



Piano Integrato di Salute 2016-2020

Società della Salute Pistoiese

Premessa

Le evidenze del Profilo di Salute

Le scelte strategiche

- **Gli indirizzi di programmazione regionale**
- **Priorità della zona pistoiese**

Nuove opportunità per l'erogazione dei servizi

Gli obiettivi di salute e di benessere

- **I disabili**
- **La salute mentale**
- **Le demenze**
- **I pazienti affetti da malattie croniche**
- **Promozione della salute per i cittadini immigrati**
- **Le solitudini che attraversano le nostre città e i nostri paesi**
- **I pazienti oncologici**
- **Stili di vita per la salute**
- **Progetto sorveglianza esposti amianto**
- **Il piano di inclusione zonale**
 - **Casa**
 - **Lavoro**

Le risorse finanziarie

La valutazione dei risultati

Premessa

Il piano integrato di salute è lo strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello aziendale ed è articolato per ciascuna zona-distretto e società della salute, con funzioni sia strategiche che attuative.

Assolve la funzione, ai sensi dell'articolo 21 della legge regionale 24 febbraio 2005, 40 (Disciplina del Servizio Sanitario Regionale) come modificato con la legge 44 del 2014 e legge 84 del 2015, di definire gli obiettivi di salute e benessere in linea con gli indirizzi regionali, tenendo conto del profilo di salute e dei bisogni sanitari e sociali delle comunità locali, adottare strategie per rendere più facili i progetti individuali di cambiamento degli stili di vita, individuare le modalità attuative, individuare le risorse messe a disposizione, individuare gli strumenti di valutazione per misurare gli obiettivi specifici di zona.

Il PIS è lo spazio privilegiato della partecipazione individuale e collettiva, dei cittadini e dei soggetti pubblici e privati che operano sul territorio per condividere le linee dell'azione pubblica in campo sociosanitario e integrare la programmazione pubblica con le esperienze e le progettualità di attori del terzo settore.

Ai fini del coordinamento delle politiche socio-sanitarie con le altre politiche locali in grado di incidere sullo stato di salute della popolazione il PIS si coordina e si integra con il piano di inclusione zonale (PIZ) cioè lo strumento di programmazione, definito nelle modifiche dell'art 29 della legge 41/2005, delle materie sociali di competenza esclusiva dei Comuni.

La scelta per la programmazione integrata della zona pistoiese è stata quella di predisporre il piano integrato di salute integrato con il piano di inclusione zonale.

Le fasi di sviluppo del PIS

- 1) **L'elaborazione del Profilo di Salute della Zona Pistoiese.** Il Profilo è stato proposto come strumento di lettura della realtà locale attraverso l'analisi dei dati disponibili per agevolare la comprensione dei processi che influiscono sulla salute dei cittadini e analizzare le trasformazioni in atto. Alcuni temi sono stati oggetto di approfondimenti specifici attraverso un lavoro di condivisione e di partecipazione con operatori esperti e direttamente coinvolti delle diverse tematiche. A tal fine sono stati individuati 7 responsabili per ciascuna area oggetto di approfondimento che hanno coinvolto diverse figure che sul territorio hanno approfondita conoscenza della materia e che hanno lavorato su più incontri in focus. Il documento, approvato con delibera dell'Assemblea dei Soci 14 del 14/04/2016, si articola in quattro capitoli. Il primo capitolo analizza il contesto socio-demografico di inquadramento generale che traccia le dimensioni generali dei fenomeni e fornisce alcune informazioni di base. Il secondo capitolo analizza i determinanti di salute, quindi quei fattori che hanno influenza sulla salute dell'individuo e della collettività e che possono essere raggruppati in diverse categorie: condizioni socio-economiche, stili di vita e comportamenti. Il terzo capitolo affronta gli indicatori sullo stato di salute della popolazione. Nel IV capitolo sono stati analizzati i dati circa la presenza sul nostro territorio delle organizzazioni che fanno parte del terzo settore. Il primo profilo di salute del nostro territorio così costruito sarà suscettibile di ampliamenti e aggiornamenti futuri per una attenta individuazione dei problemi, dei bisogni e delle opportunità.
- 2) **La costruzione del PIS:** una volta individuati i bisogni e la percezione di salute della zona si è proceduto alla scelta delle priorità sulla base di linee di

indirizzo condivise ed approvate dall'Assemblea dei Soci della Sds Pistoiese con delibera n. 23 del 17/06/2016.

La scelta è stata di impostare il PIS su 9 obiettivi pilota/strategici consentendo l'avvio della progettazione della nostra zona, che dovrà mantenere la giusta flessibilità nel corso del quinquennio in modo da poter eventualmente orientare le scelte, al fine di garantire la maggior appropriatezza delle risposte ai bisogni di salute.

Al tal fine la costruzione del Piano Integrato di Salute si compone di due fasi:

1. La definizione dei progetti: è assolta con la partecipazione e la condivisione di tutti gli attori del sistema alla predisposizione di programmi che individuano le attività necessarie per rispondere agli obiettivi di salute, la collocazione nel tempo di tali attività e le risorse disponibili per il raggiungimento degli obiettivi.
2. La definizione del piano operativo è la fase dell'elaborazione dei progetti operativi che individueranno le azioni necessarie a conseguire gli obiettivi.

L'attuazione del Piano Integrato di Salute infatti richiede che gli obiettivi di salute vengano articolati in programmi e progetti operativi che, se pur sviluppati in settori specifici e con priorità d'intervento definite, si caratterizzeranno per l'integrazione delle competenze di tutti gli attori impegnati sul versante della salute, potenziandone le capacità di risposta e valorizzando il contesto socio-istituzionale nel quale vengono realizzate.

La fase attuativa del PIS segue la sua approvazione da parte dell'Assemblea della SdS Pistoiese.

- 3) **Valutazione dei risultati.** Il processo di valutazione ha la finalità di accertare il grado di raggiungimento degli obiettivi specifici e la loro congruità con gli obiettivi generali del PIS. La parte operativa deve essere aggiornata annualmente.

I vari momenti del PIS

- a) formazione del gruppo di lavoro sui temi legati al Piano Integrato di Salute;
- b) individuazione da parte di ciascun gruppo di lavoro delle azioni progettuali prioritarie per il raggiungimento degli obiettivi di salute tenendo conto delle risultanze del Profilo di Salute;
- c) elaborazione di una prima bozza del Piano Integrato di Salute a partire dalle priorità individuate dal Profilo di Salute;
- d) individuazione di un momento di presentazione e discussione della bozza con gli amministratori e i cittadini, con il terzo settore e associazionismo, con gli operatori della Asl e dei Comuni, al fine di garantire la massima partecipazione e condivisione del Piano Integrato di Salute;
- e) redazione finale e presentazione ufficiale da parte della SDS del Piano Integrato di Salute.

Le evidenze del profilo di salute

Il Profilo di salute costituisce la base informativa per orientare la programmazione, il momento iniziale del percorso che porta all'attuazione del sistema di governance locale attraverso la partecipazione dei soggetti istituzionali e sociali.

Il primo Profilo di salute della zona pistoiese è una elaborazione sintetica di dati epidemiologici del territorio, dai dati demografici, dai dati sociali, culturali e

lavorativi oltre a quelli sanitari ed è stato proposto come base informativa per poter comprendere i bisogni ed individuare le priorità.

Il primo Profilo di Salute della zona pistoiese è stato frutto del lavoro di operatori provenienti dalla Azienda Sanitaria e dai Comuni e da altri Enti e soggetti della partecipazione e del terzo settore del territorio che hanno lavorato in particolare ad approfondimenti su aree specifiche.

Il Profilo ha reso possibile una prima definizione delle priorità e degli obiettivi strategici.

Evidenze emergenti

Dai dati complessivi emerge che lo stato di salute della nostra popolazione risulta in linea con i parametri regionali relativamente ai livelli di mortalità generale e specifica per causa. Tuttavia si individuano evidenze legate ai principali determinanti di salute ed in particolare:

- si assiste negli anni ad un incremento numerico e percentuale della popolazione anziana ed in particolare aumenta la popolazione ultraottantenne che rappresenta il 31% della popolazione anziana;
- vi è un aumento della fragilità familiare; la composizione media della famiglia è di 2,3 persone;
- vi è un incremento generale della popolazione legato all'aumentare della presenza straniera, ma il saldo naturale continua ad essere negativo;
- la percentuale dei contratti di lavoro a tempo determinato è consistente;
- aumento consistente di cittadini che hanno richiesto un sostegno economico di integrazione al reddito;
- le malattie del sistema cardiocircolatorio, con prevalenza superiore a quella regionale, costituiscono la maggior causa di morte, di invalidità e di consumo di risorse e soprattutto rappresentano eventi potenzialmente prevenibili attraverso appropriate azioni di prevenzione e corretti stili di vita;
- i tumori determinano il 30% dei decessi nella popolazione;
- fra le malattie che producono maggiore disabilità nell'anziano le demenze rappresentano la causa principale.

Gli indirizzi e il modello di programmazione regionale

Lo stato di salute di una popolazione è determinato da molteplici fattori, alcuni come il sesso, l'età, il patrimonio genetico sono imm modificabili, mentre altri possono essere culturalmente influenzati, modificati, corretti. Si pensi agli stili di vita degli individui come l'abitudine al fumo, all'alcool, i comportamenti alimentari e sessuali, l'inattività fisica, che sono identificabili come i principali determinanti delle più frequenti malattie croniche; all'importanza degli affetti e delle relazioni sociali, come la presenza o assenza di una rete di supporto sociale o familiare, su cui poter contare nella gestione delle difficoltà quotidiane e poi i fattori legati all'ambiente di vita e di lavoro e le condizioni socioeconomiche, culturali e ambientali generali.

Tutti questi fattori interagiscono gli uni con gli altri creando una serie di condizioni che influenzano la vulnerabilità delle persone e quindi il loro stato di salute. Sono tutti fattori, eccetto quelli biologici, su cui è possibile però intervenire adottando adeguate politiche generali, ma anche sociosanitarie. L'organizzazione dei sistemi sociosanitari può infatti contribuire a creare una piattaforma per promuovere l'equità in una società oppure può alimentare e rafforzare le disuguaglianze.

Per questo la Regione promuove politiche basate sull'integrazione e sulla intersectorialità degli interventi, su forme di coordinamento aperto, capaci di governare le grandi trasformazioni in atto con modelli di sviluppo sostenibili e qualificati. D'altro canto anche gli enti locali concorrono, per le proprie competenze, al coordinamento delle politiche finalizzate ad obiettivi di salute assicurando la partecipazione delle rappresentanze sociali.

Se con il Programma regionale di sviluppo (PRS) la Regione definisce gli obiettivi per ogni settore di sua competenza da raggiungere nel quinquennio della nuova legislatura, con il Piano sanitario e sociale integrato regionale (PSSIR) dettaglia le politiche in materia sanitaria e sociale; la Conferenza regionale dei sindaci esprime parere oltre che sulle proposte di legge e di regolamento in materia sanitaria e sociale, sulla proposta di piano sanitario e sociale integrato regionale.

L'atto di programmazione regionale vigente è il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012 – 2015.

Gli obiettivi generali all'interno del documento regionale vengono definiti in termini volutamente ampi così da potersi poi articolare negli specifici settori di intervento.

Si tratta di obiettivi di principio che attraversano in modo trasversale le aree del sistema socio sanitario che vengono ricondotti più determinati obiettivi generali e specifici.

“Obiettivi generali che vengono sintetizzati nei seguenti punti:

□ *perseguire la salute come risorsa e non come problema:* risorsa per l'individuo nella scelta di stili di vita più sani, per la comunità nella creazione di un ambiente di vita e di lavoro più salubre, di un contesto sociale ricco di opportunità soprattutto per le persone più svantaggiate, per il sistema regionale in toto nell'individuare direttrici di sviluppo innovative ed economicamente rilevanti. Risorsa per la comunità da tutelare attraverso l'impegno per un ambiente sano che pensi alle attuali e alle future generazioni. Occorre pertanto individuare e realizzare, con il coinvolgimento di più attori non solo istituzionali, programmi specifici sugli stili di vita ritenuti prioritari come il fumo, il consumo di alcol, l'attività fisica, l'alimentazione anche attraverso sinergie interistituzionali

□ *mettere al centro la persona nella sua complessità:* le trasformazioni sociali ed epidemiologiche degli ultimi anni hanno reso la domanda di salute sempre più complessa e difficile da inquadrare in un ambito preciso. Produrre risposte risolutive è possibile soltanto attraverso il coordinamento di tutti gli interventi necessari e la partecipazione di tutti gli attori coinvolti, in un sistema a rete aperto e flessibile, che metta al centro la persona e non la sommatoria dei suoi problemi, superando logiche professionali e “locali” e trovando soluzioni più attente al reale vissuto della persona interessata

□ *aumentare l'equità:* le disuguaglianze socio-economiche nella società hanno prodotto disuguaglianze nella salute che la Toscana intende contrastare attraverso la sanità d'iniziativa e lo sviluppo sempre più marcato di servizi proattivi. Diventa anche inevitabile intervenire su una variabilità di sistema presente anche nella nostra Regione, che sta alla base di una buona parte delle differenze fra i servizi offerti, della garanzia di accesso, dello stesso livello di qualità e sicurezza garantiti

□ *perseguire sicurezza, efficacia e appropriatezza come valore del sistema:* per rispondere alla crescita esponenziale della domanda di salute evidenziata negli ultimi anni, diventa fondamentale che un Sistema Sociale e Sanitario efficace e sostenibile persegua l'erogazione di prestazioni efficaci e appropriate, in contesti in cui la sicurezza possa essere assicurata, attraverso la ricerca continua della qualità dei servizi forniti, un

patto con i professionisti, una informazione trasparente con i cittadini, alleanze interistituzionali sulle politiche di intervento

□ *semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi*: mettere la persona al centro significa agevolare il percorso dell'individuo attraverso scelte innovative tese a semplificare l'organizzazione dei servizi sociali e sanitari, anche in collaborazione con gli uffici relazioni Pubbliche e del Difensore Civico. Per la Zona Pistoiese possiamo pensare di affiancare a questi servizi un altro istituto di tutela, la Casa dei diritti, che potrebbe essere un riferimento importante per i cittadini e le famiglie.

Le politiche regionali non possono prescindere da quelle dell'Unione Europea: le politiche di coesione economica e sociale europea rappresentano uno dei principali strumenti di lotta diretta agli squilibri socio-economici tra gli Stati membri. I fondi strutturali costituiscono, all'interno delle politiche di coesione dell'Unione, lo strumento operativo e finanziario privilegiato di intervento volto a ridurre le disparità economiche, sociali e territoriali esistenti tra i diversi paesi membri e tra le diverse Regioni economiche europee. Secondo il principio di programmazione essi devono finanziare programmi nazionali pluriennali definiti in linea con gli obiettivi e le priorità dell'Ue. I fondi europei, insieme al cofinanziamento nazionale, assegnati ai territori, vengono impegnati attraverso programmi operativi: sono detti PON, programmi operativi nazionali, quando sono di livello nazionale e in questo caso l'Autorità di gestione (cioè l'amministrazione incaricata di gestire i fondi assegnati al programma) è un'amministrazione centrale nazionale, sono denominati POR (programmi operativi regionali) quando sono di livello regionale, e l'Autorità di gestione è affidata alle Regioni. L'Unione europea auspica un ruolo maggiore da parte delle Regioni, che sono quelle che in base al principio di sussidiarietà, meglio possono interpretare i bisogni e le criticità territoriali e sociali la cui conoscenza è indispensabile per il raggiungimento degli obiettivi della strategia Europa 2020.

Le priorità della zona pistoiese

Una volta individuati i bisogni e i problemi di salute della zona si è proceduto alla scelta delle priorità sulla base di linee di indirizzo condivise ed approvate dall'Assemblea dei Soci della Sds Pistoiese con delibera n. 23 del 17/06/2016.

La scelta è stata di impostare il PIS su 9 obiettivi pilota/strategici consentendo l'avvio della progettazione della nostra zona che dovrà mantenere la giusta flessibilità nel corso del quinquennio in modo da poter eventualmente orientare le scelte al fine di garantire la maggior appropriatezza delle risposte ai bisogni di salute.

Le priorità individuate sono di seguito elencate:

- I disabili
- La salute mentale
- Le demenze
- I pazienti affetti da malattie croniche
- Promozione della salute per i cittadini immigrati
- Le politiche per l'inclusione sociale
- I pazienti oncologici
- Stili di vita per la salute
- Progetto sorveglianza esposti amianto

Al fine di rendere omogenea la lettura del testo e di armonizzare il lavoro sui singoli temi è stata predisposta una metodologia redazionale mirante ad evidenziare:

- Analisi del contesto per illustrare, in modo esaustivo e sintetico, le caratteristiche strutturali della domanda di servizi e quelle dell'utenza portatrice del bisogno, nonché gli ambiti problematici prioritari ai quali si intende fornire risposta;
- Obiettivi e azioni con cui, rispetto allo scenario sopra delineato, compatibilmente con le risorse professionali, strutturali e finanziarie disponibili, si definiscono gli obiettivi pluriennali mantenimento/miglioramento dell'efficacia e/o dell'efficienza di un processo/servizio e si delineano le azioni progettuali da sviluppare, avviandole ex novo se necessario o realizzandole in continuità con il passato.

A tal riguardo l'articolazione degli interventi che si intende realizzare è dettagliata attraverso la predisposizione del documento POA (programma operativo annuale) che costituisce un allegato del PIS

Nuove opportunità per l'erogazione dei servizi

**Fondo Sociale Europeo programmazione 2014-2020
Programma Operativo Nazionale (PON) "Inclusione".
SOSTEGNO PER L'INCLUSIONE ATTIVA (SIA)**

La legge di stabilità per il 2016 (L. n. 208/2015) prevede la definizione di un Piano Nazionale di contrasto alla povertà, finalizzato all'individuazione di un percorso per il raggiungimento di livelli essenziali delle prestazioni da garantire su tutto il territorio nazionale per il contrasto alla povertà; nelle more di tale piano, la suddetta legge stabilisce l'avvio di una misura di contrasto alla povertà, intesa come estensione, rafforzamento e consolidamento della sperimentazione del Sostegno per l'Inclusione Attiva (SIA), che prevede l'erogazione di un sussidio economico a nuclei familiari con figli minori o disabili o donne in stato di gravidanza. Per accedere al SIA è necessaria una valutazione multidimensionale del bisogno e la costruzione di un patto con i servizi, previa presa in carico nell'ottica del

miglioramento del benessere della famiglia e della creazione di condizioni per l'uscita dalla condizione di povertà.

Il decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26/05/2016 stabilisce l'avvio del Sostegno all'Inclusione Attiva, definendone le modalità attuative ed individuando gli ambiti territoriali quali soggetti attuatori dell'intervento. La Società della Salute pistoiese è stata individuata come soggetto titolare dell'intervento (ambito territoriale) per i comuni che ne fanno parte.

Il Fondo Sociale Europeo, programmazione 2014-2020, Programma Operativo Nazionale (PON) "Inclusione", ha come obiettivo principale quello di supportare l'attuazione del sostegno per l'inclusione attiva. In particolare si intendono rafforzare i servizi di accompagnamento e le misure di attivazione rivolte ai destinatari della misura, senza intervenire sul beneficio economico, che resta a carico del bilancio dello Stato. A tal fine è prevista l'assegnazione delle risorse tramite "Bandi non competitivi", ai quali possano partecipare i soggetti titolari.

Con decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 3/2016 del 03/08/2016 è stato approvato il suddetto bando non competitivo, nel quale sono definite le azioni ammissibili e sono state ripartite le risorse fra gli ambiti territoriali, previa presentazione di proposte progettuali. Nel suddetto decreto alla Società della Salute pistoiese sono stati assegnati € 592.898,00 per il periodo 2016-2019 ed è stato fissato il termine ultimo per la presentazione delle proposte nel 30/12/2016 (termini intermedi sono stati fissati nel 30/09/2016 e nel 15/11/2016).

Le proposte progettuali devono essere articolate in specifiche azioni ammissibili, descritte nella tabella allegata al decreto, in riferimento alle Linee Guida per l'attuazione del SIA, elaborate dalla Conferenza Unificata. Tali azioni sono articolate in:

- a) Rafforzamento dei Servizi Sociali (azione prioritaria)
- b) Interventi Socio Educativi e di Attivazione Lavorativa
- c) Promozione di accordi di collaborazione in rete.

Con deliberazione dell'Assemblea dei Soci n. 26 del 28/09/2016, è stato stabilito di recepire il suddetto decreto del Ministero del Lavoro, partecipando al bando e di intraprendere un percorso di co-progettazione con i soggetti del Terzo Settore.

A partire dal mese di settembre, pertanto, un gruppo di tecnici dei comuni si è più volte riunito per procedere alla progettazione ed un gruppo ristretto di essi ha partecipato, per conto della Società della Salute, al percorso formativo organizzato da ANCI.

Contemporaneamente sono stati presi contatti con il Centro per l'Impiego di Pistoia, per condividere i percorsi relativi all'orientamento, alla consulenza e all'informazione per l'accesso al mercato del Lavoro dei beneficiari del SIA, garantendo l'integrazione fra i servizi di contrasto alla povertà, prevista dalle Linee-guida del SIA.

Successivamente, sulla base dei bisogni rilevati, sono state quindi individuate le azioni da intraprendere ed è stato suddiviso il budget fra le varie voci di spesa, secondo la seguente ripartizione:

Azione A: Rafforzamento dei Servizi Sociali
--

Rafforzamento servizio sociale professionale (2 unità)
Personale amministrativo (1 unità)
Interventi educativi e di alfabetizzazione (co-progettazione)
Acquisto attrezzature informatiche e interoperatività sistemi
<i>totale</i>
Azione B: Interventi socio-educativi e di attivazione lavorativa
Servizi educativi (co-progettazione)
Tirocini (co-progettazione)
Inserimenti presso soggetti Terzo settore (co-progettazione)
Accompagnamento all'inserimento lavorativo (co-progettazione)
Attività di formazione utenti SIA (co-progettazione)
Laboratori alfabetizzazione informatica (co-progettazione)
<i>totale</i>
Azione C: Promozione di accordi e collaborazione di rete
Formazione congiunta operatori
Convenzioni con i diversi attori del territorio per le azioni connesse al SIA (presa in carico)
<i>totale</i>
TOTALE COMPLESSIVO TRIENNIO

Sono state pertanto individuate le azioni che verranno realizzate direttamente, quelle che verranno attuate nell'ambito di un percorso di co-progettazione che coinvolgerà i soggetti del Terzo Settore ed altre da attuare tramite convenzione tra i diversi attori (pubblici e privati) del territorio che operano nel settore.

Per quanto concerne la co-progettazione, è stato pubblicato un avviso pubblico rivolto al Terzo Settore per l'individuazione dei soggetti partner come da procedura prevista nella Delibera ANAC n. 32 del 20 gennaio 2016. A tale percorso è prevista la partecipazione anche del Centro per l'Impiego, che metterà a disposizione i propri servizi.

Il Piano degli interventi è stato inviato al Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali il 14 novembre ed il progetto è stato approvato con Decreto direttoriale n 11/2017 del 31 /01/2017.

Programmazione comunitaria 2014-2020

Fondo Sociale Europeo e Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (FESR)

Attuazione del Programma Operativo Nazionale (PON) "Inclusione".

Obiettivo OT 9 – Riduzione della marginalità estrema e fenomeni di homelessness

Il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali prevede di sostenere la riduzione della marginalità estrema nelle aree urbane attraverso il potenziamento dei servizi

rivolti alle persone senza dimora. Per questo ha attivato dei “Bandi non competitivi” articolati sulle due linee relative ai:

- Programma Operativo Nazionale (PON) “Inclusione” - a sostegno della riduzione della marginalità estrema nelle aree urbane attraverso il potenziamento dei servizi rivolti alle persone senza dimora;
- Programma Operativo I del Fondo di Aiuti Europei agli Indigenti (PO I FEAD)
 - realizzazione di interventi a bassa soglia per contrastare la deprivazione materiale dei senza dimora;

con la collaborazione delle amministrazioni regionali per la selezione di proposte progettuali secondo delle linee di indirizzo nazionali e che avessero come ambiente di attuazione gli ambiti territoriali.

In questo senso la scelta progettuale della Regione é funzionale alle caratteristiche geografiche e antropologiche del territorio toscano caratterizzato da città con forti reti sociali e con una presenza di persone senza dimora diffusa e caratterizzata da forte mobilità.

