



PIANO INTEGRATO DI SALUTE 2016

17 febbraio 2017

Premessa

Questo Piano Integrato di Salute della SdS Area Pratese si inserisce in un quadro normativo che disegna una modificazione profonda del sistema del welfare toscano.

Le recenti modifiche alle Leggi regionali 40 e 41 e il Piano Integrato Sociale Regionale hanno delineato un sistema di welfare che ha come obiettivo quello di assicurare il diritto alla salute, intendendo come salute uno “stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia”.

Gli obiettivi che si pongono sono quelli di assicurare il miglioramento della salute e del benessere della popolazione, a partire dai soggetti deboli, in un quadro di soddisfazione e di partecipazione dei cittadini e di efficienza e sostenibilità del sistema.

In questo quadro viene affermata con chiarezza l'integrazione del sistema sanitario con gli altri settori del governo del territorio. In particolare “questo processo comporta un rafforzamento delle relazioni esistenti tra i diversi settori organizzativi della Regione e una nuova centralità del sistema delle autonomie locali.

I cambiamenti sono così riconoscibili nei nuovi equilibri di potere tra la Regione e i Comuni: con molta più responsabilità dei Comuni, cercando nuovi equilibri tra scelte regionali e scelte locali.

Il Comune diventa così protagonista della tutela della salute e del benessere sociale.

La scelta delle Società della Salute è imperniata in questo ragionamento ed è caratterizzata da quattro obiettivi qualificanti:

- coinvolgimento delle comunità locali, delle parti sociali e del terzo settore, nell'individuazione dei bisogni di salute e nel processo di programmazione;
- garanzia di qualità e di appropriatezza;
- controllo e certezza dei costi;
- universalismo ed equità.

I Comuni non assumono solo funzioni di programmazione e controllo, ma “compartecipano” ad un governo comune del territorio finalizzato ad obiettivi di salute e diviene a tutti gli effetti “cogestore” dei servizi socio - sanitari territoriali.

Si intende così realizzare appieno l'integrazione sociale e sanitaria, e promuovere l'integrazione fra tutela dell'ambiente e tutela della salute.

L'attività delle società della salute é impostata utilizzando lo strumento dei piani integrati di salute.

La Società della Salute, come affermato dal Piano Sanitario Regionale, “ha come fine istituzionale la salute ed il benessere sociale e non solo l'offerta di prestazioni, e ha come presupposto quello di favorire la partecipazione alle scelte in merito ai servizi socio – sanitari dei cittadini/e che attraverso le loro rappresentanze istituzionali e associative ne fanno parte.”

In questo quadro il Piano Integrato di Salute, assolve alla mission della SdS, programmando l'offerta delle prestazioni sanitarie e sociali, a partire dalle priorità dell'alta integrazione e operando per obiettivi di salute e di benessere, con il coinvolgimento di tutte le componenti della società nel processo di programmazione.

1 La Società della Salute Zona Area pratese

La società della Salute Area Pratese è un consorzio pubblico, costituito secondo la normativa regionale tra i Comuni di Prato, Montemurlo, Vaiano, Vernio, Cantagallo Poggio a Caiano e Carmignano l'Azienda Sanitaria di Prato per l'esercizio associato delle funzioni di indirizzo, programmazione e governo delle attività socio-assistenziali, socio sanitarie, sanitarie territoriali e specialistiche di base di loro competenza, nonché, per la gestione integrata dei relativi servizi nell'ambito della zona-distretto.

Il Consorzio SdS, costituito ai sensi dell'art. 31 del D.Lgs. 267/2000, è strumento operativo degli enti associati, dotato di personalità giuridica pubblica e autonomia gestionale. 2 Statuto).

La Società della Salute ha come fine istituzionale la salute ed il benessere sociale e non solo l'offerta di prestazioni e ha come presupposto quello di favorire la partecipazione alle scelte in merito ai servizi sociosanitari dei cittadini che attraverso le loro rappresentanze istituzionali e associative ne fanno parte.

2. Gli strumenti di programmazione in materia di salute.

L'attività della società della salute è impostata attraverso i piani integrati di salute (PIS) che rappresentano lo strumento partecipato di programmazione integrata delle politiche sociali e sanitarie a livello di zona distretto, nel rispetto della programmazione sovraordinata di livello regionale.

Il PIS, inoltre, si coordina, attraverso i suoi progetti, con gli strumenti di programmazione e d'indirizzo locali e con gli strumenti amministrativi di competenza dei comuni nei settori che incidono sulle condizioni di benessere della popolazione.

In materia di tutela della salute gli strumenti di programmazione, in cui si inserisce il PIS, sono articolati su due livelli: regionale e locale.

Livello regionale

- il programma regionale di sviluppo
- il piano sanitario regionale (PSR), in raccordo con il piano sanitario nazionale ed i relativi strumenti di attuazione (art. 18 L.R. 40/05)
- il piano integrato sociale regionale (PISR), in raccordo con il piano sanitario regionale (art. 27 L.R. 41/05).

La Regione opera per la progressiva unificazione delle disposizioni del piano sanitario regionale e del piano integrato sociale regionale, individuando le procedure per il coordinamento delle politiche socio sanitarie con

quelle degli altri settori regionali al fine di perseguire le politiche di cui all'articolo 6 (art. 18, comma 4 della Legge Regionale 40 del 2005).

La programmazione regionale e zonale del sistema integrato di interventi e servizi sociali è attuata secondo i principi dell'integrazione con gli atti di programmazione sanitaria e del coordinamento con quelli delle altre materie di cui all'articolo 3, comma 2, lettera b (politiche abitative, dei trasporti, dell'educazione, dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro, culturali, ambientali ed urbanistiche, dello sport e del tempo libero, della ricerca), nonché con tutti gli altri interventi finalizzati al benessere della persona ed alla prevenzione delle condizioni di disagio sociale (art. 26, co. 2 L.R. 41/05).

Livello locale

- i piani integrati di salute (PIS)
- i piani attuativi delle aziende unità sanitarie locali (PAL), articolati in programmi annuali di attività per zona-distretto
- i piani attuativi delle aziende ospedaliero -universitarie (PAO)

□ i piani di zona (PdZ).

Il piano integrato di salute, di cui all'art. 21 della L. R. 40/05, è lo strumento con il quale sono integrate le politiche sociali di ambito zonale con le politiche sanitarie a livello di zona-distretto (art. 29, co. 3 L.R. 41/05).

Il PAL è lo strumento di programmazione con il quale le aziende unità sanitarie locali programmano le attività da svolgere recependo, per le attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, il PIS di zona-distretto (art. 22, co. 1 L.R. 40/05).

I programmi annuali di attività delle aziende unità sanitarie, in cui si articola il PAL, recepiscono, per le attività sanitarie territoriali e per quelle socio-sanitarie integrate, i programmi annuali dei PIS di zona distretto (art. 22, co. 5 L.R. 40/05).

Il Piano di zona (PdZ) è lo strumento della programmazione locale del sistema integrato ed è elaborato tenendo conto delle indicazioni e degli obiettivi contenuti nel piano integrato sociale regionale (art. 29, co.1 L.R. 41/05).

Nel caso di sperimentazione della Società della Salute, il PIS costituisce lo strumento unico di programmazione socio-sanitaria di zona-distretto (art. 21, co. 2 L.R. 40/05; art. 29, co. 4 L.R. 41/05).

I piani attuativi ospedalieri, infine, costituiscono lo strumento con il quale le aziende ospedaliero-universitarie programmano le attività di propria competenza (art. 23, co. 1 L.R. 40/05).

Secondo quanto previsto dal citato Atto di indirizzo regionale, in riferimento ai fabbisogni espressi dalla programmazione della SdS e nel rispetto dei parametri e dei criteri definiti dalla programmazione regionale e locale (appropriatezza, linee guida, percorsi assistenziali), la SdS provvede altresì a definire accordi con gli ospedali di riferimento finalizzati in particolare:

□ ad assicurare volumi di prestazione necessari, percorsi assistenziali integrati, l'accesso e la tipologica del ricovero

□ a definire le modalità di accesso ed erogazione della specialistica ambulatoriale ospedaliera in un'ottica di continuità assistenziale nell'ambito di percorsi assistenziali integrati e condivisi.

3. Il Piano Integrato di Salute: il procedimento di formazione.

Il procedimento di formazione del PIS tiene conto della programmazione e degli atti fondamentali di indirizzo regionali e comunali, prevedendo momenti di raccordo e forme di rapporto con gli altri enti pubblici interessati e con le strutture di assistenza delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di promozione sociale, della cooperazione sociale e del terzo settore; la Giunta regionale elabora apposite linee

guida per la predisposizione del PIS (art. 21, co. 6 L.R. 40/05).

Per la Società della salute, la competenza all'avvio e all'approvazione del PIS è attribuita all'organo di governo della medesima.

La SdS Area pratese sino dal suo insediamento ha scelto la sfida di operare per **obiettivi di salute** (intendendo per salute il benessere fisico, mentale e sociale): sfida per altro non eludibile. La "salute" infatti non può prescindere da una visione complessiva dell'insieme degli interventi da mettere in atto, perché si realizza infatti essenzialmente con azioni che agiscono sui determinanti non sanitari e con il coinvolgimento di tutti gli attori del territorio.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, attraverso la Carta di Ottawa, ha individuato tre strategie fondamentali per la promozione della salute:

- Perorare la causa della salute per creare le condizioni indispensabili a garantirla
- Permettere a tutte le persone di sviluppare le loro potenzialità di salute
- Favorire un raccordo tra i diversi sistemi della società

La promozione della salute è diretta in particolare a cinque ambiti di azione:

- orientare le politiche pubbliche, anche nei settori non sanitari, verso la tutela della salute e il miglioramento generale dello stato di salute della comunità

- favorire la partecipazione dei cittadini nei processi decisionali che rientrano nell'ambito della promozione della salute
- coinvolgere i singoli individui, affinché sviluppino abilità personali per migliorare il proprio benessere
- ri-orientare l'offerta dei servizi sanitari sulla promozione della salute e non solo sulla cura e la riabilitazione
- creare ambienti di vita e luoghi pubblici (scuole, luoghi di lavoro, ospedali ecc.) favorevoli alla salute e al legame uomo-ambiente

La programmazione per obiettivi di salute deve essere un momento importante di crescita culturale in questo senso.

Nella programmazione per obiettivi di salute è quindi necessario che tutte le competenze siano messe all'opera ad affrontare un tema, al centro del quale ci sono "le persone" con tutto il loro bagaglio di aspettative.

Ed è anche necessario che la programmazione sia "partecipata" cioè che le stesse persone, i familiari, le risorse del Terzo Settore, siano attori della programmazione.

La contaminazione delle programmazioni deve essere biunivoca: in particolare nessun settore è titolare di una competenza superiore alle altre. La stessa valutazione di un problema, è interpretabile in maniera diversa a seconda di chi l'analizza, e in tutte le interpretazioni si ha una risposta parziale del problema: è forse la capacità di cogliere tutte le sfaccettature che può "ottimizzare" la risposta. Le azioni del piano integrato coinvolgono tutti i protagonisti della programmazione e le forme di rappresentanza sociale e promuovendo l'integrazione delle diverse programmazioni sui singoli aspetti, lettura unitaria delle risorse economiche che sorreggono i vari interventi, valutazione dei risultati.

La SdS intende perseguire una maggiore **integrazione fra i settori di programmazione** che si occupano delle varie categorie di "determinanti della salute" dei cittadini, per consentire la definizione di una strategia condivisa orientata agli "obiettivi di salute e di benessere" da conseguire;

La Giunta della SdS ritiene esercitare la propria funzione di "integrazione delle politiche per la salute" nell'individuare in via preliminare le modalità di partecipazione dei soggetti istituzionali e sociali presenti nel territorio, nonché con forme di coinvolgimento dei soggetti del terzo settore e della cittadinanza sociale, attivando adeguate e consequenziali forme di concertazione e di collaborazione e integrazione.

