

*PIANO INTEGRATO DI SALUTE*  
*Anno 2005*

*Approvato con delibera n. 9 del 19 dicembre 2005*  
*della Giunta della SdS - Area Pratese*

*Società della Salute dell'Area Pratese*

*dicembre 2005*

# Sommario

Premessa .....	5
<b>1. Ambito di riferimento.....</b>	<b>9</b>
1.1 Individuazione dei valori di riferimento della comunità locale.....	9
1.2 Definizione dell'ambito territoriale coperto dal Piano integrato di Salute.....	10
1.3 Definizione dei tempi di validità.....	10
1.4 Il sistema di partecipazione .....	10
<b>2. La costruzione del Piano Integrato di Salute.....</b>	<b>12</b>
2.1 Il percorso.....	12
2.2.1 Carta di cittadinanza.....	12
2.2.2 Livelli essenziali di assistenza sociale – LIVEAS.....	14
2.2.3 Composizione finale del PIS .....	17
2.3 Il Profilo di Salute.....	19
2.4 I luoghi e le procedure della concertazione locale.....	20
2.5 Gli organismi di partecipazione della SdS.....	21
<b>3. La Programmazione.....</b>	<b>22</b>
3.1 Le criticità dell'Area Pratese.....	22
3.1.1 Salute della donna, procreazione responsabile, infanzia e adolescenza.....	24
3.1.2 Alimentazione nel bambino .....	25
3.1.3 Promozione della salute mentale.....	25
3.1.4 Sostegno alla domiciliarità.....	25
3.1.5 Accesso ai servizi.....	25
3.2 Risorse finanziarie .....	27
<b>4. Gli Indirizzi.....</b>	<b>30</b>
4.1 Area Disabilità.....	30
4.2 Area Anziani.....	30
4.3 Area Salute mentale.....	32
4.4 Area dipendenze.....	33
4.5 Area materno infantile.....	33
4.6 Alimentazione e salute.....	34

4.7	Le malattie del sistema cardiovascolare.....	35
4.8	Le azioni per la prevenzione e la cura dei tumori.....	35
4.9	Azioni di contrasto alla povertà .....	36
4.10	Interventi per soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria .....	36
4.11	Emergenza alloggiative .....	37
4.12	La salute degli immigrati .....	37
<b>5.</b>	<b>Programmi operativi degli enti per l'anno 2005 – Fondo a Budget –.....</b>	<b>39</b>
5.1	Il Piano degli investimenti sociali 2005.....	40
<b>6.</b>	<b>Progetti innovativi.....</b>	<b>41</b>
6.1	Il Buono-servizio.....	41
6.2	Mamma segreta.....	42
6.3	Le cure primarie .....	42
6.4	Orario continuato dei medici di medicina generale.....	44
6.4.1	Progetto disponibilita' continua 12 ore .....	44
6.4.2	Sperimentazione disponibilita' continua 15 ore .....	44
<b>7.</b>	<b>Priorità 2005 .....</b>	<b>46</b>
7.1	<b>Salute della donna, procreazione responsabile, infanzia e adolescenza.....</b>	<b>46</b>
7.1.1	Progetto “La Nara” .....	47
7.1.2	Protocollo di gravidanza .....	48
7.1.3	Progetto allattamento al seno .....	49
7.1.4	Progetto mamma segreta .....	49
7.1.5	Centro adozioni ed affidi e mediazione familiare.....	52
7.1.6	Progetto “L'albero della salute” .....	53
7.2	<b>Alimentazione bambino .....</b>	<b>56</b>
7.2.1	Progetto: L'appetito bambino.....	57
7.2.2	Progetto di educazione fra pari.....	63
7.3	<b>Promozione della Salute Mentale.....</b>	<b>66</b>
7.3.1	Potenziamento del livello primario di assistenza. Facilitazione dell'accesso ai servizi. Sviluppo dei Sistemi locali di salute mentale .....	67
7.3.2	Progetto di ricerca-azione sull'accesso dei migranti ai servizi di Salute Mentale e successivo progetto di applicazione di un dispositivo multidisciplinare di mediazione clinica con i migranti. ....	68

7.3.3 Progetti di promozione negli istituti di istruzione secondaria .....	68
<b>7.4 Promozione della Salute Mentale.....</b>	<b>69</b>
7.4.1 Creazione di risposte integrate ai problemi complessi di Salute Mentale nell'ambito dei sistemi locali.....	70
<b>7.5 Sostegno alla domiciliarità'.....</b>	<b>72</b>
7.5.1 Implementazione Assistenza domiciliare integrata (adi) .....	73
7.5.2 Sperimentazione di un modello di cure domiciliari.....	73
7.5.3 Progetto old man.....	76
7.5.4 Anziani fragili.....	77
7.5.5 Dimissioni difficili.....	79

## Premessa

Quello che presentiamo è il primo Piano Integrato di Salute elaborato dalla Giunta - Società della Salute pratese.

E' un atto importantissimo perché si configura come il “ piano regolatore “ dei servizi sociali e socio – sanitari territoriali della nostra zona.

I Comuni della Provincia di Prato e l'Azienda USL 4 di Prato hanno proposto la propria candidatura per la sperimentazione della Società della Salute quale nuovo soggetto pubblico deputato al governo dei servizi sociali e sanitari extraospedalieri a livello di Zona – Distretto, garantendo ai cittadini di poter usufruire dei servizi nell'ambito dei livelli di assistenza e degli standard regionali, potenziando inoltre il processo di integrazione del sistema sanitario con quello sociale, attraverso la valorizzazione e la maggior responsabilizzazione dei Comuni ed il coinvolgimento della società civile, delle associazioni e del terzo settore.

La SdS si pone come obiettivo il rilancio della cultura dell'integrazione del sistema sanitario con quello socio – assistenziale, nonché il controllo dell'impiego delle risorse.

La Società della Salute farà tesoro delle esperienze in tema di programmazione acquisite nel corso degli ultimi anni: in materia di piani attuativi locali, di zona, di programmazione per l'infanzia e la famiglia, di programmazione sanitaria distrettuale e di governo della salute nei suoi diversi aspetti sociali, sanitari e socio sanitari.

Grazie a queste esperienze si rende possibile il salto di qualità richiesto, col passaggio da una capacità di programmazione declinata per obiettivi riconducibili a specifici bisogni (di area materno infantile, età adulta, età anziana, disabilità e non autosufficienza, salute mentale, dipendenze...) ad un'altra più eminentemente strategica, cioè pensata e organizzata come di strumento di governo unitario delle politiche per la salute a livello locale.

La scelta di sperimentare, con la società della salute, nuove soluzioni unitarie di governo del rapporto tra bisogni e risposte per la salute e la promozione sociale nel territorio pratese rende perciò necessario un profondo ripensamento nella predisposizione del piano integrato di salute, nel senso di una nuova sintesi unitaria a supporto di decisione e di azione.

I valori di riferimento di una strategia locale per la salute sono la promozione delle persone e

delle famiglie, la salute come valore da promuovere e salvaguardare, l'attenzione ai diversi bisogni, la solidarietà, l'efficacia e l'appropriatezza nell'uso delle risorse, l'equità, la riduzione delle disuguaglianze nell'accesso alle risposte disponibili.

Quindi, il piano integrato di salute, dopo aver definito l'attuale stato di salute della comunità, indicherà le strategie per:

- favorire corretti comportamenti e stili di vita per la salute,
- contrastare le patologie più importanti,
- promuovere l'uso appropriato dei servizi sanitari e sociali,
- percorrere le strade dell'integrazione sociosanitaria,
- diminuire le disuguaglianze con risposte capaci di privilegiare la domanda delle persone e famiglie con bisogni più gravi, in particolare quelli caratterizzati da non autosufficienza e dalla conseguente necessità di assistenza di lungo periodo.

La finalità del PIS è il miglioramento delle condizioni di salute della popolazione, attraverso l'integrazione delle conoscenze e degli interventi. La sua efficacia si fonda su una conoscenza adeguata della realtà sociale, sanitaria, ambientale della zona, espressa dal "Profilo di salute" che, attraverso un processo graduale di valutazione delle evidenze epidemiologiche, dei problemi diffusamente percepiti o espressi da gruppi specifici di popolazione nel confronto tra i soggetti istituzionali ed i soggetti della partecipazione, si trasforma in una "Immagine di salute".

Naturalmente i problemi e le opportunità contenute nell'Immagine di salute devono essere selezionati in base alle priorità, per poi decidere le azioni di intervento e i progetti per realizzarle, definendo anche obiettivi misurabili. Attuazione e valutazione dei risultati chiudono il ciclo programmatico del PIS.

Come si è detto, le politiche del PIS si concretizzano mediante interventi, realizzati sulla base di progetti con obiettivi specifici e misurabili coerenti con la finalità generale.

L'ambito di realizzazione del PIS è il territorio della zona-distretto: sono gli enti locali ad avere, perciò, la responsabilità politica del Piano attraverso la Società della Salute.

Migliorare la salute implica modificare lo stato dei fattori che la determinano, fattori che incidono su quelle condizioni, come il benessere, l'assenza di malattia, la qualità della vita, la competenza a star bene, che della salute rappresentano gli aspetti concreti. Questi fattori sono sia di tipo sanitario, disponibilità, accessibilità e qualità dei servizi, sia, soprattutto, extrasanitari: condizioni sociali, economiche, stili di vita, stato dell'ambiente. Il PIS prevederà interventi su una molteplicità di fattori che interagiscono fra di loro, il cui controllo dipende spesso da soggetti diversi e settori diversi della amministrazione pubblica. Per questo il Piano, se vuol raggiungere i suoi scopi, dovrà mettere insieme, integrare conoscenze relative a fenomeni che di solito sono collocati in campi disciplinari e amministrativi distinti, a volte separati, e prevedere interventi interdisciplinari e multi-settoriali.

È a livello locale che l'integrazione può esprimere più efficacemente le sue potenzialità di cambiamento, sia sul versante delle conoscenze sia su quello degli interventi operativi:

- la conoscenza della realtà, ovvio presupposto di ogni programmazione razionale, può nascere a livello locale dall'esperienza, riflessa, dei singoli e, condivisa, della collettività, quindi in una forma immediatamente unitaria;
- a livello locale si assumono decisioni e si gestiscono politiche con un potenziale, rilevante impatto sulla salute.

Queste considerazioni dimostrano che un Piano per essere integrato deve essere partecipato e concertato. Ma non solo. E' altrettanto evidente che scelte culturali e politiche con impatto sulla salute, degli individui e della comunità, richiedono un'assunzione di responsabilità non solo da parte delle istituzioni politiche e dei servizi sanitari, ma anche dei cittadini.

Basti pensare alle politiche energetiche, a quelle del lavoro o dei trasporti per riconoscere la necessità d'interazione tra Enti Locali, servizi pubblici, forze sociali, associazioni e gruppi di cittadini per l'individuazione, l'attivazione e il controllo di politiche efficaci.

Se in generale il governo della salute è un processo che richiede l'attenzione e la partecipazione di una pluralità di soggetti, il PIS è il momento più importante di questo processo, l'occasione decisiva per la partecipazione, diretta o mediata, individuale e collettiva dei cittadini alle politiche pubbliche. Spetta, quindi, ai soggetti istituzionali, coinvolti nella definizione del PIS, fare tesoro dei problemi/soluzioni espressi dalla concertazione, assicurandone la realizzazione.

Nella prospettiva del miglioramento della salute attraverso un approccio globale, è innanzitutto necessario tentare una definizione del campo d'azione, dei soggetti, delle finalità e degli obiettivi della partecipazione.

Questa è un processo di dialogo continuo tra istituzioni politiche e sistema dei servizi da una parte e popolazione dall'altra. Assumendo come riferimento il miglioramento della salute attraverso una programmazione integrata, è possibile individuare i contenuti del dialogo stesso, gli oggetti cioè della partecipazione.

Una pianificazione efficace ha bisogno di un supporto adeguato di conoscenze relative a bisogni, problemi, rischi e opportunità per la salute.

Ma, se non si vuole che la partecipazione si confonda con il coinvolgimento estemporaneo e strumentale della popolazione nella lettura della realtà territoriale, ogni atto del dialogo partecipativo deve essere finalizzato a far sì che la partecipazione della cittadinanza sia un elemento essenziale delle procedure programmatiche.

Si può quindi affermare che ci troviamo di fronte ad un processo circolare: la partecipazione produce informazioni utili alle decisioni per l'intervento, gli interventi determinano dei cambiamenti nello stato del sistema

Per costruire un PIS è innanzitutto necessaria una conoscenza adeguatamente chiara dei bisogni e dei problemi di salute del territorio, delle opportunità e delle risorse disponibili, passando dal "Profilo di salute", come detto sopra, all'Immagine di salute.

Una simile conoscenza è possibile se sono disponibili informazioni oggettive sugli aspetti rilevanti della realtà sociale, sanitaria, ambientale e se sul territorio è presente una rete di soggetti locali in grado di contribuire all'arricchimento e alla valutazione di tali informazioni.

Le informazioni fornite da flussi statistici e da ricerche scientifiche sono essenziali a ogni processo decisionale razionale e, anzi, spesso la loro utilità è sottovalutata o la loro disponibilità non adeguatamente perseguita, ma da sole non sono sufficienti per una programmazione veramente democratica, sia perché colgono solo alcuni aspetti di fenomeni altrimenti complessi sia perché richiedono, per essere comprese, competenze specifiche pochissimo diffuse tra la popolazione.

La definizione di un quadro conoscitivo adeguato ad una programmazione integrata richiede che le informazioni oggettive siano condivise con la popolazione, per poterne valutare collettivamente la pertinenza al proprio territorio, e che siano accolte quelle conoscenze soggettive, frutto dell'esperienza e della percezione di cui i soggetti della partecipazione sono portatori.

E' questa la strada che intendiamo percorrere e che si esplicita con questo documento, che pone le basi per il raggiungimento degli obiettivi di salute che ci siamo prefissati e che si svilupperanno nei Piani integrati di salute degli anni successivi e con le azioni che la Società della Salute potrà in essere.

Ci auguriamo davvero che questo primo passo ci avvii concretamente sulla strada di un effettivo coinvolgimento della cittadinanza nelle scelte strategiche sulle politiche della salute.

Siamo infatti convinti che l'attenzione al benessere sociale sia alla base di ogni azione rivolta alla prevenzione sanitaria e che, solo condividendo le conoscenze dei fenomeni con i bisogni della comunità, si può creare quel circolo virtuoso fondato sulla solidarietà, sul rispetto e sulla coesione, che porta alla consapevole collaborazione tra soggetti istituzionali e cittadini e, di conseguenza a formulare programmi e proposte efficaci.

**Il Presidente della Società della Salute**

**Area Pratese**

Maria Luigia Stancari

## 1. Ambito di riferimento

### 1.1 Individuazione dei valori di riferimento della comunità locale

Nell'individuazione dei valori di riferimento della comunità locale, la Società della Salute area pratese ha deciso di assumere i valori inseriti nella Carta di cittadinanza sociale.

