

Società della Salute Pistoiese



Piano Integrato di Salute

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 politiche per l'inclusione sociale**
- **I pazienti oncologici**
- **Stili di vita per la salute**
- **Progetto sorveglianza esposti amianto**

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.

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 e 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 tre capitoli.

Il primo capitolo analizza il contesto socio-demografico di inquadramento generale che traccia le dimensioni generali dei fenomeni e fornisca 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 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.

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

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.

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 ed è presentato nei consigli comunali entro trenta giorni dalla sua approvazione.

- 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 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.”

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, riassemble, costituiscono 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)	€ 173.520,44
Personale amministrativo (1 unità)	€ 79.661,02
Interventi educativi e di alfabetizzazione (co-progettazione)	€ 84.000,00
Acquisto attrezzature informatiche e interoperatività sistemi	€ 20.000,00
<i>totale</i>	<i>€ 357.180,76</i>
Azione B: Interventi socio-educativi e di attivazione lavorativa	
Servizi educativi (co-progettazione)	€ 52.717,24
Tirocini (co-progettazione)	€ 63.000,00
Inserimenti presso soggetti Terzo settore (co-progettazione)	€ 37.000,00
Accompagnamento all'inserimento lavorativo (co-progettazione)	€ 30.000,00
Attività di formazione utenti SIA (co-progettazione)	€ 33.000,00
Laboratori alfabetizzazione informatica (co-progettazione)	€ 9.000,00
<i>totale</i>	<i>€ 224.717,24</i>
Azione C: Promozione di accordi e collaborazione di rete	
Formazione congiunta operatori	€ 6.000,00
Convenzioni con i diversi attori del territorio per le azioni connesse al SIA (presa in carico)	€ 5.000,00
<i>totale</i>	<i>€ 11.000,00</i>
TOTALE COMPLESSIVO TRIENNIO	€ 592.898,00

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, verrà 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.

**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 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'èquipe 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 necessità 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, Cpi), 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:

- ü 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;
- ü facilitare l'ingresso e la permanenza nel mercato del lavoro di soggetti che rischiano di rimanere esclusi da opportunità occupazionali, rimuovendone la cause;
- ü 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;
- ü 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;
- ü 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;
- ü 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 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 (AdA, parti di AdA, percorsi di qualifica, etc.) 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 i 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).

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).

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 alla problematica della disabilità consapevole.

Attraverso le azioni progettuali:

- Dare continuità ai momenti di confronto
- Favorire la compresenza delle pluralità (Consulta del Terzo settore, Comitato di partecipazione e servizi)
- Utilizzo della modalità dei focus
- istituire momenti di monitoraggio integrato tra le reti di servizi e i portatori d'interesse

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 d (includendo anche i minori)
- Strutturare momenti di verifica con gli enti convenzionati

OB. 3

Semplificazione delle procedure burocratiche

Attraverso

- Creazione di sportelli unici d'informazione

- Raggruppamento dei percorsi e degli interlocutori
- Impegno condiviso per la divulgazione delle informazioni

OB 4.

Costruire un dialogo tra le Commissioni Legge 68/1999 e il territorio, al fine di facilitare l'accesso al mondo del lavoro

- Favorire i rapporti con il collocamento mirato e i servizi territoriali, attraverso procedure e linguaggi condivisi
- Condividere percorsi formativi

OB. 5.

Far sorgere nella realtà pistoiese progetti per il “durante noi” e “dopo di noi”

- Tavoli per approfondimento della legislazione, con figure competenti in materia
- Azioni di sensibilizzazione, pubblicità, per la nascita delle fondazioni
- Momenti di condivisione con realtà già esistenti (CESVOT)

ATTIVITÀ E OBIETTIVI DELLA UFSMA DI PISTOIA IN MERITO ALL'ATTUAZIONE DEL PATTO PER LA SALUTE MENTALE DI PISTOIA

Le attività istituzionali svolte dalla Unità Funzionale Salute Mentale Adulti della Zona Distretto di Pistoia si propongono di fornire appropriati percorsi volti a garantire una risposta globale ai bisogni di salute mentale, assicurando l'omogeneità dei percorsi assistenziali e degli interventi di prevenzione primaria e secondaria, di cura e di riabilitazione.

L'Unità Funzionale di Salute Mentale Adulti di Pistoia si pone come macro obiettivo, attraverso un percorso terapeutico riabilitativo multidisciplinare, di mediare e supportare l'utente nell'esplicitazione dei suoi bisogni, aspettative e desideri.