La partecipazione attiva dei soggetti interessati alla costruzione di una rete di relazioni per la programmazione di atti che hanno influenza sullo stato di salute della comunità sarà possibile solo attraverso nuove forme di interazione del governo locale.

D'altra parte è evidente che la autonomia nella formazione delle decisioni da parte dei diversi enti sta evolvendo verso sistemi di governo "a rete" in cui le decisioni sono assunte e co-decise da una rete di attori interdipendenti secondo la logica del governance.

Da questo punto di vista l'iniziativa deve essere condotta su due piani:

la concertazione della programmazione

la concertazione della gestione degli interventi.

Sarà nostro compito e obiettivo strategico prevedere la partecipazione del maggior numero di attori coinvolti nelle specifiche materie che si intendono trattare impostando, per quanto possibile, una discussione sulla definizione degli interventi improntata sulla fiducia e sulla massima cooperazione. In questo primo PIS la SdS ritiene di limitare ad un limitato gruppo di soggetti istituzionali e sociali l'esperienza della propria governance e integrazione delle politiche, proprio per valorizzare e implementare una metodologia aderente alle finalità che la sperimentazione si è proposta.

La normativa regionale pone come sua finalità l'integrazione degli interventi di politica sociale "con quelli sanitari, con quelli relativi alla casa, al lavoro, alla mobilità, alla formazione, all'istruzione, all'educazione al diritto allo studio, alla cultura, alla ricerca, al tempo libero.."

Occorre allora concepire la programmazione e la gestione integrata nella macchina pubblica guardando al territorio in cui si opera nel suo complesso, in tutti i suoi aspetti.

In particolare si individuano come prioritari i settori:

- Interventi di sostegno alle persone in ambito zonale.
- Piano Strutturale e politiche di assetto del territorio.
- Piano della mobilità
- Politiche ambientali.
- Politiche per la casa, per lo sport e tempo libero.
- Politiche per la formazione e l'istruzione.
- Piani e progetti di livello provinciale, di area vasta, di area metropolitana, di ASL.

4. Le fasi logico-temporali del PIS.

Esperate tutte le fasi di concertazione e di accordo con i vari attori, attraverso il direttore della SDS, si procede alla definizione del PIS attraverso le cinque fasi logico-temporali che lo compongono:

- o **Individuazione delle criticità (problemi e bisogni)** che emergono dal Profilo di Salute da indicazioni degli organismi della partecipazione;
- o **Scelta delle priorità**, espressa dall'organo di governo della SdS;
- o **Definizione delle Azioni**, quale fase tecnico-politica;
- o **Stesura dei progetti**, quale componente "tecnica" che realizza le azioni in termini progettuali.
- o **Verifica del PIS**

L'avvio del percorso di costruzione PIS, implica una fase nella quale il piano assume alcune tematiche come parte effettiva di programmazione, mentre altre attività, sulle quali comunque sono attivati gruppi di lavoro e approfondimento, fanno ancora riferimento alla programmazione preesistente dell'ASL e dei Comuni.

Il Principio di gradualità permette di lavorare sull'osservazione della realtà da cui scaturiranno le priorità, di scegliere le politiche su cui agire orientandole anche in ordine temporale (la scelta della politica non implica l'azione diretta ed immediata che dipenderà dalla sua effettiva fattibilità), di sviluppare le idee progettuali.

In sede di approvazione del PIS si approveranno le azioni ed i programmi rimandando l'approvazione dei progetti al momento in cui sarà possibile studiare la loro fattibilità in accordo con le risorse disponibili.

Le componenti di questo PIS sono quindi:

- Il **Profilo di Salute**
- I **problemi ed i bisogni** che emergono dal Profilo di Salute e dai contributi della partecipazione.
- le **priorità** della alta integrazione sociosanitaria:
 - progetto di intervento relativo all'area anziani.
 - progetto di intervento relativo all'area della disabilità.
 - progetto di intervento relativo all'area dei minori.
- Le **Azioni** .
- il **budget virtuale** della Società della Salute
- i **progetti speciali**
- la **scheda tipo di progetto**
- **La Fase di verifica**

La gradualità dell'avvio del PIS fa così salvi i processi programmatori in atto, assicurando la continuità dei servizi nel territorio in rapporto con le risorse previste dagli Enti consorziati.

Il progressivo completamento del PIS avverrà con successivi atti di integrazione del medesimo, in particolare verificando la fattibilità dei progetti proposti rispetto agli obiettivi che accompagnano le Azioni.

I progetti che saranno costruiti in coerenza con gli obiettivi fissati dalle Azioni, dovranno a loro volta essere legati a Risultati Attesi coerenti con gli Obiettivi più generali delle azioni.

6. Gli strumenti della programmazione

Gli strumenti della programmazione sono:

- il **Piano integrato di salute**, che sostituisce sia il programma operativo di zona, quale strumento di attuazione del Piano attuativo locale (PAL) a livello di zona-distretto, che il Piano sociale di zona.
- la **Relazione annuale sullo stato di salute** che sostituisce, per quanto riguarda la zona-distretto, la relazione sanitaria della Azienda unità sanitaria locale e la relazione sociale e che comprende anche la relazione annuale sull'esito del PIS
- il **bilancio preventivo** annuale e pluriennale e bilancio di esercizio annuale;
- il **budget preventivo e consuntivo**, attraverso il quale si esercita il governo della domanda e della allocazione delle risorse;
- i **patti territoriali** tra, la SdS e altri soggetti pubblici e privati che partecipino all'attuazione del PIS.

7. Gli attori

Le Amministrazioni Comunali

I Comuni della Zona Socio-Sanitaria Nord-Ovest costituiscono, insieme alla ASL, l'attore principale della SdS.

Oltre alle competenze nelle attività sociali territoriali, che confluiscono nell'ambito del consorzio, al comune fanno capo le competenze relative all'urbanistica, all'ambiente, alla cultura, allo sport, alla casa, alla istruzione, alle attività commerciali, alla mobilità, alla polizia urbana ecc.

La quasi totalità delle politiche che influiscono sulla salute ed il benessere della popolazione prevedono un elemento unificante nel livello comunale come elemento di programmazione locale: le varie politiche trovano quindi il centro propulsore e unificatore nel comune.

La SdS quindi, attraverso il Piano Integrato di Salute, promuove la "contaminazione" degli strumenti di programmazione a livello comunale, attraverso modalità di lavoro che coordinano le diverse competenze.

L'Azienda USL

L'Azienda USL è l'altro attore fondamentale della SdS. Oltre alle attività sanitarie territoriali che confluiscono nel campo del consorzio, alla USL fanno capo le competenze relative alla prevenzione ed alla assistenza ospedaliera.

La SdS concorda con il Dipartimento di prevenzione dell'Azienda unità sanitaria locale le modalità di integrazione delle attività del Dipartimento con il Piano integrato di salute, attraverso un atto annuale di programmazione, sulla base delle priorità individuate.

La SdS in riferimento ai fabbisogni espressi dalla definisce l'atto di concertazione annuale con l'ASL in relazione ai presidi ospedalieri di riferimento.

L'accordo annuale con i presidi ospedalieri prevede:

- volumi e tipologie di ricoveri riferiti alla popolazione avendo a riferimento la necessità programmatica di raggiungere l'obiettivo dei 160 ricoveri x 1000 abitanti;
- volumi e tipologie di prestazioni specialistiche e diagnostiche erogate ambulatorialmente dal presidio ospedaliero in rapporto al fabbisogno di zona ed alle indicazioni regionali (appropriatezza, linee guida, percorsi assistenziali);
- protocolli operativi che assicurino la continuità assistenziale tra ospedale e servizi territoriali (ivi compresa la condivisione delle risorse professionali disponibili) nell'ambito dei percorsi assistenziali integrati.

Resta ferma la competenza dell'Azienda unità sanitaria locale sui rapporti contrattuali con gli istituti di ricovero privati accreditati.

Dipartimento della Prevenzione della ASL

Il Dipartimento della Prevenzione pur non facendo parte in maniera organica della SdS, rappresenta un riferimento essenziale nella costruzione dei PIS.

Non solo per il contributo all'individuazione dei bisogni, alle conoscenze epidemiologiche, ma per allargare il concetto di integrazione ai determinanti di salute non sanitari quali alimentazione, stili di vita, fumo, attività fisica, fumo ecc., alla pressione ambientale, assetto del territorio, rifiuti, igiene urbana veterinaria ecc. inserimento lavorativo dei soggetti diversamente abili.

Saranno quindi previsti accordi con la ASL per la collaborazione con il Dipartimento della Prevenzione all'interno dei quali prevedere progetti di collaborazione e progetti specifici in ambito del PIS.

L'Università

Il Polo universitario di Prato (PIN) costituisce un partner importante della Società della Salute per il raggiungimento di obiettivi di salute. Una forte base culturale, scientifica e universitaria, è necessaria per cogliere le opportunità che si aprono con l'avvio del Piano Integrato di Salute.

In questo quadro, la rete universitaria è una risorsa fondamentale per la Società della Salute.

Il rapporto con l'Università viene individuato con riferimento al complesso dell'attività di ricerca e di didattica del Polo universitario di Prato ma anche sulle attività che lo stesso PIN sta ponendo in essere in relazione al cosiddetto **Progetto Prato**.

Nella fase di avvio del Piano Integrato di Salute alcune Aree di ricerca e di didattica rivestono particolare interesse, un esempio la collaborazione del PIN alle azioni del Progetto Prato della Regione Toscana.

Per queste ragioni il Pis indica come priorità la costruzione delle relazioni di sistema da instaurare con il Polo universitario di Prato attraverso accordi e protocolli che individuino spazi di collaborazione.

- nell'ambito dello sviluppo e della qualificazione del livello cognitivo dei sistemi locali per l'analisi dei bisogni e del sistema d'interventi;
- nell'ambito della ricerca in campo sanitario, sociale e socio-sanitario, anche con riferimento alla partecipazione a Programmi di azione della Comunità Europea;
- nell'ambito della programmazione dell'offerta universitaria in campo sanitario e sociale e della definizione dei contributi percorsi formativi delle professioni sanitarie e sociali, con particolare riferimento all'area della integrazione sociosanitaria;
- nell'ambito della programmazione del contributo dell'offerta universitaria di supporto alla definizione di percorsi formativi nell'ambito dell'operare per obiettivi di salute, con particolare riferimento alle tematiche dalla contaminazione degli strumenti di programmazione;
- nell'ambito della determinazione di un sistema di crediti formativi per le realtà provenienti dal Terzo Settore operanti nell'ambito delle attività della Società della Salute;

CONCERTAZIONE e PARTECIPAZIONE **La CONCERTAZIONE con le Organizzazioni Sindacali**

La Società della Salute ha fra i propri obiettivi quello di stipulare un protocollo attraverso il quale si conviene di regolamentare il confronto sulle scelte e gli indirizzi relativi alle competenze della SdS. Tale intesa risulta oggi più che mai uno strumento indispensabile ed indifferibile per definire le materie e le modalità del confronto, data l'importanza delle questioni da affrontare, riguardanti le politiche socio-sanitarie del territorio.