(La Carta di Cittadinanza è inserita nella sezione 2.1.1)

#### orientamento e comunicazione

Una efficace comunicazione che orienti realmente il cittadino non può essere di esclusiva competenza dell'Ente Pubblico ma deve vedere la partecipazione attiva del privato sociale e del terzo settore al fine di strutturare una rete capillare e diffusa sul territorio (associazioni, patronati, centri sociali etc. ) in grado di raggiungere tutti i cittadini.

La realtà dell'area pratese vede già da diversi anni la presenza di una rete fra Enti Pubblici e soggetti del Terzo Settore già attiva nella predisposizione dei piani di zona ed in una progettualità diffusa caratterizzata da una sussidiarietà orizzontale praticata.

Tutti gli sportelli sociali devono tendere a creare un sistema integrato di informazione non solo sui servizi, ma anche sulla reale disponibilità delle risorse sia pubbliche che private.

#### informazione e partecipazione

Per sviluppare una partecipazione che sia effettivamente cittadinanza attiva fondamentale diventa la individuazione di modalità concrete per garantire una corretta informazione ai cittadini sui loro diritti e doveri. Oltre all'informazione, è necessario prevedere percorsi formativi integrati pubblico-privato, in modo da

formare la popolazione e renderla effettivamente consapevole dei propri diritti e degli strumenti per esercitarli.

A tal fine sono necessarie analisi scientifiche e strumenti tecnici di rilevazione delle necessità del territorio, soprattutto per far emergere i bisogni sommersi. Il privato sociale per parte sua deve organizzarsi e mettersi in rete in modo da poter evitare il più possibile la parcellizzazione delle risorse e degli interventi.

L'integrazione non riguarda solo i servizi sociali e sanitari ma anche tutti gli ambiti quali la scuola e le agenzie formative del lavoro che sono soggetti diffusori di informazione sui diritti fondamentali del cittadino.

#### prevenzione

Elemento fondamentale è la prevenzione, soprattutto primaria. La programmazione sanitaria, sociale, culturale e urbanistica del nostro territorio deve porre al centro il cittadino con i suoi diritti e i suoi doveri. Occorre impegnare risorse ed interventi verso la creazione di pari opportunità per tutti i cittadini, anche attraverso la ricerca della causa del disagio e dell'emarginazione per correggere alla radice tali fenomeni.

#### tutela ed equità'

Ridurre le disuguaglianze, in termini di salute, fra le diverse aree territoriali e fra gruppi di popolazione all'interno della stessa area, portando le situazioni al livello di quelle migliori.

La riduzione delle disuguaglianze nella prevenzione, nella diagnosi, nelle cure

e nelle fasi terminali della vita si persegue assicurando a tutti l'accessibilità alle prestazioni appropriate e garantendo a tutti la tutela del diritto alla salute con interventi integrati.

Garantire a ciascun utente di essere assistito con flessibilità di tempi e modi da una persona di fiducia, assicurando altresì adeguata considerazione alla volontà espressa e l'adozione di comportamenti idonei nei confronti di diverse comunità linguistiche, culturali etniche e religiose.

#### tempestività e flessibilità –

Devono essere rese possibili risposte differenziate rispetto a bisogni specifici e servizi più flessibili senza cronicizzare le risorse e garantire prestazioni perseguendo modalità organizzative dinamiche e graduali per rispondere alla specificità e all'individualità dei bisogni del cittadino.

#### diritti esigibili e responsabilità

deve essere attivata la responsabilità del cittadino fruitore che deve divenire corresponsabile dei percorsi – servizi, in grado di scegliere risposte efficaci e condivise. Il progetto individuale si realizza attraverso la definizione di un contratto fra il cittadino ed il servizio in cui vi è un'adesione e condivisione consapevole del progetto assistenziale con definizione dei relativi tempi di attuazione.

### **1.2 Definizione dell'ambito territoriale coperto dal Piano integrato di Salute**

Il Piano integrato di salute dell'area pratese attiene all'ambito territoriale corrispondente alla Provincia di Prato, (formata dai Comuni di Prato,

Cantagallo, Vaiano, Vernio, Poggio a Caiano, Carmignano e Montemurlo) ed i cui servizi sanitari sono gestiti dalla Azienda usl4 di Prato mono-zona.

### **1.3 Definizione dei tempi di validità**

Il primo piano integrato di salute è valido per l'anno 2005. Da questo prima elaborazione abbiamo già maturato l'esperienza per ampliarlo e produrre aggiornamenti annuali al fine di permettere una migliore programmazione per il prossimo piano. L'aggiornamento sarà annuale e le azioni prioritarie individuate in questo piano saranno comunque sviluppate nel 2006.

### **1.4 Il sistema di partecipazione**

Il principio guida su cui si fonda il Piano integrato di salute è quello di costruire il senso della propria azione, la sua legittimazione, per la sua capacità di misurarsi con le relazioni sociali.

Il suo principio guida è quello di coinvolgere nella formazione del documento comunità di cittadini sempre più ampie e maggiormente consapevoli. Più che un'azione con finalità normative che regola le interdipendenze rafforzando la dimensione contrattuale dei legami collettivi, essa è uno strumento volto a sollecitare la capacità partecipativa dei singoli e dei gruppi sociali, promuovendo valori condivisi.

Si assume come obiettivo di fondo il miglioramento della comunità nel suo complesso, delle relazioni che la compongono, il perseguimento di un bene comune che si costruisce nel confronto.

Ciò significa, in particolare, spostare

l'attenzione dai grandi aggregati alle reti di relazione fra piccoli gruppi, dalle istituzioni ai problemi specifici della gente, agire sulle condizioni dell'appartenenza e sui processi di inclusione, accrescere i contesti collaborativi e di riconoscimento reciproco.

In questa prospettiva la predisposizione del Piano integrato di salute si configura prioritariamente come azione collettiva, un'attività diffusa di connessione, che mobilita soggetti sociali tradizionalmente distanti dei più rilevanti processi decisionali.

La sua efficacia è valutabile in rapporto a quello che crea a questo livello dell'azione sociale, se è capace di rafforzare legami sociali e forme dell'appartenenza, di costruire relazioni sociali e aprire possibilità, di risolvere situazioni conflittuali ed inique, di tutelare interessi non sufficientemente rappresentati, o se, invece, pur realizzando interventi puntuali, accresce squilibri e disuguaglianze, accresce la chiusura nella piccola appartenenza, affievolisce il senso di responsabilità e di fiducia nella collettività più ampia.

E' una programmazione che si collega alla programmazione dell'uso del territorio, per creare le infrastrutture della vita quotidiana ed un abitare adeguato, nella consapevolezza che negozi, circoli, bar, il restauro di edifici pubblici, una politica dei costi che

consenta la crescita, contribuiscono al miglioramento della vita comunitaria.

Il pensiero comunitario ci insegna che nessuna comunità può vivere a lungo se i suoi membri non dedicano parte della loro attenzione, del loro tempo, delle loro risorse ad obiettivi comuni.

Nel programmare è necessario essere consapevoli di quanto sia residuale lo spazio di relazioni comunitarie e quanto sia urgente un impegno sociale volto a promuovere il senso di responsabilità degli individui, a ricostruire le comunità, a creare comunità più sensibili al senso comune, livelli di comunicazione adeguati, valorizzare quanto di positivo si muove nel nostro ambito di vita e di azione.

La programmazione svolge compiutamente la sua azione quando spinge i cittadini a risolvere un numero sempre maggiore di problemi attraverso la collaborazione e far sì che la vita privata prepari le persone a prendere parte al mondo pubblico, piuttosto che incoraggiarle a ricercare il senso della loro vita esclusivamente nel soddisfacimento delle esigenze individuali.

Il cammino sarà lungo e faticoso, e, sicuramente, questo piano integrato di salute, non raggiunge completamente, gli obiettivi, sopra sinteticamente descritti, ma è importante condividere la strada da percorrere, per riuscire, passo dopo passo, a giungere alla meta.

## 2. La costruzione del Piano Integrato di Salute

### 2.1 Il percorso

Propedeutiche alla costruzione del piano integrato di salute si sono rilevate le due esperienze che hanno coinvolto la nostra realtà:

- **La Carta di cittadinanza**
- **Livelli essenziali di assistenza sociale**

#### 2.2.1 Carta di cittadinanza

L'esperienza delle carte per la cittadinanza sociale si è sviluppata nella Regione Toscana a partire dal 2001 e si iscrive tra le azioni strategiche attuative della legge regionale n.72/97 di "Organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità: riordino dei servizi stese a incidere nella qualità della vita delle persone delle famiglie e delle comunità locali. Da qui la scelta di investire nella sperimentazione all'interno delle varie zone socio – sanitarie, ognuna con le proprie caratteristiche e peculiarità.

Era necessario, infatti un salto di qualità nel gestire il rapporto tra cittadini e pubbliche amministrazioni per meglio definire la loro cittadinanza sociale intesa sempre più come un rapporto nel quale i cittadini utenti non sono più subordinati o dipendenti, ma portatori di diritti e doveri, persone appunto che possono guardare finalmente alle istituzioni e al loro apparato amministrativo come entità a servizio delle comunità locali.

L'obiettivo era ed è tuttora, quello di favorire un lavoro nelle comunità locali creando i presupposti per una partecipazione attiva dei cittadini,

rendere più efficaci gli interventi di presa in carico e soluzione dei problemi presenti nella comunità; permettere di condividere criteri di equità nella fruizione dei servizi pubblici intervenendo più adeguatamente sulle disuguaglianze connesse a condizioni di vita sfavorevoli.

In questo solco tracciato dalla Regione l'area pratese ha iniziato fin dal mese di gennaio 2005 un percorso concreto per la costruzione della carta di cittadinanza con l'obiettivo di iniziare a porre le basi per la costituzione di un patto tra i cittadini, organizzazioni sociali, cioè fra tutti i soggetti della comunità locale.

In secondo luogo la sua costruzione è stata valutata come una importante occasione di verifica all'interno dei Comuni dell'area, dello stato dei servizi e delle possibilità di migliorarli, visto che la carta costituisce uno strumento di tutela e di promozione dell'incontro fra diritti e doveri e quindi di crescita complessiva di tutti i servizi alla persona.

Il lavoro, all'attualità, si è svolto in tre fasi e ha visto la costituzione di un gruppo di lavoro denominato:

#### **Gruppo Tecnico Operativo (Gto)**

Fanno parte di questo gruppo:

Cooperazione:

Consorzio Astir e Lega Coop

Associazioni:

Psycheros, Polisportiva aurora, Anmil, Arci, Cgd

Sindacati:

Spi Cgil, Cisl, Uil, Epsa-Cna

Volontariato: Volontariato Cattolico

Cesvot, Pubblica Assistenza, Croce d'oro

Azienda sanitaria: Operatori sociali e sanitari

Comune di Prato : Operatori sociali e amministrativi

Rappresentanza dei Sindaci:

Assessori

Al termine di ciascuna fase è stato prodotto un documento e precisamente:

**1° fase**

Principi e obiettivi della carta per la cittadinanza sociale che sono stati così individuati:

**orientamento e comunicazione – partecipazione e informazione** ai cittadini sui loro diritti e doveri, sullo sviluppo dei processi di informazione e di partecipazione alla programmazione in modo da renderli effettivamente consapevoli dei propri diritti, doveri e degli strumenti esistenti nell'ottica di una partecipazione intesa come cittadinanza attiva

**prevenzione e promozione dell'individuo** in tutti i suoi aspetti sociali e personali, impiegando risorse

e interventi verso la creazione di pari opportunità per tutti i cittadini

**tutela e equità** attraverso l'individuazione di livelli essenziali garantiti a tutti i cittadini secondo il principio di uguaglianza dove a parità di bisogno corrisponde una prestazione. La tutela intesa quindi come prodotto della qualità dei servizi e come garanzia di esigibilità di diritti.

**tempestività e flessibilità** – devono essere rese possibili risposte differenziate rispetto a bisogni specifici e servizi più flessibili.

**diritti esigibili e responsabilità** - deve essere attivata la responsabilità del cittadino che deve diventare corresponsabile dei percorsi assistenziali con definizione dei relativi tempi di attuazione.

**2° fase**

– caratteristiche e bisogni sociali del territorio con l'individuazione dei settori di intervento attualmente in vigore nella zona pratese, le risorse della comunità locale, una valutazione sulla situazione economica e sociale dell'area con l'individuazione di percorsi servizi e opportunità, l'individuazione di un metodo di lavoro e degli obiettivi generali da raggiungere, la proposta della creazione di un forum delle politiche sociali e del patto di cittadinanza sociale.

**3° fase**

– tutela e partecipazione – la qualità dei servizi è la migliore garanzia della tutela accompagnata dalla necessaria integrazione fra prestazioni sociali e sanitarie coordinate fra loro, in modo da garantire servizi adeguati, e accessibili. Attualmente è in fase di elaborazione la

quarta e ultima fase che verte sui livelli essenziali di assistenza.

### **2.2.2 Livelli essenziali di assistenza sociale – LIVEAS**

I presupposti valoriali e qualitativi dell'attuale sistema di welfare rappresenta i livelli essenziali di assistenza sociale non come livelli minimi di prestazioni, bensì come diritti di cittadinanza da garantire, prefigurando la trasformazione culturale, politica e tecnica dei livelli essenziali di assistenza a livelli essenziali di cittadinanza sociale, a cui far corrispondere contenuti assistenziali di erogazione.

Il salto di qualità nella definizione dei livelli essenziali di assistenza è lo sviluppo da un mero elenco di prestazioni di standard minimo a un concetto di esigibilità di diritti di cittadinanza.

La Zona Pratese è stata una delle zone selezionate inserite nel progetto di lavoro (come previsto ai punti 4.5.1 e 4.5.2 del Piano Integrato Sociale Regionale 2002-2004) finalizzato alla individuazione dei criteri regionali per la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza promosso dalla Regione Toscana con il coordinamento tecnico della Fondazione Zancan

L'obiettivo era quello di definire processi di costruzione dei livelli essenziali di assistenza collegati ai percorsi delle Carte per la Cittadinanza sociale e una metodologia di definizione di contenuti dei livelli essenziali di assistenza idonei a promuovere la cittadinanza sociale.

Sono state realizzate più attività sperimentali (2001/2004) che hanno visto l'impegno costante del Coordinatore Sociale della Zona Pratese

e della Segreteria Tecnica della Conferenza dei Sindaci.

Le Zone hanno rappresentato una base omogenea per leggere i bisogni e l'offerta dei servizi alla persona e una premessa concreta per ricondurre le proposte alla programmazione locale (piani di zona e piani integrati di salute). In particolare lo studio regionale si è concentrato su due linee di lavoro:

**1)** la definizione dei contenuti quantitativi dei livelli essenziali di assistenza.

Il modello di analisi sperimentato era finalizzato a verificare come un sistema regionale di welfare promuove l'attenzione dei livelli essenziali di assistenza e i diritti e doveri di cittadinanza sociale a partire da risposte certe, distribuite nel territorio, accessibili, appropriate, cioè capaci di affrontare efficacemente i bisogni.

