici minori e quindi ricevono una risposta di tipo monoprofessionale (visite ambulatoriali con il solo medico psichiatra). Le persone che presentano invece problemi psichiatrici particolarmente impegnativi ricevono una presa in carico da parte della equipe multiprofessionale (medico psichiatra, assistente sociale, psicologo, infermiere, educatore

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

professionale) con programmi complessi e personalizzati, con possibilità di inserimenti in centri diurni, assistenza domiciliare, programmi lavorativi. Perdura il fenomeno dell'aumento dell'uso del Servizio da parte di pazienti extracomunitari e/o migranti e l'aumento di richieste incongrue di sussidi finanziari dovute alle difficili condizioni economiche e sociali della zona. Complessivamente nel corso del 2017 sono state effettuate 4874 visite mediche, 147 visite mediche domiciliari programmate e 154 in urgenza, 1476 prestazioni infermieristiche ambulatoriali e 3165 visite infermieristiche domiciliari. Inoltre sono stati effettuati 7 ricoveri in TSO e 43 in trattamento volontario. E' da ricordare infine come il Servizio assicuri una presenza costante sui circa 770 posti in RSA del territorio, relativa soprattutto a patologie demenziali e anomalie comportamentali, con rivalutazioni costanti degli anziani colà ospitati, stesura di piani terapeutici farmacologici, interventi in urgenza.

LA COMUNITA' TIZIANO

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

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

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

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

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

Il personale della SRP "Tiziano" è così composto:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nel 2017 gli ingressi sono stati 10 e le dimissioni sono state 11, dei 10 ingressi 9 sono stati nuovi ingressi, 1 ricovero in SPDC con rientro del paziente in struttura. Delle 11 dimissioni 9 sono state dimissioni definitive, 2 risultano da ricoveri in SPDC con seguente rientro in struttura.

Dei 9 nuovi ingressi 6 pazienti erano sottoposti ad una misura di sicurezza non detentiva, 5 di questi provenivano da un SPDC (2 da Pisa, 1 da Siena, 1 da Massa, 1 da Livorno) con una misura alternativa alla detenzione in REMS e 1 paziente proveniva da una Casa Famiglia di Viareggio sempre con una misura di sicurezza alternativa alla detenzione, gli altri 3 pazienti non avevano una misura di sicurezza dei quali 1 proveniente dal proprio domicilio seguito dal Servizio Psichiatrico di Massa, 1 paziente proveniente da una RSD dove era inserito provvisoriamente seguito dal Servizio Psichiatrico di Pisa e 1 paziente proveniente dal SPDC di Genova.

Delle 9 dimissioni definitive 8 erano pazienti afferenti al Servizio Psichiatrico di Massa di cui 1 della Zona Lunigiana, 1 seguito dal Servizio Psichiatrico di Livorno.

6 pazienti avevano una misura di sicurezza non detentiva e 3 nessuna misura di sicurezza. Dei 9 pazienti dimessi 2 di loro sono stati condotti in Carcere per il subentrare di una misura di sicurezza detentiva, 3 di loro hanno fatto rientro al proprio domicilio con un progetto terapeutico riabilitativo concordato con il Servizio Psichiatrico di competenza, 3 pazienti sono stati trasferiti in altre strutture a minore intensità assistenziale su progetto concordato con il Servizio Psichiatrico territoriale e 1 paziente dopo essersi allontanato volontariamente dalla struttura è stato ricoverato presso il SPDC della zona di competenza.

LE ATTIVITA' SALUTE MENTALE INFANZIA E ADOLESCENZA

L'Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia Adolescenza della Lunigiana svolge attività di diagnosi e cura nell'ambito dei disturbi neuropsichiatrici (0-18 anni), occupandosi della salute mentale in senso lato (disturbi psichiatrici, psicologici, neurologici, neuropsicologici, funzionali, handicap...).

Opera attraverso la presa in carico multidisciplinare in collaborazione con il complesso dei Servizi Sanitari, Scolastici, Sociali, Giudiziari, in linea con i percorsi assistenziali. Assicura, in base alle risorse disponibili, livelli uniformi ed essenziali di assistenza, nel rispetto della peculiarità della patologia e dei bisogni di salute della singola persona.