A questo si aggiunge la necessità di mettere in rete le diverse esperienze, facendo delle realtà più innovative vettori di innovazione per tutta la regione. Verrà costituita una cabina di regia coordinata dalla Regione cui parteciperanno i responsabili dei progetti e della rendicontazione dei territori coinvolti, ANCI Toscana per lo sviluppo delle procedure di gestione rendicontale e di accompagnamento della programmazione territoriale, Fio.PSD (Federazione Italiana Organismi per le Persone Senza Dimora) per la formazione dei partner e la valutazione delle azioni innovative e Osservatorio Nazionale sul Disagio e la Solidarietà nelle Stazioni per mappatura territoriale, raccolta/rilevazione dati, confronto con le modalità di intervento di altri Osservatori sulle marginalità, costruzione di standard per classificazione e rilevazione dei fenomeni sulle marginalità sociali.

L'obiettivo regionale sarà quello di far emergere buone prassi e criticità allo scopo di avviare politiche di livello regionale e piani di azione sulla marginalità estrema a partire dalle evidenze che emergono dai territori, connettendo le azioni del presente programma con quelle già in atto in altri ambiti specifici (POR, PON-SIA, FAMI) e con le azioni di monitoraggio condotte dall'Autorità di gestione, in costante rapporto con l'Osservatorio sociale regionale per l'elaborazione di dati.

Obiettivi del progetto PON inclusione

- Attivazione di una rete regionale integrata fra i soggetti istituzionali allo scopo di promuovere politiche di livello regionale di contrasto della marginalità estrema.
- Creazione di un sistema regionale integrato, orientato e diffuso di servizi territoriali rivolti alle persone senza dimora e in situazioni di grave marginalità, volti alla presa in carico e alla promozione di percorsi di progressivo inserimento sociale, abitativo e lavorativo
- Rafforzamento dei percorsi sperimentali di housing first già attivati nei territori e implementazione, nel corso dello sviluppo progettuale, delle esperienze di housing first e di housing led in tutti i territori coinvolti Promozione di servizi di segretariato sociale, servizi di bassa soglia, servizi di accompagnamento allo scopo di sostenere l'autodeterminazione delle persone senza dimora.
- Rafforzamento delle reti di servizi sociali, sociosanitari, sanitari anche attraverso azioni coordinate con il terzo settore già attivo nei territori. Accompagnamento allo sviluppo dei progetti territoriali in collegamento con la programmazione regionale sociosanitaria integrata, fornendo supporti formativi e di valutazione strategica sia con azioni dirette che attraverso una specifica cabina di regia di livello regionale.

- Creazione di un sistema di monitoraggio e di rilevazione delle attività progettuali anche in connessione con l'Osservatorio Sociale Regionale.

OBIETTIVO 1-Creazione di un sistema territoriale integrato per aiutare i senza fissa dimora a riappropriarsi della propria autonomia attraverso un'organizzazione di vita (consapevolezza delle proprie dinamiche relazionali, delle proprie risorse e capacità, acquisizione di nuove abilità) all'interno di un progetto di accoglienza in alloggio (housing first).

OBIETTIVO 2-Implementare l'accesso delle persone alla rete dei servizi prevedendo, a tal fine, una o più figure di operatore sociale/mediatore anche ai fini della prevenzione dei nuovi fenomeni di emarginazione di soggetti stranieri privi di reti o italiani che risentono dei fallimenti personali, lavorativi o personali e favorire la costruzione di percorsi personalizzati attraverso l'analisi dei bisogni costituendo un'equipe multidisciplinare.

OBIETTIVO 3-Costruzione di percorsi di reinserimento sociale realizzati con progetti di inclusione sociale, opportunità formative e, ove possibile, inserimento lavorativo.

PO I FEAD

- Implementare il sistema di intervento di bassa soglia fornendo supporto alle persone maggiormente vulnerabili che accedono raramente o non accedono ai servizi dedicati: allo scopo di favorire il contatto, la presa in carico anche attraverso i servizi accompagnamento e segretariato.
- Garantire la messa in disponibilità di beni materiali e strumenti per una fruizione autonoma, consapevole e il più possibile riservata degli spazi a sostegno dell'accoglienza in housing first e housing led.
- Coordinare le misure orientate al sostegno materiale con le misure volte all'inserimento sociale, in particolare verso autonomia lavorativa e abitativa, attraverso azioni di accompagnamento;
- Coinvolgere in maniera attiva e organizzata le realtà associative e del terzo settore presenti sul territorio per coordinare gli interventi sui bisogni primari in un'ottica di sistema, limitando l'aspetto emergenziale e realizzando un'integrazione tra pubblico e privato capace di mobilitare risorse formali e informali
- Promuovere l'autonomia attraverso la disponibilità di un kit di emergenza di prima e seconda necessita anche allo scopo di riacquisire un'identità personale e la possibilità di essere rintracciati e quindi interagire con il mondo circostante.

OBIETTIVO 1 Costruzione di filiere integrate di intervento con l'attivazione di sinergie già esistenti sul territorio per offrire una risposta concreta ai bisogni primari (dormire, mangiare, lavarsi, vestirsi) con interventi a bassa soglia

OBIETTIVO 2 Acquisto e distribuzione beni materiali sia per servizi a bassa soglia sia a sostegno dell'accoglienza in housing first

OBIETTIVO 3 Acquisto di strumenti a corredo delle attività formative previste al fine di un reinserimento sociale della persona senza dimora o in grave stato di emarginazione.

Il progetto avrà durata triennale e la dotazione finanziaria prevista è di € 90.000,00 per il triennio relativo al PON INCLUSIONE e di 90.000,00 per il triennio relativo al PO I FEAD.

La presentazione del progetto è avvenuta a cura della Regione Toscana per tutti gli ambiti territoriali che hanno risposto all'invito a partecipare che ne faranno parte in veste di partner.

Regione Toscana FSE POR 2014 – 2020 Inclusione sociale e lotta alla povertà.

Progetto: COR.A.L. (CORresponsAbilità al Lavoro)

I destinatari del progetto sono persone non occupate in condizione di disabilità e iscritte negli elenchi previsti dalla L. 68/99; certificate per bisogni inerenti la salute mentale in base alle normative vigenti. Si prevede la presa in carico con selezione e valutazione funzionale iniziale di 101 destinatari di cui almeno 72 accompagnati in azienda

Gli obiettivi generali del progetto possono essere inquadrati secondo due livelli tra loro interconnessi: 1) di sistema; 2) di occupabilità delle persone.

Obiettivo di sistema. Se in senso lato l'obiettivo di sistema del progetto si definisce come la capacità di assicurare un percorso di inclusione sociale delle persone disabili, nello specifico si declina come dialogo, integrazione tra i diversi soggetti coinvolti nel progetto; in tal senso l'obiettivo sottende il concetto chiave di comunità competente. Rispetto al tema della disabilità, del disagio psichico, è fondamentale la costruzione di una comunità competente; una comunità locale è competente nel momento in cui è in grado di comprendere le specificità del problema, formula possibili azioni/percorsi, è in grado di interagire con le persone con disabilità e con i loro familiari. Una comunità è competente allorché ha la capacità di analizzare, di riconoscere i bisogni e, di conseguenza, di mobilitare le risorse necessarie per soddisfarli. Questo presuppone che, oltre agli interventi rivolti direttamente ai destinatari del progetto, ne siano attivati altri finalizzati a promuovere la crescita della comunità locale rispetto alle sue capacità di superare le discriminazioni che ostacolano l'accesso al lavoro delle persone disabili. In questo processo di cambiamento un ruolo cruciale è ricoperto dalle aziende nei confronti delle quali sono previsti interventi di sensibilizzazione e di promozione delle attività del progetto che imprescindibilmente le coinvolgono. E' in questo senso che assume una funzione strategica la realizzazione di seminari residenziali e momenti periodici di confronto e focus su aspetti specifici che interessano l'innovazione nei percorsi di inclusione sociale e lavorativa di persone svantaggiate. E' attraverso questa dimensione e questi strumenti che verrà garantito il continuo coinvolgimento e confronto tra Amministratori locali, operatori dei servizi pubblici (servizi sociali comuni e Asl, servizi per la salute mentale, Centri per l'impiego), responsabili e operatori del terzo settore e delle agenzie formative, aziende, associazioni di categoria, rappresentanti dei familiari e beneficiari degli interventi. La co-progettazione e la governance del progetto sono gli strumenti attraverso cui è possibile garantire il dialogo e attivare un processo di costruzione di comunità competente.

Obiettivo di occupabilità. La finalità ultima del progetto è data dalla volontà di creare condizioni di pari opportunità per le persone con disabilità, dunque, permettere ad ogni persona con disabilità di acquisire le competenze sociali e professionali necessarie per accrescere il proprio livello di occupabilità. La realizzazione dei percorsi di accompagnamento al lavoro sarà calibrata in relazione alle caratteristiche degli utenti e ai loro specifici bisogni nell'ottica di un approccio individualizzato. Le attività finalizzate all'occupabilità proposte con il progetto, insieme ad altri strumenti quali inserimenti socio terapeutici, ecc., costituiscono per

la persona disabile un'opportunità di riscatto dalla condizione di soggetto sociale passivo. Il progetto individuale di inserimento lavorativo accompagnerà i partecipanti nell'acquisizione di competenze professionali, ma anche relazionali, sociali e affettive, tali da offrirgli, alla conclusione del percorso, un livello di occupabilità che ne agevoli gli sbocchi lavorativi. Il progetto individuale terrà, inoltre, conto delle problematiche eventualmente aperte per l'interessato; si tratta di aspetti che, se non affrontati, possono comprometterne la riuscita (ad esempio presentarsi al lavoro in condizioni igieniche adeguate, l'esigenza di autonomia abitativa, ecc.) e questo rende fondamentale un raccordo con i Servizi che si occupano di questi aspetti.

Dai suddetti obiettivi generali discendono i seguenti obiettivi specifici:

- creare le condizioni per l'inserimento e il reinserimento lavorativo di persone disabili e soggetti vulnerabili, favorendo l'acquisizione e la valorizzazione delle competenze relazionali e lavorative, attraverso percorsi formativi e laboratoriali, orientamento, coaching, stage e work experience;
- facilitare l'ingresso e la permanenza nel mercato del lavoro di soggetti che rischiano di rimanere esclusi da opportunità occupazionali, rimuovendone la cause;
- sensibilizzare e coinvolgere attivamente le aziende del territorio relativamente al tema della responsabilità sociale di impresa al fine di favorire un giusto processo di inclusione lavorativa e sociale dei soggetti svantaggiati;
- favorire l'integrazione fra soggetti istituzionali e privati che sul territorio provinciale si occupano a vario titolo di inserimento lavorativo, ossia azioni condivise tra enti, fornitori di servizi, associazioni di famiglie, utenti e mondo del lavoro per sviluppare percorsi integrati e migliorare il (re)inserimento lavorativo dei soggetti svantaggiati e combattere ogni forma di discriminazione nel mercato del lavoro;
- riconoscere le esperienze e le conoscenze acquisite dagli utenti dei servizi e dalle loro famiglie come supporto importante per la progettazione e lo sviluppo di servizi rivolti a persone con disabilità e soggetti vulnerabili, anche attivando (ove possibile) risorse e capacità trasmesse da peer operator (facilitatore sociale) e puntando all'implementazione delle esperienze dei laboratori di comunità, come luoghi di relazioni in cui i cittadini non sono solo portatori di bisogni, ma anche di competenze e di risorse. Il coinvolgimento dal basso potrà essere generativo delle capacità di autotutela e cura della comunità stessa, intesa come "intelligenza collettiva", che sa trovare soluzioni ai problemi, è capace di creare legami sociali e reti di prossimità che possono sorreggere le fragilità al proprio interno, garantendo la continuità e la sostenibilità delle azioni di cura verso i più fragili;
- creare le condizioni per una maggiore integrazione tra sistema pubblico e del privato sociale, che possa riservare specifici appalti finalizzati all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate (secondo quanto previsto dalle normative in materia ed in continuità con i percorsi avviati all'interno del progetto).

Il finanziamento assegnato alla zona pistoiese per la realizzazione delle attività del progetto è pari a 700.776,67 euro.

Il progetto si struttura secondo una filiera logica e sequenziale di attività tese al raggiungimento degli obiettivi previsti e collocate all'interno delle seguenti fasi progettuali:

I FASE – START UP – Durata: 2 mesi

La prima fase è finalizzata a mettere a regime le azioni di governance del progetto nonché ad insediare le diverse equipe di professionisti coinvolte nella realizzazione dello stesso. Le attività che compongono la prima fase sono:

1. Costituzione ATS e relativo regolamento.
2. Insediamento dei gruppi di lavoro: Direzione, Comitato Tecnico Scientifico, Gruppo di valutazione e monitoraggio, Gruppo ICF.
3. Progettazione esecutiva: organizzazione degli interventi di sistema; modalità di raccordo con i servizi socio sanitari e i centri per l'impiego.
4. Focus group: si prevedono almeno 3 focus group, a cui parteciperanno i coach e gli esperti di ICF, finalizzati a condividere metodologie, strumenti, modalità di raccordo con DSM, CPI .

II FASE – LA PRESA IN CARICO – Durata: 3 mesi

In questa fase il progetto prende in carico le persone inviate dai centri per l'impiego e dai servizi socio sanitari e, attraverso le seguenti attività, inizia il percorso di inclusione sociale:

1. Valutazione attraverso lo strumento ICF: l'attività è svolta dagli esperti ICF in raccordo con il coach e l'educatore/assistente sociale che ha in carico la persona presso i servizi socio sanitari.
2. Bilancio di competenze: svolta dall'orientatore che, a sua volta, si relaziona con il coach.
3. Stesura del progetto personalizzato: la redazione del progetto personalizzato è svolta dal coach che si avvale/condivide la sostenibilità del progetto personalizzato con l'educatore/assistente sociale che ha in carico la persona presso i servizi socio sanitari e con l'esperto di ICF.

III FASE – PERCORSO DI OCCUPABILITA'– Durata: 18 mesi

Il percorso di inclusione sociale, occupabilità delle persone deriva dal progetto personalizzato e, in funzione di esso, le opzioni/attività che il progetto COR.A.L. mette in campo sono:

1. Attività laboratoriali: Si prevede la realizzazione di laboratori attrezzati per lo svolgimento di attività propedeutiche al percorso personalizzato di inserimento lavorativo. Questo per non precludere anche a quei soggetti che presentano maggiori difficoltà la possibilità di raggiungere l'obiettivo dell'occupabilità e dell'occupazione. Non si tratta di "laboratori protetti" che, spesso, si traducono in "contenitori" in cui non si svolge un vero e proprio lavoro, bensì attività con finalità di "mantenere in esercizio" le persone che vi partecipano. I laboratori attrezzati propongono attività che si traducono nell'assegnazione di mansioni finalizzate all'immissione di prodotti o servizi nel mercato; con questo presupposto il valore del lavoro diviene strumento di autoaffermazione e autostima. Le attività laboratoriali, a prescindere dallo specifico settore, agevolano l'acquisizione di abilità sociali, di auto-organizzazione e di problem solving rilevanti per l'efficacia del percorso di accompagnamento al lavoro. Supponendo che le attività laboratoriali si indirizzeranno soprattutto a soggetti con maggiori difficoltà si dovranno connotare con tipologie di lavoro che consentano di individuare, tra le mansioni che prevedono, quelle effettivamente idonee ad essere svolte da questo specifico target di riferimento del progetto. In sintesi, i laboratori (già presenti sul territorio) assolvono a molteplici funzioni e, all'interno del progetto, hanno un funzione cruciale in particolare per le persone con grave disabilità poiché in questi casi si configurano come "aziende", luoghi in cui si offre un'opportunità di formazione on the job e di tirocinio/occupazione. Per le persone che non hanno gravi disabilità

i laboratori sono luoghi in cui è possibile avviare un percorso formativo di pre-accompagnamento al tirocinio in azienda o come “incubatore di impresa”. All'interno del laboratorio la persona è seguita dal mentor o tutor e dal coach.

2. Formazione: Rispetto alla formazione professionale si prevedono due tipologie di percorsi: 1) professionalizzante che sarà realizzata secondo diverse modalità: d'aula, FaD, con Poli TRIO, on the job; 2) prevista per legge (HACCP, sicurezza, etc.). La programmazione in itinere dei percorsi consente di elaborare opportunità formative adeguate ai reali fabbisogni espressi dai destinatari. Si tratta di una modalità che permette di progettare e realizzare opportunità formative commisurate sia ai bisogni formativi degli utenti, colmando eventuali lacune e mettendoli in condizione di adeguatezza nell'incontro domanda/offerta di lavoro, che alle esigenze dei sistemi produttivi locali.

3. Accompagnamento in azienda (stage): La collocazione di una persona con disabilità in azienda è un momento importante nel percorso di avvicinamento personalizzato verso il lavoro. Un inserimento in azienda e/o un sostegno non adeguati possono provocare disorientamento e sfiducia del soggetto rispetto alle proprie possibilità. L'azienda deve essere individuata in modo che le mansioni da svolgervi siano confacenti alle concrete capacità/potenzialità del soggetto disabile facendo sì che lo stage costituisca il completamento appropriato degli altri interventi orientativi e formativi intrapresi ed agevoli le scelte professionali mediante la conoscenza diretta del mondo del lavoro. Questo è il compito principale del coach che deve essere capace di permettere, attraverso lo strumento dello stage, la realizzazione di una reale integrazione della persona disabile in azienda ponendo le condizioni per una sua effettiva partecipazione alle attività produttive che vi si svolgono. L'intervento si realizza in costante raccordo con il tutor aziendale che, contemporaneamente, mette a disposizione esperienza tecnica, ma anche e soprattutto la sua “sensibilità”, garantendo alla persona un preciso punto di riferimento all'interno dell'azienda.

4. Accompagnamento al lavoro. Questa attività, svolta da un esperto del mercato del lavoro che si raccorda con il coach, si struttura in: analisi della domanda dell'utente, valutazione della sua effettiva spendibilità professionale, sostegno allo sviluppo di capacità di ricerca attiva del lavoro (redazione del curriculum vitae, analisi delle offerte di lavoro, preparazione di un colloquio di selezione, etc.), sostegno nella definizione, attuazione e monitoraggio di un piano d'azione coerente e realistico finalizzato alla ricerca attiva del lavoro; tutoraggio/coaching all'inserimento lavorativo per favorire l'adattamento al ruolo nel contesto organizzativo e produttivo.

FASE TRASVERSALE 1 – VALUTAZIONE/MONITORAGGIO - Durata: 24 mesi

La valutazione/monitoraggio e l'azione di sistema sono trasversali a tutta la durata del progetto.

Valutazione e monitoraggio: Le aree di valutazione del progetto sono:

1. Rete Territoriale. Valutare e monitorare la rete territoriale significa verificare la reale costruzione di una comunità competente nonché l'efficacia ed efficienza della governance del progetto COR.A.L. Per questa area di valutazione si utilizzeranno strumenti quali questionari e/o interviste da somministrare alle aziende, ai soggetti sostenitori, ai soggetti istituzionali (educatori, assistenti sociali, Comuni, ecc.)

2. Occupabilità. Valutare l'occupabilità implica da un lato adottare strumenti di verifica degli apprendimenti (in ambito di attività laboratoriali, di formazione, on the job, etc.) e, dall'altro una verifica ex post di inclusione sociale degli utenti del progetto.

3. Sostenibilità. Questa area di valutazione, che si colloca nella fase ex post del progetto, può essere definita come una sorta di meta valutazione dell'intero progetto COR.A.L. poiché si tratta della capacità di continuare a fornire benefici agli utenti del progetto al termine del progetto stesso. Va da sé che la sostenibilità passa attraverso la valutazione del reale livello di partecipazione/coinvolgimento degli stakeholder, della reale costruzione di una rete territoriale/comunità competente, della capacità progettuale dei soggetti partner del progetto.

Azione di sistema. L'azione prevede la realizzazione di seminari residenziali e momenti periodici di confronto e focus su aspetti specifici che interessano l'innovazione nei percorsi di inclusione sociale e lavorativa di persone svantaggiate. I contenuti proposti riguarderanno in particolare:

a. Sviluppo del welfare cooperativo e inclusivo attraverso la concertazione e co-progettazione: approfondimento del quadro normativo e definizione di linee guida locali;

b. approfondimento e confronto su esperienze di co-progettazione e sviluppo di comunità;

c. approfondimento sull'influenza di stereotipi e pregiudizi nei decisori politici, negli operatori e nella comunità;

d. approfondimento e confronto sulla presa in carico integrata e la progettazione personalizzata come fondamento della politica di contrasto alla stigmatizzazione ed alla vulnerabilità sociale.

Inoltre, come azione da sperimentare su alcuni territori specifici, si propone l'attivazione dei Laboratori di Comunità, che diventino luogo di riferimento e di relazione per la comunità locale e spazi per l'individuazione e la "costruzione di patti" personalizzati in una logica di integrazione e razionalizzazione dell'offerta esistente in materia di welfare. Un aspetto centrale del cambiamento auspicato con quest'azione è la "legittimazione" dei Servizi Sociali a dedicare tempo, energie e investimento al lavoro di comunità, andando verso i luoghi di vita, agendo nei contesti, incontrando le persone, ascoltando, accompagnando e riconoscendo le risorse presenti attive e potenziali. In questa linea, i Laboratori di comunità sono un tassello importante nel processo di ripensamento e di riorganizzazione delle Politiche Sociali del territorio.

FASE DI CHIUSURA DEL PROGETTO – DIFFUSIONE DEI RISULTATI –
Durata: 1 mese

Si prevede, al termine del progetto, una completa disseminazione dei risultati tramite pubblicizzazione sui periodici informativi, nei siti web di tutti componenti del partenariato e dei soggetti sostenitori. L'obiettivo della disseminazione dei risultati del progetto è dato dalla volontà di portare a conoscenza del maggior numero di soggetti possibile i risultati conseguiti, favorendo così la sostenibilità del progetto stesso. Oltre all'uso di media (web, stampa, etc.) si prevede la realizzazione di un workshop quale evento conclusivo del progetto.

Gli obiettivi di salute e di benessere.

DISABILITA'

Contesto

"La tutela dei bisogni delle persone con disabilità rappresenta ormai da alcuni decenni una delle più rilevanti sfide delle società sviluppate. Negli ultimi anni due documenti hanno contribuito a sviluppare il concetto di disabilità e ulteriormente ribadito la priorità di dare risposte eque ed efficaci ai bisogni delle persone che si trovano in tale condizione. Il primo è l'International classification of functioning, disability and health (ICF) redatto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel maggio del 2001, nel quale viene radicalmente ridefinito il concetto di disabilità, ora non più legato esclusivamente alla malattia o alla menomazione come causa di riduzione delle capacità funzionali, bensì sulla persona stessa intesa nella sua globalità, che dunque potrà essere considerata disabile o meno, e tanto più grave o meno, a seconda della complessa interazione tra le condizioni di salute e i contesti ambientale e sociale nei quali è inserita." (Primo rapporto regionale sulla disabilità). Questo nuovo approccio alla disabilità è stato sancito anche dalla "Convenzione ONU per i diritti delle persone con disabilità" (lett. e) del preambolo) ratificata dal Parlamento italiano con la legge numero 18 del 3 marzo 2009. Tale atto stabilisce che il suo principale intento è quello di "[...] promuovere, proteggere e garantire il pieno ed uguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità [...]" (art.1).

In ambito scolastico il concetto di svantaggio comprende gli alunni certificati ai sensi della Legge 104/1992 e gli studenti con disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) e difficoltà educative. Più precisamente, con la Direttiva ministeriale del 27 dicembre 2012 è stato introdotto nel nostro ordinamento il concetto di Bisogno Educativo Speciale (BES) e, insieme ad altre norme successive, una riorganizzazione delle modalità di inclusione scolastica.

In ambito lavorativo, facendo riferimento alla Legge 68/1999 e al collocamento mirato si è registrato nella nostra zona un aumento degli iscritti, segnale di una crescente sensibilizzazione sulla tematica.

In ambito delle autonomie è importante definire il "durante noi" al fine di predisporre le basi nella prospettiva del "dopo di noi".

OB. 1.

Potenziare la partecipazione attiva della cittadinanza al fine di creare momenti preziosi per garantire la conoscenza reciproca e il confronto onesto a garanzia di un approccio consapevole alla problematica della disabilità.