Per sperimentare il modello di analisi sono state selezionate inizialmente 6 zone utilizzando un sistema di indicatori ,costruiti su tre parametri:

- le modalità di finanziamento e la loro entità
- le modalità di erogazione delle risposte per garantirli,
- loro dimensionamento sul territorio

Tale modello ha permesso attraverso la rappresentazione grafica di dare forma ai livelli e ha consentito il confronto comparativo basato su variabili elementari e un primo posizionamento delle zone rispetto ai fattori di finanziamento, erogazione, bisogno.

Ha permesso inoltre di costruire un'analisi mirata su indicatori bidimensionali che possono rappresentare soluzioni utili per leggere l'implementazione dei livelli essenziali nel territorio e ricavarne informazioni per le scelte di programmazione locale e

regionale.

**2)** la definizione dei contenuti processuali dei livelli essenziali, privilegiando due momenti fondamentali :

- o l'accesso ai servizi
- o le modalità di presa in carico dei problemi

Sono stati esaminati i testi dei regolamenti di accesso ai servizi delle zone comprese nella sperimentazione con l'obiettivo di :

**a)** verificare l'efficacia dei regolamenti di accesso nelle forme ad oggi esistenti,rispetto alle indicazioni contenute nella normativa di riferimento, evidenziando le eventuali criticità di contenuto e di procedura;

**b)** verificare la rispondenza effettiva dell'atto "regolamento" ai principi fondanti il sistema di servizi alla persona, ipotizzando prospettive e sviluppi.

Sono stati analizzati i percorsi di accesso ai servizi con riferimento a due funzioni fondamentali previste dai livelli essenziali di assistenza lettera a) del comma 4,art 22 della L.328/2000;

- la funzione di segretariato sociale
- la funzione di valutazione della domanda e di presa in carico dei problemi da parte dei servizio sociale professionale o di unità multiprofessionale ( nel caso di bisogni complessi).

Il criterio di valutazione utilizzato è costituito da un modello ideale di LEA,

individuato come idoneo a rappresentare i principali requisiti organizzativi e qualitativi di livello essenziale di accesso da garantire in ogni zona.

Il punto unico di accesso deve essere porta di accesso al sistema integrato dei servizi cioè tale da garantire accesso unitario a tutti i servizi della comunità locale sociali e socio sanitari. Elemento costitutivo per l'organizzazione del punto unico di acceso è il suo posizionamento nel sistema dei servizi, definito all'interno dell'ambito geografico ritenuto ottimale.

Nella scheda "Posizionamento del Segretariato sociale nel sistema dei servizi"elaborata dal gruppo di lavoro della regione Toscana, l 'ambito geografico è rappresentato dalla zona-distretto, identificata dalla normativa regionale sociale e sanitaria come ambito della programmazione e gestione dei servizi sociali e sanitari.

Ulteriore livello essenziale da garantire ai cittadini è la presenza di operatori in grado di svolgere non solo funzioni di accoglienza,ma anche di garantire una prima analisi dei bisogni condivisa con la persona e il successivo orientamento,accompagnamento verso la risorsa più appropriata.

Se il bisogno è il criterio di accesso al sistema dei servizi,la valutazione professionale del bisogno diviene un elemento regolatore dell'accesso e garante dell'equità che non viene misurata nell'uniformità della risposta bensì nella presenza di percorsi metodologici e criteri formalizzati gestiti da professionisti per la valutazione mono o multiprofessionale del bisogno e la successiva presa in carico.

E stato descritto il percorso del cittadino nel suo avvicinamento ai servizi

declinato in termini di livelli essenziali da garantire, in relazione a ciascuno, viene individuata la fase del percorso stesso e gli elementi professionali e organizzativi da definire come livelli essenziali del processo. Vengono quindi individuati i contenuti professionali, i soggetti deputati a svolgerli, gli elementi di qualità da garantire e la necessaria documentazione professionale da prevedere.

Altro percorso di ricerca promosso dalla Regione Toscana (2003/2004) al quale la Zona pratese ha partecipato con propri rappresentanti è “Livelli essenziali e organizzazione dell’offerta dei servizi”. Obiettivo della ricerca è quello di definire una strategia regionale per la definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale e socio sanitaria per la costruzione del nomenclatore dei servizi sociali

La difficoltà di confrontare le prestazioni, i servizi, gli stessi sistemi di welfare locali e regionali perché spesso gli interventi sono denominati in modo diverso comporta incertezze non solo nella classificazione ma anche dei costi e più in generale difficoltà di lettura e di governo di quanto si sta facendo.

Da un punto di vista gestionale il nomenclatore risponde alla necessità di qualificare in modo univoco le quantità e i costi degli interventi.

Sul versante professionale l’identificazione delle diverse tipologie di risposta permette di delineare meglio i requisiti di appropriatezza e di qualità tecnica delle prestazioni e degli interventi sociali. Inoltre, la definizione univoca dei contenuti tecnici dell’assistenza sociale, nelle diverse forme con cui è erogata, è fondamentale

per facilitare la presa in carico integrata dei problemi

Le attività sperimentali sono state presentate nel mese di dicembre 2004 nel rapporto di lavoro denominato “Materiali per un approfondimento regionale sui Livelli Essenziali di Assistenza e la Promozione della Cittadinanza Sociale.

La Zona Pratese, che come sopra descritto ha partecipato e lavorato concretamente nelle attività sperimentali regionali, ha avviato, parallelamente alla costituzione del Gruppo di lavoro sulla Carta di Cittadinanza un gruppo di progetto denominato “Livelli essenziali di assistenza e qualificazione dei percorsi di accesso ai servizi sociali e socio sanitari” composto dal Direttore dei Servizi Sociali da assistenti sociali (territoriali, Responsabili Articolazioni territoriali e Responsabili di Area) Responsabile Area Programmazione, e Istruttori amministrativi dei Comuni con incarico alla Fondazione Zancan che ha lavorato sul percorso:

“Verso una nuova regolamentazione dell’accesso ai servizi nella Zona Pratese”

Obiettivo del percorso è quello di adottare una regolamentazione dei percorsi di accesso, che traduca in atti reali le indicazioni regionali e nazionali. Partendo dalla studio critico del patrimonio regolativo esistente nella zona, di quanto già maturato a livello regionale in materia di accesso e recependo le riforme legislative che hanno recentemente introdotto prescrizioni specifiche in materia è stata costruita un’ipotesi di regolamentazione.

Lo studio ha preso in esame:

- **IL QUADRO NORMATIVO**
- **GLI STRUMENTI E GLI OBIETTIVI DELLA RICERCA**
- **GLI ESITI DELL'ANALISI**
- **LE PROSPETTIVE**

**Gli obiettivi del lavoro sono stati:**

1. Condivisione del modello
2. Analisi delle cartelle sociali: quali informazioni sono presenti, e quali assenti
3. Avvio di costruzione di una scheda per la raccolta delle informazioni di
4. Segretariato sociale e del punto unico di accesso
5. Avvio costruzione di linee guida

### Fasi di realizzazione

Il processo di formazione del PIS si caratterizza, per la sua natura sperimentale e partecipata, come processo aperto e sistematico:

- aperto perché suscettibile di modifiche in corso d'opera alla sua architettura, in relazione ai risultati ed ai problemi che andranno a formarsi

- sistematico perché i diversi elementi che comporranno il prodotto finale del PIS dovranno essere tra loro coerenti e coordinati, ragion per cui ogni singolo elemento dovrà essere riesaminato in base ad esiti di lavoro successivi fino alla definizione completa del nuovo strumento di programmazione.

### 2.2.3 Composizione finale del PIS

Al termine del percorso sopra delineato, il PIS (inteso come prodotto documentale) dovrebbe essere composto dai seguenti elementi costitutivi, tra loro distinti ma coordinati e correlati:

Profilo di salute, contenente dati oggettivi sui principali determinanti di salute

- Immagine di salute, cioè l'interpretazione dei dati del profilo, con evidenza (per quanto possibile) delle coppie “problema-possibile

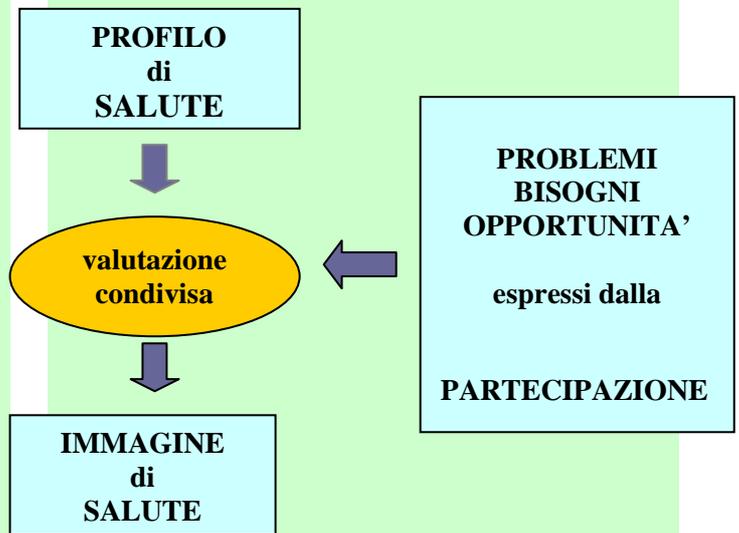
soluzione” e “vantaggio-possibile sviluppo”

- Programmazione e linee di progettazione dei servizi, con i programmi di azione integrati per il raggiungimento di macro-obiettivi di salute misurabili
- Progetti operativi d'intervento, in cui siano indicati gli obiettivi, le attività, i responsabili, i risultati attesi, le risorse (umane, finanziarie e strumentali), gli indicatori di verifica e le modalità di valutazione

### 1 -- fasi di realizzazione di un PIS



### 2 – Processo di costruzione Immagine di salute



### 3 – struttura del PIS



## 2.3 Il Profilo di Salute

Il profilo di salute è il documento propedeutico del Piano integrato di salute che contiene le informazioni oggettive sugli aspetti più rilevanti della realtà sociale, sanitaria. Ambientale, culturale, socio economica.

Poiché il profilo di salute non è solo una raccolta di dati provenienti dalle varie banche dati esistenti e già utilizzate dai vari soggetti, ma la loro elaborazione organizzata per descrivere il più globalmente possibile lo stato di salute della popolazione di questa provincia.

Il profilo di salute rappresenta il ponte fra chi produce dati e i decisori. Rappresenta, attraverso l'utilizzo di un linguaggio comprensibile, la base per una corretta informazione ai cittadini, affinché conoscano i problemi e possano effettuare scelte e azioni per migliorare il proprio stile di vita.

Al fine di effettuare una lettura organica e completa dei dati socio economici, ambientali e sanitari della provincia pratese è stato costituito un gruppo di lavoro integrato formato da operatori dei tre soggetti principali detentori delle relative banche dati: il Comune di Prato, l'Osservatorio Sociale Provinciale e l'Azienda Usl.

A tal fine è stato firmato un apposito protocollo d'Intesa tra la SdS e la Provincia di Prato per la collaborazione tra questo Consorzio e l'Osservatorio sociale provinciale. Il protocollo disciplina la partecipazione della Provincia alla sperimentazione della Società della Salute.

E' stato inoltre ritenuto opportuno organizzare, durante la costruzione del

Profilo di salute, tre incontri con “testimoni privilegiati” tesi ad arricchire la parte relativa ai dati oggettivi, le cui indicazioni si è ritenuto necessario apprezzare perché provenienti da soggetti che svolgono attività lavorative o di volontariato in particolari settori di intervento.

Di seguito si elencano i tre **focus group** ed i soggetti che vi hanno partecipato:

### Casa, lavoro, immigrati e povertà :

Comune di Prato assessorato alla Multiculturalità, Associazione Giorgio La Pira, Associazione S.Vincenzo de' Paoli, CGIL, CISL, Nidil CGIL, CNA, EPP, La Nara – Casa di accoglienza.

### Istruzione, stili di vita, dipendenze, ambiente e mobilità :

CSA, Comune di Prato – Pubblica istruzione, Legambiente, ARCI Prato, Azienda USL 4 operatori del Sert, Azienda USL 4 Dipartimento di Prevenzione

### Salute mentale, Anziani, traumi, minori e famiglie :

Associazione Diapsigra, Spi-Cgil, Anziani Uil, Cupla, Azienda Sanitaria: operatori della Geriatria, settore Handicapp, riabilitazione, salute mentale, Consorzio Astir, operatori dei servizi sociali del Comune di Prato e della Azienda sanitaria:

Gli incontri , tenuti nei giorni 29 e 30 settembre 2005, sono stati registrati e successivamente si è provveduto alla “sbobinatura” dei nastri. Sono state infine apprezzate le osservazioni e/o approfondimenti che gli stessi soggetti ci hanno successivamente inviato in modo da poter arricchire il Profilo di salute in via di ultimazione.

Il Profilo di salute è stato presentato dal Direttore alla Giunta della SdS in data 18.11.2005.

A tale seduta hanno partecipato anche assessori e funzionari degli enti consorziati e della Provincia.

#### **2.4 I luoghi e le procedure della concertazione locale**

Il governo della salute è un processo che richiede l'attenzione e la partecipazione di una pluralità di soggetti. Per tale motivo e per consentire la più ampia partecipazione dei cittadini, ed anche al

fine di definire l'immagine di salute, la SdS ha organizzato una serie di incontri pubblici per presentare il Profilo di salute. La presentazione è stata organizzata partendo da una rappresentazione, tramite diapositive, degli elementi essenziali del Profilo di salute effettuata dal gruppo di lavoro che ha elaborato il documento, per poi lasciare la parola alle valutazioni scaturite dai partecipanti. Queste hanno portato all'elaborazione del documento finale di Immagine di salute dell'area pratese.