Proprio il PIS sarà oggetto di confronto, di concertazione e/o di contrattazione con le delegazioni delle OOSS confederali, in particolare sui seguenti punti:

- la rilevazione dei bisogni della collettività e la determinazione delle priorità di intervento in relazione agli stessi;
- la definizione degli indicatori di risultato quale strumento di verifica del raggiungimento degli obiettivi concordati;
- la verifica dei risultati da effettuarsi annualmente;
- gli atti e le determinazioni già previsti dalle normative vigenti;
- i criteri di accesso alle prestazioni e le eventuali modalità di partecipazione alla spesa degli utenti attraverso l'applicazione di un regolamento unico dell'ISEE;
- altre materie che le parti riterranno, di volta in volta, di sottoporre alla reciproca attenzione.

Le parti concordano, inoltre, che saranno attivati specifici tavoli di concertazione e/o contrattazione per definire in maniera più puntuale alcuni aspetti dei punti sopra elencati, ad iniziare dalla definizione del ruolo del servizio pubblico come garante dell'equità, delle modalità d'accesso e di fruizione delle prestazioni.

Al fine di rendere efficaci le scelte concertate, le parti convengono sull'attivazione di tavoli di confronto anche con le categorie interessate delle stesse confederazioni, su specifici problemi.

Il ruolo del Terzo Settore

La progettazione per obiettivi di salute ha la necessità di attivare tutte le risorse presenti nella comunità, di metterle "in rete" per rispondere ai bisogni e rafforzare le "opportunità" del territorio. In questo senso va interpretato quanto previsto dalla Legge Regionale 41/2005 art.2 (comma 3): "La Regione e gli enti locali, nell'ambito delle rispettive competenze, riconoscono e agevolano il ruolo che il volontariato, gli organismi della cooperazione sociale, le associazioni e gli altri soggetti privati senza scopo di lucro, operanti nel settore, svolgono nella organizzazione e nella gestione del sistema integrato."

In questo quadro, nell'applicazione del principio di sussidiarietà, in un sistema fortemente ancorato alla dimensione locale dei bisogni, delle opportunità, delle risorse e delle risposte, attraverso la programmazione si intende operare una progressiva apertura al Terzo Settore alla coprogettazione e alla valutazione.

Il Terzo Settore, nelle sue varie componenti, assume quindi un ruolo progettuale e operativo, in un sistema di architettura di responsabilità che ha nel sistema pubblico il baricentro delle politiche del welfare locale

SECONDA PARTE

1. IL PROFILO DI SALUTE

Il Profilo di Salute, prodotto dalla Società della Salute rappresenta da sempre, per la nostra SdS, un fiore all'occhiello.

Si tratta di una attenta analisi organica dei principali dati demografici, epidemiologici e determinanti di salute sul territorio della Zona.

Il Profilo di Salute costituisce un documento tecnico su una base predefinita di indicatori.

Ha lo scopo di rilevare lo stato di salute della comunità locale attraverso il contributo dell'epidemiologia, di evidenziare le cause di rischio più rilevanti, la prevedibilità delle malattie e degli infortuni.

Ma il Profilo di Salute è soprattutto la base informativa per orientare la progettazione e la realizzazione dei Piani d'Azione.

2. LE CRITICITA': problemi e bisogni

Dall'analisi del Profilo di Salute e, successivamente, dal confronto con gli organismi della partecipazione, emergono una serie di informazioni e criticità, anche in termini di problemi e bisogni, emergenti della comunità della Zona Pratese verso i quali la Società della Salute intende esercitare una valutazione e una scelta delle priorità attraverso la individuazione delle AZIONI e quindi, con il contributo della parte tecnica, la costruzione dei progetti.

Profilo di salute :Punti di forza e di debolezza

Dalla lettura ed analisi del profilo di salute area pratese siamo in grado di definire i punti di forza e di debolezza della nostra zona e, su questi, individuare programmi, progetti e servizi atti a risolvere i punti di debolezza e/o di organizzare i servizi in termini maggiormente puntuali ed efficaci.

PROFILO DEMOGRAFICO

Punti di forza

la popolazione più "giovane" (IV 145 vs 186 Toscana); -
il tasso di natalità più elevato (9,6‰ vs. 8,4 ‰); -
la più alta percentuale di stranieri nati in Italia (tendenza alla stabilizzazione dei nuclei familiari stranieri)

Punti di debolezza

aumento del carico sociale degli anziani (>65 anni 20,8% popolazione; Cantagallo 23,7% e Vernio 25,3%);
tasso di fecondità totale ben al di sotto del livello di rimpiazzo;
4.863 residenti italiani in meno nell'ultimo decennio intercensuario

Criticità

Struttura familiare. Nell'ultimo decennio intercensuario si conferma la tendenza al ridimensionamento dell'ampiezza familiare. Aumentano le famiglie unipersonali, costituite prevalentemente da anziani soli. In crescita anche i nuclei familiari monogenitore, che evidenziano aspetti particolarmente problematici dal punto di vista delle politiche sociali.

Giovani. Il tasso di disoccupazione giovanile ha raggiunto i valori più elevati (in Italia oltre il 40% nella fascia 15-24 anni) da quando esistono le serie storiche Istat (1977). Conseguentemente aumenta il numero di giovani che, anche in età adulta, continuano a vivere con i genitori, ritardando la formazione di un proprio nucleo familiare.

Migranti. Le comunità migranti (con particolare riferimento ai cinesi, che rappresentano il 47% degli stranieri presenti a Prato) sono ancora contrassegnate da elevati livelli di clandestinità e quindi esposti a sfruttamento ed a percorsi di illegalità. Gli stranieri spesso svolgono lavori caratterizzati da condizioni più dure e disagiate, per turni di lavoro, livelli di nocività e pericolosità.

DETERMINANTI DI SALUTE – SISTEMA SOCIO ECONOMICO

Punti di forza

tasso di occupazione superiore alla media regionale (66,3% vs. 63,8% nel 2013);
nonostante il significativo calo registrato negli ultimi anni, Prato mostra comunque ancora una quota significativa di occupati nell'industria (36,1% vs. 26,4% Toscana)

Punti di debolezza

prosegue il processo di selezione in atto all'interno dell'industria tessile (-28% imprese dal 2008 al 2013)

- secondo la RCFL Istat aPrato si contano circa 7mila disoccupati; allo stesso tempo i lavoratori iscritti come disoccupati ai servizi per l'impiego (L. 181/00) sono oltre 33mila (19,3% della popolazione attiva);
- il 73% dei nuovi avviamenti di lavoro è a termine

Criticità

Nuove povertà. Con la crisi economica è aumentato il numero di persone in situazione di povertà assoluta (in Italia dal 4,1% del 2007 al 9,9%) e di povertà relativa. Emergono inoltre nuove fasce di persone (anziani, famiglie con minori a carico, famiglie monoparentali, immigrati) a rischio di povertà e di esclusione sociale.

Cronicità assistenziale. Difficoltà ad individuare dei percorsi di uscita dall'assistenza per una quota consistente di utenti in carico ai servizi sociali.

Casa. Nonostante la riduzione delle quotazioni, si è registrato un crollo delle compravendite di abitazioni (con particolare riferimento agli acquisti finanziati con mutuo ipotecario).

Cresce la quota di famiglie in affitto (circa 15mila a Prato), ma aumentano le richieste di esecuzione e gli sfratti eseguiti (Prato è la prima provincia italiana come numero di sfratti eseguiti in rapporto al totale delle famiglie residenti: uno sfratto ogni 249 famiglie, Toscana 1: 539).

DETERMINANTI DI SALUTE – ISTRUZIONE

Punti di forza

- il Protocollo d'Intesa per l'accoglienza degli alunni stranieri ha favorito l'attivazione di sinergie volte alla condivisione di buone prassi ed alla progettazione condivisa;

tasso di ricettività asili nido in linea con gli obiettivi indicati a livello UE

Punti di debolezza

- quasi un giovane su cinque abbandona gli studi prematuramente; tra gli stranieri quasi uno su due; anche nelle classi di età più giovani, Prato si conferma all'ultimo posto in Toscana per tasso di raggiungimento del diploma

Criticità

Determinanti sociali: istruzione. Gli esiti sanitari (in particolar modo quelli legati alle malattie croniche) sono derivati principalmente da alcuni specifici fattori di rischio; spesso i determinanti sociali possono essere le "cause delle cause" di questi. L'istruzione, in particolare, gioca un ruolo importante, come evidenziato anche dallo Studio Longitudinale Toscano (SLTo), promosso dalla Regione Toscana e realizzato a Firenze, Prato e Livorno, sulle diseguaglianze sociali nella mortalità della popolazione toscana.

L'Osservatorio Scolastico Provinciale fornisce annualmente una misura degli studenti pratesi che fuoriescono prematuramente dai percorsi scolastici e formativi (18,5% nel 2013):

il dato complessivo è in linea con la media regionale e nazionale (ma ben al di sopra della media europea), ma risalta la problematica costituita dagli alunni stranieri (44%).

Determinanti di salute – ecosistema

Criticità

Elevata densità abitativa (la più alta in Toscana) e indici di motorizzazione (62 auto/100 ab)
Ecosistema.
Inquinamento atmosferico.
Incidenti stradali

Determinanti di salute – stili di vita

Criticità

Fumo, sostanza di abuso ed alimentazione

Stato di salute

Criticità

Mortalità

Ambiti di intervento

ANZIANI

Punti di forza

- 10,2 grandi anziani (>85) ogni 100 residenti 50-74 (Toscana 1,7);
- posti RSA: indice di copertura in linea con media regionale;
- avvio del servizio SCAHT e del progetto 'Dopo l'ospedale meglio a casa' per garantire la continuità assistenziale

Punti di debolezza

incremento numero di famiglie unipersonali costituite prevalentemente da anziani soli;
servizi della domiciliari età insufficienti

Ambito di intervento

Disabilità e disagio mentale

Punti di forza

- incremento del numero di inserimenti scolastici di soggetti con disabilità (740 nel 2013, di cui un quarto stranieri), con particolare riferimento alla scuola secondaria di secondo grado

Punti di debolezza

difficoltà nello stimare la reale presenza dell'handicap nella popolazione generale (anche per la sovrapposizione di diverse categorie diagnostiche);

3. Le Azioni del Piano

La Giunta della SDS, a fronte dell'analisi del profilo di salute e della valutazione complessiva del sistema dei servizi, ritiene di indicare, nel presente Piano Integrato di Salute, le seguenti AZIONI e PROGRAMMI quali espressione della volontà politica di esercitare una scelta riguardo alle possibili soluzioni dei problemi emersi.

Tali azioni sottendono obiettivi strategici che impegnano e devono orientare tutti gli attori del sistema socio-sanitario.

- Miglioramento della presa in carico territoriale, attraverso il miglioramento dei servizi esistenti e attraverso la sperimentazione di nuove modalità organizzative che vedano la integrazione del MMG, dell'Assistente Sociale e del personale infermieristico.
- Integrazione Socio-sanitaria attraverso riorganizzazione dell'accesso integrato ai servizi, anche attraverso la costituzione di sportelli o uffici soci-sanitari soprattutto per l'accesso ai percorsi di alta integrazione come quelli relativi alla disabilità, non autosufficienza.
- Rendere più efficienti i rapporti Ospedale-Territorio per migliorare i percorsi di dimissione verso il territorio anche implementando e sperimentando nuove modalità organizzative nei percorsi pre e post ricovero.
- Migliorare le condizioni di vita dei disabili e sperimentare percorsi di autonomia.
- Migliorare l'integrazione scolastica dei minori con disabilità.
- Consulenza e mediazione familiare, per rispondere alle esigenze delle famiglie con figli minori e per valorizzare e sostenere le responsabilità familiari.
- Sostegno alla genitorialità, anche tramite il coinvolgimento e la valorizzazione delle associazioni, promozione dell'istituto dell'affidamento familiare
- Riqualificazione e sviluppo dei percorsi di formazione ed inserimento lavorativo nell'ambito della disabilità, salute mentale, dipendenze ed in generale nelle condizioni di disagio.