Poiché i disturbi neuropsichici dell'età evolutiva rientrano nel concetto di "patologie dello sviluppo" e sono cioè disturbi che rallentano, alterano la naturale crescita psicofisica e la completa acquisizione delle

autonomie personali, l'attività clinica e di riabilitazione si è svolta con particolare attenzione alla qualità degli interventi, con particolare attenzione alla ricerca delle integrazioni interprofessionali.

Ciò avviene per tutti i casi ad alta integrazione che rappresentano una buona percentuale degli utenti afferenti al nostro Servizio.

Nel 2017 il numero di utenti afferenti alla UFSMIA Zona Lunigiana è stato di 937 (aumentati rispetto all'anno precedente) con quadri psicopatologici diversi; tra questi i soggetti portatori di handicap necessitano, oltre l'intervento terapeutico-riabilitativo, anche di un intervento di sostegno scolastico che prevede la formulazione da parte degli operatori della UFSMIA di Piani Educativi Personalizzati con la scuola e almeno due incontri all'anno con le istituzioni Scolastiche come previsto dalla L104.

Nel corso del 2017 sono state effettuate un totale di 4543 visite (neuropsichiatriche e psicologiche) e 6766 prestazioni riabilitative di tipo logopedico e/o neuropsicomotorio.

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

L'UFSMIA, inoltre, ha continuato a collaborare con il Centro Minori e Famiglie di Terrarossa (che ha in carico circa 300 bambini e famiglie) e le Istituzioni Giudiziarie (T.M, T.O, DGM) attraverso la presa in carico dei minori e delle loro famiglie, su mandato del Tribunale per i Minorenni in rapporto con altre Istituzioni Sanitarie, Socio-Sanitarie e Scolastiche.

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

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

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

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

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

CENTRO EDU@PLAY per la Disabilità Complessa: il centro nel 2017 ha continuato il lavoro socioeducativo con 6 minori affetti da grave patologia neuropsichica e disabilità intellettiva accumulati da grave disturbo della comunicazione e della relazione di tipo autistico.

RAFFAELLO CRESCE (Adolescenti e giovani adulti affetti da Disturbo dello Spettro Autistico) nel 2017 il Centro semiresidenziale ha ospitato 5 pazienti che svolgono attività di tipo riabilitativo rivolte alla autonomia e allo sviluppo di competenze relazionali e comunicative, presso un appartamento sito in via Resistenza ad Aulla.

Il Centro Raffaello è gestito da operatori ANFFAS sotto il coordinamento della UFSMA Zona Lunigiana per gli adulti e della UFSMIA Zona Lunigiana per i minori che vi opera con l'attività clinica (ore dedicate) della psicologa UFSMIA; i Responsabili delle due UF effettuano supervisioni mensili del progetto.

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

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

L'UFSMIA unitamente alla UF SER.D. ha proseguito nella realizzazione di un Progetto Interservizi/Scuola rivolto ad alcune classi di un Istituto Comprensivo della Lunigiana, con incontri rivolti agli insegnanti su tematiche riguardanti la pre-adolescenza e i bisogni emotivi dei bambini.

Il Progetto ha la durata di 3 anni.

In concomitanza con la riorganizzazione Aziendale per Area Vasta, l'UFSMIA Zona Lunigiana ha partecipato alle varie riunioni di Area Vasta sulla SALUTE MENTALE al fine di condividere modalità organizzative univoche.

IL SERVIZIO TOSSICODIPENDENZE

Nell'anno 2017 il gruppo di lavoro dell'U.F. Ser.T. della Lunigiana ha portato avanti l'attività di prevenzione, cura e riabilitazione come da programmazione fatta e ha raggiunto gli obiettivi individuati e predefiniti, aziendali e di Zona. Si riportano di seguito i dati e le considerazioni in merito.

Gli utenti nell'anno 2017 sono stati nr 286 divisi nei diversi moduli organizzativi: Servizio Tossicodipendenza nr 173 - Equipe alcologia nr 97 - Gioca d'azzardo nr 12.