#### **Gli incontri si sono svolti secondo il seguente calendario**

**21 novembre 2005**

presentazione al Comitato di partecipazione  
presso Sala Giunta Comune di Prato

**22 novembre 2005**

presentazione alla cittadinanza dei Comuni di Cantagallo, Vaiano, Vernio  
presso ex Meucci a Vernio

**22 novembre 2005**

conferenza stampa

**23 novembre 2005**

presentazione alla cittadinanza dei Comuni di Poggio a Caiano e Carmignano  
presso Salone Consiliare Comune di Carmignano

**26 novembre 2005**

presentazione alla cittadinanza dei Comuni di Prato  
presso Salone Consiliare Comune di Prato

**28 novembre 2005**

presentazione alle organizzazioni sindacali  
presso Sala Giunta Comune di Prato

**29 novembre 2005**

presentazione alla cittadinanza del Comune di Montemurlo  
presso Sala Banti

**14 dicembre 2005**

Sindacati dei Medici  
presso Ordine dei Medici Prato

## 2.5 Gli organismi di partecipazione della Società della Salute

Durante la predisposizione del primo piano integrato di salute abbiamo coinvolto fin da subito i due organismi di partecipazione della Società della Salute;

- **Consulta del Terzo Settore**
- **Comitato di Partecipazione.**

Quest'ultimo, già formalmente costituito e composto da membri nominati dalla Giunta tra i rappresentanti della comunità locale,

espressione di soggetti della società rappresentativi dell'utenza, nonché dell'associazionismo di tutela, oltre ai compiti di verifica circa i servizi erogati e la loro rispondenza ai bisogni dell'utenza, svolge un ruolo attivo nella predisposizione degli atti di programmazione e di governo. In questa fase di programmazione è di sua specifica competenza l'acquisizione dei dati statistici e di natura epidemiologica nonché l'espressione di pareri ed indicazioni e proposte di specifici progetti. Per tale motivo, il comitato di Partecipazione è stato, non solo espressamente coinvolto nella lettura del profilo di salute, ma anche nella scelta delle priorità da affrontare.

## 3. La Programmazione

### 3.1 Le criticità dell'Area Pratese

Il piano Integrato di salute dell'anno in corso è necessariamente condizionato dai tagli operati a livello centrale e che si ripercuotono sulla organizzazione dei servizi.

La limitatezza delle risorse impone una spinta di accelerazione alla integrazione dei servizi ed alla necessità di “responsabilizzare” tutti i soggetti attivi nel territorio provinciale, terzo settore, associazioni cooperazione, no-profit, volontariato, al fine creare una rete compatta di risposte alla anche alla luce della progressiva crisi economica e sociale.

Il profilo di salute elaborato, confrontato con la cittadinanza ha messo in risalto le seguenti criticità:

**Famiglia** Ridimensionamento dell'ampiezza familiare. Incremento delle famiglie unipersonali, costituite prevalentemente da anziani soli. Aumento dei nuclei familiari monogenitore, che evidenziano aspetti particolarmente problematici dal punto di vista delle politiche sociali.

**Giovani.** Tendenza alla precarizzazione del lavoro, elevato costo delle abitazioni e mancanza di adeguate alternative di edilizia sociale. Incremento del numero di giovani che, anche in età adulta, continuano a vivere con i genitori, ritardando la formazione di un proprio nucleo familiare.

**Nuove povertà** Emersione di nuove fasce a rischio povertà, se non dispongono delle protezioni date dalla

rete familiare: anziani, famiglie monoreddito con minori a carico, famiglie monoparentali ed immigrati.

**Cronicità assistenziale** Difficoltà ad individuare dei percorsi di uscita dall'assistenza per una quota consistente di utenti in carico ai servizi sociali. In una situazione di risorse economiche sempre più limitate, la presenza di un numero significativo di famiglie in carico da lungo periodo può rappresentare un elemento di iniquità.

**Casa** Incremento delle situazioni di precarietà abitativa per quote crescenti della popolazione. Esclusione abitativa per alcune categorie di soggetti: senza fissa dimora, immigrati, soggetti con problematiche psichiatriche. Patrimonio di edilizia residenziale pubblica saturato.

**Migranti** Le comunità migranti 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. Persistono inoltre forme di lavoro a nero, soprattutto nell'edilizia. Aumento degli infortuni professionali tra i lavoratori stranieri.

**Minori stranieri** Le seconde generazioni si trovano in una situazione di anomia, di conflitto tra due culture. Elevati tassi di abbandono e di insuccesso scolastico tra gli studenti stranieri. Non adeguato coinvolgimento dei genitori di alunni stranieri.

**Ecosistema** Progressiva diffusione delle funzioni urbane verso la piana ed ulteriore erosione dei valori ambientali ed ecosistemici. Rischio di possibili patologie indotte da inquinamento ambientale.

**Inquinamento atmosferico** Crescente impatto del traffico veicolare sulla qualità dell'aria: significativo aumento delle concentrazioni di Pm<sub>10</sub>. Basso adeguamento alle norme europee dei mezzi pesanti. Impatto sulla salute dell'inquinamento atmosferico (patologie apparato respiratorio).

**Incidenti stradali** area pratese va verso modello metropolitano, caratterizzato da un'elevata densità di traffico urbano, che determina numerosi incidenti ma di modesta entità. Gli incidenti stradali tuttavia rimangono la causa di morte più frequente nei maschi di età inferiore ai 35 anni.

**Stili di vita/ Fumo** Il 16% ragazzi tra i 14 ed i 18 anni fuma regolarmente (aumenta, fra coloro che iniziano a fumare, la proporzione di ragazze rispetto ai ragazzi). Nell'area pratese si stimano oltre 18.000 tabagisti adulti (>20 sigarette/die). Quasi 250 decessi l'anno attribuibili l'abitudine al fumo e ca. 400 nuovi casi di tumore l'anno.

**Sostanze d'abuso** Aumento del consumo di droghe ricreative (cannabis, cocaina, ecstasy ed amfetamine) fra i giovani studenti delle scuole superiori. Rischio che la minore induzione di dipendenza di queste sostanze allarghi la base dei potenziali consumatori.

**Alimentazione** Un bambino su tre mostra un eccesso ponderale dovuto

all'acquisizione di abitudini alimentari scorrette. Rischio che diventino adulti in sovrappeso o obesi.

**Mortalità** La mortalità generale nell'area pratese risulta quindi inferiore a quella osservata nell'intera regione in entrambi i sessi e per l'intero periodo di osservazione. Alta adesione agli screening oncologici (ca. 80mila contatti l'anno con la popolazione). D'altra parte, si osserva un trend in aumento del tasso di mortalità per tumore alla vescica nei maschi significativamente superiore rispetto al dato regionale, ed un'iniziale, seppure modesto, incremento della mortalità per tumore del polmone nelle femmine.

**Materno-infantile.** Bassa adesione delle donne straniere ai controlli clinici previsti in gravidanza dal protocollo regionale. Crescente prevalenza di cittadine straniere fra coloro che decidono di ricorrere per la seconda volta all'IVG. Rischio utilizzo IVG come metodo contraccettivo.

**Anziani.** A fronte di 37mila ultrasessantacinquenni che godono di buona salute, si attualmente stimano 8.800 anziani con diversi gradi di disabilità, di cui 1.100 che non possono vivere da soli e 2.700 che necessitano di assistenza giornaliera. Nei prossimi anni si prevede un incremento del 3-5% delle condizioni che determinano invalidità parziale o totale per il solo effetto dell'invecchiamento della popolazione.

**Domiciliarità** I processi di nuclearizzazione della famiglia e la ridefinizione dei ruoli all'interno delle famiglie agiscono nella direzione di un maggior ricorso da parte dei familiari al lavoro di cura esterno. Il carico

assistenziale della famiglia va progressivamente aumentando per complessità. Stress del “care-giver” e rischio “burn-out” delle famiglie. Necessità di articolare sempre più le risposte (temporaneo, temporaneo estivo, diurno, domiciliare, etc...). Buon esito della sperimentazione dei “buoni-servizio” e introduzione dei contributi di cura (ADI in forma indiretta).

**R.S.A** Numero totale di richieste di inserimento in R.S.A. superiore al numero di posti disponibili. Ricorso a strutture extraterritoriali per far fronte alle urgenze. Ridefinizione dei criteri di accesso alle R.S.A.

**Disabili** Necessità di organizzare risposte adeguate per quei soggetti disabili in età adulta che non possiedono un valido supporto familiare, dovuto all’esaurimento del nucleo ed all’impossibilità dei familiari in età avanzata di fornire l’assistenza necessaria. Permanere di barriere architettoniche che rendono difficoltoso o impediscono l’accesso dei disabili ad alcuni luoghi e strutture.

**Disagio mentale** Si stimano in oltre 22.000 le persone (età > 14 anni) che nell’arco di un anno mostrano una qualche forma di disagio psicologico/psichiatrico (di cui 7.000 casi di depressione maggiore). I soggetti con patologia psichiatrica importante seguiti dal DSM sono circa 700. Elevata diffusione di problemi psichiatrici tra la popolazione migrante.

**Informazione** Esigenza di un potenziamento dei circuiti informativi sulle modalità di accesso ai servizi socio-sanitari e di campagne di informazione mirate ad approfondire

le conoscenze dei cittadini sui modelli corretti di stili di vita.

Dalle criticità emerse si ritiene necessario intervenire fin da subito, con programmi integrati:

- **Salute della donna, procreazione responsabile, infanzia e adolescenza**
- **Alimentazione nel bambino,**
- **Promozione della salute mentale**
- **Sostegno alla domiciliarità**

Per ciascuna delle priorità individuate si definiscono dunque gli obiettivi ed i relativi programmi di intervento:

### **3.1.1 Salute della donna, procreazione responsabile, infanzia e adolescenza**

**Obiettivo:** Orientare i giovani nelle scelte di vita connesse alla sfera affettiva. Ridurre le gravidanze nelle minori e favorire invece le scelte di gravidanza dei singoli e delle coppie. Ridurre il ricorso all’interruzione volontaria di gravidanza

Il Programma dovrà prevedere:

- Garantire l’applicazione della legge 194.
- Promuovere le scelte contraccettive consapevoli
- Fornire accoglienza e sostegno a donne che hanno subito violenza
- Promuovere e sostenere la pratica dell’allattamento al seno
- Promuovere l’anonimato per le donne che intendano proseguire

la gravidanza con affidamento del bambino a terzi

- Individuare modalità assistenziali e di educazione sanitaria ottimali per le donne immigrate

### 3.1.2 Alimentazione nel bambino

**Obiettivo:** la costruzione di un sistema di prevenzione primaria basata su una strategia complessiva mirata a modificare gli stili di vita in campo alimentare e di promozione dell'attività motoria, rivolto alla prima infanzia e che copra l'intero arco della giornata.

Il programma dovrà prevedere:

- Promozione da parte delle scuole ed in collaborazione con le famiglie di stili di vita salutari
- Migliorare la qualità della refezione scolastica
- Promuovere iniziative di educazione alimentari e di educazione al gusto anche in collaborazione con gli esercizi commerciali,
- Promuovere l'attività fisica con manifestazioni sportive, favorendo gli spostamenti a piedi o in bicicletta

### 3.1.3 Promozione della salute mentale

**Obiettivo:** promuovere la salute mentale, potenziando il livello primario di assistenza.

Il programma dovrà prevedere:

- Offerta di risposte integrate alle persone con problemi di salute mentale, sia per le situazioni acute che per quelle di lungo assistenza
- Potenziare il livello primario di assistenza

- Facilitare l'accesso ai servizi anche da parte delle popolazioni immigrate.

### 3.1.4 Sostegno alla domiciliarità

**Obiettivo:** promuovere e potenziare la domiciliarità nell'ottica di far rimanere l'anziano e l'adulto disabile il più a lungo possibile nel proprio ambiente:

Il programma dovrà prevedere:

- interventi educativi che tendano a favorire il mantenimento in attività ed in salute dell'anziano
- il sostegno delle famiglie come supporto indispensabile per poter gestire al meglio le richieste assistenziali
- Interventi mirati a migliorare l'accesso ai servizi in modo da consentire il mantenimento a domicilio per il maggior tempo possibile
- Interventi mirati ad aumentare, migliorare e differenziare l'offerta di alloggi e strutture.

### 3.1.5 Accesso ai servizi

Il criterio di accesso generale al sistema integrato di interventi e servizi socio – sanitari è il bisogno, riconosciuto in termini di appropriatezza nell'accesso alle prestazioni.

Per l'erogazione delle prestazioni, si conferma il distretto come fulcro per l'integrazione dei servizi sociali e sanitari e punto di riferimento unico per l'utenza.

Il percorso assistenziale complessivo ha, quindi, inizio a livello di distretto e prosegue in fasi successive in modo

integrato con altri eventuali soggetti gestionali attraverso:

1. ascolto della richiesta di intervento presentata dal cittadino e valutazione del bisogno;
2. invio del cittadino al servizio socio-sanitario idoneo per la valutazione, la definizione del progetto personalizzato e l'individuazione delle risorse;

Si descrive in modo virtuale il percorso tipo di accesso unitario ai servizi ed integrazione delle responsabilità:

#### bisogno sociale semplice

L'assistente sociale competente per territorio valuta il bisogno, concorda il piano di intervento ed attiva l'erogazione di prestazioni e servizi sociali presso l'Ente erogatore

#### bisogno sanitario semplice

Il medico di medicina generale valuta il bisogno, pianifica con l'assistito l'erogazione di prestazioni e servizi sanitari, in forma domiciliare o ospedaliera

#### bisogno complesso

Il gruppo multidisciplinare territoriale attiva la valutazione del bisogno, pianifica il piano di intervento personalizzato con il cittadino utente e con la sua rete familiare e/o parentale ed eroga prestazioni e servizi a valenza socio – sanitaria integrata.

### **Percorso**

Assicurare il governo unitario globale della domanda di salute espressa dalla comunità locale

Assicurare la presa in carico del bisogno del cittadino, individuando i livelli appropriati di erogazione dell'offerta dei

servizi necessari

Assicurare la gestione integrata, sanitaria e sociale, dei servizi, accedendo alle diverse fonti di risorse del Servizio sanitario nazionale, dei Comuni e della solidarietà locale

Assicurare con i servizi e le prestazioni, dirette e convenzionate, l'appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali

Sviluppare iniziative di educazione sanitaria e di informazione agli utenti sulle attività complessivamente assicurate dal livello operativo distrettuale

Garantire la fruizione dei servizi prodotti dai presidi distrettuali, nonché l'accesso programmato a quelli forniti da altri presidi, assicurando in particolare la continuità di cura fra servizi territoriali ed ospedalieri

Favorire l'attivazione e l'attuazione dei protocolli diagnostico – terapeutici e riabilitativi adottati dall' Azienda.

### 3.2 Risorse finanziarie

Tutti i Comuni dell'area pratese hanno delegato la gestione alla Azienda Sanitaria dei servizi relativi a: Anziani non autosufficienti, adulti disabili, tossicodipendenze, salute mentale ed handicap.

I servizi relativi a: Minori, sussidi, assistenza domiciliare, trasporto sociale e contributi alloggiativi e detenuti sono gestiti in proprio dal Comune di Prato e dalla Azienda Sanitaria per tutti gli altri Comuni.

Pertanto abbiamo ritenuto opportuno riportare di seguito il riepilogo della spesa sociale anno 2003 costruita attraverso una ricomposizione delle cifre iscritte nella tabella (b) (Regione Toscana-Istat). Tale riepilogo comprende tutte le spese sostenute dai Comuni dell'area pratese per gli interventi sociali sia gestiti in proprio che delegati alla Azienda sanitaria.

Le cifre derivano da consuntivo 2003.

Il personale direttamente impiegato per servizi è ripartito proporzionalmente nei vari settori di intervento.