4. Le Risorse: Il budget virtuale della Società della Salute

Le risorse economiche del PIS sono identificabili nei bilanci di riferimento degli enti consorziati, competenti alla gestione delle attività e sono composte da risorse proprie, nonché risorse conferite dallo Stato, dalla Regione, da enti o organismi che partecipano alla realizzazione dei progetti, da quote di compartecipazione e da altre eventuali fonti.

I PROGETTI

I progetti compongono la sostanza della programmazione sociosanitaria

I progetti sono brevemente descritti e saranno oggetti di verifica di fattibilità e progettazione attraverso l'utilizzo di una specifica griglia composta dalle seguenti voci:

1. Titolo del progetto.
2. RESPONSABILE del progetto.
3. AZIONE e suoi obt
4. Breve descrizione del progetto.
5. Risultati attesi in termini di salute.
6. Enti e soggetti coinvolti.
7. Modalità operative degli interventi, fasi, tempi, attività.
8. Organizzazione delle risorse, competenze.
9. Allocazione risorse finanziarie.
10. Indicatori di valutazione (raggiungimento degli obt)
11. Modalità di rilevazione degli indicatori.
12. Indicatori per la valutazione di processo.
13. Indicatori per la valutazione dei risultati in termini di salute.
14. Indicatori del grado di integrazione.

La programmazione comprende anche il Piano dell'Educazione alla Salute previsto dall'ASL e l'insieme dei progetti del Piano Sociale di Zona inseriti come allegati al presente Piano.

LA FASE DI VERIFICA

Il Piano Integrato di Salute ha una estensione temporale di tre anni. La possibilità di reiterare alla scadenza il PIS o di modificarlo, introducendo miglioramenti, è naturalmente legata alla capacità e alla possibilità di valutarne i risultati in termini di raggiungimento degli obiettivi specifici per ciascuna azione. Ma non vi solo una fase di verifica dei risultati specifici di ogni singola azione/progetto, anche il PIS nel suo complesso deve essere oggetto di una operazione di verifica, condotta dagli organi di governo, dagli amministratori, dalle parti sociali (concertazione) e dagli organismi della partecipazione.

Condizione per avviare una concreta e reale verifica del PIS è la possibilità di misurare gli Obiettivi delle azioni e i risultati attesi dei progetti attraverso indicatori precedentemente definiti. Tali indicatori devono essere in grado, con sufficiente sensibilità di descrivere un fenomeno e evidenziare i cambiamenti prodotti dal progetto.

Il processo di valutazione dovrà produrre due documenti complementari: un report tecnico e una Relazione sugli esiti del PIS.

PARTE TERZA

Il presente PIS è composto da:

I piani attuativi dell'Azienda Sanitaria Locale (PAL), articolato in programmi annuali di attività per zona-distretto.

Programmi e progetti di programmazione regionale.

Attività corrente della ASL per la parte territoriale, attività delle UU.FF. e erogazione delle prestazioni socio-sanitarie.

Attività corrente dei servizi sociali delle Amministrazioni Comunali.

Progetti del Piano Sociale di Zona.

Progetti Educazione alla Salute per la scuola e per il territorio.

Progetti speciali e innovativi a iniziativa SDS.

Nei seguenti capitoli sono brevemente illustrati alcuni programmi e progetti che si aggiungono alla normale attività dei servizi sociali dei comuni e dell'attività della ASL, che rappresentano una risposta operativa alla precedente individuazione degli obiettivi strategici.

1. Progetti speciali:

COSTITUZIONE DI SPORTELLI UNICI SOCIO-SANITARI

La scelta progettuale si indirizza verso la creazione di uffici, dove personale del Comune e della ASL, insieme, possano realizzare un moderno servizio di accoglienza e orientamento ai percorsi di alta integrazione. Tale nuovo servizio oltre che realizzare in primo luogo una reale collaborazione del personale dei due enti, con l'innegabile vantaggio di una sempre maggiore condivisione della conoscenza dei servizi, pone le basi per la riduzione di burocrazia e pluralità di accessi per servizi e pratiche autorizzative che il cittadino vive normalmente come una complicazione.

Si propone quindi di creare un ufficio in ciascun ambito comunale, individuando il personale comunale e della ASL con il criterio della massima valorizzazione delle funzioni di orientamento e analisi dei bisogni dell'utenza.

EQUIPE TERRITORIALE

La riorganizzazione dell'assistenza primaria territoriale rappresenta uno degli obiettivi prioritari per l'Azienda sanitaria nell'ambito di una rilettura globale delle complesse relazioni tra ospedale e territorio. Negli ultimi anni è stata predisposta la base di conoscenze e di abilità necessarie allo sviluppo di nuovi modelli e attraverso una complessa attività di analisi delle criticità esistenti, di studio e di ricerca delle indicazioni più avanzate derivanti dalla buona pratica è stato definito un modello fortemente innovativo per l'assistenza integrata territoriale, che supera la divisione tra servizi e tra professionalità, fornisce indicazioni precise ai cittadini e li guida nell'accesso ai servizi. I professionisti dell'assistenza operano in équipes formate da MMG, infermieri e assistenti sociali di riferimento per ogni assistito che assicurano continuità nell'assistenza e personalizzazione delle relazioni.

Il modello utilizza nuovi strumenti per la pianificazione e l'erogazione dell'assistenza che possono assicurare la possibilità di intervenire adeguatamente nelle diverse fasi di evoluzione del bisogno. Il nuovo modello coniuga snellezza organizzativa, facilità di accesso, appropriatezza delle risposte, possibilità di controllo degli outputs.

Il progetto, sperimentale, consiste nell'implementazione di una nuova modalità di interazione tra MMG, Infermiere professionale e Assistente Sociale, che realizzano una presa in carico in tempi e modalità più appropriate rispetto alla scelta della risposta socio-assistenziale e con tempi di risposta più rapida rispetto alla modalità attuale attraverso la commissione di valutazione. La realizzazione del progetto non potrà prescindere da un equo riequilibrio delle risorse del bilancio ASL verso la non autosufficienza.

POOL ASSISTENZA DOMICILIARE FESTIVA

Il progetto che viene proposto intende rispondere all'esigenza di garantire anche nei giorni festivi una continuità di prestazioni riconducibili all'ADI, soprattutto in occasione di particolari criticità che si possono verificare in condizioni di dimissioni ospedaliere di soggetti anziani soli, o con una situazione socio-familiare critica. Infermieri professionali presenti anche nei giorni festivi in collegamento funzionale con il settore dell'Assistenza Sociale e delle Cure Primarie.

PERCORSO OSPEDALE TERRITORIO

Al fine di intraprendere un percorso integrato verso una più efficace intesa sulle

dimissioni ospedaliere verso il territorio e su progetti di prevenzione il progetto prevede di giungere alla stipula di un accordo di programma tra SDS e l'ospedale di Prato.

CURE INTERMEDIE

La Giunta Regionale già dal 2005 ha avviato (Delibera n.1002 del 10/10/2005) una sperimentazione per la determinazione di percorsi assistenziali e di prestazioni identificati quali "cure intermedie" mediante l'utilizzo della rete delle RSA e delle Case di cura convenzionate.

Obiettivo del progetto è "L'utilizzo dei "servizi per le cure intermedie" consente ai medici dei Presidi ospedalieri e a quelli di Medicina Generale, di impiegare una risorsa nuova ed aggiuntiva alle loro normali disponibilità operative.

Si tratta della possibilità di ricoverare pazienti ,con problematiche di completa o prevalente valenza sanitaria, nelle RSA e nelle Case di Cura convenzionate, presenti sul territorio.

Tale possibilità si inserisce quindi nella rete integrata dei servizi socio-sanitari, e si configura come uno degli aspetti dell'organizzazione di tipo PULL, volta a garantire una rapida risposta sia ai pazienti con problemi di dimissione dai reparti per acuti che a pazienti ancora al proprio domicilio con esigenze sanitarie e a ridurre il flusso di pazienti ai DEA, per problematiche che possono essere risolte con modalità diverse.

In questo modo da un lato si soddisfano le esigenze assistenziali del paziente, e dall'altro si evitano ricoveri ospedalieri impropri, e si riduce la durata della degenza.

Le RSA, infatti, sono strutture residenziali che, pur rimanendo nell'ambito delle cure primarie, possono fornire, al pari delle case di cura, un'assistenza costante alla persona con una media medicalizzazione delle prestazioni e una maggiore attenzione, anche per i ricoveri di breve durata, agli aspetti della vita di relazione.

Spesso infatti, soprattutto nei pazienti anziani, l'ospedalizzazione tradizionale peggiora la qualità della vita.

Le Cure intermedie:

- Sono rivolte a persone che altrimenti prolungherebbero senza necessità la durata del ricovero ospedaliero o potrebbero essere ammesse inappropriatamente in ospedale o in RSA.
- Sono erogate sulla base di una valutazione multidimensionale con la predisposizione di un piano di assistenza individuale strutturato, che definisce terapie, trattamenti, necessità di ricoveri.
- Sono orientate al recupero dell'indipendenza e al rientro dei pazienti al loro domicilio
- Hanno una durata limitata (di solito 1-2 settimane, e mai oltre le 6 settimane).
- Sono basate sull'integrazione di più professionisti che utilizzano gli stessi criteri di valutazione, gli stessi strumenti operativi e condividono protocolli comuni.
- L'impiego dei servizi per le cure intermedie è indirizzato quindi: a pazienti, prevalentemente anziani, dimissibili dall'ospedale ma non in condizioni di poter essere adeguatamente assistiti al proprio domicilio per il quadro clinico o per insufficienti garanzie di supporto familiare e/o sociale. In questo modo si riduce la durata della degenza, e si assicura al paziente l'assistenza in un ambiente protetto, per il periodo necessario e a pazienti, prevalentemente anziani, che vengono segnalati dal medico curante in quanto le possibilità di assistenza domiciliare non offrono garanzie sufficienti in relazione alla situazione clinica del paziente ma in cui l'ospedalizzazione potrebbe essere ancora evitata."

La realizzazione del progetto non potrà prescindere da un equo riequilibrio delle risorse del bilancio ASL verso la non autosufficienza.

SPERIMENTAZIONE NUOVE FORME DI ASSOCIAZIONISMO MEDICO

Già nel PSR 2005-2007 si prevedeva lo sviluppo e la promozione delle UCP (Unità di Cure Primarie) che sono unità territoriali dove MMG, PLS, Specialisti, Infermieri e altre professionalità forniscono risposte integrate alla domanda di salute dei cittadini.

L'obiettivo strategico principale dell'UCP è la qualità delle cure da perseguire anche attraverso la medicina di iniziativa.

Il progetto che viene proposto è volto a compiere una verifica delle esperienze fino ad oggi realizzate e a indicare eventualmente nuove modalità organizzative per l'associazionismo medico.

RIDUZIONE LISTE D'ATTESA

I programmi dedicati all'abbattimento delle Liste di Attesa, riguardano principalmente il controllo complessivo del rapporto domanda/offerta, valutando sia il tempo di attesa, sia il volume dell'erogato ed il suo incremento, attraverso azioni che coinvolgono soggetti pubblici e privati accreditati. In particolare si agisce su :

la **segmentazione della domanda** ed il suo governo secondo logiche di priorità clinica nell'accesso e di appropriatezza della richiesta.

l'incremento della efficienza gestionale dei servizi coinvolti nella erogazione di prestazioni e la progressiva razionalizzazione ed omogeneizzazione delle agende di prenotazione della rete CUP aziendale e metropolitana;

la "**presa in carico dell'utente**" dopo il primo contatto attraverso procedure che integrino anche l'attività di prenotazione con quella di informazione o di tutela (URP e Pronto Salute).