Dal giorno 1/11/2017, inoltre, è iniziata l'attività anche per il Centro Antifumo che in due mesi ha preso in carico 6 pazienti

L'attività dell'equipe multidisciplinare rivolta alla presa in carico del paziente con problemi di dipendenza ed alla elaborazione di percorsi terapeutici individualizzati è proseguita, con particolare attenzione rivolta alle nuove dipendenze comportamentali,

Il programma formativo ha coinvolto tutti gli operatori ed era orientato a sostenere l'integrazione multidisciplinare del gruppo di lavoro e l'approfondimento di tematiche relative all'attività clinica e riabilitativa.

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

Si è lavorato per consolidamento della rete dei Servizi e della collaborazione con i MMG.

LE ATTIVITA' DI ASSISTENZA PER I PAZIENTI PER LE CURE DI FINE VITA E IN STATO VEGETATIVO PERSISTENTE - (Delibera R.T. n. 402/2004)

Le malattie oncologiche continuano a rappresentare nel nostro territorio una percentuale molto elevata tra le patologie presenti. Inoltre, soprattutto per alcune forme di tumore si assiste ad una cronicizzazione della malattia metastatica con tempo di sopravvivenza più lungo e quindi maggiori necessità assistenziali. Dato che i reparti ospedalieri sono sempre più reparti per acuti, l'offerta territoriale delle forme di assistenza sulla cronicità deve diventare sempre più completa. Per questo motivo i medici con competenza in terapia antalgica e cure palliative sono stati inseriti nei modelli organizzativi e negli strumenti operativi della Zona Distretto (in particolare l'Unità di Valutazione Multidisciplinare) al fine di migliorare il percorso delle persone con malattia oncologica.

Nell'anno 2017, i pazienti domiciliari presi in carico sono stati 80 (vs 65 del 2016). Di questi 73 sono pazienti oncologici (vs 51 del 2016), di cui 26 in cure palliative domiciliari; inoltre 12 di essi sono stati valutati per l'inserimento in Hospice.

I pazienti non oncologici seguiti a domicilio sono stati nell'analogo periodo 7

Dai colloqui con i pazienti e le loro famiglie, continuano ad emergere difficoltà ad accettare il percorso Hospice, per ragioni riferite alla distanza da coprire per raggiungerlo e per i relativi costi. Grazie ai dati forniti dai MMG durante il 2018 si è evidenziata la necessità di evidenziare i posti letto ai pazienti che affrontano la fase finale della vita. Tali posti letto sono da ubicare nel territorio della Lunigiana.

E' emerso inoltre un bisogno specifico per i pazienti affetti da sclerosi multipla residenti nel territorio provinciale, delineando una necessità di ipotizzare un percorso ad hoc di presa in carico globale per tale patologia. A tale proposito sono proseguiti gli incontri già intrapresi con il livello provinciale e regionale dell'AIMS; la partecipazione è stata estesa ai Medici di Medicina Generale che hanno fornito importanti dati relativi al primo semestre 2018 riguardo al numero dei pazienti da loro assistiti con questa diagnosi.

A questo si affianca l'attività di consulenza e supporto clinico svolta a favore dei pazienti in stato vegetativo persistente accolti presso il Modulo Specialistico 4 della RSA di Pontremoli, che dispone di 8 letti dedicati.

IL SERVIZIO SOCIALE, SOCIO SANITARIO E SOCIO ASSISTENZIALE



In Lunigiana da anni è funzionante un modello operativo che vede integrato il servizio sociale con quello sanitario attraverso la Società della Salute.

Il Servizio Sociale è composto da 1 Coordinatore e 12 Assistenti Sociali. E' presente in tutti i 14 Comuni tramite il Punto Insieme, come "porta di accesso ai servizi", per svolgere attività di segretariato sociale ed attività di servizio sociale professionale.

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

Gestisce quindi una complessa rete di servizi a cui afferiscono diversi utenti per diverse problematiche. Nel 2017 nelle tre RSA pubbliche in gestione Global Service (Pontremoli, Bagnone e Fivizzano) sono stati accolti 107 utenti, mentre nelle RSA private sono stati inseriti 49 utenti nei posti convenzionati e 36 ricoveri sul FNA per persone over 65.