Attraverso le azioni progettuali:

- Dare continuità ai momenti di confronto tra il sistema pubblico, Consulta del Terzo settore e il Comitato di partecipazione attraverso la modalità dei focus

OB. 2.

Garantire la presa in carico continuativa da parte della rete dei servizi, al fine di implementare e condividere il percorso terapeutico assistenziale in modo da realizzare un'effettiva gestione integrata

- Favorire il passaggio tra i servizi per i minori e quelli degli adulti
- Potenziare il ruolo dell'UVM disabilità (includendo anche i minori)
- Strutturare momenti di verifica con i soggetti erogatori di servizi al fine di assicurare il raggiungimento degli obiettivi e la dinamicità dei piani assistenziali

OB. 3

Facilitare l'accesso dei cittadini alle informazioni che riguardano i servizi:

- Creazione di sportelli unici d'informazione (Sportello Disabilità)
- Coinvolgimento delle associazioni della partecipazione

OB. 4.

Facilitare l'accesso dei disabili al mondo del lavoro

- Incentivare i rapporti dei servizi territoriali con il collocamento mirato dei Centri per l'impiego, anche attraverso l'esperienza dei percorsi attivati con il progetto COR.A.L.
- Implementare la sensibilità delle imprese in merito alla responsabilità sociale

OB. 5.

Supportare nella realtà pistoiese progetti per il “durante noi” e “dopo di noi”:

- Portare a regime la sperimentazione della piccola comunità Casa Luigi di Goraiolo a Marliana attivata ai sensi della DGRT 594/2014. L'attività è iniziata nel mese di marzo 2016 e risponde alle esigenze di disabili insufficienti mentali, privi di disabilità fisica.
- Attivazione di servizi finalizzati a favorire il benessere, la piena inclusione e l'autonomia delle persone con disabilità, attraverso la definizione di obiettivi di servizio per garantire interventi di accrescimento dell'autonomia e di soluzioni per l'abitare finanziati con legge 112 del 22/06/2016 nei seguenti ambiti di intervento.
 - a) Percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la deistituzionalizzazione
 - b) Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative
 - c) Programmi di accrescimento della consapevolezza e per l'abilitazione e lo sviluppo delle competenze per favorire l'autonomia delle persone con disabilità grave e una migliore gestione della vita quotidiana anche attraverso tirocini per l'inclusione sociale.

OB. 6

Ampliamento della rete dei servizi socio-sanitari

- Progressivo incremento dell'offerta di semi-residenzialità
- Progressivo incremento di servizi di assistenza domiciliare finanziati dal Fondo Non Autosufficienza: dal 2017 destinazione di almeno il 7% dell'assegnazione del FNA

SALUTE MENTALE

Premessa

La sfida alla sostenibilità in sanità, appare improba nel nostro settore, fintantoché vulnerabilità di varia natura (sociale, economica, relazionale, problemi di disabilità...) non troveranno risposte tempestive, prima di arrivare alla salute mentale come unica residua porta finale di accesso alla fruizione di diritti. Questo è uno dei motivi fondamentali per cui crediamo nell'integrazione dei servizi e individuiamo il "Patto Territoriale" come strumento utile a realizzare tale obiettivo.

SALUTE MENTALE INFANZIA E ADOLESCENZA

Contesto e obiettivi

L'Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia ed Adolescenza di Pistoia ha il compito specifico di gestire le molteplici problematiche relative alle patologie neuropsichiche dell'età evolutiva. In questo ambito la crescente domanda di assistenza e anche il mutato quadro epidemiologico creano oggettive difficoltà al nostro Servizio, in un momento storico in cui è difficile non solo incrementare ma persino mantenere le unità di personale medico, psicologico e della riabilitazione.

Risulta importante fare riferimento specifico al "PROGETTO CRISALIDE", cofinanziato dalla Società della Salute Pistoiese e dagli Istituti Raggruppati, nell'ambito del quale vengono effettuati interventi rivolti ai minori in difficoltà.

Nella primavera del 2016 è stato avviato a Pistoia il Progetto Crisalide, Servizio di secondo livello per la valutazione e cura nelle situazioni di abuso, maltrattamento e grave trascuratezza. Si tratta di uno strumento specialistico che vuole supportare il difficile lavoro dei servizi sociali, degli operatori ASL e dei giudici nelle situazioni di minori in tutela. Psicoterapeuti lavorano sulla cura del trauma con i minori e sulla recuperabilità delle competenze genitoriali con i loro genitori. Il servizio opera in alta integrazione con il servizio sociale del Comune e in raccordo con Usl. La richiesta di intervento è sancita da decreti dei Tribunali Ordinario e per i Minorenni. Il servizio è aperto per iniziativa di Istituti Raggruppati ASP pistoiese che da decenni supporta il Comune sugli interventi ai minori in difficoltà. Dopo il primo anno sperimentale il Progetto pone le basi per essere un servizio che entra nel sistema dei servizi dell'area tutela e opera nella seconda fase, dopo la messa in protezione, per curare i gravi traumi del maltrattamento oltre che per valutare e implementare la recuperabilità delle competenze genitoriali seguendo prassi sancite nel Protocollo d'Intesa per la condivisione delle professionalità coinvolte nel Centro Crisalide firmato da SDS, ASL, Comune di Pistoia, Garante Regionali Infanzia e Adolescenza, Tribunale per i Minorenni di Firenze e Tribunale Ordinario di Pistoia.

Sempre più forte è l'evidenza del valore aggiunto e della ricaduta in termini di efficacia del lavoro in rete e della integrazione fra competenze di assistenti sociali, psicologi, educatori, medici. Crisalide si è pertanto rivelato uno strumento idoneo a ridurre la frammentarietà degli interventi e ottimizzare le risorse disponibili, garantendo ai giudici la possibilità di avere una visione integrata e esaustiva delle difficoltà e delle possibili soluzioni progettuali. Crisalide potrà essere il servizio psicologico specificatamente dedicato alla tutela minorile che supporterà le assistenti sociali e i servizi ASL (USMIA, UFSMA, SERT) nei casi più gravi.

Il progetto va anche nella direzione di integrarsi con P.I.P.P.I il programma ministeriale per la prevenzione dell'istituzionalizzazione volto a rinnovare le

pratiche di intervento nei confronti delle famiglie negligenti e potenzialmente maltrattanti .

In un simile contesto, attività e principali obiettivi della UFSMIA di Pistoia in merito all'attuazione del Piano integrato di Salute, per il prossimo futuro sono:

- Garantire all'utenza un accesso ai servizi efficace, organizzato secondo precisi criteri di appropriatezza.
- Approntare una fase valutativa che possa essere al contempo rapida ed esaustiva, in modo da avviare il paziente, quando è necessario, ad un percorso terapeutico-riabilitativo adatto alle sue esigenze.
- Disegnare percorsi terapeutico-riabilitativi secondo criteri di appropriatezza, che includano modalità attendibili ed oggettivabili di verifica.
- Confermare gli ottimi rapporti di collaborazione instaurati con le scuole di ogni ordine e grado del nostro territorio, sia per l'inclusione dei nostri bambini e dei nostri ragazzi con disabilità che per le valutazioni diagnostiche e le azioni di supporto svolte dal nostro Servizio sui minori con disturbo specifico di apprendimento (DSA) o con bisogni educativi speciali (BES).
- Confermare gli attuali ottimi rapporti di collaborazione esistenti con gli enti convenzionati del nostro territorio che svolgono attività diagnostico-riabilitativa in minori con patologia neuropsichica (Fondazione MAiC e Agrabah), continuando sulla strada che ha portato alla costituzione di reti integrate, alla definizione condivisa di protocolli appropriati e a spazi di formazione comuni.
- Ampliare gli spazi di integrazione con i Servizi Sociali, perché in un contesto delicato qual è la Tutela Minorile occorre una collaborazione sempre più fattiva fra tutti gli operatori coinvolti.
- Migliorare la fase di passaggio dei nostri ragazzi verso l'età adulta in collaborazione con la UFSMA, pur consapevoli del fatto che quest'ultima non potrà accogliere tutta una serie di problematiche che costituiscono gran parte del nostro lavoro quotidiano (patologie neurologiche, disabilità cognitive, disturbi specifici, disturbi del comportamento) e anche delle enormi difficoltà che sussistono per l'inserimento lavorativo del giovane adulto con disabilità; tali difficoltà appaiono tanto più penalizzanti sul piano emotivo quando si considera il lungo precedente periodo "felice", durante il quale il ragazzo aveva usufruito, soprattutto grazie all'inclusione scolastica fra i normo-dotati, di opportunità di crescita esperienziale e di importanti spazi di socializzazione.
- L'obiettivo di salute che il progetto sopra menzionato si pone con il servizio è pertanto il crescere di una cultura della prevenzione e della cura ai minori in difficoltà e alle famiglie negligenti e maltrattanti che possa rafforzare il lavoro in tal senso già fatto da Asl e Comune e implementarlo nelle situazioni più gravi.

Azioni progettuali

- Creare, in collaborazione con l'Area Infanzia-Adolescenza del Dipartimento Salute Mentale dell'ASL Toscana Centro, accessi CUP sia medici che psicologici differenziati per urgenza e per patologia: fast-track (entro 2-3 giorni) per casi di sospetto disturbo autistico e per emergenze psichiatriche adolescenziali, visite brevi (entro 10 giorni) per patologie neuropsichiche in soglia d'attenzione, differite (entro un mese) per altre meno urgenti e infine programmate (entro 90 giorni) per sospetti disturbi dell'apprendimento.
- Definire, sempre in collaborazione con l'Area Infanzia-Adolescenza del Dipartimento Salute Mentale dell'ASL Toscana Centro, percorsi valutativi multi-

professionali efficaci per i principali quadri diagnostici (patologia neuromotoria, autismo, disabilità cognitiva, disturbi specifici).

- Applicare protocolli terapeutico-riabilitativi appropriati, in un'ottica di rete integrata di servizi che includa anche il convenzionato (FMAiC, Agrabah).
- Continuare il lavoro di scambio, includente anche percorsi di formazione, con il personale docente, anche in vista delle possibili modificazioni previste a livello normativo per l'inclusione dei minori disabili nelle scuole.
- Definire, in collaborazione con il Servizio Sociale e nell'ottica integrata della Società della Salute, protocolli più appropriati per la gestione dei delicati casi di Tutela Minorile, possibilmente coinvolgendo anche operatori del Tribunale per i Minorenni di Firenze e del Tribunale Ordinario di Pistoia.
- Fornire la nostra fattiva collaborazione a progetti dell'UFSMA, del Dipartimento della Riabilitazione e dei Servizi Sociali per un migliore passaggio all'età adulta dei ragazzi con disabilità, specie per quel che riguarda l'inserimento nel mondo lavorativo.

Le azioni specifiche previste dal progetto "Crisalide" sono:

- gli interventi clinici direttamente attuati con minori e genitori
- aiuto al coordinamento della rete degli operatori coinvolti sul caso
- contributo al miglioramento delle prassi di lavoro dei professionisti coinvolti.
- formazione dei professionisti e sensibilizzazione della cittadinanza sui temi del maltrattamento e della cura psicologica del traumatiche
- contributo alla prevenzione primaria e secondaria affinché possano interrompersi circuiti disfunzionali di relazioni e di funzionamenti che perpetuano attraverso le generazioni la sofferenza psichica e la devianza sociale
- azioni di studio e ricerca sulle problematiche della tutela e sugli indicatori qualitativi e quantitativi
- verifiche trimestrali con referenti dei servizi per verificare sia le prassi di lavoro che l'andamento dei casi dimessi

Risorse necessarie

Per tutte le necessità dell'UFSMIA, soprattutto in considerazione dell'enorme incremento della richiesta riguardante alcune patologie "emergenti" sul piano epidemiologico (autismo, disturbi del comportamento, psicopatologia adolescenziale), appare indispensabile incrementare le ore di tempo-uomo dedicate, da un lato portando a tempo pieno un neuropsichiatra che è ancora a tempo parziale e dall'altra acquisendo un'altra unità di personale medico. Appare inoltre indispensabile sostituire nel prossimo triennio coloro che avranno raggiunto l'età del pensionamento.

SALUTE MENTALE ADULTI

Contesto

Le attività svolte dalla Unità Funzionale Salute Mentale Adulti (U.F.S.M.A.) della Zona Distretto di Pistoia si propongono di fornire una risposta ai bisogni di salute mentale, attraverso l'attivazione di interventi di prevenzione, percorsi terapeutico-riabilitativi e assistenziali.

L'U.F.S.M.A. di Pistoia si pone come obiettivo principale, di mediare e supportare l'utente nell'esplicitazione dei suoi bisogni, aspettative e desideri attraverso un percorso terapeutico riabilitativo multidisciplinare. A tal fine è necessario operare

in un contesto integrato di servizi alla persona, nel quale i diversi bisogni trovino risposte appropriate, grazie ad una concreta integrazione con tutta la rete territoriale, come previsto anche dal “Patto Territoriale per la Salute Mentale”.

Obiettivi

Nell’ambito delle iniziative che si intendono promuovere in senso progettuale, si annoverano:

1. Potenziamento dei rapporti UFSMA-UFSMIA nella gestione dell’età di confine e nell’invio fra le due unità funzionali;
2. Potenziamento dei rapporti UFSMA-SerT per il Disturbo Duale che sempre in maniera più specifica si connota all’interno dei servizi;
3. Aumentare l'efficacia nella risposta precoce degli esordi psicotici.
4. Implementazione della risposta ai gravi disturbi di personalità che comportano forte impegno clinico e necessitano dell'attivazione di molte risorse per la gestione delle problematiche trattamentali e relazionali della persona;
5. Potenziamento dell'occupabilità e dell'occupazione per le persone in carico al servizio di Salute Mentale.
6. Potenziare la prevenzione attraverso azioni di promozione alla salute
7. Sviluppare e trasformare le potenzialità personali consentendo l'autodeterminazione, per superare le limitazioni che il disturbo porta con sé attraverso la prevenzione secondaria.
8. Potenziamento del lavoro in equipe multidisciplinare per i pazienti ad “alto carico”; con il paziente al centro del percorso di cura da svolgersi nel contesto sociale in cui vive.
9. Favorire l’inserimento abitativo nelle diverse forme di “abitare supportato” che sostengono l’inserimento sociale, territoriale ed il percorso verso l’autonomia delle persone con disagio psichico, e promuovere azioni concrete ed iniziative d’informazione per una cultura dell’abitare che sia rispettosa dei diritti e delle scelte della persona.
10. Implementare la tutela della Salute Mentale dei pazienti della ZD Pistoiese detenuti o sottoposti a misura di sicurezza detentiva o libertà vigilata.
11. Potenziamento dei rapporti con i MMG.
12. Implementazione del lavoro di rete con il Servizio Sociale Territoriale.
13. Potenziare e valorizzare il Centro Diurno Desii 3 incrementando ulteriormente l’apertura al territorio e alle risorse in esso insite.
14. Limitare il rischio di burn-out degli operatori.
15. Migliorare la comunicazione, il confronto e il lavoro di équipe tra tutte le professionalità.

Azioni progettuali

La cornice metodologica delle aree di promozione su cui orientare le azioni progettuali sono orientate al coinvolgimento attivo del contesto territoriale di riferimento per favorire la creazione di una rete di supporto e di potenziali opportunità.

Le azioni progettuali/ programmatiche e metodologiche del Servizio, sono volte ad una migliore integrazione dei servizi e valorizzazione delle sinergie, per percorsi più appropriati ed efficaci in termini di prevenzione, promozione della salute e di risposta ai bisogni emergenti attivando le risorse del Servizio attraverso sinergie con la rete Istituzionale e del terzo settore del territorio di riferimento. Le azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi precedentemente elencati, possono essere realizzate attraverso:

OB.1

- Organizzazione mensile di incontri di condivisione UFSMIA/UFSMA, per la presentazione dell'utenza nell'età di confine e per provvedere, all'individuazione di un'équipe multiprofessionale SMA che garantisca una continuità terapeutica-assistenziale, e alla rivalutazione psicodiagnostica con assessment psicometrico laddove necessario.

Indicatore: n. incontri/12 mesi per 100. Il risultato deve raggiungere 80 %.

OB. 2

- Porre in essere azioni sinergiche come previste dal protocollo SMA/SERT al fine di una presa in carico e di una gestione condivisa ed appropriata dei pazienti con diagnosi duale (DD)

OB. 3

- Prevedere la figura dello psicologo per una presa in carico precoce e multidisciplinare in occasione di degenza ospedaliera nei casi di esordio psicotico.

OB. 4

- Promozione di una formazione ad hoc per la gestione ed una risposta terapeutica ai disturbi di personalità pertinente e efficiente così come dimostrato dalle EBM, per la successiva attivazione di gruppi specifici.

Indicatore: avvio di un gruppo terapeutico entro 12 mesi con il modello DBT.

OB. 5

- Prosecuzione della partecipazione al Protocollo d'intesa tra la Provincia di Pistoia e l'ASL ed il disciplinare organizzativo per l'attuazione del Fondo Sociale Europeo (Allegato B della delibera della Giunta Provinciale del Luglio 2014).
- Potenziamento e creazione di nuove modalità di collaborazione con il territorio e con gli enti preposti per ottemperare al meglio la ricerca e l'individuazione, sulla base dei bisogni rilevati, di luoghi e progetti per l'area lavoro, formazione, stage utilizzando il patto territoriale per la Salute mentale.

OB.6

- Incontri di sensibilizzazione, di informazione e di educazione alla salute con gli Istituti scolastici, attivazione di specifici progetti di prevenzione sui temi del disagio giovanile anche in collaborazione con altri servizi dell'Azienda come ad esempio l'Unità Operativa di Educazione alla Salute, il Consultorio e il Centro Donna.
- Collaborazione attiva attraverso incontri di confronto e progetti condivisi con le associazioni del territorio come risorsa della comunità sociale a fianco dei servizi sulla scia del Patto Territoriale.

OB.7

- Prosecuzione di gruppi psicoeducativi con metodologia Colom e Vieta e di gruppi di supporto educativo/riabilitativo specifici per aree di intervento rivolti ad utenti;
- Attivazione di gruppi psicoeducativi con metodologia Colom e Vieta per i familiari, di gruppi psicoeducativi con metodologia Falloon per utenti e familiari.
 - Favorire percorsi di auto aiuto.

OB.8

- Formulazione e verifica dei PTR-I multi professionali per i pazienti con bisogni complessi, coinvolgendo e/o fornendo un supporto ai familiari.

OB.9

- Sviluppare sinergie tra Comuni del nostro territorio ed ASL, avvalendosi del Patto Territoriale, nelle politiche e nelle azioni volte a promuovere sperimentazioni di housing sociale, in collaborazione con soggetti non istituzionali, per la creazione di una rete di riferimento atta a favorire una risposta adeguata ai bisogni “dell'abitare”.

Indicatore: convocazioni n.4 incontri del Patto Territoriale/12 mesi.

OB.10

- Presa in carico/ continuità terapeutica dei cittadini autori di reato detenuti o sottoposti in misura di sicurezza presso la REMS (Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza) o nelle articolazioni delle strutture residenziali idonee a tali percorsi, in condivisione con le équipes sanitarie esterne al Servizio e attivazione di percorsi per la promozione di progetti di reinserimento sociale nel contesto di riferimento, in regime di detenzione alternativa e/o libertà vigilata previa autorizzazione dell'autorità giudiziaria competente.

OB.11

- In collaborazione con l'OdM, creazione, mantenimento e potenziamento di una rete comunicativa tra il soggetto specialistico e la medicina generale, attraverso lo scambio tra le figure professionali di riferimento per ridurre degli interventi in urgenza.

Indicatore: n.1 incontro entro Dicembre 2017 con l'OdM.

OB.12

- Calendarizzare incontri periodici al fine di definire modalità operative che disciplinino i rapporti tra UFSMA e Servizio Sociale nell'ottica di una ottimizzazione delle risorse.

OB.13

- Individuare “luoghi” nel territorio dove effettuare e progettare le attività in base alle risorse del territorio stesso favorendo sinergie con la rete sociale:
 - Partecipare e realizzare progetti relativi ad attività espressive sul territorio pistoiese in collaborazione con Associazioni ed altri enti;
 - Ricercare uno spazio stabile al fine di poter attuare progetti tra il gruppo scrittura e scrittori locali;
 - Attuare collaborazioni con Cooperative di tipo B per l'attivazione di vari progetti;
 - Incentivare e supportare l' “ASD La Giostra” a perseguire i propri progetti e a creare reti sempre più forti con il territorio e con le altre associazioni sportive;
 - Favorire l'autonomizzazione dell'Associazione Lunatikos.

OB.14

- Supervisione sui casi per tutti gli operatori afferenti all'UFSMA da parte di figure esperte (psicoterapeuti) esterne al servizio.

Indicatore - n. 22 incontri/12 mesi

OB.15

- Individuare delle modalità operative e organizzative del servizio al fine di assicurare la partecipazione degli operatori alle riunioni settimanali multiprofessionali volte alla discussione dei casi già in carico e alla presentazione dei nuovi.

Risorse/budget

Le risorse necessarie per la realizzazione delle azioni progettuali, oltre alle risorse umane e multi professionali del Servizio sono diverse, quali: assegnazione/approvazione budget per le attività riabilitative (Euro 55.000,00), eventi formativi sponsorizzati, promozione del lavoro di rete con agenzie esterne del contesto territoriale (es.: attivazione di accordi con agenzie del libero mercato che possano facilitare, nonostante le talvolta carenti garanzie degli utenti, l'attivazione di affitti entro il circuito della normalità al fine di attivare percorsi di reale emancipazione sociale ed evitare l'esclusiva funzione vicariante della salute mentale per assolvere a bisogni sociali e non solo di cura e riabilitazione).

Rinnovo della convenzione con circolo Arci Olmi Quarrata per il proseguo del progetto "I piaceri della vita".

Previsione di spesa per gli incontri quindicinali di supervisione 12.000,00 € annuali.

DIPENDENZE

Contesto

Le attività istituzionali svolte dalla Unità Funzionale Assistenza ai Tossicodipendenti e Alcolisti (Ser.D.) di Pistoia si propongono di fornire appropriati percorsi volti a garantire una risposta globale ai bisogni di salute della popolazione affetta da Dipendenze, assicurando l'omogeneità dei percorsi assistenziali e degli interventi di prevenzione primaria e secondaria, di cura e di riabilitazione.

L'Unità Funzionale Assistenza ai Tossicodipendenti e Alcolisti (Ser.D.) di Pistoia si pone come macro obiettivo, attraverso un approccio multidisciplinare, di fornire ai cittadini percorsi terapeutico-riabilitativi rispetto a:

- dipendenze da sostanze legali;
- dipendenze da sostanze illegali;
- dipendenze comportamentali.

Obiettivi

1. Potenziamento dei rapporti Ser.D.- UFCSMIA nella gestione dei casi, sempre più numerosi, che riguardano soggetti minorenni;
2. Potenziamenti dei rapporti Ser.D.- UFCSMA per soggetti che presentano Diagnosi Duale;
3. Implementazione della risposta del Servizio per le Dipendenze ai cittadini extracomunitari, considerato che negli ultimi anni si sta facendo sempre più evidente la presenza sul nostro territorio, di cittadini stranieri che presentano situazioni di dipendenza.
4. Riorganizzazione delle modalità di accoglienza dei soggetti che si presentano al Servizio, in relazione all'imminente trasferimento del Ser.D. presso l'ex Presidio Ospedaliero del Ceppo.
5. Potenziamenti dei rapporti Ser.D.- Servizi Sociali dei Comuni pistoiesi (SDS) per soggetti dipendenti seguiti dai SS.
6. Implementazione della risposta del Servizio per le Dipendenze ai cittadini affetti da Dipendenza da gioco d'azzardo (GAP), considerato che tale disturbo è inserito fra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).
7. Implementazione della risposta del Servizio per le Dipendenze ai cittadini che presentano dipendenze comportamentali quali Internet Addiction e Sex Addiction.
8. Revisione delle modalità degli inserimenti socio-terapeutici in seguito al confronto con le modalità utilizzate negli altri Ser.D. della Usl Centro Toscana.