I punti essenziali considerati per la predisposizione del programma per la riduzione delle liste di attesa sono tre :

1. Governo della domanda : si attua attraverso l'uso di Protocolli, Linee guida, Clinical pathways conosciuti e condivisi che permettono di definire dei Percorsi clinico-Assistenziali. In questo caso i tempi di attuazione sono medio-lunghi ma la risposta è stabile nel tempo. Il parametro di riferimento è l'appropriatezza.

2. Aumento dell'offerta : si attua mediante l'incremento del personale, dipendente o convenzionato, e delle tecnologie, l'acquisto di prestazioni libero-professionali intramoenia o dal settore privato, ovvero dall'insieme di più azioni. Ha un effetto limitato nel tempo poiché porta ad un collaterale aumento della domanda con saturazione delle nuove disponibilità. In questo caso si hanno dei rapidi tempi di attuazione ma un miglioramento che non rimane stabile nel tempo per l'effetto collegato dell'induzione della domanda. Il parametro di riferimento è l'efficienza ovvero il rapporto tra output e input, cioè fra prestazioni prodotte e fattori di produzione utilizzati.

3. Azione contestuale sul rapporto Domanda / Offerta : è la soluzione ottimale che permette di ottenere una risposta stabile nel tempo. Il parametro di riferimento è l'efficacia ovvero il rapporto fra gli esiti e le prestazioni.

Nell'area pratese è progressivamente aumentato, e in modo considerevole, il numero delle prestazioni prenotate ed erogate, ma fenomeni diversi quali la duplicazione di richieste di esami specialistici, la mobilità volontaria dei pazienti, le improprie indicazioni agli esami specialistici, l'uso improprio delle tecnologie sanitarie, la conflittualità o la confusione nelle prescrizioni cliniche e terapeutiche tra le varie figure professionali e l'uso incongruo delle richieste "urgenti", hanno vanificato una parte considerevole del beneficio atteso, a ulteriore conferma che il vero obiettivo da perseguire per ridurre progressivamente le liste di attesa è il governo complessivo del rapporto domanda/offerta e non la singola ed isolata azione solo su uno dei due versanti.

CURE PALLIATIVE La SDS insieme al Centro Terapia Domiciliare del servizio di cure palliative intende sviluppare e incrementare l'assistenza domiciliare ai malati oncologici in fase avanzata della malattia attraverso la collaborazione con associazioni non profit.

Il servizio di terapia domiciliare costituisce una continuità assistenziale anche rispetto alla dimissione ospedaliera.

Il progetto prevede la stipula di accordi con il volontariato per garantire certezza di risorse per la prosecuzione e mantenimento dei livelli assistenziali, la fornitura di presidi sanitari a domicilio.

OSSERVATORIO ANZIANI e DISABILI

Il progetto prevede la costituzione presso la Società della Salute di un

Osservatorio permanente su Anziani e Disabili con il fine di monitorare sia i bisogni, espressi e l'analisi dell'offerta in termini di servizi per poter individuare le migliori politiche sociali e sanitarie integrate verso questa parte della popolazione.

C'è infatti la necessità di programmare per tempo gli interventi strutturali necessari a dare risposte efficaci alle esigenze che si presentano nel tempo, per esempio in relazione alle previsioni di crescita di talune fasce demografiche della popolazione della zona pratese. L'osservatorio potrà essere costituito secondo le indicazioni e modalità concordate con gli EE.LL. e le parti sociali.

PERCORSO DIAGNOSTICO – TERAPEUTICO INTEGRATO PER IL DOLORE TORACICO

Il progetto prevede, in sostanza, una nuova realtà di collaborazione tra ospedale e territorio su una sintomatologia particolarmente insidiosa.

Il **dolore toracico** non traumatico è forse il sintomo che desta più allarme nel paziente, ed è uno dei disturbi che con maggiore frequenza lo portano a consultare il medico.

Per il medico di medicina generale il dolore toracico costituisce un problema particolarmente complesso in quanto comporta una rapida valutazione della sua origine e della sua gravità, nonché delle decisioni diagnostiche terapeutiche da prendere. Il rischio è quello di ricorrere da una parte ad ospedalizzazioni inutili e costose per situazione di scarso rilievo clinico, dall'altra di sottovalutare una situazione di potenziale particolare pericolosità per il paziente.

I problemi che il medico di medicina generale si trova a dover fronteggiare nella situazione specifica sono quindi due:

1. come operare una efficace stratificazione del rischio di eventi nell'immediato, disponendo dei soli dati anamnestici e dell'esame obiettivo;
2. per i pazienti a basso rischio, come poter disporre delle necessarie consulenze specialistiche e dei supporti strumentali salvaguardando l'unitarietà del percorso assistenziale e l'esigenza di arrivare dalla diagnosi alla terapia in tempi congrui.

Per consentire l'accesso facilitato e rapido per questa tipologia di pazienti abbiamo messo a punto un percorso diagnostico-terapeutico sul dolore toracico,

applicato nel presidio ospedaliero della asl 4 di Prato, che permette ai medici di medicina generale di accedere direttamente alla consulenza cardiologica ed alla diagnostica strumentale necessaria anche per una eventuale diagnosi differenziale sulla natura del dolore toracico

2. Sistema Integrato Anziani

Sotto la denominazione "Sistema Integrato Anziani", sono da intendersi tutte le azioni, le iniziative, i servizi, le strutture che, pur afferenti a enti, istituzioni, soggetti diversi fino ad ora operanti in maniera a volte scollegata fra loro, agiscono in maniera integrata, unitariamente governata e unitariamente orientata a fornire risposte appropriate ai bisogni degli anziani.

Quindi Attività dei servizi sociali dei comuni, attività dei servizi sanitari della ASL, progetti integrati della Medicina Generale e progetti del Piano Sociale di Zona e altri concorrono a formare il Sistema Integrato Anziani.

L'invecchiamento della popolazione pone, alla comunità ed al servizio sanitario, il

problema di garantire ai cittadini più anziani, condizioni di salute e di qualità delle cure sempre migliori e sempre più coerenti con un uso razionale delle risorse.

Il raggiungimento di tali finalità presuppone interventi rivolti direttamente alla popolazione interessata e la ricerca di una "offerta" di servizi con questi obiettivi, per raggiungere i quali è necessario il coinvolgimento di attori diversi che operino in modo integrato.

Il programma anziani risulta quindi organizzato secondo una strategia che è incentrata su una serie di obiettivi:

- Miglioramento della presa in carico territoriale;
- Mantenimento dell'anziano presso la propria abitazione attraverso la rete di assistenza territoriale e la valorizzazione delle sue capacità residue;
- Promozione delle occasioni di incontro e socializzazione degli anziani;
- Integrazione socio sanitaria attraverso la riorganizzazione dell'accesso integrato ai servizi;
- Curare i rapporti ospedale territorio per migliorare i percorsi di dimissione;
- Riequilibrare le risorse per la non autosufficienza;

SORVEGLIANZA ATTIVA DELL'ANZIANO FRAGILE

Il progetto realizzato già dal 2003 nella Zona pratese su indicazione Regionale, viene riproposto e esteso non solo per il periodo estivo ma in continuità nel corso dell'anno. Si viene così a porre a "regime" una modalità di ricerca attiva della fragilità non solo nel settore della popolazione anziana ultra 75°, ma anche per tutte le altre emergenze socio-assistenziali. Il progetto prevede il coinvolgimento della UF Cure Primarie della ASL, i MMG, i Servizi Sociali dei Comuni.

ANZIANI IN MOVIMENTO

"Attività Fisica Adattata"

Il progetto ricerca, nella logica integrata della nuova programmazione locale, con un obiettivo di educazione alla salute in armonia ad una delle aree in cui si sperimenterà la società della salute, la collaborazione di tutti i soggetti che stanno o hanno lavorato sull'attività motoria degli anziani, per garantire la condivisione delle esperienze ed il coinvolgimento degli attori sociali interessati.

Indirizzare sensibilizzare la popolazione anziana all'utilizzo di comportamenti maggiormente ispirati ad un'attività motoria preventiva sia individuale che di gruppo.

Risultati attesi: Mantenere e migliorare la qualità della vita e l'autonomia della persona anziana, assicurando una attività motoria 'di mantenimento' alle persone che hanno completato un percorso riabilitativo e che trovano difficoltà, ad ottenere una risposta di stretta caratterizzazione sanitaria dai servizi di riabilitazione.

Definire specifiche procedure e percorsi all'attività, con il coinvolgimento dei MMG, quali professionisti sanitari maggiormente in grado di orientare i cittadini destinatari, anche in alternativa alla prescrizione di prestazioni di terapia fisica.

Individuare, se del caso ed in collaborazione con il Comune particolari tariffe e/o agevolazioni che possano favorire e sostenere la partecipazione dei cittadini anziani all'attività motoria. Ridurre i costi sanitari e le liste d'attesa.

Offrire alla popolazione anziana l'opportunità di partecipare ad attività motoria finalizzata al mantenimento del benessere fisico ed alla prevenzione di condizioni

di ridotta mobilità che favoriscono la riduzione del grado di autonomia e la comparsa di sintomatologie che determinano il ricorso a prestazioni di terapia fisica.

Si prevede di offrire agli anziani, in condizioni fisiche buone, una proposta di attività motoria alternativa alla prescrizione di terapie fisiche (pertanto prima di transitare dai servizi riabilitativi); in questo senso diventa importante il ruolo del Medico di Medicina Generale in quanto ordinatore di prestazioni.

Saranno effettuati interventi di formazione ed aggiornamento rivolti agli operatori dell'associazionismo sportivo che dovranno seguire le attività motorie dei gruppi di anziani

Si conta inoltre di accompagnare al progetto un monitoraggio per il controllo dei risultati dell'intervento in termini di riduzione delle richieste di prestazioni riabilitative e di ricoveri.

TELECARE

I servizi di teleassistenza rivestono un ruolo determinante quale strumento di sostegno al mantenimento a casa degli anziani fragili o non autosufficienti, in condizioni di sicurezza e autonomia. Un ruolo pertanto strategico in riferimento alle politiche per la domiciliarità che la Società della Salute intende promuovere.

In tal senso, è stato dato un forte impulso allo sviluppo e al potenziamento del già esistente servizio comunale di teleassistenza, sia in termini di investimento tecnologico che di organizzazione, diffusione, qualità ed efficacia del servizio, con particolare riferimento al coinvolgimento e all'integrazione della rete di risorse presenti sul territorio (servizi sociosanitari territoriali, volontariato, medici di famiglia, farmacie, ecc.).

In tale ottica, stiamo pensando di predisporre le azioni per sfruttare le potenzialità offerte dalle nuove tecnologie della comunicazione, con funzioni innovative quali il teleconforto (possibilità di contatto audio-video con la centrale operativa; di collegamento con servizi specialistici; di accesso ad eventuali servizi di supporto; di videoconferenza con la rete familiare o amicale; di diffusione informazioni in rete; ecc.) e la telemedicina (sorveglianza medica, ad esempio, in ambito cardiologico e respiratorio).

Il servizio pone come obiettivo principale la facilitazione della comunicazione per gli utenti, con la creazione di un reticolato comunicativo, che permetta l'attivazione non solo di tutte le utilità basilari, ma anche di servizi accessori.

Questi sono volti soprattutto al superamento dell'isolamento, quale causa comprimaria della graduale perdita di autosufficienza, ed al miglioramento delle condizioni di vita dell'anziano solo nell'ambito delle proprie mura domestiche.