Il Servizio si propone di assumere la funzione di filtro e bussola di orientamento tra la persona e gli idonei ambiti di pertinenza nel circuito della normalità per il conseguimento dei desiderati obiettivi di vita. Gli obiettivi di seguito riportati si collocano nella cornice metodologica volta a promuovere il coinvolgimento attivo delle diverse agenzie sociali, evitando di vicariare aree non proprie del Servizio.

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

Obiettivi

1. Potenziamento dei rapporti UFSMA-UFSMIA nella gestione dell'età di confine e nell'invio fra le due unità funzionali;
2. Potenziamenti dei rapporti UFSMA-SerT per il Disturbo Duale che sempre in maniera più specifica si connota all'interno dei servizi;
3. Implementazione della risposta di Salute Mentale ai cittadini extracomunitari sulla base del fatto che negli ultimi anni si sta facendo sempre più evidente la presenza sul nostro territorio, di cittadini stranieri che presentano drammatiche situazioni.
4. Implementazione e maggiore efficacia nella risposta precoce per gli esordi psicotici così come affermato univocamente dalla letteratura in materia che sostiene come una diagnosi precoce in questi casi, possa grandemente influenzare in senso positivo l'evoluzione del disturbo di base.
5. Implementazione della risposta ai gravi disturbi di personalità; così come su scala nazionale, questo tipo di disturbi pone grandi sfide all'interno del servizio sia per il dispiego clinico che per le problematiche relazionali-trattamentali.
6. Potenziamento dell'occupazione per le persone in carico al servizio di Salute Mentale, secondo quanto disposto dal Progetto Fondo Sociale Europeo. Il lavoro ricopre un ruolo importante nel benessere globale della persona, pertanto diventa fondamentale l'aspetto etico e politico dei diritti e dell'uguaglianza tra i cittadini come assunto di base.
7. Promozione della prevenzione primaria per la lotta allo stigma attraverso processi di sensibilizzazione e informazione sul disagio mentale e sui servizi preposti per la cura dello stesso.
8. Prevenzione secondaria, intesa come possibilità di sviluppare e trasformare le potenzialità personali, autodeterminandosi, per superare le limitazioni che il disturbo porta con sé.

9. Prosecuzione del lavoro in equipe multidisciplinare per i pazienti ad “alto carico”; con il paziente al centro del proprio percorso di cura che deve essere svolto nel contesto sociale in cui vive.
10. Promuovere azioni concrete ed iniziative d’informazione per una cultura dell’abitare che sia rispettosa dei diritti e delle scelte della persona; nonché favorire l’inserimento abitativo nelle diverse forme di “abitare supportato/abitare assistito” che sostengono l’inserimento sociale, territoriale ed il percorso verso l’autonomia delle persone con disagio psichico, prevenendo il rischio di ghettizzazione personale e strutturale quale conseguenza degli inserimenti abitativi delle persone con tali disturbi.
11. Proseguire ed implementare la Tutela della Salute Mentale dei pazienti della ZD Pistoiese detenuti o sottoposti a misura di sicurezza e della popolazione detenuta presso la locale CC.
12. Potenziamento dei rapporti con i MMG.
13. Implementazione del lavoro di rete con il Servizio Sociale.
14. Incrementare ulteriormente l’apertura al sociale, partecipando alle iniziative di Pistoia città capitale della cultura
15. Riconfermando come prioritario l’obiettivo del superamento del Centro Diurno Desii3 proseguiranno progetti in essere e se ne attiveranno altri entro il contesto territoriale
16. Sensibilizzazione verso la salute mentale per promuovere una maggiore integrazione valorizzando e allacciando nuove relazioni con il territorio alla ricerca di collaborazioni sportive e sociali.

Azioni progettuali

La cornice metodologica delle aree di promozione su cui orientare le azioni progettuali sono orientate alla contaminazione 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

- Garantire alle riunioni mensili della UFSMIA la presenza di un referente psicologo UFSMA dedicato che, insieme allo psichiatra referente del caso, potrebbe occuparsi del passaggio dei nuovi casi e provvedere, eventualmente, alla rivalutazione psicodiagnostica con assessment psicometrico.
- Creazione di gruppi operativi SMA/SMIA su tematiche specifiche.

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 doppia diagnosi (DD)

OB. 3

- Chiedere una formazione all'uopo, ispirandosi ad analoghe esperienze portate avanti nei territori limitrofi e/o anche coinvolgendo ex-novo colleghi con già ampia esperienza in campo transculturale; in quanto è necessario avere una conoscenza maggiore anche della cultura di riferimento di queste persone, così come affermano numerosi studi del settore.