9. Prosecuzione del lavoro in equipe multidisciplinare per i pazienti afferenti al Servizio.
10. Prosecuzione di iniziative di prevenzione primaria rivolte a scuole, cittadini, associazioni, ecc.
11. Prosecuzione ed implementazione della Tutela della Salute dei pazienti tossicodipendenti detenuti nella locale Casa Circondariale; assistenza a soggetti tossicodipendenti, residenti nel territorio di competenza della Z/D Pistoiese, sottoposti a misure alternative alla detenzione.
12. Potenziamento dei rapporti con i MMG.
13. Prosecuzione della partecipazione alle azioni necessarie per l'accreditamento istituzionale del Servizi per le Dipendenze.
14. Potenziamento Centro Antifumo.
15. Potenziamento Centro Alcolologico.
16. Prosecuzione della collaborazione e del confronto attivo con le Comunità Terapeutiche del territorio pistoiese.

Azioni progettuali

Le azioni progettuali/programmatiche e metodologiche del Servizio, sono volte ad una migliore integrazione dei servizi e valorizzazione delle sinergie, per percorsi più appropriati ed efficaci in termini di prevenzione, promozione della salute e di risposta ai bisogni emergenti attivando le risorse del Servizio attraverso sinergie con la rete Istituzionale e del terzo settore del territorio di riferimento.

Le azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi precedentemente elencati, possono essere realizzate attraverso:

OB.1

- Programmazione incontri periodici fra i servizi.

OB. 2

- Porre in essere azioni sinergiche previste dal protocollo SMA/SERT al fine di una presa in carico e di una gestione condivisa ed appropriata dei pazienti con diagnosi duale (DD) con PTR-I condiviso.

OB. 3

- Programmazione di attività formative, in riferimento anche ad analoghe esperienze portate avanti nei Servizi per le Dipendenze della USL Centro Toscana.

OB.4

- Dedicare spazi all'interno della riunione generale settimanale del Servizio, per la discussione e la condivisione di modalità adeguate di accoglienza in seguito al trasferimento del Ser.D. nella nuova sede.

OB. 5

- Prosecuzione degli incontri periodici con il SS, per la discussione e condivisione dei casi seguiti da entrambi i Servizi.

OB.6

- Programmazione riunioni ad hoc per la riorganizzazione del servizio GAP.

OB.7

- Partecipazione alla programmazione di formazione ad hoc, in collaborazione con gli altri Ser.D. dell'Area Dipendenze del Dipartimento S.M. e D.

OB.8

- Programmazione riunioni sul tema..

OB.9

- Formulazione e verifica dei Percorsi Individuali dei soggetti afferenti al Servizio, in ottica multi professionale.

OB.10

- Prosecuzione progetti in corso con Educazione alla Salute: UNPLUGGED, YOUNGLE, PEER EDUCATION; prosecuzione nella programmazione di incontri sul territorio su prevenzione e sensibilizzazione su stili di vita sani.

OB.11

- Presa in carico/continuità terapeutica e attivazione di percorsi in condivisione con l'autorità giudiziaria competente e le équipes sanitarie per la promozione di progetti di reinserimento sociale in regime di detenzione alternativa e/o libertà vigilata.

- Attività di consulenza specialistica presso la CC Santa Caterina di Pistoia..

OB.12

- In collaborazione con l'Ordine dei Medici, mantenimento e potenziamento di una rete comunicativa tra il soggetto specialistico e la medicina generale, attraverso lo scambio tra le figure professionali di riferimento per ridurre/annullare il numero dei "persi di vista" e degli interventi in urgenza

OB.13

- Partecipazione attiva alle gruppo di lavoro all'interno dell'Area Dipendenze del Dipartimento S.M. e D.

OB.14

- Migliorare l'appropriatezza degli interventi rivolti ai tabagisti, anche attraverso lo studio di fattibilità del collocamento del Centro in luoghi più facilmente individuabili dal cittadino (Ospedale, Case della salute?).

OB.15

- Prosecuzione della collaborazione con AA e gruppi ACAT, anche attraverso la calendarizzazione di incontri periodici con i referenti.

OB.16

- Prosecuzione della collaborazione con gli Enti Ausiliari di Pistoia, anche in riferimento alla progettazione di programmi specifici (adolescenti dipendenti, forte marginalità sociale, cambiamento degli stili di consumo, GAP, ecc.).

Risorse/budget

Le risorse necessarie per la realizzazione delle azioni progettuali, sono costituite dalle risorse umane e multi professionali del Servizio, dalle risorse economiche da impiegare per gli inserimenti socio-terapeutici e per gli inserimenti dei soggetti tossicodipendenti e alcolisti in programmi terapeutici residenziali e semi-residenziali. Inoltre sono previsti finanziamenti specifici (assistenza domiciliare ai malati di AIDS; assistenza specialistica detenuti; accordo CEART; progetto GAP).

LE DEMENZE

Contesto

La Demenza è una malattia caratterizzata dall'interazione fra problemi cognitivi e comportamentali e rappresenta la principale causa di disabilità nell'anziano. Da stime effettuate dall'Agenzia Regionale di Sanità sulla popolazione toscana, si rileva che la prevalenza, ossia il numero totale dei soggetti affetti da demenza, dopo i 60 anni, aumenta in maniera esponenziale all'aumentare dell'età, fino a raggiungere il 30 % delle persone con 90 anni e più, e che la prevalenza nella popolazione femminile è quasi il doppio rispetto a quella maschile a causa della maggiore longevità delle donne, (mediamente vivono 5 anni più a lungo degli uomini), e, in piccola parte, della maggiore incidenza della malattia di Alzheimer, (50-70% di tutte le forme di demenza), nel sesso femminile. Considerando la ripartizione per sesso e fasce di età della popolazione della Zona Pistoiese, si ricava che nel territorio di competenza della SdS Pistoiese la prevalenza della demenza negli ultrasessantenni, ossia il numero totale dei soggetti affetti, ammonta a circa 4183 persone, mentre l'incidenza della demenza negli ultrasessantenni, ossia il numero dei nuovi casi di demenza che si verificano in un anno, è pari a circa 495.

E' una patologia complessa, età correlata, con forti risvolti sociali, della durata media di 8/10 anni, progressiva fino alla difficoltà delle cure di fine vita; necessita di un costante tutoraggio. I disturbi del comportamento presenti nella malattia scompensano l'intero ambiente di vita della persona, impediscono o complicano le normali attività familiari e determinano una forte domanda di istituzionalizzazione. Ogni tipo di supporto, dal ricorso privato agli assistenti familiari alla domanda di ricovero in RSA, viene investito dal progressivo aumento delle demenze.

Una presa in carico precoce del malato e dei propri familiari, una forte personalizzazione e una costante revisione del piano di intervento possono consentire il contenimento del disturbo comportamentale e quindi possono favorire la permanenza del malato nel proprio ambiente, con un supporto di servizi assistenziali commisurato al suo grado di disabilità.

Obiettivi

Creazione di una rete integrata per le demenze

Promozione e miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi sanitari e socio-sanitari nel settore delle demenze

Aumentare le conoscenze della popolazione generale, delle persone con demenze e dei loro familiari, nonché dei professionisti del settore, ciascuno per i propri livelli di competenza

Azioni progettuali

Azioni OB 1

- Creazione di una rete assistenziale per le demenze che si configura come sistema in grado di garantire la diagnosi e la presa in carico tempestiva, la continuità assistenziale e un corretto approccio alla persona e alla famiglia nelle diverse fasi di malattia e nei diversi contesti di vita
- Garantire la presa in carico continuativa del malato e la sua famiglia da parte della rete dei servizi ed del terzo settore attraverso il "modello della gestione integrata"
- Condivisione ed implementazione di un percorso diagnostico- terapeutico -assistenziale che assicuri la gestione integrata

- Rendere omogenea l'assistenza, prestando particolare attenzione alle disuguaglianze sociali e alle condizioni di fragilità e/o vulnerabilità socio-sanitaria

Azioni OB 2

- Migliorare la qualità dell'assistenza attraverso una strutturazione di una rete di servizi che risponda a precisi criteri di qualità dell'offerta
- Strutturare un monitoraggio della qualità dei servizi offerti
- Favorire l'accessibilità e la fruibilità dei servizi
- Garantire l'appropriato utilizzo dei servizi socio-sanitari (generici e specifici)
- Sviluppare modalità di integrazione efficaci: tra i diversi professionisti, tra specialisti e Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), tra le diverse strutture (ospedale, territorio, cure intermedie ed altro), tra i servizi sanitari e socio-sanitari territoriali ed il terzo settore.

Azioni OB 3

- Attivazione di percorsi di formazione/aggiornamento rivolti a tutte le figure professionali che operano nei servizi sanitari e socio-sanitari
- Supportare le attività di sostegno nei confronti delle persone affette da Demenza ed i loro familiari sviluppando l'informazione, la sensibilizzazione e l'orientamento ai servizi presenti sul territorio.
- Favorire tutte le forme di partecipazione, in particolare attraverso il coinvolgimento delle famiglie e delle associazioni, sviluppando non solo l'empowerment delle persone ma anche quello della comunità attraverso:
- realizzazione di interventi di sostegno formativo alle attività del terzo settore
- promozione di occasioni formative in collaborazione con le associazioni dei familiari che prevedano la partecipazione di tutte le figure professionali e dei familiari / caregiver informali
- adozione di iniziative rivolte ad altri settori della vita collettiva -scuole, vigili urbani, forze dell'ordine ed altri- in modo da sviluppare una sensibilità collettiva
- incentivare tutte le opportunità a bassa soglia ed alta capacità di contatto per l'orientamento, il coinvolgimento ed il sostegno informale delle persone con Demenza e dei loro familiari (come ad esempio il Caffè Alzheimer, i Gruppi di Auto-Aiuto, lo Sportello Ascolto)
- sviluppo di iniziative di prevenzione, in particolare attraverso la promozione di momenti di aggregazione e attività fisica per gli anziani

Risorse/Budget/Indicatori

Nel periodo 2016-2020 verranno impegnati € 900.000 finalizzati alla realizzazione delle azioni indicate e all'incremento dell'offerta di servizi residenziali e semiresidenziali (importo definito nell'Accordo AD). La progettualità suddetta verrà monitorata secondo gli indicatori definito dall'Accordo Alzheimer.

CRONICITA'

Contesto

“L’esplosione” della cronicità, sia essa rappresentata da malattie cardiovascolari, respiratorie, metaboliche, neurovegetative o mentali, costringe a sperimentare nuovi modelli organizzativi, centrati sulle cure territoriali e domiciliari, certamente più appropriati rispetto all’assistenza ospedaliera nell’approccio alle malattie croniche, così da riservare quest’ultima ai casi acuti/complessi e non gestibili dal sistema delle cure primarie.

La presa in carico del paziente cronico, l’adesione al percorso di cura e la “adherence” ai trattamenti, sono tutte esigenze che il sistema di sanità pubblica indirizza in modo sempre più urgente alle Cure Primarie, attraverso il miglioramento della relazione tra il livello primario e quello specialistico, l’inserimento di strumenti informativi omogenei tra il primo e il secondo livello delle cure nella prospettiva di un’unica cartella sanitaria condivisa da tutti i soggetti interessati alla cura, e attraverso l’implementazione della formazione continua di tutti gli operatori sollecitando in ciò le amministrazioni locali.

La risposta a queste richieste è sicuramente la riprogettazione di una sanità territoriale “forte” e ben organizzata, in grado non solo di gestire al meglio i problemi acuti quotidiani ma di prevedere e programmare con precisione la propria attività in relazione ai bisogni della popolazione assistita e in grado di verificare, in modo continuo e sistematico, l’appropriatezza e la qualità delle cure erogate attraverso l’applicazione degli specifici PDTA e i relativi indicatori in uso ed elaborati a livello regionale.

Anche il contesto locale regionale ricalca la tendenza globale all’aumento della prevalenza delle patologie croniche tant’è che è stato assunto il modello organizzativo del chronic care model (di seguito CCM). Nell’ambito del territorio pistoiese, nella misura di circa il 60% della popolazione assistita, la cronicità viene presa in carico proprio con il modello assistenziale c.d. Chronic Care Model (di seguito CCM) che ha come obiettivo il miglioramento della qualità dell’assistenza, dell’appropriatezza delle prestazioni e l’empowerment del paziente e/o del caregiver attraverso nuovi laboratori esperienziali di gruppo di pazienti ed esperti. In questo modo si possono evitare ripetuti ricorsi ad esami e prestazioni specialistiche, si riducono i tempi di accesso e i percorsi amministrativi ridondanti, garantendo al Paziente cronico una presa in carico globale.

La Sanità di Iniziativa attraverso l’applicazione del modello CCM garantisce un diverso approccio culturale alla cronicità sia sul versante terapeutico sia su quello dell’organizzazione e della tipologia dei servizi coinvolti, aumentando le competenze del cittadino affetto da patologia cronica sostenuto dall’azione di figure sanitarie non solo mediche.

E’ quindi adesso necessario superare l’approccio utilizzato in prima fase dal progetto della Sanità di Iniziativa del PSR 2008-2010, mettendo al centro del sistema di attenzione e cura delle Cure Primarie il “rischio cardiovascolare” (CV), in quanto vero tracciante della condizione di rischio di cronicità e driver naturale per il recupero di un forte ruolo delle prevenzione primaria e secondaria (evoluzione e complicanze anche a lungo termine).

Si rende indispensabile dunque potenziare un sistema di cura proattivo che assuma il bisogno di salute prima dell’insorgere della malattia, o prima che essa si manifesti o si aggravi, prevedendo ed organizzando le risposte assistenziali adeguate. Essa affida alle cure primarie l’ambizioso compito di programmare e coordinare gli interventi a favore dei malati cronici, prendendo come riferimento il modello

operativo dell'Expanded Chronic Care Model, basato sulla interazione tra il paziente reso esperto da opportuni interventi di formazione e di addestramento ed il team multiprofessionale composto da MMG, infermieri, operatori sociosanitari, specialisti e volontari esperti attraverso l'elaborazione di percorsi e protocolli concreti e realistici fra tutti gli attori.

Vi è a questo punto la necessità di individuare strategie e mezzi per promuovere una maggiore interdisciplinarietà del team di cura finalizzata a migliorare la qualità di un approccio globale esaustivo per una presa in carico totale della persona trattata direttamente e sempre più vicino al domicilio del paziente attraverso lo sviluppo di un modello di infermieristica di famiglia che affianchi il lavoro del medico di medicina generale e garantisca non solo la presa in carico totale della persona ma anche la fluidità della continuità delle cure.

Obiettivi

- Garantire le prestazioni descritte nei follow up dei PDTA nei tempi stabiliti
- implementare le attività di presa in carico globale all'interno del modulo CCM
- ridurre il ricorso a visite specialistiche di secondo livello

Azioni progettuali

1 - Organizzare in maniera progressiva nel quadriennio 2017-2020 le attività specialistiche dedicate ai pazienti cronici attraverso la presenza di specialisti negli ambulatori periferici sede dei moduli CCM sia per la valutazione iniziale dei pazienti (prime visite) sia per la corretta e tempestiva esecuzione dei follow-up (esecuzione esami) che diverrebbe possibile direttamente nei moduli CCM territoriali senza ricorso alla struttura ospedaliera da parte degli utenti. In applicazione al PDTA relativamente alla patologia BPCO, sono svolte spirometrie a tutti i pazienti in carico direttamente durante la visita di follow-up da parte dell'infermiere di modulo. La refertazione dell'esame da parte dello specialista, anche in virtù di una sempre maggiore aderenza al modello di cura, risulta difficoltosa per tempi e metodi organizzativi con particolare riferimento alla zona della pianura pistoiese. Per l'annualità 2017, considerata anche la mole dei pazienti in carico per ogni patologia trattata, al fine di rendere lo start-up più agevole e mirato ai problemi riscontrati, sarebbe ipotizzabile iniziare con i pazienti affetti da BPCO (attualmente circa 1350) della zona/AFT pianura per poi estendere questo tipo di approccio anche agli altri gruppi di pazienti in carico. In questo modo potrebbero essere garantiti:

- a. esecuzione di tutti gli esami previsti al paziente con BPCO arruolato nel CCM necessari a mantenere il livello di eccellenza raggiunto nel corso degli anni;
- b. in subordine, l'esecuzione delle visite pneumologiche e degli esami funzionali prenotate a CUP per competenza territoriale con l'obiettivo di ridurre i tempi di attesa per prima visita.

2- Implementare l'esecuzione di esami ematici direttamente all'interno dei moduli CCM di cui ai follow-up dei PDTA attivi nella SdS Pistoiese. Un test **point-of-care** (POCT) è definito come un'analisi medica svolta in prossimità del sito di cura e

assistenza del paziente. Il concetto trainante è quello di portare ed eseguire il test nel modo più comodo e immediato per la persona. Ciò aumenta la probabilità che l'utente, il medico, ed il team assistenziale riceva i risultati più rapidamente e che le decisioni diagnostiche e terapeutiche e le ulteriori analisi da effettuare siano eseguite con una maggiore immediatezza. I test POCT possono essere realizzati attraverso l'utilizzo di strumenti trasportabili, portatili, palmari e kit test. L'obiettivo resta quello di raccogliere il campione ed ottenere i risultati in un periodo di tempo molto breve e nella immediatezza della zona od ambulatorio ove si trova il paziente. In questo modo il piano di trattamento e le prime cure possono essere erogate con rapidità e le dovute correzioni basate sui dati di laboratorio. A Pistoia si è iniziata una sperimentazione del sistema per i cittadini arruolati nel CCM, per l'esecuzione di esami ematochimici ricompresi nel follow-up annuale del percorso terapeutico. Sostanzialmente al paziente che si reca all'ambulatorio di medicina generale per la visita di controllo, oltre ai controlli clinici di routine, vengono eseguiti anche i controlli ematici direttamente sul posto e il paziente riesce ad avere i risultati prima che la visita dal medico sia terminata. Questo comporta un vantaggio assoluto per i pazienti in termini di tempo e dispersione di energie mentre per l'organizzazione dei servizi sanitari di base a livello territoriale i principali vantaggi si ottengono perché i risultati vengono resi disponibili immediatamente grazie all'inserimento dei dati su una cartella clinica elettronica del medico di medicina generale. In questo modo le informazioni possono essere condivise istantaneamente con tutti i membri del team sanitario che di volta in volta è coinvolto nella cura della persona.

Risorse necessarie

1 - attivazione di 20 ore di specialistica ambulatoriale pneumologia presso la Casa della Salute di Agliana, struttura che accoglierebbe la domanda di tutti i moduli CCM attivi nella pianura pistoiese quali: Agliana, Quarrata, Casalguidi e Montale.

2- implementare l'attività della squadra, già costituita all'uopo composta da professionisti del laboratorio analisi, medici di medicina generale, infermieri e dirigenti dell'Assistenza Sanitaria di Comunità che ha tracciato criteri e metodi per la realizzazione del progetto da estendersi su tutti moduli CCM.

Indicatori

La costruzione degli indicatori si è fondata sullo studio delle coorti osservabili rispetto alla zona oggetto di intervento pertanto sono state valutate le principali attività descritte come azioni per il raggiungimento degli obiettivi di progetto.

Per il primo obiettivo è stato necessario cioè individuare il numero di spirometrie effettuate nel triennio 2013-2015 sui pazienti arruolati CCM e di queste quante sono state effettuate nei setting di secondo livello (ospedale) e quante sul territorio.

I moduli esaminati sono stati quelli attivi nei territori di Agliana, Quarrata, Montale e Casalguidi e il dato aggregato per tutta la pianura è stato il seguente:

- numero totale di pazienti in carico è pari a 553,
- spirometrie eseguite a livello ospedaliero sono state 452,
- spirometrie eseguite direttamente negli ambulatori di medicina generale 36.

L'indicatore previsto diviene:

numero di spirometrie eseguite nel territorio 2017 >15% rispetto a triennio precedente

numero di spirometrie eseguite nel territorio 2018 >50% rispetto a triennio precedente

numero di spirometrie eseguite nel territorio 2019 >85% rispetto a triennio precedente

Per il secondo obiettivo, essendo una nuova attività, l'indicatore previsto è costruito rispetto al numero totale dei pazienti arruolati e non rispetto ad un trend temporale.

2017 $\frac{\text{N}^\circ \text{ di esami POCT (emocromo-EGA) eseguiti su pazienti BPCO arruolati}}{\text{N}^\circ \text{ di esami totali (emocromo -EGA) eseguiti su BPCO arruolati}} = 35\%$

2018 $\frac{\text{N}^\circ \text{ di esami POCT (emocromo-EGA) eseguiti su pazienti BPCO arruolati}}{\text{N}^\circ \text{ di esami totali (emocromo -EGA) eseguiti su BPCO arruolati}} = 55\%$

2019 $\frac{\text{N}^\circ \text{ di esami POCT (emocromo-EGA) eseguiti su pazienti BPCO arruolati}}{\text{N}^\circ \text{ di esami totali (emocromo -EGA) eseguiti su BPCO arruolati}} = 70\%$

POPOLAZIONE MIGRANTE E SALUTE

Premessa metodologica

I *focus group* organizzati per la tematica su: Popolazione migrante e salute, sono stati la naturale prosecuzione del lavoro fatto in precedenza e riassunto nel “Profilo di Salute 2016” elaborato nell’anno 2015.

Dai nuovi incontri si è evidenziato che le varie contestualizzazioni delineate nel precedente documento sono da ritenersi ancora oggi attuali, sia per quello che riguarda la tipologia di Servizi territoriali dedicati, Fattori che influiscono sui bisogni di salute delle persone non italiane che per i Bisogni di salute (per il dettaglio si rimanda al documento originale “Profilo di Salute 2016”).

Operativamente quindi, dopo aver verificato gli scostamenti che si fossero verificati dalla precedente analisi ad oggi in termini di servizi e fattori, ci siamo concentrati sulle criticità al fine di operare una scelta di obiettivi che rispondessero ai criteri di: condivisibilità, efficienza e efficacia. Poiché un’azione programmatica non può prescindere dalle risorse disponibili, le scelte sono state condizionate dal limite rappresentato dall’attuale mancanza di disponibilità finanziarie destinate a questo campo di azione.

Abbiamo quindi impostato i ragionamenti per l’elaborazione di obiettivi che fossero di possibile e sostenibile raggiungimento concentrandoci sulle necessità ravvisate in campo sistemico con azioni combinate a livello di area. Queste sono suddivise in generali e specifiche.

Le maggiori criticità in senso sistemico generale riguardano:

- una drastica riduzione di risorse per i servizi di mediazione linguistica in campo sanitario;
- problemi procedurali relativi agli ultra65enni per la certificazione della lingua italiana ai fini della richiesta del permesso di soggiorno per chi ha problemi di apprendimento;
- problemi di conoscenze normative e procedurali da parte degli operatori del terzo settore e del personale dei vari sportelli istituzionali;
- problemi da parte della popolazione migrante per la comprensione cognitiva sulle problematiche legate alla sicurezza sanitaria, stradale e alimentare;
- si riscontra spesso negli sportelli uno scorretto utilizzo dei servizi sanitari emergenziali e un difficile accesso alle procedure di iscrizione sanitaria.
- il permanere di una serie di importanti criticità riguardanti l’accesso ad un adeguato servizio di etno-psichiatria e odontoiatrico, in particolare per i richiedenti asilo¹. Un problema di grandi dimensioni reso ancora più importante proprio dai grandi numeri con cui il sistema di accoglienza si confronta e difficile da risolvere se accanto al lavoro di integrazione non si accompagna una terapia psicologica o farmacologica;

Criticità specifiche:

Riprendendo l’ultimo punto, il benessere psichico dei richiedenti/titolari protezione internazionale e umanitaria accolti nelle strutture CAS e SPRAR è considerato come un tema maggiormente critico e in forte aumento in relazione alla salute dei migranti. Si evidenzia nell’accoglienza l’emergere di situazioni di disagio psichico,

¹Uno studio condotto dall’università di Costanza, in Germania, ha rilevato che “più della metà” di quanti sono arrivati nel paese negli ultimi anni “mostra segni di disturbi mentali, e un quarto di loro soffre di Ptsd (disturbo post traumatico, ndr), ansia o depressione, che non potranno migliorare senza aiuto”

spesso casi di disturbo post traumatico da stress, causate dalle esperienze del viaggio, da torture subite, dall'esperienza di eventi traumatici che vengono rilevate nei centri tramite l'osservazione degli operatori, ma che di fatto, spesso, si manifestano in fase di acuzie con eventi eclatanti che necessitano di accesso in regime di emergenza al pronto soccorso.