E' questa una base di partenza dalla quale abbiamo cominciato a lavorare.

#### Riepilogo spesa sociale anno 2003

	Welfare d'accesso	Pronto intervento	Servizi comunitari	Servizi domiciliari	Servizi residenziali	Servizi semiresidenziali	Interventi economici	totale
<b>Responsabilità familiari</b>	464.875.64	78.000				183.227.48	1.407.809.44	2.133.912.66
<b>Diritti dei minori</b>	142.366.86		649.286.42	28.787.49	5.311.269.48	1.565.697.72	416.867.80	8.114.275.77
<b>Anziani</b>	261.266.03	30.000	1.433.469.53	1.429.571.48	476.147.55	5.241.705.08	217.442.93	9.089.602.60
<b>Disabili</b>	144.527.08	1.076.34	1.174.746.40	453.065.45	1.070.103.67	385.629.09	76.540.82	3.305.688.85
<b>Immigrati</b>			691.874.10		27.000	194.610	28.600	942.084.10
<b>Dipendenze</b>	113.031.01		14.416		24.273.49		1.669.08	153.389.58
<b>Povertà</b>	94.191.67	130.687.32	199.493.26			98.000	595.895.27	1.118.267.52
<b>Salute mentale</b>	65.551.65		204.910.24			333.805.50	25.854.69	630.122.08
<b>Inclusione sociale</b>	548.388.56		115.800	20.917.08	23.500	43.600	2.954.195.79	3.706.401.43
<b>Azioni trasversali</b>	746.024.20						71.432	817.456.20
<b>totale</b>	2.580.222.80	239.763.66	4.483.995.95	1.932.341.50	6.932.294.19	8.046.274.87	5.796.307.82	30.011.200.79

<b>Spese per il personale di organizzazione</b>	<b>1.626.464.13</b>
---	---------------------

<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>31.637.664.92</b>
------------------------	----------------------

## Trasferimenti alla zona anno 2005 sociale

ENTI	REGIONE TOSCANA							PROVINCIA	TOTALE
	Parametro	Budget	Natalità	Povertà	Vigilanza attiva	Barriere architettoniche edifici privati	Invalidi civili gestione associata		
ASL 4	391.501,96	299.386	32.889						727.776,96
Comune di Prato	1.228.868,95	628.276	76.196,25	232.344,60	88.434,75	730156	42.000,14	30.000	2.399.276,69
Comune di Poggio a Caiano		43.714				4.423			48.137
Comune di Cantagallo		33.000							33.000
Comune di Vaiano		43.659							43.659
Comune di Carmignano		38.007,77				7.705			45.712,77
Comune di Montemurlo		61013,48				8.430			69.443,48
Comune di Vernio		45.500							45.500
Comunità montana Val di Bisenzio						9.699			9.699
<b>TOTALE</b>	<b>1.620.370,91</b>	<b>1.192.556,25</b>	<b>109.085,25</b>	<b>232.344,60</b>	<b>88.434,75</b>	<b>103.413</b>			<b>3.418.204,90</b>

## Previsione di spesa 2005 per i servizi sociali delegati alla Azienda sanitaria.

	Welfare d'accesso	Pronto intervento	Servizi comunitari	Servizi domiciliari	Servizi residenziali	Servizi semi residenziali	Interventi economici	totale
<b>Responsabilità familiari</b>							191.039,40	191039,4
<b>Diritti dei minori</b>	121.625,00				171.972,12	94.131,00		387728,12
<b>Anziani</b>			143.244,00	523152,24	3.622.614,20	125.451,90	45.990,40	4460452,74
<b>Disabili</b>	391624,27		221640,5		444.087,00	966.804,59	152.099,00	2176255,36
<b>Immigrati</b>								0
<b>Dipendenze</b>								0
<b>Povertà</b>		109792	15.450,00				84.352,00	209594
<b>Salute mentale</b>			212256,33		350.000,00	22.000,00		584256,33
<b>Inclusione sociale</b>								0
<b>Azioni trasversali</b>	238.909,92				1.235.573,42		2.787,00	1477270,34
<b>totale</b>	<b>752.159,19</b>	<b>109.792,00</b>	<b>592.590,83</b>	<b>523.152,24</b>	<b>5.824.246,74</b>	<b>1.208.387,49</b>	<b>476.267,80</b>	<b>9.486.596,29</b>
<b>Spese per il personale di organizzazione</b>	1.091.287,52							
<b>Totale</b>	<b>10.577.883,81</b>							

**Previsione di spesa 2005 per i servizi sanitari e sociali delegati alla Azienda sanitaria.**  
(le cifre sono espresse in milioni di euro)

			<b>BUDGET su costo storico 2003</b>	<b>BUDGET VIRTUALE su FSR 2005</b>
		<b>Medicina Generale e Pediatria di libera scelta</b>		
<b>ATTIVITA' SANITARIE E SOCIO SANITARIE TERRITORIALI</b>	<b>TERRITORIO</b>			
	Guardia Medica	<b>1.224</b>		
	Medicina Generale e Pediatria di libera scelta	<b>17.131</b>		
	Emergenza sanitaria territoriale	<b>4.673</b>		
	Pronto soccorso per esterni	<b>6.433</b>		
	Assistenza farmaceutica	<b>47.891</b>		
	Assistenza Integrativa	<b>1.801</b>		
	Assistenza Specialistica	<b>50.627</b>		
	Assistenza Protesica	<b>3.758</b>		
	Assistenza ambulatoriale e domiciliare	<b>17.462</b>		
	Assistenza territoriale semiresidenziale	<b>598</b>		
	<b>Assistenza territoriale residenziale</b>	<b>10.796</b>		
	<b>Assistenza idrotermale</b>	<b>237</b>		
	<b>TOTALE</b>	<b>162.631</b>	<b>162.631</b>	<b>166.143</b>
	di cui mobilità passiva (anno 2003)	<b>10.939</b>	- 10939	- 10.939
	di cui OSPEDALE per TERRITORIO	<b>28.333</b>		
<b>COSTI TERRITORIO RESIDENTI SdS</b>		<b>151.692</b>	<b>155.204</b>	
<b>SOCIALE DELEGATO</b>	Anziani	<b>5.649</b>		
	Handicap	<b>2.432</b>		
	Minori	<b>712</b>		
	Popolazione in bisogno	<b>982</b>		
	<b>TOTALE (anno 2003)</b>	<b>9.775</b>	<b>9.775</b>	<b>9.775</b>
<b>TOTALE SdS</b>		<b>172.406</b>	<b>161.467</b>	<b>164.979</b>

 **AZIENDA USL 4 PRATO**

 **SOCIETA' della SALUTE dell'AREA PRATESE**

## 4. Gli Indirizzi

### 4.1 Area Disabilità

In linea con il Programma di Azione del Governo per le politiche dell'Handicap ( 2000-2003 ) e con il Piano Sanitario Regionale l'Azienda USL n. 4, delegata dai Comuni dell'area pratese a gestire anche i servizi ad alta integrazione socio-sanitaria, intende attuare i seguenti principi fondamentali:

- principio della “non discriminazione”
- principio delle pari opportunità
- principio delle maggiori gravità
- principio della concreta integrazione

In questo ambito, si individuano e definiscono percorsi e strumenti volti ad ottimizzare le risorse e a dare risposte adeguate alla diversità dei bisogni che caratterizzano l'area della disabilità.

Nel corso degli anni si è sviluppata una rete di servizi relativamente ampia e differenziata che intende abbracciare tutto l'arco della disabilità e della complessità del fenomeno caratterizzato da bisogni molteplici e variegati.

Per dare risposte efficaci ai problemi del cittadino, sono stati approntati strumenti operativi che facilitano la conduzione unitaria dei servizi.

Per l'esigibilità dei diritti da parte dei cittadini, l'Azienda USL si è dotata ai sensi delle vigenti normative, dei seguenti strumenti:

- Accordo di Programma tra Azienda USL, i Comuni, la Provincia, il Provveditorato agli Studi;
- l'Istituzione del GOIF e dei GOM;
- il Protocollo Operativo per la presa in carico;

- la Commissione Medico Legale per il riconoscimento dell'Handicap di cui fa parte il Servizio sociale;
- Convenzioni con i soggetti gestori del terzo settore

#### **Azioni:**

Sviluppo dei servizi di aiuto personale  
Servizi a carattere diurno e semiresidenziale con valenza occupazionale, educativa e riabilitativa.

Interventi diversificati a carattere domiciliare e residenziale per soggetti con maggiore carico assistenziale.

Interventi per la promozione della vita sociale e ricreativa.

Interventi per l'eliminazione delle barriere architettoniche.

Adeguamento e qualificazione servizi residenziali e semiresidenziali.

### 4.2 Area Anziani

Per questa area si fa inoltre riferimento al progetto integrato sviluppo della domiciliarità.

Nell'ambito delle finalità complessive per il sostegno dell'autonomia delle persone anziane le azioni e le strategie devono seguire i seguenti principi fondamentali:

- prevenzione degli stati di emarginazione e di istituzionalizzazione delle persone “anziani fragili”
- circolarità delle informazioni nella rete integrata di servizi
- promozione della salute e miglioramento degli stili di vita

In questo ambito si individuano e si

definiscono percorsi e strumenti volti ad ottimizzare le risorse e a dare risposte adeguate alla diversità dei bisogni che caratterizzano l'area anziani.

Si cita la sperimentazione in corso “ Prestazioni da includere nei livelli essenziali di assistenza integrata socio – sanitaria “. La ricerca, ai fini della definizione dei livelli essenziali di assistenza socio – sanitaria, affronta specificatamente i bisogni delle persone anziane affette dalla malattia di Alzheimer e da ictus ischemico.

La ricerca si propone di dare risposta alle seguenti questioni:

le prestazioni essenziali da ricondurre alle tipologie (A) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale (B) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (C) prestazioni sociali ad elevata integrazione sanitaria.

Lo studio affronta i temi del finanziamento delle une e delle altre, specificando le quote a carico delle Asl e dei Comuni, dei criteri per definire i livelli uniformi di assistenza e le prestazioni, la definizione di linee guida socio – sanitarie, sulla base delle evidenze scientifiche disponibili.

Per quanto riguarda l'integrazione rivolta agli Anziani il servizio si avvale dei seguenti strumenti:

- deliberazione della Regione Toscana è la n .214 del 1991 “ Valutazione del grado di non autosufficienza dell'anziano: direttive UU.SS.LL,;
- Deliberazione del Consiglio regionale 13 ottobre 1998 n° 311 “ Revisione quota sanitaria per le prestazioni in R.S.A. per gli anziani e determinazione quota sanitaria per l'assistenza in Centri Diurni;
- Convenzioni con i soggetti gestori del terzo settore

### **Azioni:**

Promozione di stili di vita orientati alla salute, attività motoria come risorsa per il benessere.

Prevenzione di stati di emarginazione, con maggiori carichi assistenziali in situazioni di cronicità di persone anziane fragili ( morbo di Alzheimer e Parkinson ).

Sviluppo di prestazioni assistenziali socio – sanitarie sia in forma domiciliare che istituzionale, nell'ottica della circolarità di prestazioni.

Sostegno agli anziani con fragilità sociali di tipo economico, relazionale, assistenziale.

Misure innovative per il mantenimento dell'anziano a domicilio.

Azioni di sostegno economico per anziani in condizione di povertà

Miglioramento della vita nelle RR.SS.AA.

Sviluppo dell'ADI

Mantenere la mobilità fisica e prevenire l'invalidità psico-motoria attraverso interventi di educazione, anche con iniziative mirate all'attività sportiva degli anziani, e facilitando la conoscenza, diffusione ed applicazione delle raccomandazioni nutrizionali;

Aumentare l'assistenza domiciliare e l'assistenza domiciliare integrata, ed, in ogni caso, interventi di cura e riabilitazione in locali e residenze adeguate;

Favorire la definizione di protocolli operativi nei vari ambiti sanitari specifici per i bisogni degli anziani.

Adeguare e qualificare l'offerta residenziale.

Attivazione degli interventi di sorveglianza attiva in favore degli anziani.

### 4.3 Area Salute mentale

Nell'ambito delle finalità complessive per la tutela della salute mentale le azioni e le strategie indicate nello specifico progetto obiettivo PISR 2002 – 2004 indicano i seguenti principi fondamentali:

- Promozione di un ruolo attivo degli utenti (auto mutuo aiuto)
- Potenziamento degli interventi di riabilitazione e reinserimento sociale
- Prevenzione del disagio psichico a partire dall'infanzia e dall'adolescenza

In questo ambito si individuano e si definiscono percorsi e strumenti volti ad ottimizzare le risorse e a dare risposte adeguate alla diversità dei bisogni che caratterizzano l'area salute mentale.

Per la programmazione dei servizi e l'erogazione delle prestazioni ai cittadini con inabilità psichica, viene utilizzato il protocollo operativo Servizio sociale/ Salute mentale, approvato con deliberazione ASL 4 n° 1642 del 11/10/2000, in cui sono indicate anche le linee operative per l'integrazione degli interventi tra gli operatori del Servizio sociale e gli operatori del Dipartimento Tecnico Salute mentale Adulti – Infanzia e Adolescenza.

In particolare, la procedura operativa per la “presa in carico” di cittadini con disagio psicologico e/o psichiatrico, prevede che il Servizio Sociale distrettuale si raccordi con il Medico di base dell'utente per raccogliere elementi di giudizio necessari a definire in sede collegiale il Piano di intervento individuale e familiare attraverso l'integrazione delle singole competenze

fra il Gruppo interdisciplinare – “ Ufficio Tutela Salute Mentale Adulti, Assistente sociale, Psicologo, Psichiatra, Medico curante, Educatore, Infermiere “ A questa fase il gruppo U.F.S.M.A. e gli operatori del Servizio Sociale procedono alle necessarie verifiche a scansione periodica sulla presa in carico della singola persona e mensilmente la verifica della presa in carico dei casi, di programmazione, di riflessione comune. Nell'anno 2003 l'Azienda ASL 4 ha formalizzato la costituzione delle Unità funzionali previste all'interno del Dipartimento salute mentale: U.F. Salute mentale adulti e U.F. Salute mentale Infanzia ed adolescenza. E' stato costituito un gruppo di lavoro specialistico sul tema degli “ esordi psicotici “ in età adolescenziale, per migliorare il trattamento di cura e monitoraggio di queste situazioni d'alta criticità.