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

Nel Centro di disabilità complessa edu@play a Bagnone 7 ospiti.

Nella casa Famiglia multiutenza "Raggio di Sole" a Fivizzano 8 utenti.

Nella casa Famiglia "Filo di Arianna" per utenti psichiatrici a Bagnone 4 utenti.

Nei due appartamenti con percorsi sperimentali sulla vita autonomia per disabili "casa più" sono stati accolti 6 utenti.

Nei due gruppi appartamento per utenti psichiatrici a Pallerone di Aulla e Terrarossa di Licciana Nardi sono ospitati 9 utenti.

Nel Centro Diurno di attività per utenti in carico all'UFSMA sono stati accolti 33 ospiti.

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

E' presente un Centro minori e famiglie a Terrarossa di Licciana Nardi che coordina cinque Centri Educativi di aggregazione giovanile (Pontremoli, Villafranca, Aulla, Monzone e Fivizzano) in cui sono passati 581 ragazzi, nel 2017 ne sono stati aperti altri due nei Comuni di Casola in Lunigiana e Fossdinovo in località Caniparola e prossimamente ne sarà aperto uno presso il Comune di Tresana in località Barbarasco.

Il Centro di prevenzione giovanile "Icaro" ha ospitato 74 ragazzi.

Nei due Centri di aggregazione per anziani sono stati ospitati 24 anziani.

Inoltre a completare la rete di servizi sopra esposti sono presenti servizi di assistenza domiciliare sociale e sanitaria e scolastica

Per quanto riguarda le assistenze domiciliari sociali sono stati presi in carico 121 utenti (62 anziani, 45 minori, 7 minori stranieri, 3 adulti e 4 per aiuto personale) mentre per l'assistenza domiciliare sanitaria 85 utenti (30 handicap, 55 psichiatria) e 24 minori in assistenza educativa scolastica, 11 minori in affido familiare. 39 contributi sociali (10 anziani, 6 minori di cui 3 stranieri, 23 adulti di cui 4 immigrati). Sono state erogate 9 borse lavoro tossicodipendenti, 27 ILSA (disabilità) e 34 TAL (psichiatria). Per la parte sanitaria sono stati erogati 10 contributi per gravissima disabilità, 1 contributo sla, 89 contributi fna over 65 e 8 contributi FNA under 11.

Il servizio dei Lavori di Pubblica utilità hanno ospitato 2 persone.

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

Le RSA Aziendali e i Centri Anziani anche con problemi comportamentali affidati in appalto mantengono una buona qualità nella prestazione dei servizi. E' terminata la gara di appalto delle assistenze domiciliari e



scolastiche, e si è riunita la commissione per i servizi UFSMIA, UFSMA e SER.D. mentre per i rimanenti servizi, si sta ancora provvedendo ad avviare il percorso per le relative gare.

Sono stati mantenuti i servizi nel settore della non autosufficienza, sia per i bisogni residenziali, semiresidenziali e domiciliari ed i servizi di prevenzione al disagio sociale nei settori anziani, tossicodipendenti, psichici, minori, disabili ed immigrati che ci hanno permesso di avere una rete di servizi in grado di sostenere la popolazione in situazione di bisogno.

Il Centro Donna Lunigiana

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

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

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

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

48 utenti ricevuti dal centro sono state registrate con modulo dati sensibili e inserite nel database della regione Toscana sulla violenza di genere: N° 48

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

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

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

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

Le progettualità attivate

Per l'anno 2017 la Società della Salute della Lunigiana ha partecipato alle seguenti azioni progettuali:

Il Sostegno per l'Inclusione Attiva SIA - il Reddito di Inclusione REI

Il Sostegno per l'Inclusione Attiva (SIA) è una misura di contrasto alla povertà che prevedeva l'erogazione di un beneficio economico (Carta SIA) alle famiglie in condizione di povertà nelle quali almeno un componente era minorenne oppure vi era un figlio disabile (anche maggiorenne) o una donna in stato di gravidanza accertata.