Inoltre si rileva che i centri SPRAR specializzati nell'accoglienza di rich/titolari protezione che abbiano un disagio psicologico non riescono a rispondere all'importante richiesta a livello nazionale², quindi a fronte di una richiesta di inserimento trascorrono molti mesi.

Le criticità rilevate non riguardano solamente la gestione dell'emergenza, ma di fatto riguardano *altri aspetti*:

- La difficoltà di accedere in maniera tempestiva al CSM e quindi ad un percorso definito e continuativo della cura, con particolare riferimento al fatto che nella fase post –emergenza le persone rientrano nelle strutture in situazione di convivenza con altri;
- La difficoltà a leggere situazioni personali che fanno riferimento ad altre culture che necessiterebbe della figura dell'etno –psichiatra /psicologo;
- La preoccupazione delle ricadute sociali nei casi in cui queste persone non facciano un percorso di uscita dal disagio (impossibilità a raggiungere l'autonomia personale, probabilità di ricadute e peggioramenti).

Obiettivo Generale

Creazione di un sistema integrato tra istituzioni pubbliche e terzo settore con una particolare attenzione al sistema di presa in carico di situazione di disagio psichico di persone provenienti da altre culture ed in particolar modo dei richiedenti e titolari di protezione internazionale e umanitaria al fine di prevenire eventi eclatanti e diminuire in rischio di aggravamento e le ripercussioni sociali.

Obiettivi specifici

- 1- Un primo obiettivo, trasversale a tutti gli altri, è rappresentato dalla condivisione di Linee guida tra terzo settore e le varie istituzioni interessate (Regione, AUSL, enti locali, Questura, Prefettura);
- 2- Segue quindi la messa in rete dei soggetti del terzo settore e delle istituzioni tramite l'individuazione di referenti certi, istituzionali e non, utile alla individuazione e soluzione delle varie problematiche in tempi brevi e formazione degli operatori del terzo settore e delle istituzioni per la comprensione della normativa e per la conseguente standardizzazione delle varie procedure dei diversi uffici/sportelli.
- 3- Dotare il territorio di una figura di etno–psichiatra e/o psicologo che possa prendere in carico le situazioni in cui ne emerge il bisogno e non solo per gli ospiti dei centri di accoglienza, ma in generale per la popolazione straniera contestualmente alla creazione di un riferimento per i centri finalizzato all'emergere delle situazioni di disagio psichico prima della manifestazione in fase di acuzie e al confronto su percorsi di inserimento sociale e autonomia.

²In Toscana è presente un unico SPRAR Disagio mentale a Firenze con 8 posti.

Azioni progettuali

Obiettivo 1

Attivazione di un tavolo di coordinamento tra il terzo settore e le varie parti istituzionali per la redazione di Linee Guida relative alla standardizzazione delle procedure da seguire per la soddisfazione dei bisogni di salute della popolazione migrante;

Azioni

- 1.a Creazione di un evento per la presentazione degli obiettivi di progetto e l'avvio dei lavori anche ai fini della legittimazione dal punto di vista dei *policy maker* istituzionali;
- 1.b Individuazione dei referenti con la creazione del tavolo operativo;
- 1.c Durante la prima seduta i componenti il tavolo provvederanno a calendarizzare gli incontri e ad avviare i lavori di stesura delle Linee Guida;
- 1.d Presentazione del prodotto finale.

Indicatori

1. realizzazione di n. 1 evento
2. partecipazione dei rappresentanti delle istituzioni ai tavoli
3. stesura delle Linee Guida

Obiettivo 2

Creazione di una rete di referenti al fine di effettuare un aggiornamento continuo dello stato dell'arte della situazione territoriale di area con particolare riferimento all'omogeneità o meno delle risposte nei diversi ambiti territoriali e propedeutica alla creazione di una *task force*, a geometria variabile, per intervenire ai vari livelli istituzionali sia per la soluzione delle problematiche riscontrate che per la condivisione delle buone pratiche con la redazione di semplici documenti da distribuire ai componenti della rete.

Azioni

- 2.a. Creazione di un evento/workshop con i vari rappresentanti istituzionali e del terzo settore per la mappatura della rete;
- 2.b. Incontri strutturati con i vari referenti della rete per l'individuazione e condivisione di procedure;
- 2.c. Eventuale auto-formazione dei componenti della rete.

Indicatori

1. realizzazione della rete dei referenti

Obiettivo 3

Intraprendere azioni di concertazione con l'Asl, e le altre istituzioni interessate, ed il terzo settore al fine di dare soluzione alle situazioni di disagio psichico della

popolazione straniera ed evitare eventi potenzialmente pericolosi per i malati e la società.

Azioni

- 3.a Potenziare il Servizio SMA della Zona Distretto Pistoiese con competenze in ambito di etno-psicologia/ psichiatria;
- 3.b Creare una procedura di accesso al servizio di consulenza e presa in carico;
- 3.c Informare/ formare operatori pubblici e privati attraverso incontri specifici;
- 3.d Rilevare e statisticamente i dati relativi al fenomeno e valutare la prosecuzione e sostenibilità future (es. Livello regionale).

Indicatori

- 1. n. di ore di etno-psichiatria dedicato esclusivamente ai migranti
- 2. riconoscimento del bisogno da parte del Servizio UFSMA
- 3. n. 3 incontri all'anno di informazione e/o formazione tra operatori pubblici e privati

Budget/Valorizzazione

Un coordinatore di progetto

Segretariato di progetto

Formatori interni e del terzo settore

Locali di proprietà delle istituzioni

Strumentazione informatica di proprietà delle istituzioni

Cancelleria

Richieste di copertura finanziaria per:

Competenze in ambito di etno-psichiatria/psicologia €. 15.000,00 per il primo anno da rivalutare per gli anni successivi

Pubblicazioni €. 2.000,00

LE SOLITUDINI CHE ATTRAVERSANO LE NOSTRE CITTÀ E I NOSTRI PAESI

Premessa metodologica

Partendo dalla descrizione qualitativa e quantitativa e dai punti di riflessione rilevati nel focus che si è svolto nell'anno 2016, il gruppo di lavoro si è concentrato sulla contestualizzazione del fenomeno condividendo la difficoltà ad intervenire su tutte le sfere individuate nel Profilo di Salute 2016.

Per questo motivo si è scelto di delineare **un solo obiettivo generale** sostenibile nel tempo e tale da consentire una lettura delle solitudini che a nostro avviso rimangono più nascoste. In altre parole, il tentativo sarebbe quello di far emergere, oltre le solitudini reali e manifeste, anche le solitudini che sfuggono dai contesti cosiddetti "riconosciuti". Così come è stato chiaramente indicato nel Profilo di Salute della SdS pistoiese si parla di "... solitudini che hanno ancor maggior bisogno di essere scovate e accolte, non sulla base di bisogni esplicitati ma proprio in virtù della forza attrattiva che esercita la solitudine stessa, con la necessità di scappare, di non essere trovati, di rifugiarsi in contesti bui: quelli invisibili, quelli che non chiedono, che non appaiono e che sono ancor più preoccupanti".

Siamo partiti dalla definizione dell'albero dei problemi per introdurre elementi collegati tra di loro coerenti con il mandato programmatico. Il principio comune che accomuna l'analisi degli interventi discussi durante il focus è la **difficoltà dei servizi** nel farsi carico delle problematiche non espressamente riconosciute nel senso che ogni servizio, pubblico e privato, detiene da un lato il patrimonio delle proprie attività di intervento, dall'altro tantissime informazioni che sono la fonte dei cosiddetti "campanelli di allarme" ma che rimangono inespresi perché non trovano il canale giusto per essere recepiti e ascoltati.

Obiettivo generale

Osservatorio delle solitudini nascoste. Trattandosi di uno spazio di analisi molto vasto, si è deciso di non dare seguito ad una "selezione" di aree di intervento specifiche (che eventualmente potrà essere fatta successivamente dagli amministratori ad eccezione di quelle che vengono affrontate in altri gruppi di lavoro sui diversi focus del profilo di Salute), ma di prevedere un' **azione di sistema** che consenta di intervenire sull'aspetto della prevenzione attraverso un approccio non strettamente teorico bensì operativo partendo da tre argomentazioni precise: metodo/ osservazione e formazione / informazione e sensibilizzazione

La scelta di sviluppare un atto programmatico di questo genere nasce dalla consapevolezza che intercettare le solitudini nascoste implica dover intervenire e orientare le scelte degli amministratori, incidendo in maniera determinante sulla condizione di salute delle persone definito dall'OMS "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non meramente l'assenza di malattia o infermità".

In poche parole, perseguire la salute come risorsa e non come problema aumentando l'idea di sicurezza e appropriatezza come un valore aggiunto del sistema locale.

OBIETTIVI SPECIFICI

OB1. Costituzione di una **Cabina di regia**, in ambito territoriale, stabile e riconosciuta, connotata per l'aspetto di ascolto e osservazione.

Azioni progettuali

Le azioni si sviluppano in più fasi e prevedono:

1 a. individuazione dei soggetti facenti parte della Cabina di regia istituzionali e del terzo settore. Individuazione di un coordinatore. Predisposizione di un atto che dia evidenza della costituzione della Cabina.

1 b. all'interno della Cabina di regia sarà individuata una metodologia condivisa per la costruzione di uno strumento di rilevazione dei bisogni e di intercettazione delle cosiddette "aree di rischio e fragilità", indipendentemente dagli ambiti tematici.

1c. la Cabina di regia si coordinerà per la ricerca di contatti finalizzati a creare sinergie per la mappatura (prevista nell'obiettivo successivo) e per l'avvio di un processo di sensibilizzazione. In altri termini, un percorso partecipato per la sostenibilità del Piano e la costruzione di una rete.

Risultato atteso

Con la costituzione di una Cabina di regia, si prevede di individuare un contesto dove poter far convergere gli aspetti cardini di questo programma. Il vantaggio può essere duplice, nel senso che da un lato avremo la costruzione di una struttura portante per la rappresentazione di scenari presenti e futuri, dall'altro la potenzialità di programmare azioni mirate ed essenziali.

Alla base del Piano, deve essere evidente la rilevanza del problema in termini di gravità e frequenza, la risolvibilità dello stesso, la disponibilità di competenze adeguate agli interventi, gli effetti e le conseguenze prevedibili su altri settori del sistema locale.

Indicatori

Da un punto di vista di i. quantitativi possiamo prevedere il n. di contatti intrapresi attraverso telefonate, email, riunioni, n. di soggetti esterni formalmente coinvolti, n. di incontri pianificati, n. di accessi alla Cabina, n. verbali redatti mentre, per quelli qualitativi, si fa riferimento al livello di puntualità, correttezza e trasparenza nella realizzazione delle singole azioni.

Tempi di attuazione

Si prevede di costituire la Cabina di regia nei primi mesi successivi all'approvazione del Piano Integrato di Salute e inserire come priorità la ricerca dei contatti per lo sviluppo del punto 1 c. Contestualmente, la Cabina inizierà a lavorare sul punto 1 b.

OB2. Osservazione e comprensione del fenomeno partendo dalla ricognizione dei servizi presenti nell'ambito territoriale ai fini della mappatura. Individuazione delle aree a rischio. Tutte le informazioni e gli elementi di criticità provenienti dai contesti territoriali devono essere raccolti presso la Cabina di regia, adeguatamente formata.

Azioni progettuali

1a. Acquisizione di informazioni dettagliate riguardo alle progettualità in essere per la **mappatura** dei servizi e delle attività. Si ambisce così a promuovere la conoscenza reciproca dei territori attraverso un processo continuo che deve essere costantemente aggiornato per non perderne l'efficacia.

2b. Reclutamento e addestramento delle figure "sentinella" capaci di riconoscere i segnali di rischio.

2c. Attività di formazione delle figure sentinella a cura degli operatori che lavorano su problematiche di vario genere.

2d. Attività di formazione per i componenti della cabina di regia.

Risultato atteso

Si prevede di favorire una conoscenza generale per agire contestualmente sull'identificazione delle problematiche meno note. La figura della "sentinella" (già sperimentata in altri ambiti) deve svolgere la funzione di "esplorazione e intercettazione". In questa fase la ricerca di sentinelle deve essere molto accurata:

riteniamo che la formazione sia una determinante sicura per ottenere i risultati auspicati.

Indicatori quantitativi

n. di segnalazioni pervenute alla Cabina

n. di interventi attivati per reclutare le figure “sentinella”

n. di risorse umane selezionate

n. di incontri formativi realizzati

Indicatori qualitativi

Qualità dell’osservazione

Frequenza rilevazioni

Completezza dei report intermedi di sintesi

Tempi di attuazione

Per l’aspetto della mappatura, il tempo di attuazione sarà da giugno a settembre, mentre per il reclutamento e la formazione delle figure sentinella ottobre-dicembre 2017. Dal 2018 fino alla fine scadenza del PIS le sentinelle opereranno attivamente.

OB3. La Cabina di regia sarà il luogo di raccolta delle informazioni, delle registrazioni delle sentinelle e di elaborazione dei dati. L’analisi dovrà tener conto delle rilevazioni effettuate e accuratamente documentate.

Azioni progettuali

3a analisi dei dati e somministrazione dei questionari di gradimento

3b. predisposizione di un documento finale da presentare nelle sedi opportune

3c. Creazione di momenti di informazione e sensibilizzazione rivolti anche alla cittadinanza.

Risultato atteso

Si prevede di accertare il cambiamento ottenuto in termini di conoscenza e consapevolezza.

Pensiamo che l’informazione sia lo strumento legittimato a esplicitare criticità e opportunità di cambiamento. Al tempo stesso, sarebbe opportuno mettere in evidenza i fattori che hanno ostacolato la realizzazione degli interventi e quelli che ne hanno favorito l’attuazione.

In tal senso, il confronto e lo scambio attivo con altri soggetti e realtà locali deve diventare un ulteriore strumento di formazione del personale che abbia la caratteristica di incentivare, motivare e valorizzare il lavoro di ciascuno.

Il tentativo è quello di importare e di esportare buone pratiche attraverso il meccanismo della documentazione che diviene “memoria” effettiva.

Indicatori quantitativi

- n. di report

- n. di eventi organizzati per sensibilizzare e informare la cittadinanza

- n. di opuscoli distribuiti

Indicatori qualitativi

- livello di gradimento ottenuto attraverso la somministrazione di questionari

- schede analitiche per la rilevazione di elementi di criticità.

- qualità delle informazioni concesse.

Tempi di attuazione

Per questo obiettivo si prevede un periodo di progetto negli anni 2018-2019-2020 contemplando momenti di restituzione parziale e finale degli esiti da decidere in itinere. Assicurarsi che la diffusione dei risultati avvenga con modalità integrate ed estese all’ambito territoriale.

Monitoraggio del Piano

Il monitoraggio è un'occasione per consentire di analizzare il percorso intrapreso evitando e/o limitando l'insorgenza di criticità che, se non affrontate, potrebbero divenire irrimediabili. Inoltre il monitoraggio presume la scelta di “porre attenzione” verso tutti gli interlocutori. Questa fase contempla anche la stesura di un report annuale per rendere noto lo stato dell'arte e ambire ad un “confronto intersettoriale e interzonale”.

Verifica finale

La valutazione dei risultati accerterà non solo il raggiungimento degli obiettivi generale e specifici ma la percezione che i soggetti istituzionali avranno dei mutamenti intervenuti per effetto del PIS.

Risorse/budget/solo valorizzazioni

1 coordinatore di progetto

1 operatore del servizio civile o un volontario di Associazioni che aderiscono alla Cabina di regia.

Sede per la Cabina di regia.

1 computer portatile e un indirizzo di posta elettronica indirizzata alla Cabina di regia.

Materiale di cancelleria

Proposta di spesa per la formazione dei componenti la cabina di regia: €.3.600 per gli anni di programmazione del PIS.

ASSISTENZA AI PAZIENTI ONCOLOGICI

Contesto

Nel gennaio 2016 la Società della Salute Pistoiese ha presentato il suo primo Profilo di Salute. Nel corso della discussione relativa al Focus sull'approccio al paziente oncologico post trattamento erano state evidenziate numerose criticità da considerare nell'organizzazione dei servizi rivolti a questa tipologia di pazienti, i quali vengono investiti dall'evento patologico insieme alle loro famiglie col rischio di compromettere ulteriormente una condizione magari già fragile in partenza. Questi aspetti sono stati ribaditi anche nella recente DGRT n. 1068 del 2 Novembre 2016 "Indirizzi regionali per la gestione del Follow Up oncologico", in cui si sottolinea "la peculiarità della domanda per patologia oncologica che si caratterizza per essere diffusa, talvolta complessa e sempre ad alto impatto emotivo, richiede risposte con caratteristiche di elevata integrazione professionale, tempestive ed omogenee nell'ambito di percorsi assistenziali con accessi guidati, che assicurino la continuità di cura".

A maggior ragione l'implementazione di nuovi approcci, unitamente alla revisione e all'integrazione di quelli già esistenti, risulta fondamentale in un momento di profonda riorganizzazione della sanità regionale come quello attuale, che si inserisce tra l'altro in una fase di mutamento degli assetti sociali, con evoluzione dei paradigmi classici della famiglia e delle reti di relazioni, di crisi economica e di aspetti demografico-epidemiologici quali il progressivo invecchiamento della popolazione e la cronicizzazione delle patologie oncologiche.

Tutti ciò complessivamente favorisce la nascita di nuovi bisogni più articolati e complessi per famiglie che si trovano ad affrontare un evento critico quale la patologia oncologica. Ad oggi l'offerta presenta ancora delle criticità e le misure attuate sinora, come l'istituzione dei Centri oncologici di Riferimento Dipartimentale (CORD), pur facilitando un'integrazione multidisciplinare, hanno risposto alla domanda assistenziale oncologica solo parzialmente e con difformità tra sede e sede.

Obiettivi

E' fondamentale assicurare la massima attenzione alle problematiche delle persone con patologia oncologica nelle fasi successive al trattamento, considerando globalmente sia l'aspetto sanitario che quello assistenziale e psicologico.

Nell'ottica di una presa in carico più efficace del paziente l'obiettivo è quello di implementare un modello organizzativo che consenta di guidare la persona all'interno della rete dei servizi già esistenti, assicurando l'interconnessione delle articolazioni che concorrono alle risposte previste dal percorso diagnostico terapeutico e assistenziale, facendo sì che non sia il cittadino a dover cercare e stabilire i collegamenti tra i diversi punti del sistema che erogano i servizi dei quali ha bisogno, ma che sia il sistema stesso a guidarlo e ad accompagnarlo per tutta la durata del percorso.

Contemporaneamente è auspicabile perseguire una maggiore efficacia ed appropriatezza nell'utilizzo delle risorse procedendo ad una revisione delle modalità organizzative del follow up in ambito oncologico per garantire il superamento della frammentarietà e talvolta inappropriata o ridondanza delle risposte.

Altro aspetto sarà quello di potenziare alcuni erogatori di prestazioni sul territorio, con riferimento sia a strutture da creare ex-novo come la psico-oncologia sia a realtà ormai consolidate come quella delle cure palliative presso l'Hospice di Spicchio, con l'obiettivo di dare risposta ad un bacino di utenza sempre più ampio.

Azioni progettuali

- Assicurare al paziente in follow-up la possibilità di prenotazione diretta della visita specialistica successiva e delle principali indagini previste dal relativo protocollo;
- Istituzione presso il CORD di un Punto Servizi come unica interfaccia per le prenotazioni degli accertamenti previsti dal follow-up per i pazienti oncologici seguiti dalla struttura, i quali non si dovranno più rivolgere al CUP;
- Istituzione di agende dedicate per la prenotazione delle prestazioni, strutturate in modo tale da garantire una estensione temporale ed una capacità sufficienti ad organizzare un'attività di lungo termine come la sorveglianza dei pazienti oncologici;
- Implementazione della consultazione specialistica oncologica telefonica per l'accesso diretto allo specialista per i pazienti in cura o dei loro medici di famiglia al fine di favorire rapide consultazioni e decisioni condivise;
- Revisione ed aggiornamento dei protocolli per il Follow Up e approvazione di specifici protocolli regionali;
- Strutturazione di un'unità di psico-oncologia aziendale;
- Incremento dei posti disponibili per le cure palliative presso l'Hospice di Spicchio.

Risorse

Le risorse da utilizzare dovranno trovare capienza progressiva nella programmazione annuale dell'Azienda Sanitaria anche facendo seguito alla già citata DGRT n. 1068/2016.

Indicatori di processo

Attivazione del Punto Servizi presso il CORD → entro il 2017

Realizzazione di un sistema dedicato di generazione e gestione delle prenotazioni per il Follow Up con trasferimento delle prenotazioni per almeno un percorso → entro il 2017

Gestione di tutti i percorsi di Follow Up tramite il Punto Servizi → entro il triennio 2017-2019

STILI DI VITA PER LA SALUTE

Contesto

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, lo stile di vita è un modo di vivere basato su profili identificabili di comportamento che sono determinati dall'interconnessione tra caratteristiche individuali, interazioni sociali e condizioni socioeconomiche e ambientali.

I dati epidemiologici, a livello internazionale e nazionale, e le evidenze scientifiche riportano lo stretto legame tra stili di vita sani (alimentazione, attività fisica ecc.) e prevenzione di malattie cronico-degenerative. Secondo l'*Institute for Health Metrics and Evaluation*, in Italia nel 2015, tra i dieci fattori di rischio maggiormente responsabili delle morti e della disabilità, vi sono la dieta, il tabagismo e la scarsa attività fisica³.

L'importanza dell'attività fisica per la sanità pubblica è sottolineata, a partire dalla raccomandazione dell'OMS, in molti documenti che mettono in risalto la necessità che essa segua specifici requisiti e regole. È dimostrato infatti che la frequenza, la durata, l'intensità, il tipo e la quantità totale di attività fisica, sono caratteristiche che determinano la sua efficacia nella tutela della salute dell'individuo.

Da qui, l'esigenza di programmare azioni per la promozione di stili di vita salutari che migliorino la qualità della vita e riducano il carico di malattia.

Azioni di questo tipo richiedono la presenza di una sinergia fra azioni di promozione della salute, che coinvolgono le strutture ed i professionisti sanitari, e interventi del contesto comunitario, attivati in primo luogo dagli EELL, che faciliti l'adozione di stili di vita corretti.

Sono state individuate, in considerazione della realtà locale e dei bisogni della popolazione di riferimento, espressi anche nel Profilo di Salute, le seguenti aree prioritarie di azione: l'alimentazione, l'attività fisica, il fumo e la dipendenza da gioco d'azzardo.

Per quanto riguarda quest'ultima area, in Toscana il quadro epidemiologico sulla diffusione del gioco d'azzardo nella popolazione generale viene stimato dai dati nazionali (Studio IPSAD sulla popolazione adulta e studio EPSAD sugli adolescenti). Dai dati presentati dall'Agenzia Regionale di Sanità (ARS), risulterebbero circa 30.000 i residenti toscani affetti da Gioco d'Azzardo Patologico. Inoltre, dallo studio EDIT condotto da ARS ogni 3 anni a partire dal 2005 su un campione di studenti tra i 14 e i 19 anni, la prevalenza del gioco nella vita, riferita al 2015, risulta in linea con il dato nazionale. I risultati della somministrazione al campione in studio del Lie/Bet Q, un test di *screening* per identificare la quota di ragazzi potenzialmente a rischio di sviluppare un problema con il gioco, mostrano che i positivi a questo test rappresentano il 7,3%, con forti differenze di genere, anche nella distribuzione per età: le prevalenze delle femmine rimangono costanti, mentre quelle maschili aumentano proporzionalmente⁴.

Obiettivi

³Institute for Health Metrics and Evaluation. Disponibile all'indirizzo: <http://www.healthdata.org/italy>

⁴Agenzia Regionale di Sanità. Disponibile su: <https://www.ars.toscana.it/it/aree-dintervento/determinanti-di-salute/dipendenze/gioco-dazzardo.html>

- **Area Alimentazione:** fornire informazioni sui comportamenti alimentari corretti; favorire l'acquisizione di conoscenze e competenze per una dieta bilanciata.
- **Area Attività Fisica:** promuovere la cultura del movimento e favorire le occasioni per praticare attività fisica. Per le iniziative a supporto dell'invecchiamento attivo della popolazione è dimostrato non solo un ritorno in termini di miglioramento delle condizioni di salute e di qualità della vita, ma la ricaduta ampiamente positiva in termini di investimento economico.
- **Area Fumo:** sensibilizzare la popolazione sulla problematica e i danni che provoca alla salute; fornire le indicazioni utili sui servizi a disposizione per la cessazione dell'abitudine al fumo.
- **Area Dipendenza da Gioco d'Azzardo:** sensibilizzare la popolazione sul problema; informare sull'entità, le caratteristiche, sui rischi della dipendenza da gioco d'azzardo e sui servizi attivi sul territorio.