#### **Azioni:**

la tutela della salute mentale

Attività assistenziali attraverso forme di auto e mutuo aiuto

Sviluppo di azioni per l'inserimento lavorativo e socio – terapeutico

Azioni di promozione per l'inserimento sociale, ricreativo, sportivo  
Azioni innovative per l'inserimento lavorativo, anche attraverso la creazione di reti

Interventi di emergenza alloggiativa

Interventi finalizzati a realizzare una residenzialità maggiormente autonoma  
Integrazione delle risorse sociali e sanitarie sia a livello intersettoriale che a livello multiprofessionale e sviluppo rapporti con la comunità

Sviluppo della partecipazione degli utenti e dei familiari, in particolare gruppi e associazioni

Collaborazione e sostegno alle esperienze e ai gruppi di auto aiuto e loro messa in rete

Sviluppo di iniziative rivolte alla prevenzione del disagio e alla promozione della salute mentale  
Iniziativa in collaborazione con scuole e organizzazioni territoriali diverse  
Riqualificazione e potenziamento del sistema dei servizi di residenzialità  
Gestione di situazioni di crisi psichiatriche acute in adolescenti in alternativa al ricovero

#### 4.4 Area dipendenze

Nell'ambito delle finalità complessive per le azioni e le strategie riferite all'area dipendenze, contenute nel Piano sanitario regionale e nel Piano integrato sociale, si indicano i seguenti principi fondamentali:

- Potenziamento dell'integrazione tra interventi sociali e sanitari
- Promozione della salute nei giovani e sviluppo interventi di prevenzione sugli stili di vita
- Sviluppo del programma di riabilitazione e reinserimento sociale dei soggetti tossicodipendenti
- Sviluppo e consolidamento organizzativo dei servizi per le dipendenze in sinergie tra enti pubblici e privato sociale

In questo ambito si individuano e si definiscono percorsi e strumenti volti ad ottimizzare le risorse e a dare risposte adeguate alla diversità dei bisogni che caratterizzano l'area dipendenze:

- Protocollo operativo sulla doppia diagnosi tra SERT, Psichiatria e CEIS
- Convenzioni con il CEIS per la gestione di servizi ed attività

- Progetto sperimentale sul fumo e sui disturbi di alimentazione in un distretto pilota ( Prato Centro )
- Protocollo operativo SERT ,  
Distretti per le attività di alta integrazione socio – sanitaria

#### Azioni

Informazione e sviluppo di azioni innovative sulle “ Nuove droghe “;  
Attività di prevenzione, rivolta a giovani ed adolescenti, attraverso interventi di rete;  
Sostegno all'inserimento lavorativo e socio terapeutico;  
Servizi a carattere diurno per il reinserimento sociale;  
Realizzare iniziative nel campo della prevenzione rivolte sia ai dipendenti dell'Azienda Sanitaria che alle scuole, allo scopo di far capire i meccanismi psicologici e comportamentali che agiscono come stimoli nell'intraprendere l'abitudine al fumo di tabacco, nonché conoscere da vicino il problema;  
Incrementare la collaborazione con il volontariato

#### 4.5 Area materno infantile

La famiglia rappresenta una risorsa determinante quale tessuto di una collettività. Promuoverla e sostenere le responsabilità familiari in tutte le sue varie componenti dovrà rappresentare uno dei punti fondamentali della programmazione. A tal fine occorre:

- Valorizzare e sostenere la famiglia come risorsa soprattutto verso famiglie con figli minori, presenza di anziani o disabili, monoparentali.
- Promuovere e sostenere l'affidamento familiare e la paternità e maternità

elettiva ( adozione nazionale ed internazionale )

- Diffondere la mediazione familiare per costruire accordi reciproci in grado di tutelare i diritti del minore
- Sviluppare azioni di prevenzione della violenza intra familiare e progetti personalizzati di sostegno per soggetti maltrattati
- sviluppare azioni di sostegno economico nei confronti di donne sole o donne sole con figli e nuclei familiari monoreddito in condizioni di disagio

Per sostenere la famiglia occorre prioritariamente far in modo che le famiglie si creino e quindi porre particolare attenzione alle nuove nascite:

- garantire i servizi dedicati al percorso nascita, che devono essere in grado di rispondere ai bisogni della donna in gravidanza e in puerperio e tutelare la salute del bambino garantendo la massima sicurezza nel rispetto della fisiologicità dell'evento.
- migliorare il percorso assistenziale della donna dal Territorio all'Ospedale e di nuovo al Territorio.

La trasformazione della società pratese in società multietnica impone poi di costruire una cultura dell'accoglienza basata sia su percorsi formativi per gli operatori dei servizi , sia su spazi dedicati alle donne extracomunitarie , sia sulla presenza di mediatrici culturali, sia con libretti informativi tradotti in varie lingue. L'impegno è quello di continuare i percorsi già avviati e di incrementare la presenza di mediatrici culturali.

Promuovere e/o rinnovare iniziative volte ad una maggiore e migliore diffusione dell'informazione e ad una crescente sensibilizzazione della nostra comunità nella prevenzione dei

fenomeni dell'abbandono e della violenza.

Al momento della dimissione dall'Ospedale della puerpera è auspicabile una attività di sostegno domiciliare, una visita ostetrica a domicilio che potrebbe essere garantita, in una percentuale crescente nel tempo iniziando da un prudenziale 30%, previa acquisizione di personale.

Mantenimento e sviluppo progetto "mamma segreta"

E successivamente garantire i diritti dei minori attraverso:

- a) mantenimento di forme diversificate di assistenza educativa a minori con disagio e alla sua famiglia nei contesti di vita : scolastico, sociale, familiare.
- b) mantenimento di offerta di servizi residenziali per minori anche nella fascia prima infanzia, per gestanti e madri con bambini.
- c) azioni di sostegno economico in favore di nuclei familiari con figli in condizioni di povertà e/o multiproblematici.

In questo ambito si individuano e si definiscono percorsi e strumenti volti ad ottimizzare le risorse e a dare risposte adeguate alla diversità dei bisogni che caratterizzano l'area materno infantile.

#### 4.6 Alimentazione e salute

Intervenire nella prevenzione dell'obesità la cui prevalenza è in aumento nella gran parte dei paesi sviluppati, ponendo particolare attenzione al problema dell'obesità in età evolutiva. Accanto alle attività di educazione alimentare e nutrizionale si propone di

affiancare interventi rivolti a piccoli gruppi tramite l'apertura di un ambulatorio di counseling rivolto alla popolazione con problemi di sovrappeso-obesità.

#### 4.7 Le malattie del sistema cardiovascolare

Sostenere azioni di prevenzione primaria, attraverso il supporto per raggiungere stili di vita sani, con particolare riferimento alla lotta al tabagismo, favorendo l'uso adeguato di bevande alcoliche, e incoraggiando il consumo di frutta, verdura e pesce nel rispetto delle tradizioni alimentari toscane;

Favorire l'applicazione di linee guida per la prevenzione e trattamento dell'obesità, diabete, ipertensione ed ipercolesterolemie;

Facilitare l'accesso alle pratiche di rivascolarizzazione per ischemia cardiaca;

Migliorare i tempi di intervento per arresto cardiaco in ambienti sanitari ed extra-sanitari, aumentando la diffusione della disponibilità di defibrillatori, anche attraverso la formazione al loro utilizzo di personale non sanitario (Forze dell'ordine, volontariato, ecc.).

Sviluppare la telecardiologia nel territorio (servizio già attivato in ospedale)

#### 4.8 Le azioni per la prevenzione e la cura dei tumori

Nell'ambito della problematica oncologica, è fondamentale operare sulla diminuzione del rischio di ammalarsi, sulla tempestività delle

diagnosi e sulla qualità delle cure. Le principali azioni che saranno poste in essere, in collegamento con l'Istituto Toscano Tumori (ITT) sono così riassumibili:

- la prevenzione primaria, attraverso il sostegno a stili di vita sani (alimentazione, alcol, fumo, attività fisica) e il controllo e mantenimento di ambienti di vita e lavoro salubri;
- la prevenzione secondaria, attraverso l'estensione degli screening del tumore della mammella femminile, dell'utero e del colon-retto, aumentando anche l'adesione agli inviti e facilitando il percorso clinico dei casi risultati positivi al test, con riduzione dei tempi di attesa. Sono favoriti anche studi di impatto per la valutazione della sperimentazione di screening oncologici aggiuntivi, come quelli del melanoma e della prostata, in collaborazione con il CSPO di Firenze;
- aumentare l'assistenza domiciliare e migliorare l'accesso a servizi diagnostici e terapeutici.

Sono direttamente collegati ai presenti obiettivi i progetti "Le azioni per la prevenzione e la cura dei tumori", "il controllo del dolore come diritto del cittadino", "alimentazione e salute", il processo di accreditamento, le linee guida e i percorsi assistenziali.

##### **Azioni:**

Consolidamento screening tumori della mammella

Consolidamento screening tumori della cervice uterina

Attivazione screening per tumori del colon retto con conseguente potenziamento dell'offerta per le procedure endoscopiche

Diagnosi precoce delle lesioni pigmentate della cute

Consolidamento dell'ADI per i pazienti oncologici con semplificazione del percorso ospedale-territorio e territorio-ospedale

#### **4.9 Azioni di contrasto alla povertà**

La lotta alla povertà e all'esclusione sociale deve essere considerata come una strategia del Welfare, tesa a promuovere i diritti di cittadinanza. Nella nostra realtà possono essere individuati alcuni fattori di rischio che riguardano, in particolare modo, i nuclei mono-genitoriali con figli minori, le famiglie con due o più figli, le persone singole, soprattutto se in età avanzata, le famiglie in affitto, le famiglie in cui la persona di riferimento è di sesso femminile e/o di età inferiore a 35 anni in possesso della sola licenza elementare. Agli interventi di sostegno dei nuclei e dei singoli, si vanno ad aggiungere azioni specifiche sul "barbonismo" che hanno portato la nostra zona a dotarsi di strumenti atti a contrastare la povertà estrema. Gli interventi:

Interventi relativi all'ospitalità notturna

Interventi di distribuzione viveri e generi di prima necessità

Interventi di sostegno residenziale a carattere provvisorio per donne e figli minori

Interventi innovativi riguardanti il monitoraggio dei senza fissa dimora

Interventi innovativi attraverso forme di "tutoraggio" ad accompagnamento ai servizi

Interventi innovativi di politiche di inclusione sociale

#### **4.10 Interventi per soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria**

Nel territorio del Comune di Prato è ubicata la Casa Circondariale che ospita circa 500 detenuti con problematiche di sovraffollamento, problematiche comuni a tutti gli istituti di pena. I rapporti tra il Comune e la Direzione dell'istituto sono stati sempre improntati sulla massima collaborazione. Da questo con la regione sono stati attivati e realizzati negli anni scorsi diversi interventi relativi all'inserimento lavorativo dei detenuti, ad attività socio-culturali, sportive e scolastiche all'interno del carcere e all'accoglienza dei familiari in visita e detenuti in licenza. Le attività sono dirette a fronteggiare l'improduttività e le frustrazioni indotte dalla detenzione e a ridurre complessivamente le condizioni che caratterizzano il carcere come istituzione separata. L'attività si esplica anche attraverso azioni positive rivolte al reinserimento sociale e lavorativo del detenuto, essendo questa la problematica più rilevante per il recupero della dignità personale e la restituzione di senso alla propria esistenza. Inoltre per quanto riguarda l'inserimento lavorativo dei detenuti, sia in semi-libertà o in art.31, sia in misura alternativa alla detenzione viene provveduto mediante borse lavoro per il sostegno agli inserimenti presso cooperative sociali o ditte private.

Questo l'elenco degli interventi specifici:

Interventi sperimentali riguardanti detenuti per reati sessuali

Partecipazione ad attività educative, formative, sportive, sociali e lavorative all'interno e all'esterno del carcere

Valorizzazione della funzione del volontariato e della cooperazione sociale nei progetti di riabilitazione  
Interventi di emergenza alloggiativa atti a favorire il reinserimento sociale.

#### **4.11 Emergenza alloggiativa**

La disponibilità della casa è un elemento assolutamente necessario alla costituzione di un nucleo familiare e la sua perdita può avere effetti dirompenti sul nucleo stesso: i dati regionali e nazionali relativi ai provvedimenti esecutivi di rilascio immobili richiesti e eseguiti forniscono un dato significativo del livello a cui è salita l'emergenza abitativa nella nostra zona. Altro dato significativo è la crescita delle domande del contributo per l'affitto, in particolare in fascia (A) riservata alle situazioni più gravi e a maggior rischio di esclusione sociale. Gli interventi relativi a questa emergenza:

Interventi di emergenza alloggiativa attraverso l'erogazione di contributo e/o la sistemazione alloggiativa in residence o affittacamere

Misure di sostegno economico per il pagamento dei ratei di affitto

#### **4.12 La salute degli immigrati**

La popolazione straniera regolarmente residente nell'Asl nel 2003 ammonta a circa 16.000 soggetti, mentre i regolarmente soggiornanti secondo la Caritas sarebbero oltre 22.000. Indefinito il numero degli irregolari. Non è attualmente disponibile la struttura per sesso ed età della popolazione straniera presente nell'Asl di Prato, oltre a quella ufficialmente

registrata alle anagrafi comunali. Ciò ha impedito di elaborare indicatori sullo stato di salute degli stranieri confrontabili con quelli standard, né tanto meno, di valutare l'impatto sociale e sanitario dei flussi migratori sulla popolazione residente. Nel corso del 2003 quasi 4.000 stranieri si sono ricoverati nell'Ospedale di Prato, equivalenti a quasi il 10% del totale dei ricoveri. Circa 1 ricovero su 3 degli stranieri è sostenuto da donne che partoriscono o che hanno problemi ginecologici. L'accesso degli stranieri a servizi sanitari e sociali dell'Asl è in continuo incremento e solleva problemi di adeguamento e formazione per gli operatori e gli utenti. Particolarmente interessati dal flusso di migranti, tra gli altri, sono i servizi di prevenzione territoriali per le malattie infettive e le vaccinazioni, la vigilanza sui sistemi di sicurezza sul lavoro, il controllo di esercizi commerciali alimentari gestiti da immigrati, i servizi di cura ospedalieri per la gravidanza, il parto e l'assistenza ai bambini, i servizi di emergenza-urgenza, gli ambulatori di malattie infettive e psichiatria, i servizi diagnostici.

#### **Obiettivi e azioni**

1- Attivare un sistema di monitoraggio di valutazione dei bisogni di salute degli immigrati, dell'adeguatezza della risposta e dell'impatto sulla popolazione residente nell'Asl

2- Implementare azioni di mediazione culturale e di formazione del personale per migliorare l'adeguatezza dei servizi alle esigenze degli immigrati.

#### **Metodi**

Per il sistema di monitoraggio sono analizzate le informazioni relative agli

stranieri inclusi negli archivi informatici aziendali (dimissioni ospedaliere, prestazioni ambulatoriali, farmaceutiche, assistiti ed esenzioni, accessi al Pronto Soccorso, elenchi vaccinati, registro dei tumori, malformazioni e di mortalità, interruzioni volontarie di gravidanza, aborto spontaneo, certificati assistenza al parto, ecc.), correlandoli a quelli disponibili presso altre istituzioni presenti nel territorio dell'Asl (Comuni dell'Asl, Provincia di Prato, Questura, Prefettura, Caritas, Centro Ricerche e Servizi per l'Immigrazione del Comune di Prato, Associazione Italia-Cina). Indagini campionarie ad hoc sono condotte per la valutazione degli stili di vita degli immigrati e migliorare la risposta dei servizi sociali e sanitari. Il miglioramento della diffusione dell'informazione sui servizi è attuata mediante rinforzo della presenza di mediatori culturali ed attraverso la formazione del personale, anche valorizzando l'attività e la collaborazione pluriennale con l'esperienza degli operatori del progetto "L'albero della salute" dalle cui basi prenderà vita nel corso del

2005 un Centro regionale di riferimento sulla mediazione culturale.