OB.4

- Previsione di uno psicologo in SPDC; Le difficoltà attuali che affliggono cronicamente l'organico in dotazione non hanno impedito di progettare un intervento squisitamente psicologico sui casi che possano presentarsi come "esordio psicotico" in occasione di degenza ospedaliera. Ciò permette di poter avviare interventi trattamentali farmacologici e/o psicoterapeutici e/o riabilitativi ben prima di una qualunque forma di cronicizzazione.

OB. 5

- Promozione di una formazione ad hoc, capace di comprendere anche gli aspetti temperamentali e caratteriali a margine della patologia ma fondamentali per trovare un canale comunicativo ed empatico efficace che permetta una gestione pertinente e efficiente della persona.

OB.6

- Prosecuzione del Protocollo d'intesa tra la Provincia di Pistoia e l'USL ed il disciplinare organizzativo per l'attuazione (Allegato B della delibera della Giunta Provinciale del Luglio 2014).
- Proseguire il gruppo a supporto dell'area Inserimenti Socio_Terapeutici e parallelamente di avviamento al lavoro/opportunità formative.
- Creare 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.
- Favorire l'inserimento lavorativo di utenti in carico al servizio attraverso la promozione di percorsi di attività finalizzate a dare una risposta in termini di occupabilità ed occupazione avendo come scopo principale l'accrescimento delle loro competenze con tipologia di intervento individualizzato.

OB.7

- Incontri di sensibilizzazione, di informazione e di educazione alla salute con gli Istituti scolastici e le agenzie del territorio, 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 riunioni mensili di confronto con le associazioni dei familiari come risorsa della comunità sociale a fianco dei servizi.

- Prosecuzione del Gruppo donne di San Marcello attualmente con cadenza quindicinale, ma con l'ipotesi di passarlo a cadenza mensile in considerazione della richiesta di attivazione di un gruppo di supporto/ascolto rivolto ai giovani.
- Promozione e sviluppo del Progetto "I piaceri della vita" che si sta realizzando da [settembre 2014](#) attraverso una Convenzione con il Circolo Arci "Parco Verde" Olmi, Quarrata. Con questo progetto stiamo costruendo un processo di reale inclusione sociale e integrazione, anche lavorativa, nel contesto delle relazioni del Territorio.

OB.8

- Formulazione e verifica dei PTR-I multi professionali per i pazienti con bisogni complessi,
- Prosecuzione Gruppi psicoeducativi con metodologia Colom e Vieta rivolti ad utenti e familiari.
- Prosecuzione gruppi psicoeducativi con metodologia Fallon.

OB.9

- Sviluppare sinergie tra Comuni del nostro territorio ed ASL nelle politiche e nelle azioni volte a promuovere sperimentazioni di housing sociale, anche in collaborazione con soggetti non istituzionali, che possa ad esempio prevedere una "riserva" di quote alloggi di edilizia pubblica.
- Sviluppare accordi con le Agenzie Immobiliari del territorio finalizzato al reperimento di locazioni del libero mercato che rispettino i parametri/metodologia dell'Area "Abitare Supportato" del Servizio.
- Accogliere e gestire l'iter relativo alle richieste di inserimento nei percorsi residenziali (Comunità Terapeutica, Villino Desii, Gruppo appartamenti "Il Sole", appartamenti supportati di via Tomba), da parte dell'*equipes* di riferimento degli utenti e sulla base degli obiettivi dei percorsi riabilitativi individualizzati/PTR-I.
- Continuare il Gruppo "comunicazione" per gli utenti presenti nella Comunità Terapeutica di Masiano.
- Continuare il gruppo "abitare" già in essere da novembre 2016

OB.10

- 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 psichiatrica presso la CC Santa Caterina (è in essere il protocollo di intesa territoriale tra la ex ASL 3 di Pistoia volto alla prevenzione, monitoraggio e gestione del rischio suicidario).

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/annullare il numero dei "persi di vista" e degli interventi in urgenza

OB.12

- Calendarizzare incontri periodici per la stesura di un documento che definisca i rapporti tra UFSMA e Servizio Sociale nell'ottica di una ottimizzazione delle risorse dello specifico servizio sociale interno alla SMA.