Azioni progettuali

Il Piano Regionale per la Prevenzione 2014-2018 della Toscana, costituisce lo strumento di riferimento per le azioni di promozione della salute e di prevenzione, che coinvolge il cittadino nei luoghi di vita e di lavoro. Il Piano annovera molti progetti, rivolti al miglioramento degli stili di vita, pertanto si intende valorizzare e promuovere le azioni che già l'Azienda Sanitaria porta avanti sul territorio, in ottemperanza del Piano Regionale della Prevenzione.

Di seguito vengono illustrate, in sintesi, le azioni da intraprendere per ciascuna area tematica.

Per l'area sull'alimentazione:

Si prevede di implementare e sviluppare le progettualità già in corso, relative all'alimentazione, promosse dal Dipartimento della Prevenzione e di affiancare a queste, un'iniziativa rivolta agli istituti scolastici, affinché aderiscano ad un "sorta di decalogo" che favorisca la diffusione di corretti comportamenti.

Per l'area sull'attività fisica:

- la creazione di gruppi di cammino nel territorio urbano pistoiese; attraverso la progettazione di percorsi che permettano di muoversi alla velocità idonea ad essere efficace sulle condizioni di salute dei partecipanti. Un supporto potrebbe derivare dall'uso dei social network che consentono lo scambio delle informazioni e della programmazione fra gli aderenti e possono aiutare nella diffusione dell'iniziativa. Ancora più importante la funzione di socializzazione che la formazione dei gruppi di cammino può svolgere, moltiplicando anche la diffusione della buona pratica nella popolazione.

Indicatore: programmazione di almeno 1 ciclo di camminate nel territorio SdS P.se ad un anno dalla approvazione del PIS

- l'installazione in aree di verde pubblico/parchi di attrezzi ginnici, corredati di informazioni sul loro corretto utilizzo, per l'esecuzione in autonomia di esercizi fisici semplici;

Indicatore: n° installazioni aree attrezzate nel territorio SdS pistoiese (almeno 1 area entro il quinquennio di validità PIS)

- l'implementazione dell'adesione Attività Fisica Adattata della popolazione target attraverso sinergie con i Medici di Medicina Generale.

Indicatore: realizzazione di almeno 1 incontro informativo con AFT per promozione AFA

Per l'area del fumo:

- la creazione di aree libere da fumo in aree di verde pubblico/parchi gioco;
Indicatore: n. aree verdi libere da fumo deliberate dai Comuni (almeno 2 nel quinquennio: 1 territorio città Pistoia e uno nella piana)

- la divulgazione di informazioni sui servizi disponibili per la cessazione dell'abitudine al fumo, sui rischi per la salute e sui danni ambientali per l'abbandono dei mozziconi, in collaborazione anche con i Medici di Medicina Generale e i Medici Competenti.

Indicatori: effettuazione di almeno n. 1 incontro per ogni AFT; realizzazione di almeno un incontro con Medici Competenti

- la condivisione di protocolli tra il centro antifumo e gli altri servizi territoriali e ospedalieri per l'invio dei pazienti con dipendenza da tabacco;

Indicatori: realizzazione di un Protocollo condiviso tra i servizi entro 1 anno dall'approvazione PIS

Per l'area della dipendenza da gioco d'azzardo:

- lo sviluppo di iniziative di sensibilizzazione e informazione su questa tematica e sui corretti stili di vita nei *setting* lavorativi, circoli e luoghi di aggregazione e anche attraverso altri canali (tv, radio)

Indicatori: realizzazione di un evento pubblico di sensibilizzazione ; diffusione di messaggi radio e tv almeno 2/mese

- la valorizzare della scelta dei gestori di esercizi pubblici di non installare o di rimuovere slot machines, new slot e videopoker, anche facendo riferimento ai regolamenti degli enti locali.

Indicatore: n. di bollini dati ai gestori per valorizzare scelta di locale videopoker-free (. I anno almeno 10, secondo anno almeno 20,...)

Si segnalano, inoltre, due progetti di prossima realizzazione che integrano le azioni previste:

- il progetto **“Il territorio ed il contrasto al gioco d’azzardo: un intervento di rete”**, presentato a febbraio 2017 alla Regione Toscana, che vede coinvolte le Società della Salute Pistoiese e della Valdinievole e per il quale è stato richiesto un finanziamento complessivo di 78.079,56 euro, dei quali 45.630,21 sono da destinare alla zona pistoiese. Il progetto prevede l’attivazione di un gruppo di lavoro costituito da Istituzioni, Enti, Ordini Professionali ed Associazioni al fine di costituire un coordinamento a livello delle Società della Salute per programmare ed attuare azioni di sensibilizzazione e di prevenzione nella popolazione generale sul disturbo da gioco d’azzardo patologico, azioni di sostegno al giocatore d’azzardo ed ai familiari, quali il collegamento con il centro antiusura e l’attivazione di un servizio di consulenza legale, un supporto all’uso consapevole del denaro e la realizzazione di un’indagine epidemiologica sul territorio.

- il progetto **“Youngle”**, promosso dal Ministero della Salute e dalle Regioni Toscana, Emilia Romagna, Liguria, Umbria, Campania, Puglia, Lombardia, Lazio. E’ un progetto tra pari di ascolto e counseling attraverso una chatline, rivolto ad adolescenti e gestito da adolescenti con il supporto di psicologi ed esperti asl di peer education. I ragazzi potranno confrontarsi e affrontare le problematiche e i dubbi sui temi dell’affettività, sessualità, esperienze con alcool e altre sostanze. Il progetto, già attivo in Valdinievole con il coinvolgimento di un gruppo di studenti peer educator del liceo scientifico di Montecatini, dal prossimo anno scolastico sarà proposto anche agli istituti scolastici della Zona Pistoiese coinvolti nelle attività di peer education a livello scolastico. Il progetto Youngle è stato inserito dall’Organizzazione Mondiale della Sanità tra i progetti di eccellenza per la salute mentale in adolescenza.

Le risorse e il budget da destinare alla realizzazione delle azioni descritte sono in fase di definizione.

PROGETTO DI SORVEGLIANZA SANITARIA EX ESPOSTI AD AMIANTO

Contesto

Il tema della sorveglianza degli ex esposti ad amianto, già dal 2001, è stato oggetto di Linee d'indirizzo regionali. Alla fine del 2010 la problematica è stata rimessa al centro dell'attenzione dell'Assessorato regionale al Diritto alla Salute, sfruttando le conoscenze e le competenze maturate nel corso degli anni e i risultati dei progetti di ricerca che negli anni hanno coinvolto gli operatori toscani.

Con il Decreto Dirigenziale n.1826 del 2012, in Regione Toscana è stato istituito del "Gruppo di lavoro regionale per la definizione di linee di indirizzo per la realizzazione della sorveglianza sanitaria dei lavoratori con pregresse esposizioni ad amianto". Il gruppo ha prodotto un documento in cui viene tracciato un percorso di sorveglianza sanitaria, organizzato e omogeneo su tutto il territorio regionale, per i lavoratori ex-esposti ad amianto residenti in Toscana (dimessi o che sono tuttora al lavoro in aziende diverse da quelle dove sono stati in precedenza esposti), di 30-79 anni di età, per i 30 anni successivi alla cessazione della lavorazione a rischio di esposizione ad amianto. Potranno essere invitati anche lavoratori ex esposti ad amianto che hanno cessato l'esposizione da più di 30 anni se appartenenti ad una coorte per la quale è certa una esposizione significativa negli anni precedenti purché di età inferiore a 80 anni. Nel 2016, con la Delibera di Giunta Regionale 396, è stata avviata formalmente l'attività di sorveglianza sanitaria per gli ex-esposti ad amianto in Toscana. A tale scopo è stato istituito anche un nuovo codice di esenzione. L'Istituto Tumori Toscano ha avuto il compito di definire i percorsi sanitari per la presa in carico, la diagnosi e cura (PDTA) del mesotelioma maligno, coinvolgendo nel lavoro i settori regionali e le necessarie figure professionali. Inoltre, il settore regionale competente della Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale ha istituito un gruppo tecnico regionale per la definizione di linee di indirizzo per una diffusa sensibilizzazione dei sanitari che a vario titolo possono contribuire alla corretta e tempestiva prevenzione e diagnosi di altri tumori professionali. Le aziende sanitarie, in particolare le Unità funzionali di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PISLL), le Aziende Ospedaliero-Universitarie, comprese le strutture di Medicina del Lavoro, in raccordo con le Aziende USL per l'erogazione delle prestazioni sanitarie di secondo e terzo livello, sono impegnate ad attuare quanto previsto a livello regionale della DGRT 396/2016. Nell'Azienda USL Toscana Centro il secondo e terzo livello sarà assicurato dai presidi ospedalieri aziendali. Il coordinatore operativo, a supporto delle strutture coinvolte, per la messa a sistema delle procedure di sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti ad amianto è stato individuato nell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO), che annualmente presenterà una relazione sullo stato di attuazione della sorveglianza sanitaria fornita agli ex-esposti ad amianto.

Anche il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, ha ribadito l'importanza della Sorveglianza sanitaria negli ex-esposti, prevedendo una progettualità specifica (progetto 39: Sorveglianza sanitaria in ex-esposti all'amianto quale strumento anche per la tutela dell'ambiente e dei cittadini in merito all'amianto) e ha dedicato un'ulteriore progettualità alle malattie professionali (progetto 40 Emersione malattie professionali).

A Pistoia, in considerazione della presenza di una grossa azienda, la Breda, che in alcune fasi del ciclo produttivo prevedeva l'utilizzo dell'amianto per la

coibentazione di rotabili ferroviari, l'Azienda Sanitaria fin dagli anni '90 ha mostrato interesse per l'esposizione ad amianto e le sue conseguenze, per i lavoratori della Breda. Negli anni 2000 è stato fatto un intervento sanitario sugli ex esposti ad amianto su base volontaria per raccogliere dati sulla pregressa esposizione ad amianto e fornire una risposta locale, organica e coordinata. I dati sono stati presentati alla Conferenza Regionale Amianto che si è tenuta nel 2005. Nel 2002 l'Azienda USL recependo le raccomandazioni del Consiglio Comunale di Pistoia, ha definito come obiettivi, nel Piano Integrato di Salute, l'eliminazione definitiva dell'amianto nella azienda e la realizzazione di un'indagine epidemiologica di coorte sui lavoratori. L'ultimo aggiornamento della coorte degli operai BREDA è stato effettuato alla fine del 2010 da parte dell'ISPO ed ha confermato l'eccesso di mortalità sia per mesotelioma pleurico e tumore polmonare, già evidenziato in precedenti follow-up.

Obiettivi

Gli obiettivi di questa area sono i seguenti:

- Informare la popolazione sulla problematica dell'esposizione professionale ad amianto, chiarendo l'entità del problema, le modalità e la tipologia dell'esposizione, le conseguenze sulla salute e quali sono i riferimenti per avere informazioni su servizi e tutele;
- Informare la popolazione e il personale sanitario sul percorso regionale di sorveglianza per gli ex esposti ad amianto;
- Favorire la conoscenza dei servizi sanitari e di altra natura, a supporto dei pazienti affetti da mesoteliomi e dei loro familiari.

Azioni progettuali

Le azioni previste per il raggiungimento degli obiettivi descritti sono le seguenti:

- Organizzare iniziative per divulgare e rendere disponibili le informazioni sul piano operativo di sorveglianza sanitaria degli ex-esposti (ubicazione degli ambulatori, orari, criteri di accesso, e altre informazioni), in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria e con la partecipazione delle associazioni di volontariato e del Terzo Settore.
- Organizzare una serie di incontri con i Medici di Medicina Generale e gli infermieri territoriali, in funzione dei nuovi modelli previsti per la Sanità d'Iniziativa, per illustrare il percorso di sorveglianza, i servizi a cui indirizzare i pazienti per la sorveglianza o per il trattamento in caso di patologia già diagnosticata, le azioni di prevenzione da suggerire (relativamente agli stili di vita, alle vaccinazioni) in collaborazione con gli altri servizi dell'Azienda Sanitaria (Centri antifumo, Igiene Pubblica e altri).
- Dedicare nel sito della Società della Salute uno spazio su questa tematica, per le informazioni di pubblica utilità

Budget: non si prevedono risorse aggiuntive per questi obiettivi

Indicatori di processo

- realizzazione di almeno un evento informativo per la cittadinanza ed i professionisti → entro il 2017
- realizzazione di almeno 1 incontro per ogni AFT della ZD P.se → entro il 2017
- creazione di sezione informativa dedicata sul sito SDS con link ad altri siti utili → entro il 2017

PIANO INCLUSIONE ZONALE

CASA

Premessa

Non si può parlare di questione abitativa senza collegare il problema direttamente al diritto alla casa, riconosciuto ai cittadini da tutte le leggi di principio, nazionali e internazionali.

Diritto alla casa - fondamenti giuridici

Il diritto alla casa è riconosciuto come uno dei beni fondamentali per il benessere individuale e la coesione sociale e trova i suoi fondamenti giuridici in:

- Costituzione Italiana: il diritto all'abitazione trova fondamento negli art. 2, e 3 (e 47);
- Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo: espresso riconoscimento quale diritto fondamentale nell'art. 25;
- Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali dell'ONU del 1966 all'art. 11;
- Ris. 2004/21 dell'Alto Commissario per i diritti umani (le fonti internazionali parlano di diritto ad un adeguato alloggio)

Si parla di diritto all'abitazione dei segmenti svantaggiati della popolazione nei principi guida delle prime leggi sulle "case popolari":

“popolo per noi, perciò diciamo case popolari e non operaie, sono i proletari, i quali vivono di magri salari in quartieri luridi e in tette nude, che si devono trasformare, risanare, abbattere; ma popolo per noi anche l'artigiano indipendente che sta poco meglio di questi coloni, i piccoli proprietari rurali, i piccoli fabbricanti, è popolo l'infelice impiegato civile, l'infelice funzionario della pubblica amministrazione. Ed è popolo l'operaio l'operaio del pensiero che fatica più volte assai peggio di quello che del proprio lavoro vive, comincia con il maestro di scuola per passare dall'insegnante mal retribuito delle scuole secondarie del primo e del secondo grado e finisce anche in regioni più alte allo scrittore di giornale, a tante altre miserie intellettuali che conosciamo. Ora voi qui avete diverse gradazioni di povertà, e il progetto di legge che vi presentiamo non è sistematico, non imprigiona in una sola forma la costruzione di case popolari, appunto perché vuol tenere di conto di tutte quelle sfumature di colori e di bisogni”

(S. Luzzati “sulle case popolari” Proposta di Legge svolta dalla Camera dei Deputati nella seduta del 14 Maggio 1902, diventata legge n.234 il 31 maggio 1903, disposizioni coordinate con la L.555/907 nel T.U. sulle case popolari ed economiche approvato con L.89/1908 e reg.to d'attuazione)

Disagio abitativo

Negli ultimi anni, a causa del perdurare della crisi economico-finanziaria si è visto un ampliamento delle fasce di popolazioni che vivono lunghi o brevi periodi di incertezza, se non di marginalizzazione vera e propria. La complessità del tema del disagio abitativo richiede, ancor più del passato, l'interessamento e l'attività congiunta di forze politiche e sociali. Questa unione di intenti è utile per il perseguimento di diversi obiettivi: mantenere una coesione sociale fortemente minata dai disagi; agire come moltiplicatore delle risorse, sempre più scarse; operare un'attività *contenitiva*, se non risolutiva, delle problematiche affrontate. Essenzialmente la questione abitativa può essere osservata dal punto di vista di

soggetti/famiglie con una casa in affitto o soggetti/famiglie che possiedono una proprietà.

Riguardo alla seconda casistica questi sinteticamente i vari aspetti del problema sul versante delle case di proprietà: la progressiva diminuzione degli alloggi ERP e la mancanza di adeguate proposte nel mercato degli affitti hanno costituito i motivi di orientamento all'acquisto di quelle fasce sociali con condizioni economiche facilmente sottoposte a shock finanziari; famiglie a basso reddito o di recente costituzione, famiglie con costi della casa eccessivi.

Di conseguenza negli anni il disagio abitativo si è esteso anche ai soggetti proprietari di casa con mutuo⁵. Da qui la necessità dell'intervento pubblico al fine di tamponare gli effetti disastrosi della perdita della casa e della mancanza di alternative.

Sul versante degli affitti si riscontrano le seguenti criticità:

- nel settore Pubblico abbiamo il patrimonio di Edilizia Residenziale Pubblica (ERP);
- nel privato vi sono altri due sottogruppi: affitti a canone concordato – risultante da accordi territoriali e affitti canone di libero mercato.

Per ciascun settore l'incontro tra domanda e offerta avviene secondo procedure profondamente diverse. Tramite graduatorie per il primo e libera contrattazione per il secondo. Questa premessa ci permette di visualizzare le tipologie di intervento, nonché il loro senso in termini di obiettivi.

Partendo dal presupposto che le difficoltà delle famiglie, o dei singoli, di mantenere l'impegno conseguente all'acquisto delle abitazioni, sia esso il pagamento di un mutuo o i costi vivi dell'immobile, è spesso concausa delle diverse criticità socio-economiche in cui i proprietari sono inseriti, nonché situazioni soggettive contingenti, anche le soluzioni pubbliche al problema provengono dai diversi ambiti decisionali: lavoro, aiuti alla famiglia e così via. Spostando l'attenzione agli affittuari, che vivono le stesse difficoltà ma, a causa di una maggiore fragilità in modo più importante, si può osservare come le politiche sulla casa possano attuare interventi più mirati.

Politiche di intervento sugli affitti - ricognizione

Sostegno alla morosità incolpevole.

Crisi economica, perdita del lavoro e conseguente diminuzione di reddito familiare sono tra le maggiori cause del mancato pagamento degli affitti. Tutto ciò, collegato alle considerazioni sull'incidenza delle spese per l'alloggio sul reddito familiare, viene ritenuto la causa delle insolvenze per il pagamento degli affitti. Questo disagio, ritenuto momentaneo, prende il nome di **“morosità incolpevole”** da qui le misure a garanzia dell'abitazione in affitto.

La concessione di tali contributi avviene secondo le modalità stabilite dalla Regione Toscana ed in maniera coordinata con i 22 comuni che fanno parte del LODE pistoiese.

I comuni di Pistoia, Montale, Agliana, Quarrata istruiscono le pratiche per il pagamento dei contributi, finanziati da risorse regionali, a supporto dei cittadini che hanno subito una riduzione della capacità reddituale a causa della crisi economica o che comunque hanno subito uno sfratto per morosità incolpevole. Il supporto si realizza con una duplice modalità: blocco dello sfratto tramite il pagamento della

⁵La questione abitativa e le politiche per la casa in Toscana, IRPET, pag.6

morosità pregressa (fino ad un massimo di 12 mesi) e proseguimento del contratto di locazione o aiuto per la sottoscrizione di un nuovo contratto di affitto attraverso un contributo per il pagamento della cauzione necessaria.

Il Comune di Serravalle Pistoiese, accanto ad un costante rapporto con gli ufficiali giudiziari, interviene con i seguenti canali:

- attivazione della “morosità incolpevole” laddove applicabile ed in ragione delle risorse assegnate;
- sostegno al disagio abitativo, mediante il servizio sociale, per il reperimento di nuovo alloggio attraverso erogazione economica destinata alla sottoscrizione di un nuovo contratto;
- assegnazione alloggio di emergenza.

Per l'Unione Comuni Montani Appennino Pistoiese, nei casi di emergenza sfratti, in particolare in quei nuclei familiari dove sono presenti minori di età, interviene con i seguenti canali:

- attivazione della “morosità incolpevole” laddove applicabile ed in ragione delle risorse assegnate (negli ultimi anni il servizio sociale dell'unione non ha avuto casi con caratteristiche idonee a questa tipologia di sostegno);
- sostegno al disagio abitativo, mediante il servizio sociale, per il reperimento di nuovo alloggio attraverso erogazione economica destinata alla sottoscrizione di un nuovo contratto.

Contributi ad integrazione dei canoni di locazione

Il Comune di Pistoia, di Montale eroga questi contributi tramite l'emissione di bandi. I finanziamenti di questo intervento avviene tramite risorse statali e regionali (Fondo nazionale per l'integrazione dei canoni di locazione) ai quali l'Ente, negli ultimi anni, aggiunge risorse proprie.

Agliana nell'ultimo anno non l'ha fatto e l'Unione Comuni Montani Appennino Pistoiese pur erogando questi finanziamenti non ha aggiunto risorse proprie.

Serravalle Pistoiese integra le risorse regionali con fondi propri raggiungendo una copertura complessiva del 58% del contributo *per tutti gli aventi diritto*.

In questo settore, anche il Comune di Quarrata, integra il contributo regionale, erogato ai sensi della L. 431/98 e relativo ai canoni di locazione, con le risorse del bilancio comunale per un importo di € 60.000,00 (mantenuto invariato rispetto all'anno 2015), che consente di aumentare la copertura del fabbisogno degli utenti utilmente inseriti nella graduatoria del bando di concorso annuale.

Utilizzo autorizzato (ex-emergenza casa)

Con l'approvazione della L.R. 41/2015, che ha modificato la L.R. 96/96, è stato disciplinato l'utilizzo autorizzato degli alloggi ERP.

Si tratta di un'assegnazione di alloggi per far fronte in maniera temporanea a gravi e improvvise situazioni di emergenza abitativa.

Nel Comune di Pistoia l'assegnazione avviene in via precaria e provvisoria per un massimo di tre anni, rinnovabili per altri tre, a cittadini italiani o stranieri residenti, o che abbiano l'attività prevalente. Si tratta di un bando aperto le cui domande vengono valutate da un'apposita commissione che provvede alla formulazione di due graduatorie distinte aggiornate annualmente.

Per Serravalle Pistoiese gli alloggi vengono assegnati per un periodo di due anni, rinnovabili di un ulteriore periodo, destinati a famiglie che si trovano in grave situazione abitativa (sfratti, immobili non agibili, ecc.).

Per Agliana il bando è rivolto ai cittadini residenti e la valutazione è del servizio sociale nell'ambito di un progetto d'aiuto senza la costituzione di una commissione apposita.

Commissione Territoriale per il contrasto al disagio abitativo

Dal 2013 ad oggi, in tutti i LODE si è provveduto ad istituire le Commissioni Territoriali per il contrasto del disagio abitativo. Ciò in attuazione a quanto previsto dalla L.R.T. 12 dicembre 2012, n. 75 e successiva Deliberazione di Giunta regionale n.155/2013, nelle quali sono state promosse azioni coordinate per contenere il disagio abitativo dei nuclei familiari soggetti a procedura esecutiva di sfratto e realizzare la gradualità delle esecuzioni di rilascio degli alloggi.

Revisione dell'Accordo Territoriale sulle Locazioni, in accordo con le Organizzazioni Sindacali degli Inquilini e le Associazioni della Proprietà è stato rinnovato nel 2015 l'accordo per il canone concordato.

Approvazione Regolamento per l'applicazione della normativa regionale che disciplina la gestione degli alloggi popolari.

Nell'aprile del 2015 la RT ha modificato ed integrato la legge regionale 96/96 rivedendo i criteri di individuazione dei beneficiari e di assegnazione di alloggi ERP di proprietà dei Comuni.

Edilizia Residenziale Pubblica (ERP)

Il problema abitativo costituisce una delle emergenze principali dei nostri territori, per questo, in collaborazione con la Società Pistoiese di edilizia Sociale (S.P.E.S.), che è il soggetto gestore del patrimonio ERP per i Comuni della provincia di Pistoia, sono stati portati avanti negli ultimi anni, i progetti per la costruzione di nuovi alloggi di edilizia popolare.

L'obiettivo sarebbe quello di aumentare la dotazione degli alloggi ERP tramite interventi di realizzazione e recupero di alloggi ERP finanziati con risorse regionali:

- programma Integrato d'Intervento denominato "Centro Storico-Pistoia Sud con il quale è previsto il recupero di alloggi destinati ad affitto con canone calmierato realizzati da operatori privati;
- misura straordinaria ed urgente B con la quale si sono recuperati alloggi a canone sociale. il progetto è stato realizzato in forma associata con i comuni di Marliana e Montale in fase di definizione;
- nuova costruzione di n.20 alloggi a canone sociale all'interno dell'area PEEP di Chiazzano in fase di definizione.