Pertanto, accanto alle normali attività di monitoraggio e vigilanza sulle condizioni psicofisiche dell'utente e di gestione delle richieste di intervento sanitario di basso, medio ed alto livello con attivazione degli opportuni interventi, si pone l'opportunità e la fattibilità concreta di affiancare tutta una serie di servizi di "utilità e sollievo", con l'obiettivo di offrire all'abbonato un'azione di supporto ad ampio raggio, mettendo in atto strumenti di coordinamento e collegamento delle risorse socio-assistenziali e socio-sanitarie (istituzionali, del privato sociale, del privato imprenditoriale) presenti sul territorio cittadino, per un più efficace ed efficiente utilizzo delle risorse stesse.

3. Sistema Integrato Disabilità

L'azione della Società della Salute Area pratese nel settore della disabilità si pone in linea con quanto previsto dal Piano Sanitario Regionale per "impostare un progetto di intervento che possa migliorare lo stile di vita della persona con disabilità". Attraverso l'integrazione delle risorse sociali e sanitarie sia pubbliche che del privato sociale, si intende rafforzare i livelli di governo e di coordinamento territoriale, allo scopo di affermare la dimensione unitaria della strategia di intervento.

Linee strategiche del progetto si possono riassumere nelle seguenti azioni:

La Società della Salute, nel settore della disabilità, ha come obiettivo quello di porre in essere una progettualità le cui azioni vadano a "...migliorare lo stile di vita della persona disabile "così come previsto dal Piano Sanitario Regionale,

A tal fine attraverso l'ottimizzazione dell'integrazione delle risorse sociali e sanitarie intende rafforzare i livelli di governo e di coordinamento territoriale riaffermando la dimensione unitaria della strategia di intervento centrata sulla persona.

Le linee strategiche su cui intende muoversi sono le seguenti:

- Ri-definizione del modello organizzativo
- Strutturazione di un sistema informativo di rilevazione che connetta i vari punti del percorso della disabilità dalla "attestazione" alla presa in carico.
- Rilettura e diversificazione dell'offerta residenziale, semiresidenziale e di esperienze di autonomia
- Rilettura e diversificazione dell'offerta relative al tempo libero, vacanze, sport
- Definizione di un percorso integrato con il mondo della scuola finalizzato alla costruzione di nuove opportunità per soggetti gravi e gravissimi collegati a risorse territoriali.

RIDEFINIZIONE MODELLO ORGANIZZATIVO PERCORSO HANDICAP

L'azione nasce come arricchimento dell'attuale situazione organizzativa. In particolare il modello introduce un momento centrale di coordinamento e monitoraggio sui bisogni assistenziali per favorire l'integrazione e sinergismo degli operatori.

RILETTURA E DIVERSIFICAZIONE DELL'OFFERTA: TEMPO LIBERO, VACANZE, SPORT.

Con il progetto si intende assicurare un'esigenza fondamentale per il processo di crescita, socializzazione e partecipazione alla vita sociale delle persone con disabilità ai fini della loro reale ed effettiva integrazione.

La zona tradizionalmente organizza delle esperienze estive per soggetti gravi.

In particolare negli anni si è andata definendo e strutturando l'esperienza di soggiorni estivi per i frequentanti i Centri di socializzazione. Tali esperienze hanno la doppia valenza di sollievo alle famiglie, ma si pongono anche in linea di continuità con l'acquisizione di autonomie da parte dei soggetti disabili nell'ottica del "dopo di noi", aspetto del lavoro facilitato dal fatto che tali esperienze sono effettuate all'interno della programmazione delle attività del Centro e quindi con gli stessi operatori che conoscono i ragazzi.

RILETTURA E DIVERSIFICAZIONE DELL'OFFERTA DEI SERVIZI: RESIDENZIALI, SEMIRESIDENZIALI, DI ESPERIENZE DI AUTONOMIA

Nell'ambito degli interventi di carattere residenziale si riscontra la necessità di attivare forme di risposte che siano innovative rispetto alle tradizionali forme di residenzialità (rsd rsa comunità alloggio) coerentemente con i bisogni diversificati dell'area disabilità che va da situazione che richiedono la massima protezione e assistenza a forme di bassa protezione assistenziale, a situazioni che necessitano di situazioni abitative con particolari supporti domotici.

Nella zona deve consolidarsi un percorso sul tema “dopo di noi” sostenendo la formazione di gruppi di auto -aiuto per i familiari e fornito spazi di consulenza legale oltre che di momenti formativi e informativi su tematiche legate alla disabilità .

Sul territorio sono presenti Centri Diurni, rivolti all’handicap grave , che rappresentano un’importante risposta alternativa alla istituzionalizzazione, offrendo un sostegno e un aiuto al soggetto disabile e alla sua famiglia e supportandone il lavoro di assistenza, socializzazione e riabilitazione.

TRASPORTI SOCIALI

Si tratta di una attività di particolare importanza per il settore della disabilità.

La Società della Salute intende effettuare una ricognizione su tale attività, analizzando le modalità operative, tempi e risorse impiegate, ricognizione finalizzata a produrre proposte migliorative del servizio per ottimizzare e rendere funzionale e maggiormente efficace l’attività di trasporto. Il progetto prevede la costituzione di un gruppo di lavoro che raccolga informazioni sulle attività svolte nei comuni della SDS.

ORIENTAMENTO AI PERCORSI DELLA DISABILITÀ

Il Progetto prevede un punto informativo territoriale predisposto a dare informazioni sui servizi offerti da ASL e Comuni, sulle modalità di accesso, e sulle normative, anche attraverso la collaborazione delle associazioni del territorio.

4. Sistema Integrato Tutela Famiglia e Minori

Negli ultimi anni la realtà socio-sanitaria e culturale del Paese è profondamente mutata tanto da richiedere una più ampia politica in favore del singolo, della coppia e della famiglia. L’aumento di speranza di vita in Italia, la prima in Europa e la seconda nel mondo, ha fatto sì che il periodo post fertile della donna si sia allungato di circa 30 anni. Analogamente assumono un ruolo importante nella vita dell’uomo i problemi

legati all’andropausa anche in relazione al diverso ruolo che egli ha recentemente assunto nella famiglia e nella società. Di contro vi è una notevole riduzione della natalità che è fra le più basse d’Europa. Ciò talora è legato alla scelta della coppia, ad un progressivo aumento di sterilità maschile e femminile, agli stili di vita, alla procreazione in età avanzata o alla diffusa diminuzione del desiderio sessuale. Invece un contributo non indifferente ai tassi di natalità viene dato dalle donne straniere , le quali rimangono spesso escluse dalle attività di informazione e di educazione alla salute realizzate ed incontrano la struttura pubblica nella fase avanzata della gravidanza o solo al momento del parto.

La Società della Salute intende promuovere un rilancio della funzione dei consultori. Gravidanza, parto, allattamento, infanzia e adolescenza rappresentano situazioni delicate e particolari della vita, che vedono il consultorio come luogo ideale dove sviluppare strategie di prevenzione e cura dei disturbi correlati e dove aiutare la persona a comprendere i cambiamenti che ogni età comporta.

L’attuazione dei diritti dei minori esige che la comunità locale consideri prioritario il tema della tutela e della promozione della personalità dei minori e di conseguenza sviluppi adeguate politiche di sostegno nel processo evolutivo e di aiuto al superamento di condizioni di disagio.

Obiettivo è quello di garantire ai minori presenti sul territorio, il diritto fondamentale ad essere accolti, tutelati ed educati. Di conseguenza anche la famiglia è posta al centro di numerosi interventi, così come il peso della responsabilità familiare e genitoriale.

Il programma risulta quindi organizzato secondo una strategia che è incentrata sui seguenti obiettivi:

- **Azioni di tutela**
- **Azioni contro lo sfruttamento**
- **Azioni e strumenti di integrazione**

MAMMA SEGRETA Il Progetto Mamma Segreta si prefigge l'obiettivo di sostenere le gestanti e le madri in gravi difficoltà e di prevenire il fenomeno dell'abbandono traumatico dei bambini alla nascita.

Il DPR 396 del 3.11.2000 ha sancito definitivamente il diritto della madre a partorire in anonimato, esprimendo al momento del parto le volontà di non essere nominata. Ne deriva che la donna che vive l'esperienza della gravidanza in condizioni di forte disagio dovrebbe poter contare su aiuti tempestivi e qualificati da parte della rete dei servizi sociali, servizi sanitari territoriali e dei presidi ospedalieri, sia nel caso decida di sviluppare le proprie competenze genitoriali, sia nel caso che decida di avvalersi del diritto di non riconoscere il figlio.

La Regione Toscana con Deliberazione di Giunta n.1053 del 25.10.2004 ha inteso promuovere il progetto su tutto il territorio toscano individuando ciascuno dei Comuni capofila delle quattro Aree Vaste (Firenze, Prato, Pisa, Siena).

Il progetto intende rivolgere azioni differenziate : a tutte le donne, comprese le donne extracomunitarie anche in situazioni di clandestinità, senza limiti di età, né vincoli di residenza o di nazionalità;

SOSTEGNO A FAVORE DELLE FAMIGLIE IN DIFFICOLTÀ

La violenza domestica costituisce uno dei fenomeni più gravi di distorsione del percorso di sviluppo di adulti e bambini . I dati disponibili indicano che circa il 20% della popolazione femminile e tra il 5 e 10% di quella maschile ha subito qualche forma di abuso sessuale in età minore.

Il Progetto propone l' attivazione di azioni quali l'accoglienza di pronto intervento residenziale e la consulenza e il supporto psicologico per le vittime di queste violenze.

PROMOZIONE DELL'ALLATTAMENTO AL SENO

Un numero sempre crescente di indagini, mostrano che l'allattamento materno è particolarmente adatto per soddisfare i bisogni alimentari ed emotivi-psicologici del bambino. L'allattamento al seno permette di stabilire un contatto importante fra madre e figlio. A questo si uniscono crescenti evidenze di vantaggi in termini di salute anche per la madre che allatta al seno il proprio bambino. Il latte materno protegge dalle malattie e promuove la sopravvivenza infantile.

L'allattamento materno è una fonte di importanti immunità, anche contro le malattie infettive. Il corpo della madre che allatta al seno produce anticorpi contro i germi che minacciano la salute del suo bambino e glieli passa attraverso il latte.

L'allattamento materno rafforza il legame madre □ bambino, dal momento che le poppate frequenti offrono molte occasioni di contatto "pelle a pelle" e permettono di migliorare la conoscenza reciproca. Oltre a effetti di natura psicologica, l'allattamento ha anche effetti fisiologici sulla madre, come ad esempio quello di aiutarla a distanziare le nascite, visto che le produzione del latte inibisce l'ovulazione. Se l'allattamento viene effettuato in forma esclusiva per i primi sei mesi dopo il parto, fornisce un valido aiuto per ridurre la probabilità di una nuova gravidanza.

Promuovere l'allattamento materno significa informare in maniera corretta tutte le donne in gravidanza affinché siano chiari i benefici e possano effettuare una scelta informata; significa inoltre favorirne l'avvio dopo il parto, sostenere le

madri nelle prime settimane dopo la nascita e nei momenti di difficoltà. La presa in carico della donna che allatta e le strategie assistenziali devono essere accurate e clinicamente appropriate per favorire l'avvio ed il mantenimento dell'allattamento al seno.

Il progetto in collaborazione con l'Educazione alla Salute della ASL intende promuovere l'allattamento al seno in sede di corsi alla preparazione alla nascita e presso le maternità degli ospedali di riferimento.