Per godere del beneficio, il nucleo familiare del richiedente doveva aderire ad un progetto personalizzato di attivazione sociale e lavorativa sostenuto da una rete integrata di interventi, individuati dai servizi sociali (coordinati a livello di Ambiti territoriali), in rete con gli altri servizi del territorio (i centri per l'impiego, i servizi sanitari, le scuole) e con i soggetti del terzo settore, le parti sociali e tutta la comunità.

Il progetto veniva costruito insieme al nucleo familiare sulla base di una valutazione globale delle problematiche e dei bisogni e coinvolgeva tutti i componenti, instaurando un patto tra servizi e famiglie che implicava una reciproca assunzione di responsabilità e di impegni. Le attività riguardavano i contatti con i servizi, la ricerca attiva di lavoro, l'adesione a progetti di formazione, la frequenza e l'impegno scolastico, la prevenzione e la tutela della salute. L'obiettivo era quello di aiutare le famiglie a superare la condizione di povertà e riconquistare gradualmente l'autonomia.

Nel 2017 il progetto ha visto 45 domande accolte, 43 progetti elaborati e una rinuncia. Di questi progetti elaborati, 18 sono stati destinati a maschi e 25 a femmine. Oltre l'erogazione di un beneficio economico (Carta SIA) per ogni beneficiario sono stati attivati progetti personalizzati che prevedono interventi socio

educativi e attività lavorativa tra cui si evidenziano 14 progetti di sostegno extrascolastico, 25 percorsi al centro per l'impiego, 12 work experience.

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

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

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

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

Allo stesso modo è essenziale che la rete dei servizi si apra alla comunità, coinvolgendo il terzo settore e le forze produttive del territorio.

Il lavoro continua ad essere la via maestra per uscire dalla povertà.

Nel primo semestre 2018

Progetto europeo POR FSE 2014-2020 "Servizi di accompagnamento al Lavoro per persone svantaggiate"

Il progetto europeo POR FSE Disabilità ha lo scopo di sostenere percorsi di accompagnamento al lavoro rivolto a persone con disabilità e vulnerabilità non occupate, attraverso il finanziamento di specifici tipi di servizio e attività. Iniziato nell'ottobre 2016, il progetto è terminato quest'anno nell'ottobre 2018.

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

Il progetto era rivolto a donne sole con figli a carico; disoccupati che vivono in famiglie multiproblematiche; persone appartenenti a nuclei familiari monoreddito; persone inserite in strutture di accoglienza o in programmi di intervento in emergenza alloggiativa; persone inserite nei programmi di assistenza ai sensi dell'Art. 13, Legge, 11 agosto 2003, nr. 228 a favore di vittime di tratta; persone inserite nei programmi di intervento e servizi ai sensi della Legge, nr. 154/2001 – 38/2009 - 119/2013 a favore di vittime di violenza nelle relazioni familiari e/o di genere.

Fondo di solidarietà interistituzionale annualità 2017

Suddiviso su tre ambiti:

INTERVENTI A SOSTEGNO DELLA POVERTÀ ALIMENTARE:

un fondo destinato agli interventi a sostegno della povertà alimentare. In Lunigiana nel 2017: 5 beneficiari
MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI O MINORI FUORI FAMIGLIA:

Fondo per l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati, istituito nello stato di previsione del Ministero dell'interno. I minori stranieri non accompagnati presenti nel territorio nazionale accedono, nei limiti delle risorse e dei posti disponibili, ai servizi di accoglienza finanziati con il Fondo nazionale per le politiche e i servizi dell'asilo. In Lunigiana nel 2017: 10 beneficiari

INTERVENTI A SOSTEGNO DEI PROFUGHI:

interventi a sostegno dell'accoglienza dei profughi accolti. In Lunigiana nel 2017: 1 beneficiario.

Progetto EMPORIO

L'Emporio della Solidarietà è un vero e proprio supermercato di medie dimensioni. È rivolto a persone e nuclei familiari italiani e stranieri, residenti in Lunigiana, in condizione di temporanea difficoltà economica e/o sociale, per un periodo di tempo stabilito (massimo 12 mesi).

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

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

La SdS partecipa al progetto Emporio dal mese di marzo 2018 e alla fine di maggio 2018 erano state attivate 34 tessere.