Conservare e valorizzare il patrimonio edilizio esistente

Garantire la rapida ri-assegnabilità di alloggi ERP rilasciati a vario titolo dall'assegnatario tramite controlli relativi alla permanenza dei requisiti di accesso all'ERP e le autorizzazioni a stare negli alloggi con i sopralluoghi con la conseguente adozione di provvedimenti di rilascio dove necessario. Si sono inoltre predisposti i bandi di mobilità per il cambio dell'alloggio ERP anche per i casi di anziani non sempre è possibile sanare il sotto-utilizzo perché difficili da sradicare dal proprio contesto.

Sportello Casa

Il Comune di Serravalle Pistoiese si è dotato da tempo di uno sportello casa, attualmente gestito mediante il SUNIA, che settimanalmente offre assistenza per pratiche abitative(contratti affitto, predisposizione documenti per SPES) nonché

per compilazione domande contributo affitti, morosità incolpevole e bando graduatoria alloggi.

Anche il Comune di Quarrata garantisce agli utenti un'adeguata informazione sia per quanto concerne l'edilizia residenziale pubblica, che per quella privata, tramite l'attività dello "sportello casa", che fornisce consulenza e supporto per la ricerca di soluzioni abitative sul territorio.

Proposte

Come evidenziato da molti enti, sarebbe auspicabile un ritorno delle somme destinate al Fondo per il contributo ad integrazione dei canoni di locazione attingendo dal Fondo per la morosità incolpevole le cui risorse sono ingenti e non tutte utilizzabili. Si ravvisa il bisogno di risposte strutturali che diano certezza e continuità nel tempo e non tanto di soluzioni-tampone di breve periodo. L'idea di fondo è quella di agire per prevenire e quindi evitare situazioni patologiche.

In questo senso i Comuni sono chiamati a studiare e sperimentare nuove forme di accesso e permanenza abitativa stabile per i cittadini e le famiglie a basso reddito, al fine di diminuire gli sfratti esecutivi e promuovere politiche abitative che si collochino tra l'edilizia residenziale pubblica ed il mercato privato degli affitti, così da calmierare lo stesso mercato e sviluppare un sistema di canoni più equo e accessibile. Tale attività è necessario svilupparla con l'ausilio e la collaborazione fattiva dei soggetti delle autonomie sociali che si occupano del problema abitativo.

LAVORO

Premessa normativa

La Legge Regione Toscana n. 40 del 2005 "Disciplina del servizio sanitario regionale" individua nel Piano Sanitario e sociale integrato regionale l'atto di programmazione con il quale la Regione indica gli obiettivi generali di salute e benessere da assumere per la programmazione locale, le strategie di sviluppo e le linee di governo del servizio sanitario regionale e dei servizi socio-assistenziali.

A livello di zona-distretto, il Piano Integrato di Salute raggruppa tutto ciò che riguarda il territorio sui versanti sociale, sociosanitario e sanitario. Per l'ambito sociale dei Comuni, il Piano di inclusione zonale rappresenta lo strumento fondamentale per la realizzazione di interventi e progetti innovativi promossi anche con i soggetti del terzo settore. Nello specifico all'articolo 5 della legge regionale 30 luglio 2014 n.45, tra gli obiettivi da perseguire tramite le reti di servizi e di welfare territoriale, troviamo al punto a) le attività finalizzate al miglioramento dei livelli di qualità che superino la frammentazione, riducano le in appropriatezze e promuovano forme assistenziali per favorire le responsabilità delle persone e dei nuclei familiari e al punto b) le opportunità di risorse occupazionali.

Povertà e lavoro: analisi contesto nazionale

I dati forniti dal Ministero del Lavoro e dell'Economia mostrano segnali molto preoccupanti per quanto riguarda i livelli di povertà.

Le famiglie con minorenni che hanno richiesto l'ISEE nel 2015 per determinate prestazioni (assegno tre figli minori, bonus bebè, asilo nido, mensa scolastica, sostegno affitto, fornitura gratuita o semi-gratuita libri di testo, prestazioni socio-sanitarie, sostegno economico locale, ecc.) sono oltre 2 milioni, cioè circa un terzo del totale delle famiglie con minorenni.

In particolare, sono oltre mezzo milione di nuclei familiari già censiti nel sistema ISEE con ISEE inferiore a 3.000 euro. A queste sono da aggiungere le famiglie con figli maggiorenni disabili.

Le famiglie con minorenni che l'Istat classifica in povertà assoluta sono sostanzialmente in numero identico a quelle con minori che nel 2015 hanno avuto un **ISEE non superiore a 3.000 euro**. In termini di minori in povertà assoluta, il dato statistico è leggermente superiore a quello amministrativo, ma si resta intorno al milione⁶.

Contestualmente, per quanto riguarda gli **occupati e i disoccupati**, gli ultimi dati ISTAT⁷ relativi al mese di novembre 2016 confermano che la stima degli occupati è in lieve aumento e l'aumento riguarda sia le donne che le persone ultracinquantenni; aumentano gli indipendenti e i dipendenti permanenti, calano i lavoratori a termine. Il tasso di occupazione è pari al 57,3%; i dati mensili confermano un quadro di sostanziale stabilità dei livelli complessivi che si protrae da alcuni mesi: nel periodo settembre-novembre si registra un lieve calo degli occupati rispetto al trimestre precedente (-0,1%, pari a -21 mila). Il calo interessa gli uomini, le persone tra 15 e 49 anni e i lavoratori dipendenti, mentre si rilevano segnali di **crescita per le donne e gli over 50**. Su **base annua** si conferma la tendenza all'aumento del numero di occupati; la crescita tendenziale è attribuibile quasi esclusivamente ai lavoratori dipendenti (+193 mila, di cui +135 mila i permanenti) e si manifesta sia per le donne sia per gli uomini, concentrandosi esclusivamente tra gli over 50 (+453 mila). Nello stesso periodo aumentano i disoccupati (+5,7%, pari a +165 mila) e calano gli inattivi (-3,4%, pari a -469 mila).

Quindi, nell'arco di un anno il tasso di occupazione risulta stabile tra i giovani di 15-24 anni, in calo tra i 25-34enni e in aumento nella classe 35-49 anni e soprattutto nella classe 50-64. Il tasso di disoccupazione cala tra gli ultracinquantenni e cresce nelle restanti classi. Il tasso di inattività cala in tutte le classi di età dei giovani di 15-24 anni e degli ultracinquantenni.

Il mercato del lavoro nel territorio pistoiese ⁸

Nel territorio della provincia di Pistoia recenti dati, riferiti alla fine del 2016, confermano una situazione critica nel mercato del lavoro al pari di tante altre aree a livello nazionale, con pesanti ricadute di tipo sociale che non si possono ignorare, generando anche una pressione sui servizi sociali dell'area.

Dal 2008 infatti (assunto come anno di inizio della crisi) si è assistito ad un aumento continuo del numero di persone iscritte ai Centri per l'Impiego come disoccupati: se all'inizio della crisi erano pari a 27.422, nel 2016 il totale delle persone iscritte raddoppia arrivando a 56.569 unità e registrando quindi un aumento del 106% circa. Questa componente, corrispondendo alla parte della popolazione che cerca "attivamente" un lavoro, non è rappresentativa dell'intero universo di chi è senza lavoro e sfugge alle rilevazioni non manifestandosi, e quindi – probabilmente - fa assumere nel complesso una dimensione ancora più rilevante al problema.

⁶Dati forniti dal Ministero del Lavoro durante i Seminari per il Sostegno Inclusionione Attiva

⁷Istat – Statistiche Falsh, dati rilevati al mese di novembre 2016, "Occupati e disoccupati"

⁸Dati forniti regione Toscana - Settore Servizi per il lavoro Massa Carrara Lucca Pistoia

Occorre rilevare inoltre che **la componente femminile del numero dei disoccupati incide per circa il 60%**, continuando quindi a rappresentare la parte più debole sul mercato del lavoro.

La prolungata crisi economica ha determinato un peggioramento del tenore di vita delle famiglie e un aggravamento del fenomeno della povertà anche nel territorio pistoiese. Ovviamente, non tutte le famiglie sono state colpite in ugual misura. La differenza l'ha fatta proprio l'esposizione alle dinamiche del mercato del lavoro. Solo chi è rimasto completamente fuori da tali dinamiche è stato salvaguardato.

Altri dati da rilevazioni ISTAT dimostrano come la salvaguardia delle prestazioni sociali da parte del settore pubblico infatti non sia stata sufficiente ad evitare la trasmissione degli effetti della crisi economica e del mercato del lavoro al reddito disponibile delle famiglie.

Se si prendono i dati delle persone straniere iscritte ai CPI della provincia di Pistoia, si può evidenziare come queste rappresentino una parte non indifferente (circa il 20% del totale), con una componente femminile in linea con la quella di nazionalità italiana e una quota giovanile invece più accentuata.

La maggioranza delle persone straniere disoccupate proviene dalla Romania (quasi un terzo), seguite dalla nazionalità albanese e dalle persone provenienti dal Marocco. Dal punto di vista dell'età, si rileva che i giovani disoccupati sono circa un quinto del totale e stabili negli ultimi anni, mentre il grosso si concentra sugli ultra quarantenni, che dovrebbe rappresentare la componente più "competitiva" sul mercato del lavoro, dotata di competenze ed esperienza per potersi ricollocare, ciò che comporta ovviamente degli effetti rilevanti anche in termini di risorse per le prestazioni sociali da erogare.

L'analisi dei dati di flusso sulle iscrizioni allo stato di disoccupazione dai Centri per l'Impiego è interessante perché fornisce l'idea della tendenza in corso.

Nel corso del 2016 le persone che si sono recate ai Centri l'Impiego per iscriversi allo stato di disoccupazione sono state 9.111, in calo rispetto al 2015 (-8% circa). Quindi il numero dei disoccupati cresce ma più lentamente. Non significa necessariamente che siamo vicini ad un'inversione di tendenza che porti ad un calo di iscritti ma la velocità di crescita degli anni più duri della crisi sembra essere passata (il picco di iscrizioni si è avuto nel 2009, con 10.517).

Il flusso di iscrizioni della componente maschile contrariamente al 2015 è maggiore di quella della componente femminile (4981 contro 4130); questo può segnalare una maggiore difficoltà congiunturale per i settori tradizionalmente a manodopera maschile ad assorbire forza lavoro.

Nella seguente tabella si può vedere la ripartizione per Comune di residenza degli iscritti. La maggior parte delle persone (il 50% pari a 4.599 persone in termini assoluti) è iscritta ai CPI di Pistoia e Quarrata, cioè la zona della piana pistoiese e della montagna.

Tabella 1: Provincia di Pistoia⁹

	F	M	Totale
Abetone	16	24	40
Buggiano	155	149	304
Chiesina Uzzanese	70	78	148

⁹Dati forniti regione Toscana - Settore Servizi per il lavoro

Cutigliano	23	17	40
Lamporecchio	138	96	234
Larciano	99	89	188
Marliana	46	49	95
Massa e cozzile	149	130	279
Monsummano terme	429	389	818
Montale	155	124	279
Montecatini terme	502	399	901
Pescia	384	321	705
Pieve a Nievole	201	187	388
Pistoia	1521	1200	2721
Piteglio	17	21	38
Ponte Buggianese	190	140	330
Quarrata	453	373	826
Sambuca	25	28	53
San Marcello	84	78	162
Serravalle	204	141	345
Uzzano	120	97	217
TOTALE	4981	4130	9111

Tabella 2: Ambito territoriale

	F	M	Totale
Abetone	16	24	40
Cutigliano	23	17	40
Marliana	46	49	95
Montale	155	124	279
Pistoia	1521	1200	2721
Piteglio	17	21	38
Quarrata	453	373	826
Sambuca	25	28	53

San Marcello	84	78	162
Serravalle	204	141	345
TOTALE	2544	2055	1599

Per quanto riguarda l'analisi degli avviamenti al lavoro (nuovi contratti di lavoro), dalle comunicazioni di avviamento pervenute ai Servizi per l'Impiego da parte delle aziende, si può rilevare come nel 2016 siano state pari a 36.035, in calo rispetto al 2015, quando erano 40.266. L'ultimo dato del 2016 presenta un maggior numero di nuovi contratti di lavoro nella componente femminile. L'ultimo dato trimestrale del 2016 evidenzia come sia stato il settore "P.a., istruzione e sanità" a trainare i nuovi contratti di lavoro, fenomeno probabilmente temporaneo e non ripetibile perché legato all'inserimento nelle scuole, derivante da politiche nazionali congiunturali.

Pistoia e i percorsi di inclusione sociale e accompagnamento al lavoro

Così come le politiche nazionali congiunturali si rifanno a quanto sancito dall'art 3 comma 2 della Costituzione stabilendo il compito della Repubblica di rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che impediscono il pieno sviluppo della persona umana anche il Comune di Pistoia, in linea con il mandato costituzionale, ha compiuto in questi anni un salto di qualità nell'ambito dei progetti di inclusione sociale e accompagnamento al lavoro generando un cambiamento nella conduzione del sostegno ai nuclei familiari per i quali viene riconosciuta una misura economica e un impegno effettivo da svolgere in attività concordate e differenziate in relazione all'identificazione dei bisogni.

Progetto PI.SO.LA (Percorsi di inclusione sociale e lavorativi)

Negli anni sono stati realizzate diverse tipologie di interventi, interamente finanziati con bilancio comunale, finalizzati a superare forme di assistenzialismo arrivando nel 2015 a sviluppare il progetto PI.SO.LA, la cui gestione è stata affidata a cooperative sociali di tipo A e di tipo B.

L'obiettivo del progetto, che si concluderà alla fine del 2017, è quello di creare risposte articolate per ridurre i fattori ostacolanti che rendono più vulnerabili le persone già colpite da condizioni di disagio e/o a rischio di emarginazione sociale, come precarietà del lavoro, problematiche abitative, di salute, difficoltà linguistiche dovute ad esperienze di migrazione, ridotta autonomia nell'aspetto del carico familiare, basso livello d'istruzione.

Tale progetto si rivolge a cittadini seguiti e segnalati da assistenti sociali del Comune di Pistoia (200 annui) per i quali e con i quali vengono realizzati percorsi personalizzati e attività differenziate in relazione ai diversi bisogni delle persone. Si intraprendono azioni di accoglienza, orientamento, consulenza, formazione, inserimento in aziende, tutoraggio al fine di migliorare il loro grado di integrazione sociale e di promuovere il graduale affrancamento dai servizi invianti. Alcune azioni, di sono rappresentate dai laboratori per l'acquisizione di competenze trasversali e per l'educazione al lavoro, attivi nel settore della sartoria e del verde e dai corsi di educazione al consumo consapevole e responsabile su tematiche relative alle abitudini al consumo dei cittadini che presentano una limitata capacità di gestione delle risorse finanziarie da destinare alle spese per alimenti, vestiario e ai pagamenti delle utenze (acqua, elettricità, gas, metano, ecc.). Si tratta di una continua alternanza tra contenuti pratici e teorici, così da risultare più coinvolgenti e meno ripetitivi

soprattutto per stimolare la partecipazione, attraverso una didattica interattiva basata sul lavoro in gruppo e le esercitazioni pratiche.

Comune di Agliana

Progetto MATCH

In corso da una decina di anni nel Comune di Agliana, il Progetto Match, è stato affidato a cooperative sociali del territorio al fine di realizzare percorsi d'inclusione sociale con le persone seguite dal servizio sociale attraverso la crescita dell'autonomia di ciascun partecipante, il raccordo e la rete con altre iniziative territoriali di enti e organizzazioni.

Comune di Serravalle Pistoiese

Sono state attivate azioni di inclusione sociale con il supporto di cooperative sociali. Inoltre, è attivo ogni anno un apposito fondo che consente l'erogazione di un somme destinata a ridurre il disagio per chi ha perso il lavoro con varie casistiche e tale azione è ulteriormente sostenuta mediante il rapporto con il centro per l'impiego per il ricollocamento dei soggetti.

Il Comune ha avviato anche un progetto di inserimento senza onere di migranti in azioni di manutenzione del territorio e presso l'Ente sono costantemente attivi tirocini lavorativi a carico dell'amministrazione nei vari settori e tirocini lavorativi frutto di inserimento del competente centro di salute mentale.

Da anni sono attive azioni di inclusione per soggetti beneficiari di pensione alle quali possono accedere anche cittadini non ancora titolari di trattamento pensionistico.

Comune di Quarrata

E' stata posta particolare attenzione ai bisogni delle famiglie e dei cittadini spiazzati dagli eventi della vita, soprattutto in un periodo delicato quale quello attuale, caratterizzato da una crisi economica che non registra inversioni di tendenza.

In aggiunta agli interventi di carattere economico (contributi da erogare ai nuclei che presentano particolari problematiche sociali, quali l'emergenza abitativa, la presenza di minori, ecc.) sono state sviluppate attività di vario genere che si sono evolute nel tempo sfociando in un progetto denominato Market Sociale. Questo prevede il coinvolgimento attivo di soggetti ed enti che sono impegnati nel contrasto alla povertà, con i quali, al termine di un percorso di confronto e condivisione, è stata sottoscritta una convenzione, che stabilisce le modalità di realizzazione del progetto e gli impegni di ciascun soggetto aderente. Questo progetto prevede anche per i nuclei beneficiari dell'intervento, sulla base delle loro caratteristiche, lo svolgimento da parte di uno o più componenti di attività di volontariato presso le associazioni/enti coinvolte nel progetto o in altre individuate allo scopo, in modo da fornire una "restituzione" sociale di quanto ricevuto, così che l'intervento stimoli un ruolo attivo e partecipato della famiglia nel percorso di sostegno, oltre ad offrire alle persone la possibilità di acquisire nuove competenze e dare loro spazi di socializzazione.

Progetto Inserimento lavorativo per detenuti

Con Delibera della Giunta n. 162 del 26 novembre 2015 avente per oggetto "Approvazione schema di convenzione per l'inserimento lavorativo di detenuti e internati" è stata rinnovata la convenzione tra il Comune di Pistoia e la Casa Circondariale di Pistoia disciplinando la promozione del valore della cultura, del lavoro e del saper fare per il recupero dei detenuti e il reinserimento dei detenuti. Dopo una prima fase di sperimentazione, avviata negli anni 2014-15 l'Amministrazione Comunale (con fondi di Bilancio comunale) ha scelto di

individuare nuove opportunità per lo svolgimento di lavori di pubblica utilità a favore di soggetti per i quali sussistono le condizioni per l'ammissione al lavoro esterno. Le attività si realizzano prevalentemente nell'ambito del cantiere comunale con le stesse modalità organizzative previste per i dipendenti assegnati al servizio. Il provvedimento di ammissione al percorso, sottoscritto dalla Casa Circondariale e autorizzato dal Magistrato di Sorveglianza, prevede il rispetto di quanto concordato nel programma ovvero la prescrizioni dei giorni, orario di uscita e rientro dal carcere, i luoghi in cui svolgere l'attività, la consumazione dei pasti e gli spostamenti consentiti; impegni e norme di comportamento. In questi anni, gli incontri di équipe hanno evidenziato una buona capacità di adattamento da parte dei detenuti, un'ottima manualità nell'utilizzo degli strumenti ed una prontezza ad intraprendere iniziative legate allo svolgimento delle attività. Anche l'aspetto relazionale con i dipendenti del cantiere è positivo e sono assenti comportamenti inappropriati all'adempimento dell'incarico.

Sostegno All'Inclusione Attiva (SIA): un progetto trasversale che interessa l'Ambito territoriale pistoiese (Comune di Pistoia, Comune di Quarrata, Comune di Agliana, Comune di Montale, Comune di Serravalle P.se, Comune di Sambuca, Comune di Marliana, Comune di San Marcello P.se, Comune di Piteglio, Comune di Abetone).
(Fondo Sociale Europeo programmazione 2014-2020 Programma Operativo Nazionale (PON) "Inclusione").

Il decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26/05/2016 stabilisce l'avvio del Sostegno all'Inclusione Attiva, definendone le modalità attuative ed individuando gli ambiti territoriali quali soggetti attuatori dell'intervento. La Società della Salute pistoiese è stata individuata come soggetto titolare dell'intervento (**Ambito Territoriale**) per i comuni che ne fanno parte. Il Sostegno per l'Inclusione Attiva, finanziato con risorse statali, prevede l'erogazione di un sussidio economico a nuclei familiari con minori in condizioni di povertà, condizionale alla adesione ad un progetto di attivazione sociale e lavorativa. Tale patto implica, da parte dei servizi, una **presa in carico** e la predisposizione, per ciascun nucleo beneficiario della misura, del **progetto personalizzato**.

Ogni progetto è seguito da una **équipe multidisciplinare** costituita, orientativamente, da un assistente sociale e un operatore dei servizi per l'impiego. Elaborato in coerenza con i bisogni individuati, il programma indica gli impegni che il nucleo familiare è tenuto ad assumere tanto che l'erogazione della misura economica è condizionata dall'assunzione degli stessi.

Il progetto presentato e approvato dal Ministero del Lavoro prevede di sviluppare azioni in tre ambiti specifici, **Rafforzamento dei servizi sociali, Interventi socio-educativi e di attivazione lavorativi, promozione di accordi di collaborazione in rete** con le amministrazioni competenti sul territorio in materia di servizi per l'impiego, tutela della salute e istruzione (Centro per l'impiego, Servizio Materno infantile, Centro di Salute Mentale, Sert, Centri di Formazione Professionale, Scuola) nonché con soggetti privati attivi nell'ambito degli interventi di contrasto alla povertà. A tal fine, in previsione dell'attuazione di quanto sopra specificato sono previste forme di co-progettazione con il Terzo Settore.

Al 31 dicembre 2016 le domande idonee per l'Ambito territoriale sono state 94.

Tabella 3

Comune	31/12/2016	28/02/2017
Pistoia	47	58

Quarrata	27	27
Agliana	4	4
Montale	2	2
Montagna	10	11
Serravalle	3	3
Marliana	1	1
TOTALE	94	106

CONCLUSIONI

Se è vero che la pianificazione strategica rappresenta un'occasione per razionalizzare l'uso delle risorse, integrare i diversi comparti, servizi e professionalità al fine di innovare, ottimizzare, economicizzare e rendere sostenibile l'azione delle pubbliche amministrazioni, anche con questo documento non possiamo evitare di porre una particolare attenzione all'obiettivo futuro di verifica meritatamente agli effettivi risultati sociali raggiunti dalle azioni previste ed in essere.

Con questa finalità, il primo *step* è stato quello di effettuare una ricognizione delle risposte in termini di servizi erogati dalle amministrazioni relativamente ai due profili di casa e lavoro.

Questa una prima considerazione. Si può evincere come, in ambedue i settori, prenda sempre più campo la strutturazione degli interventi su un punto centrale: il privilegiare forme di responsabilità da parte delle persone e dei nuclei familiari rispetto ai benefici erogati.

Questa innovazione progettuale ha trovato, ancor prima delle indicazioni ministeriali, radici profonde nel nostro territorio grazie alla consapevolezza che una misura assistenziale deve essere accompagnata da un impegno del cittadino a mantenere quel beneficio attraverso la cura e la gestione della casa (utenze, affitto, relazioni condominiali,...) e l'accompagnamento alla ricerca di un lavoro attraverso procedure condivise. La sottoscrizione di un patto personale riporta il beneficiario al centro dell'azione e lo rende responsabile dei risultati restituendogli quella dignità di cittadino che spesso la situazione di fragilità tende ad erodere.

Quindi, al di là dell'atto programmatico tematico, scaturente dalle analisi di contesto e dei bisogni, dalle diverse risorse a disposizione e dalle decisioni dei *policy maker*, in questa sede ci piacerebbe individuare una **metodologia di processo** che va oltre il progetto o l'erogazione del servizio. In altri termini, considerando gli interventi come facenti parte di un *continuum*, nel senso di impegno delle amministrazioni nel rispetto dei diritti (casa, lavoro), interrotti dai tempi di realizzazione degli stessi, ripensare e valutare i risultati in termini di impatto e di metodo ci permetterebbe di imparare dal passato e, di conseguenza, migliorare le azioni future. In altre parole, realizzare una programmazione integrata secondo una logica di sistema e di complementarietà. Questo consentirebbe di ottenere una conoscenza tale da evitare sovrapposizioni e duplicazioni di finanziamento per gli stessi interventi nonché coordinare ed integrare gli strumenti finanziari regionali, statali e comunitari disponibili.