DISTURBI DELLA RELAZIONE E DELLA COMUNICAZIONE NELLA PRIMA INFANZIA

Le nuove conoscenze sullo sviluppo cerebrale precoce e sulla comunicazione madre-feto, la possibilità di comprendere il linguaggio del neonato e del lattante permettono di evidenziare i disturbi della comunicazione e della relazione sempre più precocemente e di intervenire con la presa in carico del bambino e della sua famiglia, con il sostegno alla relazione e gli interventi di "abilitazione alla comunicazione" per evitare che si strutturino disturbi psichici più gravi. Il progetto prevede di attivare il percorso assistenziale di presa in carico delle situazioni di disagio relazionale precoce e di implementare un rapporto a rete tra salute mentale infanzia e i neonatologi, i pediatri ospedalieri, i pediatri di libera scelta, le assistenti sanitarie e gli altri operatori dell'area materno- infantile.

Progetti relativi all'Area della Salute Mentale

La Salute Mentale attraversa tutti e tre gli ambiti riconosciuti dalla SdS come prioritari. L'impegno delle strutture e dei professionisti della Salute Mentale è infatti speso con grande evidenza per l'infanzia – adolescenza, essendo l'Unità Funzionale Salute Mentale dedicata, titolare dei livelli di assistenza relativi alla presa in carico terapeutica del disagio psichico, all'assistenza all'handicap, alla tutela minorile. Handicap e anziani riguardano poi, se pure in maniera relativamente marginale, l'U.F. Salute Mentale Adulti.

Il lavoro di integrazione in progetti comuni con altri servizi è in atto da tempo: gestione integrata di situazioni di doppia diagnosi con il SerT; percorsi per l'handicap, condivisi con le Cure Primarie e con i Servizi Sociali, anche comunali; sviluppo di programmi con le farmacie aziendali per la distribuzione dei farmaci ai cittadini; percorsi di continuità ospedale territorio con la pediatria ospedaliera; integrazione con i DEA e attività di consulenza, a proiezione, in ospedale; integrazione con i servizi per la scuola, per la formazione professionale e la tutela ai disabili. Tutte queste sono tipologie di attività caratteristiche dei servizi della Salute Mentale, anche se necessitano di un impulso ulteriore, diverso da situazione a situazione, nel territorio sui quali i servizi sono articolati. Particolarmente importante è il rafforzamento della rete con i medici di base e con i pediatri, che va perseguito anche individuando modalità nuove di collaborazione, che tengano conto delle particolari difficoltà nell'incontro delle diverse professionalità, dipendenti anche dalle rispettive caratteristiche organizzative e dai carichi di lavoro.

Infine di particolare rilievo appare la collaborazione, ampia, tra le due UF, quella per l'Infanzia Adolescenza e quella per gli Adulti, in numerose attività che dovrà trovare ulteriore sviluppo anche negli obiettivi specifici illustrati di seguito.

INSERIMENTI LAVORATIVI

Il progetto prevede:

- o Lo sviluppo delle attività relative agli inserimenti lavorativi degli utenti dei servizi, come parte del percorso terapeutico riabilitativo, che origina dagli inserimenti lavorativi socio terapeutici, effettuati dalle strutture della Salute Mentale.
- o Coinvolgimento dei moduli operativi e potenziamento delle azioni di

collaborazione con le strutture socio sanitarie della Zona distretto (SerT, Gruppo Handicap).
o Articolazione territoriale della collaborazione in atto tra DSM e Uffici Provinciali per il lavoro, nel quadro delle iniziative del collocamento obbligatorio (Progetto Azienda/Provincia di Prato per la legge 68).

POTENZIAMENTO PRESA IN CARICO TERAPEUTICA

La Società della Salute intende realizzare un rafforzamento organizzativo con aumento delle ore di apertura dei servizi e della risposta all'urgenza nel campo della salute mentale, attraverso il potenziamento del lavoro di rete (rapporti con MMG) e miglioramento dei percorsi di presa in carico, con attenzione allo sviluppo di percorsi unificati di zona, per quanto riguarda il ricovero ospedaliero. Tale azione deve prevedere una implementazione delle risorse e capacità di risposta dell'Unità Funzionale di zona.

Si ritiene utile e individuabile come buona prassi la formazione di équipe multiprofessionali nei presidi distrettuali che possano lavorare in modo integrato con le altre istituzioni.

5. Progetti relativi all'Area delle Dipendenze

Come emerge anche dai dati del profilo di salute, l'incidenza e la prevalenza dei problemi connessi con l'uso di droghe legali (alcol e tabacco) e droghe illegali rappresentano uno dei problemi per lo stato di salute delle nostre comunità.

Motivazioni sociali, sanitarie ma anche politiche e culturali hanno fino ad oggi orientato soprattutto all'organizzazione dei servizi e dei programmi territoriali, al trattamento delle problematiche più gravi connesse con l'uso di droghe illegali (dipendenza, complicanze organiche, sociali, di ordine pubblico, ecc),

Per il territorio della zona nord-ovest è necessario:

1. Migliorare l'offerta dei servizi pubblici per le persone con problemi legati all'uso di droghe illegali soprattutto attraverso un potenziamento dell'offerta terapeutico-riabilitativa in termini di operatori, strutture ma anche di programmi di supervisione per la gestione dei casi di alta complessità
2. Sviluppare interventi territoriali, al di fuori dei normali ambiti del lavoro istituzione, per cercare di contattare le persone che usano droghe nei luoghi di vita e di aggregazione cercando di poterne venire in contatto possibilmente prima che si determinino problematiche di particolare gravità.
3. Potenziare l'intervento sui problemi alcolcorrelati anche al di là del solo trattamento dell'alcolismo e delle altre patologie alcolcorrelate in particolare per quel che riguarda la problematica legata al bere nei giovani, al rischio alcolcorrelato nei luoghi di lavoro ed alle problematiche alcolcorrelate in gravidanza
4. Sviluppare un programma di trattamento dei problemi tabaccocorrelati.

Poiché una delle maggiori evidenze dell'operare in questo ambito è che nessun servizio pubblico o privato potrebbe da solo far fronte alla grande quantità dei problemi, questi obiettivi dovranno essere raggiunti, come è proprio della cultura e dell'esperienza del lavoro nel territorio del nord-ovest attraverso "programmi territoriali integrati" cioè attraverso la creazione di una "rete" all'interno della quale una particolare

collaborazione va sviluppata tra servizi per le tossicodipendenze, i medici di medicina generale, gli altri servizi sociali e sanitari del territorio ma anche il privato sociale ed il volontariato.

Trattamento casi doppia diagnosi

L'utenza tossicodipendente negli ultimi anni ha subito notevoli modificazioni in ordine a utilizzo di sostanze, età, ed effetti comportamentali e sanitari. L'utilizzo di alcune sostanze, come la cocaina porta a comportamenti aggressivi, stati paranoici nonché allo sviluppo di patologie fisiche che possono riguardare disturbi cardiovascolari, infezioni polmonari ecc. Per molte altre persone l'uso di sostanze stupefacenti serve ad affrontare un profondo disagio psichico, che ovviamente le droghe non risolvono e che anzi, in molti casi, finiscono per evidenziare e

drammatizzare. Quindi ai servizi si presentano sempre più persone a cui vengono diagnosticate “doppie diagnosi” cioè patologie psichiche unite alla tossicodipendenza. Il progetto prevede un intervento formativo di aggiornamento e supervisione sulle tecniche di approccio e trattamento degli utenti con doppia diagnosi e patologie complesse.

COORDINAMENTO PROGRAMMI ALCOLOGICI

Il progetto intende dare continuità al coordinamento funzionale delle risorse e della programmazione del territorio, relativamente a tutti i soggetti che si occupano di problemi alcol-correlati. L’obiettivo specifico è quello di ottimizzare gli interventi di prevenzione, formazione e ricerca all’interno dei luoghi di lavoro, nelle scuole, nella comunità locale.

INSERIMENTO LAVORATIVI EX TOSSICODIPENDENTI

Gli utenti dei SERT nella fase avanzata di trattamento vengono avviati a percorsi di inserimento lavorativo attraverso convenzioni stipulate dalla ASL con Aziende private e Enti Pubblici. L’Obiettivo del progetto è quello di potenziare questa attività di inserimento lavorativo attraverso il coinvolgimento delle associazioni di categoria, già presenti nel tavolo di collaborazione programmatica della SDS, perché siano parte attiva nella realizzazione e proposizione dei percorsi educativi di lavoro.

PREVENZIONE SU DROGHE LEGALI

L’incidenza e la prevalenza problemi connessi con l’uso di droghe legali (alcol e tabacco) rappresentino uno dei principali problemi per lo stato di salute della nostra comunità, di dimensioni assai maggiori alle problematiche relative all’uso di droghe illegali. L’obiettivo è quello di sviluppare un programma di trattamento del tabagismo e di potenziare gli interventi sui problemi alcolcorrelati attraverso azioni di sensibilizzazione e prevenzione in particolare nei luoghi di lavoro, di studio, e per gli ambiti correlati con la gravidanza.

6. Progetti relativi agli immigrati

La presenza di cittadini stranieri presenti sul territorio afferente alla SDS, presenta caratteristiche riscontrabili nella generalità delle aree ad alta densità demografica e con una situazione economica sviluppata in tutti i settori produttivi. Pertanto, occorre proseguire nel processo di adeguamento di tutti gli interventi sociosanitari

disponibili alla realtà multietnica ormai consolidata, ma soggetta a mutamenti dovuti al permanere, inarrestabile, di flussi immigratori non programmati.

In particolare occorre prevenire il rischio che patologie sanitarie ormai di basso profilo per gli autoctoni, riprendano forza a causa delle cattive condizioni di vita e di lavoro o dalla insufficiente informazione; così come, in ambito sociale, l'emarginazione e la clandestinità favoriscano lo sbilanciamento negativo delle situazioni “border-line”.

Sono da considerare prioritari:

- o potenziamento e sviluppo delle informazioni sull'assistenza sanitaria di base e di emergenza;
- o Iniziative di controllo sulle condizioni negli ambienti di lavoro;
- o alfabetizzazione degli adulti, anche sulla realtà politico-amministrativa italiana;
- o sostegno extrascolastico dei minori;
- o corsi per “badanti”;
- o accordo multizonale per il sostegno a donne in difficoltà.

ASSISTENZA MMG ALLA POPOLAZIONE IMMIGRATA

Negli immigrati di prima generazione, ormai stabilizzati e in regola con il permesso di soggiorno, si assiste ad un progressivo deterioramento dello stato di salute e all'annullamento del cosiddetto "effetto lavoratore sano": si prenda ad esempio la popolazione cinese nella quale vi sono ancora condizioni di lavoro disumane con orari di 14-16 ore al giorno, dormitori collettivi, mense comuni per tutti i pasti giornalieri e domenicali, l'assoluta mancanza di una vita privata. Accanto alla cronicizzazione di patologie da lavoro appaiono sempre più frequenti le astenia cronica, i sintomi da disadattamento e da stress lavorativo come insonnia, vertigini, anoressia, dispepsia, ma anche le malattie degenerative comuni anche alla popolazione autoctona quali diabete, ipertensione, patologie psichiche di una certa entità o neoplasie.

Nonostante che il possesso del permesso di soggiorno e di un lavoro come dipendente o autonomo diano loro diritto di accesso all'assistenza del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta, la mancata informazione sulle modalità previste per ottenere la tessera sanitaria ma soprattutto le difficoltà di comunicazione con i medici di famiglia e con i pediatri impediscono a molti stranieri di avere un riferimento sanitario sul territorio e quindi ricorrono al ricovero ospedaliero per ogni patologia.