Progetto Adattamento Domestico per l'Autonomia personale (ADA)

Il progetto ha l'obiettivo di orientare e sostenere la persona con disabilità grave e il suo nucleo familiare al fine di migliorare il suo grado di autonomia dentro l'abitazione attraverso informazione e consulenza sulle possibili soluzioni architettoniche, tecnologiche e informatiche nonché attraverso contributi economici finalizzati all'acquisto di prodotti e realizzazione di opere edili.

Nel 2017 sono pervenute 12 domande di cui 11 accolte e 1 cui l'utente ha rinunciato.

Infine si segnalano altre progettualità a cui la SdS ha aderito:

- Progetto di telemedicina a completamento e integrazione dei servizi già offerti dalle Case della Salute e dai Presidi, unitamente alla Zona della Garfagnana, nell'ambito della Strategia nazionale Aree Interne;
- Iniziativa Home Care Premium-INPS ex gestione INPDAP che finanzia progetti innovativi e sperimentali di assistenza domiciliare e/o contributi a favore di dipendenti e pensionati pubblici utenti della gestione ex INPDAP; dei loro coniugi conviventi, loro vedovi, loro familiari di I° grado, genitori o figli, figli minorenni se a carico del titolare del diritto;
- Progetto regionale della "Vita Indipendente" nato per consentire alle persone disabili di vivere in casa propria senza ricorrere alle strutture residenze assistite e poter avere condizioni di vita con importanti margini di autonomia e indipendenza;
- Progetto "dopo di noi" servizi alle persone con disabilità grave;
- Progetto "Famiglie numerose servizi più leggeri" destinato a famiglie con quattro o più figli che si è allargato poi alle famiglie in difficoltà.
- Progetto SPRAR con il Ministero dell'Interno per i rifugiati politici e i richiedenti asilo, gestito per la nostra zona dall'ARCI in continuità con gli anni precedenti;
- Progetto per il percorso diagnostico e riabilitativo del gioco d'azzardo;
- Progetto europeo POR FSE Assistenza Domiciliare per il potenziamento dei servizi di continuità assistenziale – buoni servizio per il sostegno alla domiciliarità e da come indicazione regionale è stata costituita l'ACOT (Agenzia Continuità Ospedale-Territorio);
- Progetto paziente complesso è un progetto pilota della Regione Toscana per la presa in carico dei pazienti complessi finalizzato alla prevenzione dei ricoveri ripetuti e al fine di migliorare la qualità delle cure, alla luce della nuova delibera della sanità d'iniziativa, al fine di elaborare piani assistenziali individualizzati con percorsi ambulatoriali complessi e coordinati;
- Progetto ARS per la sperimentazione e del futuro modello di Sanità di Iniziativa basato sull'assistenza al paziente complesso;

Scelta delle Priorità:

GLI OBIETTIVI E LA DEFINIZIONE DELLE AZIONI

L'analisi degli indicatori del Profilo e dello stato dei servizi, in base ai criteri delle linee guida regionali, ha consentito oltre che aggiornare il PIS, tenuto conto delle linee guida del PAL e dei Dipartimenti Aziendali e delle risorse disponibili, anche l'individuazione degli obiettivi di servizio e la redazione del Programma Operativo Annuale condiviso con la cittadinanza attiva ed i tavoli istituzionali.

Dall'analisi e dalla concertazione sono stati individuati alcuni aspetti di salute prioritari tradotti in precisi obiettivi.

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

Gli obiettivi generali sono quattro:

Promuovere azioni di Prevenzione;

Mantenere e Sviluppare l'assistenza territoriale;

Sostenere la riabilitazione e il reinserimento sociale;

Promuovere l'inclusione Sociale e contrastare la povertà.

1 - PROMUOVERE AZIONI DI PREVENZIONE

L'obiettivo mira a mettere in atto azioni efficaci di prevenzione per contrastare i rischi psicosociali.

Programmi Zonali relativi all'obiettivo 1:

1 - STRUTTURE DI AGGREGAZIONE E PREVENZIONE AL DISAGIO

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

Schede POA:

Centri aggregazione anziani

Centro Giovanile "Icaro"

Centri educativi e di aggregazione minori

2 - RIDUZIONE DELL'ISTITUZIONALIZZAZIONE

Il programma prevede di prevenire l'isolamento sociale e l'istituzionalizzazione attraverso il monitoraggio della nascita di forme di non autosufficienza.