Sono individuate relazioni operative anche con l'attività delle Medicine Non Convenzionali.

Interventi per gli immigrati

Interventi relativi all'attività di informazione, comunicazione, consulenza legale, interpretariato in favore dei cittadini immigrati

Interventi di mediazione culturale sulle scuole

Sostegno all'inserimento sociale

Sostegno all'inserimento lavorativo

Sostegno a soluzioni e/o facilitazioni relative al bisogno abitativo

- attivare un sistema di monitoraggio di valutazione dei bisogni di salute degli immigrati, dell'adeguatezza della risposta e dell'impatto sulla popolazione residente nell'Asl;

Implementare azioni di mediazione culturale e di formazione del personale per migliorare l'adeguatezza dei servizi alle esigenze degli immigrati.

## 5. Programmi operativi degli enti per l'anno 2005 – Fondo a Budget –

La progettazione dei programmi operativi per l'anno 2005 si muove in continuità con le priorità già individuate nel triennio 2002-2004.

I programmi operativi vengono, vengono sintetizzati nella seguente tabella riepilogativa che riepiloga la suddivisione del fondo a budget attribuito alla Zona dalla Regione Toscana con delibera G.R.T. 800 del 1.8.2005.

PROGRAMMI OPERATIVI PIS 2005	politiche familiari e sostegno ai diritti dei minori	Sostegno ed autonomia anziani	sostegno ed autonomia disabili	integrazione immigrati	dipendenze	altro	ENTE GESTORE
1 CASA MADRE - BAMBINO	€ 76.000,00						COMUNE DI PRATO
2 SOSTEGNO ALLA DOMICILIARIETA'		€ 150.000,00					COMUNE DI PRATO
3 LA NARA	€ 75.000,00						COMUNE DI PRATO
4 TRASPORTO		€ 95.276,00					COMUNE DI PRATO
5 SOSTEGNO ECONOMICO INDIGENTI	€ 40.000,00						COMUNE DI PRATO
6 ANZIANI TERRITORIALI		€ 20.000,00					CIRCOSCRIZIONE NORD
7 DETENUTI						€ 150.000,00	COMUNE DI PRATO
8 AUTO AIUTO						€ 22.000,00	CIRCOSCRIZIONE EST
<b>tot. Prato</b>	<b>€ 191.000,00</b>	<b>€ 265.276,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 172.000,00</b>	<b>€ 628.276,00</b>
CENTRO SOCIALIZZAZIONE TARTARUGA			€ 40.000,00				ASL 4
10 SUPPORTO ALL'ABITARE UOMINI						€ 9.100,00	ASL 4
11 POTENZIAMENTO RETE SERVIZI RESIDENZIALI HANDICAP			€ 62.000,00				ASL 4
12 SOSTEGNO ALLA DOMICILIARIETA'		€ 61.000,00					ASL 4
13 SOSTEGNO ECONOMICO	€ 20.286,00						ASL 4
14 POTENZIAMENTO SERVIZI RESIDENZIALI ANZIANI		€ 90.000,00					ASL 4
15 PERCORSO DI QUALITA' NELLE RR.SS.AA.		€ 17.000,00					ASL 4
<b>tot. Asl</b>	<b>€ 20.286,00</b>	<b>€ 168.000,00</b>	<b>€ 102.000,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 9.100,00</b>	<b>€ 299.386,00</b>
16 AIUTO ANZIANI SOLI		€ 11.362,06					COMUNE DI CANTAGALLO
17 I COLORI DELL'INFANZIA	€ 20.000,00						COMUNE DI CANTAGALLO
18 AIUTO			€ 1.637,94				COMUNE DI CANTAGALLO
<b>tot. Cantagallo</b>	<b>€ 20.000,00</b>	<b>€ 11.362,06</b>	<b>€ 1.637,94</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 33.000,00</b>
19 ANZIANI CARMIGNANO		€ 38.007,77					COMUNE DI CARMIGNANO
<b>tot. Carmignano</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 38.007,77</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 38.007,77</b>
20 PROGETTO SOLIDARIETA'		€ 6.714,00					COMUNE DI POGGIO A CAIANO
21 ISSIAMO LA VELA					€ 37.000,00		COMUNE DI POGGIO A CAIANO
<b>tot. Poggio a Caiano</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 6.714,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 37.000,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 43.714,00</b>
22 RECUPERO MINORI A RISCHIO	€ 12.911,42						COMUNE DI MONTEMURLO
23 IL PAIOLO		€ 32.000,00					COMUNE DI MONTEMURLO
24 SPORTELLO PER L'IMMIGRAZIONE				€ 4.102,06			COMUNE DI MONTEMURLO
25 ADA			€ 12.000,00				COMUNE DI MONTEMURLO
<b>tot. Montemurlo</b>	<b>€ 12.911,42</b>	<b>€ 32.000,00</b>	<b>€ 12.000,00</b>	<b>€ 4.102,06</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 61.013,48</b>
26 ASCOLTO AIUTO		€ 14.659,00					COMUNE DI VAIANO
27 ASSISTENZA ALLOGGIATIVA						€ 6.000,00	COMUNE DI VAIANO
28 SOSTEGNO ALUNNI DISABILI			€ 16.000,00				COMUNE DI VAIANO
29 ASCOLTO AIUTO DISABILI			€ 7.000,00				COMUNE DI VAIANO
<b>tot. Vaiano</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 14.659,00</b>	<b>€ 23.000,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 6.000,00</b>	<b>€ 43.659,00</b>
30 P.I.E.T.R.O.	€ 36.000,00						COMUNE DI VERNIO
31 ANZIANI		€ 7.500,00					COMUNE DI VERNIO
32 EMERGENZA ABITATIVA						€ 2.000,00	COMUNE DI VERNIO
<b>tot Vernio</b>	<b>€ 36.000,00</b>	<b>€ 7.500,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 2.000,00</b>	<b>€ 45.500,00</b>
<b>tot. Settori</b>	<b>€ 280.197,42</b>	<b>€ 543.518,83</b>	<b>€ 138.637,94</b>	<b>€ 4.102,06</b>	<b>€ 37.000,00</b>	<b>€ 189.100,00</b>	<b>€ 1.192.556,25</b>

## 5.1 Il Piano degli investimenti sociali 2005

Sono stati presentati dagli Enti 24 progetti di investimento da sottoporre all'attenzione della Regione Toscana per il finanziamento.

Si riferiscono ad abbattimento barriere architettoniche degli edifici pubblici ( in larghissima maggioranza ) e ad acquisto e/ o ristrutturazione di edifici di proprietà pubblica.

Tali proposte vanno nella direzione di ampliare l'offerta di servizi all'utenza relativamente a beni immobili con funzione di carattere sociale .

### Società della Salute - Area Pratese Richieste finanziamento investimenti anno 2005 Delibera Giunta Regionale n° 1046 del 24/10/2005

PRATO			richiesto alla Regione Toscana
1	scuola Don Bosco	eliminazione barriere	€ 37.800,00
2	scuola Puddu	eliminazione barriere	€ 30.132,00
3	Asl Via Firenze	eliminazione barriere e ristrutturazione	€ 113.287,94
4	Campo rugby Iolo	eliminazione barriere	€ 42.328,00
5	ex Conservatorio S. Caterina	eliminazione barriere	€ 125.916,19
6	scuola Mazzoni	eliminazione barriere	€ 29.555,76
7	scuola Castellina	eliminazione barriere	€ 52.000,00
8	scuola Taro	eliminazione barriere	€ 52.882,80
9	lam rossa	eliminazione barriere	€ 88.000,00
10	lam rossa	eliminazione barriere	€ 63.250,00
11	nam din	eliminazione barriere	€ 30.000,00
12	modulazione traffico	eliminazione barriere	€ 35.000,00
13	modulazione traffico via cantagallo	eliminazione barriere	€ 35.000,00
14	modulazione traffico via toscana ecc	eliminazione barriere	€ 40.000,00
15	modulazione traffico via toscana ecc	eliminazione barriere	€ 20.000,00
16	modulazione traffico via manzoni ecc	eliminazione barriere	€ 25.000,00
17	modulazione traffico via reggiana ecc	eliminazione barriere	€ 25.000,00
18	modulazione traffico via firenze ecc	eliminazione barriere	€ 25.000,00
19	modulazione traffico via 7 marzo ecc	eliminazione barriere	€ 50.000,00
20	modulazione traffico via xx settembre ecc	eliminazione barriere	€ 15.000,00
21	modulazione traffico s. giusto ecc	eliminazione barriere	€ 20.000,00
22	un tetto per ricominciare	acquisto e ristrutturazione	€ 1.485.000,00
<b>totale</b>			<b>€ 2.440.152,69</b>
VAIANO			
1	palazzo comunale	ristrutturazione	€ 7.500,00
<b>totale</b>			<b>€ 7.500,00</b>
POGGIO A CAIANO			
1	palazzo comunale	eliminazione barriere	€ 80.000,00
<b>totale</b>			<b>€ 80.000,00</b>
<b>TOTALE DI ZONA</b>			<b>€ 2.527.652,69</b>

## 6. Progetti innovativi

### 6.1 Il Buono-servizio

La sperimentazione del “buono servizio” si caratterizza nelle seguenti azioni:

- adesione al “Progetto sperimentale per l’attivazione del sistema dei buoni servizio nell’ambito dell’assistenza domiciliare in rapporto con istituzioni e cooperative sociali nell’ambito dei Programmi di Iniziativa Regionale, 2001 / 2003.
- approvazione nel PISR 2001 del progetto “Erogazione buoni servizio: una sperimentazione di assistenza domiciliare integrata in forma indiretta”. Nel 2004 inserito nel PISR con la denominazione “misure di sostegno alla domiciliarità”

Per la realizzazione del progetto è stato necessario:

- disciplinare i requisiti oggettivi e i criteri di accesso agli interventi di Assistenza Domiciliare Indiretta, erogati tramite la concessione ai cittadini/utenti anziani e non di buoni servizio per l’acquisto delle prestazioni;
- individuare i criteri per la selezione di “fornitori accreditati” nelle prestazioni di assistenza domiciliare tramite avviso pubblico.

IL target oggetto della sperimentazione è quello degli anziani, dei disabili e dei nuclei familiari con figli, che necessitano di prestazioni di assistenza domiciliare per problematiche complesse e gravi e per bisogni differenziati per i quali è necessario rispondere con la creazione di una rete articolata e diversificata e flessibile di servizi territoriali.

Con la sperimentazione si è voluto inoltre verificare l’introduzione della compartecipazione nel servizio di assistenza domiciliare alla luce del Regolamento di applicazione dell’Indicatore della situazione economica (Ise).

I requisiti individuati per la presentazione delle domande di selezione dei fornitori delle prestazioni di assistenza domiciliare, scaturiti da incontri con le Cooperative che hanno in gestione il servizio di assistenza domiciliare, dallo studio della normativa e dalla conoscenza delle esperienze realizzate sono stati:

- aver maturato esperienza pluriennale nel settore specifico con Enti e Aziende pubbliche in maniera continuativa nell’ultimo triennio
- avere personale con titoli e qualifiche richieste in base alla normativa regionale, con esperienza professionale nel settore di intervento;
- aver programmi di aggiornamento per la formazione del personale;
- applicare il contratto collettivo nazionale di settore (legge n. 327/2000) ed essere in regola con la normativa in materia di previdenza e assistenza;
- essere in possesso di strumenti di qualificazione organizzativa del lavoro e aver predisposto strumenti di rilevazione della qualità del servizio;
- essere a conoscenza degli specifici problemi sociali del territorio e delle risorse sociali della comunità;
- aver adottato modalità per il contenimento del turn over degli operatori.

Le azioni che la Zona ha potuto realizzare sono state:

- passare dalla sperimentazione rivolta agli anziani, all’estensione a tutte le tipologie di utenza del servizio;

- messa a regime della compartecipazione al costo per le prestazioni di assistenza domiciliare.

Avendo definito il punto unico di accesso alle prestazioni ( articolazione territoriale),lo strumento di valutazione della situazione economica (Ise) e il Regolamento unico per l'erogazione degli interventi di assistenza sociale e di servizio sociale professionale,si è reso necessario:

- ridefinire tutti i servizi e prestazioni domiciliari riportando a sistema le diverse tipologie d'offerta e la capacità di risponde ai bisogni del territorio,
- ridefinire le regole ed i requisiti di accesso.

## 6.2 Mamma segreta

Il progetto qui viene solo sinteticamente riepilogato perché è ricompreso nei progetti delle priorità individuate.

Per affrontare un fenomeno molto complesso come quello dell'abbandono traumatico alla nascita e la condizione delle donne in difficoltà psicologiche e sociali di fronte alla maternità, è già attivo il progetto “ Mamma segreta “ , avviato in via sperimentale nella nostra zona da oltre quattro anni.

E' un servizio funzionale di sostegno per la donna che prima, durante o dopo il parto, non intende riconoscere il bambino. E' un servizio gratuito, garantisce l'anonimato ed è rivolto a tutte le donne, senza vincoli di residenza o nazionalità. E' importante la costituzione di un gruppo di lavoro misto pubblico-privato e multidisciplinare.

## 6.3 Le cure primarie

La centralità dell'ospedale in questi ultimi anni è stata sostituita dalla centralità del sistema salute nel suo complesso, riportando le diverse componenti (prevenzione, ospedale distretto) ad una pari dignità, ribadendo la diversità dei ruoli nella unitarietà della visione strategica dell'obiettivo salute. In questo contesto è sempre crescente l'attenzione verso le cure primarie, Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta, e al loro ruolo. Il medico di medicina generale ed il pediatra di libera scelta è il professionista sanitario incaricato dal sistema pubblico di fornire assistenza non specialistica, di prescrivere farmaci, di guidare il paziente nei percorsi specialistici del sistema ed in generale di mantenere il coordinamento degli interventi diagnostico-terapeutico-assistenziali.