L'obiettivo è quello di aumentare l'iscrizione al servizio sanitario degli stranieri in possesso del permesso di soggiorno valorizzando il ruolo del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta come soggetti primari responsabili della tutela della salute degli immigrati; ciò sarà realizzato attraverso il coinvolgimento di gruppi di medici che dispongano di mediazione culturale e che operino in raccordo con le strutture del volontariato e del privato sociale

MEDIATORE CULTURALE PER L'ACCESSO ALLA MEDICINA DI BASE

La difficoltà che incontrano i cittadini non comunitari residenti a rivolgersi al Medico di Medicina Generale ed al Pediatra di Libera Scelta, sembra sia riconducibile alla non comunicabilità e alle differenze culturali. Il progetto si prefigge lo scopo di realizzare una collaborazione tra ASL e MMG e PLS per fornire mediatori culturali all'interno degli studi medici al fine di intercettare un più alto tasso di pazienti della comunità cinese, riducendo il rischio di fenomeni di autocura e affidamento a personale non sanitario.

Progetti relativi agli obiettivi di salute: Prevenzione

Il settore della prevenzione rappresenta per la Società della Salute un ambito di straordinaria potenzialità per le politiche di salute. In questo capitolo vengono illustrate alcune idee progettuali derivanti dai settori della medicina di base, del Dipartimento della Prevenzione e dai Comuni.

VISITE SPORTIVE E ANTIDOPING

La comunità territoriale deve garantirsi che nelle sedi dove si fanno attività sportive vengano esclusi rischi da inquinamento da doping. Lo sport deve essere un investimento di salute e non di rischio per la stessa. L'unico farmaco utilizzabile in questo settore è esclusivamente l'attività motoria che ha proprietà farmacologiche efficaci.

Il PATTO fra società sportive, l'ente locale, il servizio di medicina dello sport e il laboratorio antidoping della regione toscana, che è il laboratorio di sanità pubblica della ASL di Prato possono allearsi e verificare su campioni urinari degli atleti la presenza di eventuali farmaci proibiti. Tale esperienza naturalmente dovrà essere integrata con attività formative, educative e di dibattito con esperti, rivolte soprattutto a operatori, atleti, sanitari e soprattutto genitori.

RIGUARDIAMOCI IL CUORE

Il Progetto si propone di sviluppare la prevenzione cardiovascolare in armonia con le linee regionali di attuazione del Piano Nazionale di Prevenzione 2005 - 2007 ed in una prospettiva che vede la salute del singolo come la risultante di fattori biologici, ambientali, socio-economici e culturali. In questa interpretazione la prevenzione deve superare il solo ambito sanitario a favore di una visione multisettoriale capace di comprendere e di influenzare i tanti elementi che concorrono a determinare lo stato di salute o di malattia.

Il progetto si propone l'obiettivo di integrare l'attività dell'ospedale e del territorio con le strutture della società civile quali la famiglia, la scuola, lo sport, il mondo del lavoro e dell'impresa. Il progetto prevede il coinvolgimento delle farmacie e delle associazioni di volontariato.

STRADE SICURE

Nella Comunità europea gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di morte tra i 15 e i 35 anni.

Secondo stime conservative basate sulla rilevazione ACI/ISTAT in Toscana si verificano oltre 17.000 incidenti stradali ogni anno, con circa 23.000 feriti e oltre 520 decessi. Gli incidenti più gravi si verificano nelle ore notturne, nei week-end, nei periodi festivi e sulle strade extraurbane. Una fascia di popolazione particolarmente a rischio è rappresentata dai giovani di sesso maschile. In particolare in ambito urbano i pedoni, e soprattutto gli anziani, rappresentano una quota rilevante delle vittime. Comportamenti di guida non corretti, ed in particolare l'eccesso di velocità, sono la causa della maggior parte degli incidenti.

Un ruolo molto importante viene rivestito anche dalle condizioni del conducente e si stima che l'uso di alcool abbia un ruolo fondamentale in almeno il 25% degli incidenti stradali (ARS Toscana, maggio 2005).

E' inoltre da tenere presente che i ricoveri avvenuti in diretta conseguenza dell'evento hanno rappresentato circa l'83% del totale dei ricoveri (e circa l'80% della relativa valorizzazione) verificatisi nel primo anno di follow-up dopo l'incidente stradale.

L'obiettivo del Programma è quello di promuovere e avviare una strategia integrata delle principali istituzioni coinvolte in tema di sicurezza stradale, attraverso il rafforzamento del coordinamento degli interventi, e, nello specifico, promuovendo la valutazione dei risultati in termine di salute, attraverso l'integrazione dei dati dell'Ufficio Analisi Incidentalità del Corpo di Polizia Municipale con i dati relativi agli esiti sanitari (ricoveri ospedalieri, riabilitazione ecc.).

Le azioni verranno sviluppate puntando prioritariamente all'approccio integrato, attraverso l'istituzione di un Gruppo di lavoro Integrato di tutti gli attori che operano nel settore: Polizia Municipale, Servizi Tecnici, Mobilità, Pubblica Istruzione, Dipartimento della Prevenzione dell'Azienda USL, Associazione dei familiari delle vittime della strada.

Saranno promossi accordi e intese che per l'apporto dei soggetti, pubblici e privati, ciascuno per le proprie competenze, per la realizzazione di interventi volti a migliorare e incrementare le azioni di prevenzione e controllo.

SCREENING COLON RETTO

Nel campo della diagnosi precoce, si intende proseguire e potenziare la diffusione dei tre grandi screening oncologici (mammella, collo dell'utero e colon-retto) che vede già impegnata la ASL il CSPO e i Medici di Famiglia.

La SDS vuole verificare la possibilità di migliorare la precocità della diagnosi anche attraverso l'apporto di idee progettuali, esperienza dei MMG.

Lo screening oncologico, in particolare quello mirato alla ricerca del sangue occulto per la prevenzione del cancro del colon-retto rappresenta una delle azioni di prevenzione più efficaci in termini di vite salvate, per questo riteniamo opportuno realizzare una campagna di prevenzione con modalità innovative con la collaborazione dei Medici di Famiglia e la comunità locale.

Prevenzione della TBC nella popolazione straniera

A fronte di un aumento della diffusione dell'infezione tubercolare anche nel nostro territorio regionale e di una maggiore prevalenza nella popolazione straniera, è necessario informare i componenti delle comunità straniere ed in particolare i componenti del nucleo familiare delle persone ammalate, sulle modalità di diffusione della tubercolosi e sui sistemi preventivi e curativi da mettere in atto.

Perciò si ritiene opportuno realizzare uno specifico opuscolo informativo da diffondere tra le comunità straniere riconosciute a maggior rischio.

EDUCAZIONE EPROMOZIONEDELLA SALUTE

La Società della Salute attiva e sostiene i processi di programmazione per la promozione ed educazione alla salute. Proprio l'approccio esteso al concetto di salute, precisato nella Carta di Ottawa afferma che per conseguire uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, l'individuo o il gruppo devono essere in grado di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di modificare l'ambiente o di adattarvi.

E' dunque una funzione che si rivolge a tutti i cittadini di ogni età con interventi informativi ed educativi singoli o di gruppo.

Si svolge a livello individuale informativo mediante interventi educativi strutturati rivolti a gruppi di cittadini, insegnanti, alunni, studenti, genitori, ecc.

Le diverse attività di Educazione alla Salute si propongono di promuovere l'adozione di comportamenti e stili di vita in grado di favorire la salute e di sostenere la diffusione di attività di controllo e di riduzione dei fattori di rischio.

Nell'allegato C del presente Piano Integrato di Salute vengono riportati i progetti prioritari e significativi all'interno delle politiche incidenti sulla qualità della vita, finalizzate alla tutela del benessere delle persone e delle famiglie.

PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI IN EDILIZIA

Nella nostra provincia , come nell'insieme della Regione Toscana, il comparto dell'edilizia è quello che dà il maggiore contributo in termini di infortuni sul lavoro con esiti gravi.

In attuazione delle indicazioni regionali, si individua un progetto che si articola in più azioni, miranti al coinvolgimento di altri soggetti istituzionali (Comuni e Provincia) e delle forze sociali. In particolare si tratta di:

- mettere in atto con tali soggetti iniziative per la piena applicazione di quanto previsto dall'art. 82 della L.R. 1/2005 in materia di Prevenzione degli infortuni per caduta dall'alto; di dare attuazione ai protocolli di intesa per la gestione degli appalti pubblici sottoscritti dalla ASL insieme ai Comuni aderenti ed alle Organizzazioni Sindacali;
- di mantenere il livello di controllo nei cantieri edili; di contribuire alla progettazione delle iniziative sperimentali di formazione dei lavoratori nei cantieri promosse dalla Regione Toscana.

REGOLAMENTO UNICO PER L'ACCESSO AI SERVIZI E ALLE PRESTAZIONI IN AMBITO SOCIALE

Tra le finalità della SdS vi è il perseguimento dell'equità e uniformità dei servizi sociali ai cittadini della Zona, superando le differenze che sussistono nelle regole per l'accesso alle prestazioni tra i vari comuni.

La SDS, proprio nell'ottica della unitarietà delle prestazioni, ha in progetto di attivare un gruppo di lavoro che partendo dal regolamento esistente elabori un proprio atto che abbia come obiettivo quello di creare una normativa unica di riferimento per tutti i soggetti che operano nel settore.

REGOLAMENTO UNICO PER L'APPLICAZIONE ISEE

Il progetto prevede l'elaborazione di un regolamento unico per l'applicazione dell'ISEE (indice della situazione economica equivalente) per l'accesso alle prestazioni a domanda individuale a tutte le prestazioni a domanda individuale, con soglie uniche di riferimento per tutti i cittadini in relazione alla gamma di servizi offerti.

PERCORSI PARTECIPATIVI

La SDS ha intenzione di realizzare un reale processo partecipativo che accompagni la programmazione socio-sanitaria e più in generale le politiche della salute.

L'obiettivo principale del processo partecipativo è quello di innalzare la qualità complessiva dei servizi, orientare la domanda verso livelli di maggiore appropriatezza, offrire più attenzione ai bisogni individuali.

La partecipazione costituisce, lo strumento strategico che non può limitarsi alla costruzione del Piano Integrato di Salute nelle fasi della lettura dei bisogni, ma deve accompagnare il processo programmatico anche nella verifica del raggiungimento degli obiettivi.

Per questo è necessario dare agli organismi di partecipazione modalità operative concrete di coinvolgimento, attraverso procedure e ambiti di incontro rispondenti a tale finalità.

Questo progetto deve prevedere che siano perciò assicurate:

INFORMAZIONE: attraverso la pubblicazione degli atti, il lavoro degli uffici della SDS, la Carta dei servizi, e tutte le modalità che saranno ritenute efficaci per una adeguata diffusione delle decisioni e degli atti relativi al PIS.

LA TRASPARENZA, attraverso gli uffici della SdS e il servizio di accesso ai documenti. La trasparenza e la massima disponibilità a fornire ogni possibile spiegazione circa il lavoro della SDS e della costruzione del Piano, rappresentano una premessa indispensabile nel perseguire la fiducia e il consenso di operatori e cittadini.

ASCOLTO: attraverso modalità di raccolta di contributi: e-mail, forum nelle frazioni, questionari, consigli comunali aperti, incontri nelle frazioni ecc.

FORMAZIONE: attraverso specifici momenti miranti a dotare di strumenti conoscitivi gruppi di persone che devono esercitare la partecipazione alle decisioni, l'esigenza di mettere in condizione gruppi di persone per poter esprimersi su decisioni e su politiche per la salute implica naturalmente un momento formativo mirato per dotare i soggetti della partecipazione degli indispensabili strumenti di conoscenza.

CONSULTAZIONE: attraverso i due principali tavoli partecipati: la Consulta del Volontariato e il Comitato di Partecipazione.