OB.13

-

OB.14

- Partecipazione ai seguenti eventi:
 -**"Leggere la città"** allestimento evento presso la Fortezza Santa Barbara e performance pittorica
 -**"il viaggio dell'eroe"** percorsi di scrittura poetica in collaborazione con il circolo sociale di Santomoro e l'associazione Sassiscritti.
 -**"Veronica decide di morire"** spettacolo teatrale presso teatro Bolognini in collaborazione con Comune, associazione familiare "Oltre L'orizzonte" e lo scultore Adriano Veldorale.

OB.15

- Mostra permanente di pittura "Dalle Ville Sbertoli ai giorni nostri" in collaborazione con: Comune Pistoia, Società della salute, azienda USL e in rete con associazioni culturali del territorio.
- Impegno per un'autonomia maggiore dell'associazione teatrale di promozione sociale Lunatikos rispetto al centro diurno.
- **"il carteggio"** laboratorio epistolare tra il gruppo scrittura e il poeta Roberto Carifi, (stiamo ricercando uno spazio stabile presso una delle librerie indipendenti di Pistoia)
- Progetto "verde" stiamo lavorando in modo interlocutorio ad una collaborazione con Giardiniera Italiana e Cooperativa Puccini Conversini, cooperative di tipo B.
- Continueranno i laboratori di pittura, musica, artigianale, di espressione corporea, gruppo ascolto, laboratorio Funaro e la promozione e collaborazione per le attività ASD la Giostra

Per una maggiore integrazione con la rete sociale e per il superamento del Centro diurno avevamo intrapreso il progetto Melos che ad oggi non si è ancora concretizzato, per cui siamo impegnati affinché i pochi laboratori svolti ancora al Centro Diurno siano effettuati all'esterno.

OB.16

- L'associazione sportiva ASD La Giostra riconferma la partecipazione a tornei e manifestazioni regionali\nazionali in collaborazione con associazione ARTICS e federazioni sportive. Le attività promosse sono le seguenti:pallavolo, calcio, tennis e trekking
- Progetti in opera:
 - “Sportivamente cittadini” Manifestazione sportiva rivolta al territorio in collaborazione con associazioni sportive e scuole
 - “Camminare insieme” progetto in collaborazione con gruppi trekking già attivi sul territorio.
 - Collaborazione con società sportiva “Mazzoni” per l'attività di pallavolo presso sede Vigili del Fuoco.

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 evitamento della esclusiva funzione vicariante della salute mentale per assolvere a bisogni sociali e non solo di cura e riabilitazione). Rinnovo convenzione con circolo Arci Olmi Quarrata per il proseguo del progetto “I piaceri della vita”.

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

1. Creazione di una rete integrata per le demenze
2. Promozione e miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi sanitari e socio-sanitari nel settore delle demenze
3. 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

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
2. 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”
3. Condivisione ed implementazione di un percorso diagnostico– terapeutico –assistenziale che assicuri la gestione integrata
4. 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

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)

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/compleksi 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 triennio 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.

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

¹ Uno 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”

disagio psichico, 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.

Azioni progettuali

²

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

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.

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.

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 Dotare l'ASL Pistoia delle figure dell'etno-psicologo / psichiatra;
- 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 statisticamente i dati relativi al fenomeno e valutare la prosecuzione e sostenibilità future (es. Livello regionale).

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:

Un etno-psichiatra/psicologo
Pubblicazioni

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 i 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

itinerare. 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, risultano fondamentali 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:
 - o Istituzione ogni CORD di un Punto Servizi, 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;
 - o 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;
 - o 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 essere messe a disposizione dall' Azienda Sanitaria anche facendo seguito alla già citata DGRT n. 1068/2016.

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.

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. 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

- **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.
- **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.

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

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

- **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.

Inoltre, 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.

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

Per l’area sull’attività fisica:

- la creazione di gruppi di cammino nel territorio urbano pistoiese;
- 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;
- l’implementazione dell’adesione Attività Fisica Adattata della popolazione target attraverso sinergie con i Medici di Medicina Generale.

Per l’area del fumo:

- la creazione di aree libere da fumo in aree di verde pubblico/parchi gioco;
- 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.
- la condivisione di protocolli tra il centro antifumo e gli altri servizi territoriali e ospedalieri per l’invio dei pazienti con dipendenza da tabacco;

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).
- la valorizzazione 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.

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 corte 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.

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 soggetto 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 individuati indicatori specifici per le azioni previste all'interno di ciascun obiettivo di programmazione.

ALLEGATO

PROGRAMMA OPERATIVO ANNUALE 2017

AREA CURE PRIMARIE

AREA SOCIO-SANITARIA

AREA SOCIO-ASSISTENZIALE