Dalle conclusioni esposte emergono alcuni spunti di riflessione per una futura modalità di lavoro che potrebbe essere la seguente:

Primo step: decisori politici per la legittimazione dell'azione e l'attivazione delle reti esistenti

Secondo step: incontri delle diverse realtà e verifica dei modelli d'intervento

Terzo step: ricognizione degli interventi in termini di analogie e similitudini

Quarto step: modellizzare ed estendere al fine di far funzionare meglio delle soluzioni esistenti nell'ottica di interventi di tipo reticolare che sappiano utilizzare forme di coordinamento e collaborazione piuttosto che forme verticali di controllo. Lo sforzo è impegnativo e di grande responsabilità istituzionale in quanto chiede ai servizi pubblici di porre l'attenzione sugli esiti delle azioni e sui benefici ottenuti dai cittadini per comprendere anche l'efficacia delle modalità organizzative e delle prestazioni erogate. In questa prospettiva di riforma del sistema di welfare locale dobbiamo necessariamente dotare il "pubblico" di maggiori capacità strategiche e prevedere un costante monitoraggio dei percorsi attivati. Come già accennato i temi della corresponsabilità sociale e dell'impegno civico devono caratterizzare i processi d'inclusione sociale dei soggetti più fragili; lo scambio, la reciprocità nell'azione sociale sono elementi che permettono alle persone di emergere, di riacquisire dignità e autostima, di restituire alla comunità locale, in modi e forme idonee, beni materiali e immateriali che arricchiscono e qualificano il patrimonio sociale locale.

Le risorse complessive

Il budget integrato per la programmazione zonale è composto da:

- le risorse di competenza della Azienda Sanitaria Locale;
- le risorse di competenza dei singoli enti locali afferenti all'ambito territoriale della zona-distretto, attraverso i documenti di programmazione economico-finanziaria che riguardano le materie socioassistenziali e le materie sociali a rilevanza sanitaria;
- le risorse provenienti da ogni altro fondo regionale, statale o derivante dalla programmazione europea che riguardano le materie della sanità territoriale, sociosanitarie o socioassistenziali.

La Società della Salute Pistoiese è il soggetti destinatario dei fondi regionali, nazionali o di derivazione europea.

Il fondo nazionale per le politiche sociali (FNPS) è la fonte nazionale di finanziamento specifico degli interventi di assistenza alle persone ed alle famiglie come previsto dalla legge 328/2000 ed è destinato a finanziare le rete integrata dei servizi sociali territoriali.

Al fondo nazionale si aggiungono le risorse destinate dalla Regione annualmente con il proprio fondo da destinare alle politiche sociali (FRAS)

Il trend negativo dei trasferimenti nazionali e regionali in questi ultimi anni ha comportato l'aumento dell'entità di risorse proprie dei Comuni da destinare al mantenimento dei servizi attivi sul territorio che riguardano le materie socio-assistenziali.

L'altra fonte di finanziamento regionale sono le risorse derivanti dalla LR n. 66/2008 che ha istituito il Fondo per la Non Autosufficienza.

Ai territori sono state assegnati inoltre finanziamenti a valere su fondi europei che insieme al cofinanziamento nazionale sono impegnati attraverso programmi operativi.

Il POR FSE 2014-2020 finanzia le principali politiche per l'occupazione, la formazione, l'educazione e la coesione sociale. Al nuovo programma sono legati, infatti, i temi della riforma della formazione e del rafforzamento dei servizi per il lavoro.

La valutazione dei risultati

La valutazione è una fase necessaria per consentire la verifica dei risultati conseguiti dal sistema, rispetto agli obiettivi individuati nell'ambito della pianificazione strategica. Per poter monitorare il livello di raggiungimento degli obiettivi del PIS e lo stato di attuazione delle azioni previste, sono stati indicati alcuni indicatori specifici, in parte di processo in parte di risultato, nelle sezioni di approfondimento degli obiettivi di salute.

In linea generale, l'attività di monitoraggio si estenderà al documento programmatico complessivo al fine di mettere in luce le sue criticità e i suoi punti di forza. Per questo motivo gli indicatori individuati saranno da perfezionarsi e da implementare nel tempo in modo che si possa ottenere un risultato preciso sulla quantità e sul grado di raggiungimento degli obiettivi specifici.

Un obiettivo di valutazione inoltre non strettamente collegato alle azioni previste nel presente Piano, ma trasversale alle attività di pianificazione stessa è costituito

dalla partecipazione di tutti gli stakeholders sia all'attività pianificatoria, sia alla fase operativa, sia al monitoraggio della efficacia delle azioni previste.

Tutto questo al fine di una costruzione di un welfare di comunità dove ciascun attore si assuma una responsabilità pubblica e collettiva tale da non abdicare sulle proprie competenze sia pubbliche che private.

In particolare, come previsto dalla lr 40/2005 e successive modifiche, uno dei compiti del comitato di partecipazione è quello di *“esprimere pareri sulla qualità e quantità delle prestazioni erogate e sulla relativa rispondenza tra queste ed i bisogni dell’utenza, nonché sull’efficacia delle informazioni fornite agli utenti e su ogni altra tematica attinente al rispetto dei diritti dei cittadini ed alla loro dignità”* e quello di *“redigere, anche formulando specifiche osservazioni e proposte, un proprio rapporto annuale sulla effettiva attuazione del PIS e sullo stato dei servizi locali, che è trasmesso agli organi della società della salute, alle organizzazioni sindacali e alle altre parti sociali”*.

Nel rispetto del dettato legislativo regionale è necessario individuare tempi e modalità certe sia per le fasi di monitoraggio e valutazione degli esiti, sia in relazione al coinvolgimento dei portatori d'interesse organizzati e informali in questi processi partecipativi. È su questi aspetti che si gioca la fedeltà alla tutela dei diritti e all'esercizio dei doveri, per rigenerare virtù civiche e benessere diffuso.

PROGRAMMA OPERATIVO ANNUALE 2017

AREA CURE PRIMARIE

Cure intermedie

L'azienda USL 3 ha avviato le cure intermedie nel mese di settembre 2016 organizzando il servizio presso l'RSA Villone Puccini all'interno della quale si è provveduto a stipulare una convenzione per 14 posti letto di cure intermedie con **Modulo di degenza di tipo B.**

Si tratta di ricoveri temporanei riferiti a problematiche a prevalenza sanitaria che richiedono risposte essenzialmente infermieristiche e/o di "riattivazione funzionale" per i quali la responsabilità clinica è affidata al medico di medicina generale.

In questo modo, da un lato si soddisfano le esigenze assistenziali del paziente, dall'altro si evitano ricoveri ospedalieri impropri e si riduce la durata della degenza; si contribuisce inoltre al contenimento degli accessi al Pronto Soccorso di pazienti che hanno riacutizzazioni di patologie croniche note.

Lo scopo dei posti letto di Cure Intermedie è offrire un'assistenza sanitaria in ambiente "protetto" a quei pazienti le cui condizioni siano tali da non permettere un'assistenza domiciliare, ma neppure così critiche da richiedere un ricovero ospedaliero.

I ricoveri in cure intermedia, anche in relazione al fine per le quali sono state concepite vanno da un minimo di 7 giorni a un massimo di 20 giorni.

Nel primo semestre di attività a Pistoia si è registrata una degenza media intorno a 17 giorni.

Il volume di attività di ricovero è stato incrementale nei mesi, in relazione alla progressiva disponibilità dei posti letto di cure intermedie, come segue:

Dei casi trattati in cure intermedie solo circa il 20% risultano provenienti dal territorio con invio da parte dei mmg mentre il restante 80% risulta proveniente dall'ospedale in parte con richiesta di cure intermedie dalle U.O. di degenza e in parte segnalati al servizio ST-DOP come dimissioni difficili.

La tipologia di pazienti inviati dall'ospedale in dimissione ricomprende per la maggior parte pazienti dimissibili ma non in condizioni di poter essere adeguatamente assistiti al proprio domicilio, in corso di stabilizzazione clinica con necessità di monitoraggio pv, gestione della terapia in ambiente protetto.

La maggior parte delle valutazioni effettuate in ospedale sono state effettuate nei setting di area medica e per appoggi in area chirurgica, in misura minore valutati in OBI.

In alcuni casi in dimissione ospedaliera, la causa del problema, oltre ad avere origine sanitaria, ha riguardato importanti aspetti sociali pertanto per queste situazioni si è proceduto ad effettuare comunque il ricovero presso la struttura di cure intermedie e si sono effettuate segnalazioni, UVM e PAP come sedute straordinarie durante il ricovero in CI con successiva attivazione di servizi domiciliari o inserimenti in RSA. Questo modo di procedere, che prevede 24-48h di tempo per l'organizzazione

dell'ingresso in cure intermedie, ha permesso di ridurre in media circa 2-3 giorni la degenza ospedaliera.

Nella maggior parte dei casi si è trattato di valutare e inserire pazienti con riacutizzazioni di patologie croniche, spesso polipatologie e in alcuni casi era presente anche O2 terapia seppur a basso flusso, sia nei pazienti provenienti dal proprio domicilio sia in quelli in dimissione.

Il tasso di occupazione, dopo un periodo iniziale di avvio, pare stabilizzarsi sostanzialmente intorno a valori che vanno dal 70 all'90% seppure il dato risulti impreciso a causa dell'andamento instabile e incrementale dei posti disponibili dei primi sei mesi.

Per l'anno 2017 è programmata l'attivazione di un servizio di Cure Intermedie più specializzato c.d. di tipo A per un totale di 20 posti letto. Nello specifico, lo scopo dei **Moduli di degenza di tipo A**, è quello di offrire una modalità di assistenza diversa da quella ospedaliera con prevalenza dell'assistenza infermieristica, pur essendo, in questo caso

caratterizzati da una componente diagnostico terapeutica organizzata. Il target è rappresentato da pazienti che possono essere dimessi dal reparto per acuti, il cui bisogno sanitario è quello di mantenere e completare la stabilizzazione clinica raggiunta nel corso del ricovero acuto.

Il modello si caratterizza per l'integrazione tra le professionalità territoriali ed ospedaliere nella gestione dei pazienti. Nell'ottica vera della continuità assistenziale e della necessità di rispondere ai bisogni dei pazienti, l'integrazione e la collaborazione fra gli Specialisti Ospedalieri e i MMG è necessaria per definire il percorso del paziente, le necessità di visite e consulenze, la previsione di durata del ricovero e la proposta di gestione successiva.

La permanenza all'interno del modulo, come per i posti già attivi sul territorio pistoiese, è articolata secondo un progetto personalizzato, da realizzare in linea di massima, tra i 7 e i 20 giorni, con la necessaria flessibilità rispetto a specifici percorsi.

Sanità di iniziativa Chronic care model

I servizi territoriali di Assistenza Sanitaria di Comunità (ASC), nel corso degli anni, si sono dedicati all'implementazione del modello assistenziale del Chronic Care Model estendendo fino a 14 moduli attivi per Diabete e Scompenso cardiaco. Contestualmente si sono implementati i PDTA per Ictus e Broncopneumopatia cronica ostruttiva in tutti i moduli già attivi nel 2010 come illustrato nella tabella riassuntiva seguente.

Nel corso del 2014 si è esteso ulteriormente la copertura di popolazione arrivando a circa 40% di popolazione assistita

Nel corso del 2015 si è proceduto a coinvolgere per l'estensione (fase 4) ulteriori 20 mmg seguendo la logica del più ampio completamento dei moduli nelle neoformate AFT da completare nel 2016. Pertanto si è provveduto a procedere con il coinvolgimento dei mmg e con le procedure di allineamento e strutturazione dei sistemi operativi della medicina generale (millewin) per la formazione e l'invio degli elenchi di patologia che rappresenta il momento di start della fase estensione 4 con la quale quindi si arriva ad una copertura di popolazione pari a circa 62% e 138 medici di medicina generale impegnati.

Da un punto di vista operativo, fino al 2016, gli interventi si sono concretizzati nella presa in carico e nello svolgimento dei follow up previsti in ogni PDTA per 6300 diabetici, 1300 soggetti affetti da scompenso cardiaco, 1670 pazienti affetti da BPCO e 550 da ICTUS; numeri questi che rispecchiano la prevalenza stimata per ogni mmg.

Nella zona Pistoiese i moduli sono affiancati da un medico di comunità afferente alla Assistenza Sanitaria di Comunità. Viene in tal modo favorita la corretta programmazione, l'operatività e la valutazione dei risultati; quest'ultima è effettuata attraverso l'applicazione di un set di indicatori predefiniti a livello regionale.

Nell'ambito di questo modello sono proseguiti e si sono potenziati gli interventi formativi/informativi tramite la realizzazione di libretti personali di patologia ed interventi di educazione terapeutica sia alle singole persone in carico sia a gruppi di pazienti quali strumenti di supporto fondamentale per il cittadino-paziente cronico per mezzo di counselling di gruppo che si svolgono (itineranti) nei vari moduli.

Nell'ultimo anno l'attenzione si è focalizzata sull'offerta di servizi alla persona arruolata nel CCM implementando le attività di diagnostica strumentale all'interno dei moduli territoriali al fine così di favorire il paziente con una presa in carico più completa possibile. Si eseguono perciò ECG, SPIROMETRIE ed ESAMI EMATICI direttamente durante la visita in ambulatorio senza che il paziente debba ricorrere alle cure di secondo livello.

AREA SOCIO-SANITARIA

Anziani

L'obiettivo principale che la SdS Pistoiese si pone, in linea con le disposizioni regionali, è quello di mantenere il più possibile la persona anziana inserita nel proprio ambiente familiare, tenendo sempre costantemente alto il livello di attenzione su tutti i servizi erogati: dall'assistenza domiciliare alla semiresidenzialità, passando per azioni di sensibilizzazione e di sostegno ai caregiver (quali ad esempio il Caffè Alzheimer).

Il supporto alla domiciliarità si concretizza principalmente: in interventi di assistenza domiciliare diretta, a sostegno dei nuclei familiari più carenti di risorse assistenziali; in interventi di assistenza domiciliare indiretta a sostegno delle famiglie in grado di prendersi cura dei loro anziani e di organizzare per loro adeguata assistenza; in servizi semiresidenziali, i quali nel corso degli ultimi anni sono stati notevolmente potenziati, sia in numero di posti disponibili, sia in termini di risorse investite; in periodi temporanei di inserimento in strutture residenziali per consentire alla famiglia un periodo di riposo dall'oneroso ruolo di organizzatore/gestore/attuatore dell'assistenza.

Per le persone anziane non autosufficienti assolutamente prive di rete familiare e assistenziale sono invece messi in atto servizi residenziali di tutela. In particolare è obiettivo della SdS Pistoiese, una volta ricevute le indicazioni dalla Regione Toscana circa la possibilità della messa a regime della sperimentazione dei moduli a bassa intensità assistenziale in RSA (iniziata nel 2015), mantenere e sviluppare l'erogazione di tale servizio.

Disabili

L'obiettivo del mantenimento il più possibile a domicilio si pone anche per l'area della disabilità. In tal senso è prevista la riorganizzazione dei servizi semiresidenziali che hanno soprattutto lo scopo di un recupero funzionale e sociale, attraverso azioni ed interventi a sostegno della autonomia personale, per la prevenzione di situazioni di esclusione e di emarginazione.

Attraverso la predisposizione di progetti da parte dei servizi vengono individuati interventi, personalizzati e finalizzati alle necessità individuali. Fra questi in particolare si collocano gli interventi attivabili con il Progetto Vita Indipendente che si configurano come prestazioni che consentono alla persona con disabilità di condurre una vita in condizioni di autonomia al pari degli altri cittadini attraverso misure di sostegno al reddito che favoriscano la crescita della persona, potendo scegliere tra i servizi necessari a migliorare la propria autonomia, finalizzata a specifici percorsi di studio, di formazione e di inserimento sociolavorativo, e assumere autonomamente l'assistente personale. Ciò che differenzia l'intervento di Vita Indipendente da altre azioni più di carattere assistenziale, si concretizza soprattutto nella modificazione del ruolo svolto dalla persona con disabilità che abbandona la posizione di "oggetto di cura" per diventare "soggetto attivo" che si autodetermina.

A ciò si affiancano i servizi di assistenza domiciliare per il sostegno alle famiglie e gli interventi residenziali quando la permanenza a domicilio risulta non appropriata perché non tutelante per il disabile.

Con l'obiettivo di offrire informazione e supporto alle famiglie di persone disabili, sono stati intrapresi incontri periodici che vedono il coinvolgimento dei familiari, dei tecnici e degli amministratori. È intendimento della SdS Pistoiese mantenere tali incontri, potenziandone la funzione di momento di confronto con i portatori di interessi sui servizi per disabili erogati dalla SdS Pistoiese.

Salute Mentale

ATTIVITÀ DELLA UFSMA DI PISTOIA

Mappatura delle attività in essere

In riferimento a quanto in oggetto, si riportano cornice metodologica/dati operativi delle aree di attività del Servizio già in essere e su cui si intende continuare ad investire

1. Area della prevenzione primaria/promozione alla salute mentale nell'ambito scolastico ed in seconda istanza nella comunità locale.

Il comparto area riabilitazione della SMA di Pistoia svolgerà negli istituti superiori che hanno aderito nell'anno 2016/17 due progetti informativi e di sensibilizzazione sul tema della salute mentale, "Ma che ti salta in mente" rivolto agli studenti del triennio e "Se ne può parlare... di salute mentale" rivolto agli insegnanti.

Per il terzo anno consecutivo, personale del comparto partecipa al progetto della "Peer Education", che coinvolge studenti delle scuole di Pistoia e della Valdinievole.

Lo stesso personale ha inaugurato il progetto sperimentale sull'alfabetizzazione affettiva "Io sto bene" rivolto a studenti del primo anno degli Istituti Superiori.

Raccordi con la SMIA tramite gruppi operativi, al momento informali, in cui si è convenuto sulla possibilità di individuare delle tematiche specifiche di intervento preventivo (es. attacchi di panico).

2. Progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati (PTR-I).

Sono in essere n. 160 PTR-I a gestione multiprofessionale

3. Dalla residenzialità all'abitare supportato come opportunità dei percorsi terapeutico riabilitativi individualizzati (PTR-I) SMA PT

Gruppo multidisciplinare che si occupa di accogliere e gestire l'iter relativo alle richieste di inserimento nel percorso residenziale da parte dell'èquipe di riferimento degli utenti e sulla base degli obiettivi dei percorsi riabilitativi individualizzati/PTR-I.

- Comunità terapeutica di Masiano

Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo, può essere considerata il potenziale primo passo verso un progetto di autonomia abitativa.

Nell'ambito della comunità vengono attivati programmi ad alta intensità riabilitativa che prevedono attività clinica intensa sia in termini psichiatrici che psicologici, e attività strutturate di riabilitazione prevalenti rispetto alle attività di risocializzazione. Max 8 posti letto con la presenza dell'operatore sulle 24 ore.

- Villino Desii2

Struttura residenziale Psichiatrica per interventi socio-riabilitativi a carattere più socializzante, con personale presente sulle 12 ore. Max 5 posti letto.

- Gruppo appartamenti "Il Sole"

Gruppo appartamenti "Il Sole" per interventi socio-riabilitativi a carattere riabilitativo rappresenta la prima vera tappa intermedia tra Residenzialità ed Abitare Supportato ed è rivolto a pazienti stabilizzati o sub acuti .

Il "gruppo appartamento" sito in V. Bonfanti, n°16-18 PT-è costituito da 5 appartamenti al civico 16 e 1 appartamento più spazio comune ed ufficio operatori al civico 18, per un totale di 14 posti letto.

- Appartamenti "Via Tomba"

Si caratterizza come tappa dell'Abitare Supportato per pazienti stabilizzati che abbiano compiuto un percorso riabilitativo nelle nostre strutture e che abbiano un PTRI attivo. È costituito da 3 appartamenti per un totale di 4 posti letto, siti in Pistoia (V. Tomba n°14).

Si avvale del supporto socio assistenziale degli ADB della Cooperativa.

- "Abitare Supportato"

Si basa sul reperimento nel libero mercato di locazioni dove proseguire il percorso ad alta autonomia avvalendosi di EP e TRP e del supporto socio assistenziale degli OSS della Cooperativa che seguono i percorsi riabilitativi individualizzati (PTR-I) del paziente.

In tale ambito si evidenzia la difficoltà di poter intestare i contratti di locazione ai cittadini/utenti seguiti dal Servizio che frequentemente non possono dare le garanzie previste dai vigenti contratti, risulta pertanto fondamentale un lavoro di rete con le risorse del contesto locale ed enti vari affinché possano fornire le garanzie indispensabili all'attivazione di tali percorsi.

Tale area risulta di prioritaria importanza per i percorsi di reinserimento nel contesto territoriale di riferimento.

4. Inserimenti Socio-Terapeutici (IST).

All'attualità, si registrano:

- 94 IST attivi

- 53 persone seguite anche se ancora non hanno un inserimento socio-terapeutico attivo

- Frequenza flessibile, da un minimo di 5 ad un massimo di 15 utenti che frequentano il gruppo "attesa".

"Gruppo Attesa":

Spazio in cui condividere esperienze, pensieri legati al mondo del lavoro, della formazione, dei tirocini e di eventuali IST passati.

Strumento per "osservare" e "comprendere" i reali bisogni, necessità, desideri ed aspettative delle persone che fanno richiesta di Inserimento Socio Terapeutico e che offre l'opportunità di confronto, di scoperta e di condivisione della motivazione che spinge ad affacciarsi o riaffacciarsi al mondo del lavoro

5. Integrazione sociale: contaminazione del contesto di riferimento come risposta concreta al superamento dello stigma.

Progetto a superamento dei centri diurni "I Piaceri della Vita", presso il circolo Olmi di Quarrata, che ha permesso un processo di reale socializzazione e di contaminazione con i vari frequentatori del circolo che ha coinvolto tutti gli utenti.

6. Gruppi terapeutici/psicoeducativi/di supporto

- Gruppi psicoeducativi con la metodologia Colom Vieta rivolti ad utenti e familiari.

- È terminato da qualche mese un gruppo psicoeducativo secondo la metodologia di Falloon rivolto a familiari (hanno partecipato attivamente n. 7 familiari);

- E' attivo un gruppo a supporto dell'area Inserimenti Socio Terapeutici e parallelamente di avviamento al lavoro/opportunità formative;

- Gruppo donne di San Marcello: con cadenza quindicinale. Si ipotizza che tale gruppo in futuro avrà una cadenza mensile in considerazione della richiesta di attivazione di un gruppo di supporto/ascolto rivolto ai 'giovani'.

- Gruppo "comunicazione" per gli utenti presenti nella Comunità Terapeutica di Masiano.

7. Amministrazione di sostegno.

Si registrano attualmente 116 assistiti dell'UFSMA che ne beneficiano. Nella maggioranza dei casi (107), è stato il servizio pubblico a richiedere tale nomina. È proprio nei casi in cui il servizio ha individuato l'utilità di tale figura che il servizio sociale dell'UFSMA si occupa di coordinare e raccordare le azioni, progettare con l'amministratore di sostegno gli interventi in sinergia con gli altri operatori coinvolti nel PTR-I.

8. Tutela della Salute Mentale dei pazienti della ZD Pistoiese sottoposti a misura di sicurezza e della popolazione detenuta presso la locale Casa di Custodia (CC).

Per gli utenti sottoposti a misura di sicurezza o detenuti che possono accedere a misure alternative, il Servizio propone alle autorità giudiziarie competenti programmi terapeutico/riabilitativi individualizzati negli ambiti ritenuti idonei, anche previo temporaneo inserimento nelle strutture o comunità di cura adeguate, opportunamente individuate nella rete dei servizi territoriali stessi (strutture residenziali ad alta intensità di cura e/o comunità socio- terapeutiche).

Viene svolta, presso la CC Santa Caterina, l'attività di consulenza psichiatrica è gestita (per un monte orario di 16h/sett) da un Dirigente Psichiatra (è in essere il protocollo di intesa territoriale tra la ex ASL 3 di Pistoia volto alla prevenzione, monitoraggio e gestione del rischio suicidario).