Schede POA:

Assistenza domiciliare - SAD

3 - ATTIVITA' DI PREVENZIONE PER LE DIPENDENZE

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

Schede POA:

DGA - Prevenzione e terapia del gioco di azzardo patologico

Prevenire le dipendenze: educare curare riabilitare

Prevenzione alcolismo

Prevenzione tabagismo

4 – ACCOMPAGNAMENTO NELLE VARIE FASI DELLA VITA

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

Schede POA:

Contracezione sicura
Donne e menopausa

5 – EDUCAZIONE ALLA SALUTE NELLA SCUOLE

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

Schede POA:

Tavolo scuola servizi
Progetto Inter-Servizi/Scuola

6 – RAFFORZARE L'ATTIVITA' DI PREVENZIONE

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

Schede POA:

Campagna informativa per la sicurezza stradale
Il Piano della prevenzione
Piano di comunicazione per prevenzione nutrizionale
Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate
Gli screening oncologici

2 - MANTENERE E SVILUPPARE L'ASSISTENZA TERRITORIALE

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

Programmi Zonali relativi all'obiettivo 2:**1 - LA NON AUTOSUFFICIENZA E LA DISABILITA'**

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

Schede POA:

Casa Più
Percorso di presa in carico persone con gravissima disabilità
Percorso non autosufficienza
Home Care Premium
Trattamento riabilitativo persone in carico alle strutture territoriali

2 - PROMOZIONE DELLE AUTONOMIE

Il programma prevede ai beneficiari di condurre una vita in autonomia.

Schede POA:

Progetto Vita Indipendente

3 - LA RETE DI EMERGENZA URGENZA

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

Schede POA:

Rete emergenza urgenza

4 - INSERIMENTO ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN RSA

Il programma prevede l'inserimento di anziani in stato di bisogno socio sanitario e familiare in RSA.

Schede POA:

Inserimento anziani in RSA

5 - COMUNITA' EDUCATIVA/TERAPEUTICA PER MINORI

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

Schede POA:

Residenzialità minori

6 - PERCORSI TERAPEUTICO RIABILITATIVI CON GRAVI PATOLOGIE PSICHIATRICHE

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

Schede POA:

Struttura residenziale Psichiatrica "Tiziano"

7 - INTEGRAZIONE SCOLASTICA

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

Schede POA:

Assistenza educativa scolastica e domiciliare

8 - AZIONI DI INTERVENTO PER LA VIOLENZA DI GENERE

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

Schede POA:

Attività di aiuto per fornire gli strumenti alle donne che hanno subito violenza e ai loro figli per raggiungere le opportune autonomie

Centro Donna Lunigiana

Codice Rosa

9 - ATTIVITA' A SOSTEGNO DELLA GENITORIALITA'

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

Schede POA:

La rete territoriale a sostegno del pre post partum

Percorso nascita

Affido familiare

Servizio 0-5: i genitori - la famiglia - i minori

Sostegno alle famiglie.

10 - PROMOZIONE DELLA CULTURA DELLE CURE PALLIATIVE

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

Schede POA:

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

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

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

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

Schede POA:

Aggiornamento indirizzi organizzativi per AFA

Modello IDEA

Programmazione agende cup per la cronicità

Sviluppo sanità d'Iniziativa su indicazioni RT per nuovo modello

12 - MIGLIORARE I TEMPI DI ATTESA

Il programma prevede l'implementazione della DGRT 750/2018.

Schede POA:

Medicina specialistica

Passaggio specialisti a strutture dipartimentali

Progetto Assistenza Domiciliare Odontoiatrica – ADO

Riduzione tempi di attesa

13 - MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

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

Schede POA:

Applicazione/monitoraggio accordo aziendale - MMG

Appropriatezza prescrittiva farmaceutica Medicina Generale

Omogeneità nei percorsi e consumi assistenza integrativa

Procedure aziendali relative ai farmaci

14 - MIGLIORARE LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

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

Schede POA:

Analisi fabbisogno e proposta di riorganizzazione Cure Intermedie

Casa della Salute

Cure domiciliari

Mappatura presidi territoriali e approvazione piano

Organizzazione continuità assistenziale

ACOT - Attivazione

15 - MANTENERE L'ASSISTENZA PEDIATRICA

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

Schede POA:

Assistenza pediatrica territoriale

Promozione dell'adesione del pediatra al programma delle vaccinazioni

16 - FACILITARE L'ACCESSO E LA PRESA IN CARICO

Il programma prevede la facilitazione dell'accesso ai servizi sociali, socio assistenziali e socio sanitari per informare e sensibilizzare i cittadini.

Schede POA:

Segretariato Sociale: accesso ai servizi

17 - MONITORAGGIO ATTIVITA' CONSULTORIALI

Il programma prevede di monitorare le attività consultoriali grazie alla dotazione di un software che permette la rilevazione dei dati.

Schede POA:

Software unico per i consultori ATNO

3 - SOSTENERE LA RIABILITAZIONE E IL REINSERIMENTO SOCIALE

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

Programmi Zonali relativi all'obiettivo 3:

1 - INSERIMENTO LAVORATIVO

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

Schede POA:

Inserimenti lavorativi disabili

Servizi di accompagnamento al Lavoro per persone svantaggiate – lunipergialtri

Borse lavoro Ser.D.

2 - CENTRI DIURNI ANZIANI ANCHE CON PROBLEMI COMPORTAMENTALI

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

Schede POA:

Centri Diurni Anziani

3 - LA SEMIRESIDENZIALITA' PER SOGGETTI FRAGILI

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

Schede POA:

Centri di socializzazione disabili

Centro edu@play

4 - SISTEMA DI PROTEZIONE RIFUGIATI E RICHIEDENTI ASILO

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

Schede POA:

Sistema di protezione per rifugiati e richiedenti asilo

5 - INTERVENTI RIABILITATIVI PER ADULTI

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

Schede POA:

Lavori di pubblica utilità (LPU)

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

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

Schede POA:

Abitare supportato
Progetto Raffaello Cresce

7 - OFFERTA RESIDENZIALE

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

Schede POA:

Rivalutazione dell'appropriatezza della risposta residenziale psichiatrica e relativa riallocazione degli inserimenti fatti

Progetti riabilitativi residenziali Ser.D

La risposta residenziale alla grave psicopatologia adolescenziale

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

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

Schede POA:

Pazienti psichiatrici adulti multiproblematici

Sostegno ai migranti

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

Presa in carico dei minori multiproblematici

4 - PROMUOVERE L'INCLUSIONE SOCIALE E CONTRASTARE LA POVERTA'

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

Programmi Zonali relativi all'obiettivo 4:

1 - MISURE DI CONTRASTO ALLA POVERTA'

Il programma prevede l'attuazione di tutte le azioni per contrastare la povertà.

Schede POA:

Contributi economici

Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale

Fondo solidarietà interistituzionale

REI - Reddito di Inclusione.

Progetto Emporio

Bibliografia

<http://www.regione.toscana.it/-/profili-di-salute-2018>

<https://ugeo.urbistat.com/AdminStat/it/it/demografia/dati-sintesi/italia/380/1>

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

Ringraziamenti

Ringraziamo tutti coloro che hanno partecipato all'elaborazione del Profilo di Salute e alla stesura delle schede POA, ringraziamo per l'impegno e l'entusiasmo, in particolare tutti i Responsabili dei servizi territoriali della Lunigiana e i Responsabili dei dipartimenti e dei servizi dell'asl TNO e a tutti i loro collaboratori.

Una menzione speciale va a Caterina Campani referente ANCI per l'assistenza e la gestione del processo di aggiornamento del POA, che ci ha donato il suo contributo prezioso ed insostituibile.

Un ringraziamento particolare al Direttore dell'Azienda USL Toscana Nord ovest, ai Sindaci dei Comuni della Lunigiana, al collegio sindacale, ai Sindacati, al Comitato di Partecipazione, la Consulta del Terzo Settore e tutte le Associazioni con cui collaboriamo.

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

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