Ma soprattutto, grazie al rapporto continuativo che intrattiene con i propri assistiti, il medico dell'assistenza primaria ha il ruolo di guida e supporto nelle scelte del cittadino e della sua famiglia svolgendo un'azione ampia di promozione della salute individuale attraverso l'educazione a corretti stili di vita. Tutto ciò nell'ambito di un corretto ed appropriato utilizzo delle risorse disponibili. Infatti in un quadro economico di risorse finite è diventato indispensabile selezionare pratiche sanitarie di efficacia scientifica e di comprovata efficienza. Questo è reso ancora più arduo dal momento storico in cui viviamo. Stiamo assistendo ad uno straordinario progresso che permette di diagnosticare e curare forme morbose fino a pochissimo tempo fa considerate in guaribili e spesso letali, con conseguente allungamento della vita e

miglioramento della sua qualità; queste nuove forme di accertamento diagnostico e di terapia medica, chirurgica e protesica hanno di solito costi economici molto elevati. D'altro canto viviamo una fase economica in cui in termini reali vi è una contrazione delle risorse disponibili. A rendere ancora più complicato il contesto non possono essere trascurate le aspettative di salute della popolazione, spesso fuorviate da una non corretta comunicazione mass-mediata.

In questo contesto generale, nella nostra comunità ormai da anni abbiamo sviluppato azioni tese a rafforzare il ruolo del medico di assistenza primaria come figura centrale di "promotore della salute" e di "medico della persona", affidandogli, coerentemente, il "governo clinico" del proprio assistito.

Per governo clinico (Clinical Governance) si intende: "il contesto in cui i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantengono elevati livelli di prestazioni creando un ambiente che favorisce l'espressione dell'eccellenza clinica nel limite delle risorse disponibili" (NHS White Paper, 1999).

Attuare politiche di governo clinico rappresenta un obiettivo strategico finalizzato a creare maggiore coerenza e trasparenza, a migliorare la qualità dei servizi, a garantire alle istituzioni coinvolte un supporto importante per definire priorità e operare scelte di allocazione delle risorse limitate.

Gli aspetti che caratterizzano il governo clinico sono:

- la condivisione multidisciplinare: il risultato degli interventi e dei servizi sanitari è dato in larga misura non tanto dall'abilità e capacità tecnica

dei singoli operatori, ma piuttosto dalla buona capacità operativa dei team di addetti all'erogazione dei servizi

- la responsabilizzazione: la scelta responsabile di sottoporsi a forme di controllo e monitoraggio delle proprie prestazioni, secondo principi di valutazione professionalmente condivisi, è il punto di partenza per il mantenimento e perseguimento di una buona qualità dell'assistenza.
- la partecipazione: un processo di condivisione e partecipazione attiva degli utenti all'attività dei servizi corrisponde non solo a un generico diritto del paziente, ma soprattutto ad una delle condizioni necessarie per il raggiungimento degli obiettivi clinici desiderati. Partecipazione dell'utenza significa, in concreto, avviare una politica di comunicazione e informazione con il pubblico, affinché migliori la consapevolezza rispetto a quanto può ragionevolmente attendersi dagli interventi sanitari disponibili e dalla tipologia di offerta dei servizi; significa anche migliore comunicazione con il paziente per una maggiore collaborazione con gli operatori, affinché adotti comportamenti pienamente funzionali al raggiungimento dei desiderati obiettivi clinici; significa, infine, mettere il paziente in grado di operare delle scelte, laddove varie opzioni diagnostico-terapeutiche siano possibili e il problema sia trovare quella più adatta alle esigenze e alle preferenze del singolo.

Quindi obiettivo strategico per le cure primarie è la presa in carico del bisogno globale di salute del cittadino, la semplificazione dei percorsi

diagnostico-terapeutico-assistenziali e l'uso appropriato delle risorse disponibili.

Le esperienze che riteniamo più significative in questa ottica sono:

- Disponibilità continua 12 ore
- Sperimentazione disponibilità continua 15 ore

## **6.4 Orario continuato dei medici di medicina generale**

### **6.4.1 Progetto disponibilità continua 12 ore**

79 MMG, associati in 13 Medicine di Gruppo a sede unica, con una popolazione assistita di 88.000 cittadini, assicurano l'apertura e la presenza nello studio sede dell'associazione di almeno un medico per l'intero arco diurno (8-20) dei giorni feriali, prefestivi esclusi. (l'accordo nazionale prevede l'apertura per 6 ore al giorno). Questo consente al cittadino che ritiene di avere un problema medico urgente e non rimandabile, di avere un medico che si farà carico di valutare il problema nel più breve tempo possibile, fornendogli i consigli e l'assistenza del caso. Il medico potrà consultare i dati sanitari del cittadino potendo accedere alla cartella clinica informatizzata presente nella sede.

Questo ha consentito di ridurre l'accesso al pronto soccorso per le patologie di scarso rilievo (cd "codici bianchi". Contemporaneamente il medico è impegnato in un'azione di educazione del cittadino ad un corretto uso delle risorse, al fine di evitare che l'aumento dell'orario di apertura dell'ambulatorio non diventi per

l'assistito un "vado dal medico quando più mi comoda".

I medici che aderiscono a questo progetto sono inoltre impegnati ad utilizzare correttamente le risorse assegnate, monitorate attraverso indicatori e ad integrarsi con le altre professionalità sanitarie e con quelle sociali per lo sviluppo dell'assistenza domiciliare integrata.

### **6.4.2 Sperimentazione disponibilità continua 15 ore**

Con 6 medicine di gruppo, per un ammontare di 33 MMG e 41.000 cittadini assistiti è stato avviato un progetto sperimentale in cui, oltre a quanto descritto sopra (Disponibilità continua H12) viene anche assicurata l'apertura di un ambulatorio dove, a rotazione, è presente uno dei medici sperimentatori. L'ambulatorio è aperto dalle 20 alle 23 dei giorni feriali, prefestivi esclusi, nonché dalle 9 alle 12 e dalle 15 alle 18 dei giorni prefestivi.

Viene assicurata la continuità dell'assistenza con il MMG curante in quanto questi viene informato tramite fax, il giorno successivo del problema sanitario per il quale il suo assistito si è rivolto all'ambulatorio serale e prefestivo.

La sperimentazione prevede inoltre azioni di:

- educazione sanitaria finalizzata al corretto uso dei servizi
- implementazione della formazione continua dei medici
- adesione massimale alle campagne di screening per la prevenzione dei tumori del colon-retto
- prenotazioni CUP effettuate direttamente nello studio medico, finalizzate a far sì che la prestazione venga erogata nel tempo di effettivo bisogno
- definizione di specifici percorsi assistenziali rivolti al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'assistenza
- incremento dell'ADI finalizzato a mantenere il cittadino in condizioni di non autosufficienza totale o parziale nel proprio contesto sociofamiliare.

La sperimentazione cd H15 è stata avviata anche in prospettiva della sperimentazione dell'Unità di Cure Primarie, promossa dalla Regione Toscana e cui l'azienda ASL ha aderito.

Scopo dell'UCP è:

- la riconduzione della medicina territoriale (MMG/PLS) al proprio ruolo originario, attraverso l'intercettazione del fabbisogno sanitario, oggi spesso impropriamente attribuito al livello ospedaliero;
- il miglioramento continuo del processo e percorso assistenziale,

anche attraverso l'integrazione con gli specialisti;

- la semplificazione dei percorsi di accesso alle prestazioni;
- l'appropriatezza delle prestazioni;
- una stretta integrazione MMG/PLS con la Continuità Assistenziale in modo da garantire una effettiva C.A. nelle 24 ore per 7 giorni/settimana;
- l'educazione sanitaria e la promozione della salute.

Il progetto è attualmente in corso di definizione dettagliata e l'avvio della sperimentazione è previsto per l'inizio del 2006.

## 7. Priorità 2005

### Schede progetti delle priorità individuate

#### 7.1 Salute della donna, procreazione responsabile, infanzia e adolescenza

SALUTE DELLA DONNA , PROCREAZIONE RESPONSABILE, INFANZIA ED ADOLESCENZA	
PROBLEMA	Aumento della popolazione straniera nel nostro territorio Aumento della richiesta di servizi consultoriali da parte dei cittadini in particolare di quelli extracomunitari
OBIETTIVI	<p><b>Ridurre il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza</b>  <b>Orientare i giovani nelle scelte di vita connesse alla sfera affettiva.</b>  <b>Ridurre le gravidanze nelle minori.</b>  <b>Favorire le scelte di gravidanza dei singoli e delle coppie</b>  <b>Tutelare la salute delle donne attraverso</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Corretta applicazione della legge 194.</li> <li>o Promozione di scelte contraccettive consapevoli</li> <li>o Accoglienza e sostegno a donne che hanno subito violenza</li> <li>o Assistenza alla gravidanza fisiologica e a rischio</li> <li>o Promozione e sostegno della pratica dell'allattamento al seno</li> <li>o Promozione e tutela dell'anonimato per le donne che intendano proseguire la gravidanza con affidamento del bambino a terzi</li> <li>o Sostegno e formazione per adozioni ed affidi</li> <li>o Individuazione di modalità assistenziali e di educazione sanitaria ottimali per le donne immigrate</li> <li>o Prevenzione dei tumori sfera genitale femminile e della mammella</li> </ul>
PROGETTI strategici	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Progetto "La Nara"</li> <li>2. Progetto "Consegna protocolli di gravidanza"</li> <li>3. Progetto "Allattamento al seno"</li> <li>4. Progetto "Mamma segreta"</li> <li>5. Progetto "Adozioni ed affidi e mediazione familiare"</li> <li>6. Progetto "Laboratorio Multiculturale Albero della Salute"</li> <li>7. Predisposizione entro i primi mesi del 2006 di riprogettazione della rete consultoriale al fine di rispondere agli altri obiettivi sopra indicati.</li> </ol> <p>Per i Progetti "Screening tumori della mammella" e "Screening del tumore dell'utero" si rimanda al capitolo 4.8</p>
INDICATORE	<p><u>Indicatori di processo:</u>  N° di donne che hanno ricevuto il protocollo da parte delle ostetriche / N° totale di gravidanze  N° partecipanti al corso di preparazione al parto su totale parti  N° bambini allattati al seno al 6° mese / N° totale dei nati  N° pap-test effettuati su n° chiamate</p> <p><u>Indicatori di risultato</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoraggio e contenimento n° IVG effettuate dalle donne extracomunitarie (che attualmente risulta in netto aumento)</li> <li>• Aumento del numero delle visite durante la gravidanza</li> <li>• Aumento della % di adesione allo screening per la prevenzione dei tumori genitali femminili</li> </ul>
RISORSE	Già esistenti nei servizi
TEMPISTICA Risultati attesi	2005/2006
SOGGETTI E STRUTTURE COINVOLTI	Società della Salute, Comuni Azienda UsI 4: Articolazioni Distrettuali, Servizio Sociale, Assistenza Infermieristica Territoriale, Specialisti ospedalieri, Specialisti Ambulatoriali, Dipartimento Salute Mentale, Istituto degli Innocenti, Cooperative sociali, Tribunale dei Minori, Albero della Salute, Laboratorio del Tempo, TV Locale, Organizzazioni Sindacali

## 7.1.1 Progetto “La Nara”

### *Centro di ascolto ed accoglienza per donne*

**Il Centro di accoglienza** è disponibile per ogni donna che stia subendo o sia minacciata di violenza. In questo luogo si può trovare: uno spazio di ascolto e confronto con altre donne attraverso colloqui personali e telefonici; informazione sui servizi esistenti a Prato ed in altre città italiane, informazioni di tipo legale, sostegno nel caso la donna debba ricorrere al Pronto Soccorso o alla Polizia. Il Centro dispone inoltre della ospitalità temporanea in caso di emergenza per le donne e per le figlie/i minori. La segreteria telefonica funziona 24 ore su 24.

#### **Caratteristiche delle donne accolte**

Donne con o senza figli minori:

- Che hanno subito forme di violenza fisica, psichica o sessuale, in ambito intrafamiliare.
- Con temporanea necessità di alloggio dovuto a allontanamento dal nucleo familiare per separazioni e maltrattamenti, mancanza di lavoro con conseguente perdita di autonomia.
- In stato di crisi temporanea dovuta a depressione, solitudine o isolamento.

#### **Obiettivi fondamentali**

- Portare alla luce il problema della violenza alle donne
- Fornire loro un aiuto concreto
- Attivare le risorse personali in un progetto di crescita
- Incidere sul contesto culturale al fine di promuovere un approccio nuovo nei confronti del problema

#### **Obiettivi particolari**

- Ascolto ed accoglienza della donna nella richiesta di aiuto attraverso una linea telefonica attiva giorni di lunedì e giovedì dalle 15.00 alle 18.00 numero telefonico 0574-34472.
- Individuazione delle situazioni problematiche e dei bisogni delle accolte e realizzazione di interventi precoci attraverso colloqui su appuntamento.
- Elaborazione di percorsi individuali finalizzati al reinserimento sociale mediante: consulenza psico-sociale e socio-educativa, collaborazione con scuole e centri di formazione professionale.
- Istituzione di una rete informativa e di solidarietà fra Enti Pubblici e Privati al fine di ricercare risposte globali nel rispetto della donna indirizzandola verso servizi già esistenti sul territorio (scuole, centri minori, centri di aggregazione gestiti da parrocchie e dalle Associazioni di Volontariato) che offrano un sostegno morale ed un sostegno per l'accudimento dei figli.

#### **Servizi della struttura ricettiva**

Sostegno educativo, consulenza psicologica consulenza legale, servizio linea telefonica ed ascolto attraverso colloqui, informazione con possibilità di ricerca lavoro, alloggi etc... Servizio di “Sostegno al lavoro e inserimento lavorativo”

#### **I “Negozzi di Lara”**

Da ottobre 2001 è in corso il progetto “I negozi di Lara”, fra le azioni positive per l’inserimento lavorativo delle donne. E’ rivolto a 15 donne disoccupate o inoccupate che intendono lanciarsi o rilanciarsi efficacemente nel mondo del lavoro. L’articolazione del progetto avviene attraverso colloqui

orientativi individuali, un corso-percorso di gruppo per formare, rimotivare e aumentare il senso di autostima. E' aperto due volte a settimana.

### **Risorse umane coinvolte nel progetto**

Il "Gruppo Operativo" è costituito da 12 persone specializzate: psicologhe, avvocati, operatrici di accoglienza, volontarie che provvedono alla gestione delle attività del centro - referenti dei servizi sociali del Comune e dell'Azienda USL, volontarie di Associazioni che collaborano a più livelli nelle iniziative promosse dal Centro.

### **Soggetti pubblici e privati coinvolti nel progetto**

Comune di Prato come capofila del Progetto, Provincia di Prato, Comuni della Provincia di Prato, Azienda USL 4, Associazioni di Volontariato, Enti per la Formazione professionale, Prefettura, Pubblica Sicurezza, Carabinieri, Vigili Urbani, Fondazione Santa Rita per minori

## **7.1.2 Protocollo di gravidanza**

La consegna del protocollo è un momento molto importante, è l'incontro della futura mamma con la struttura, è il momento in cui viene a conoscenza dei servizi a lei dedicati per la gravidanza e il post, inoltre questo momento serve per dare indicazioni per affrontare questo periodo, che non è una malattia ma che fisiologicamente determina una serie di mutamenti fisici, metabolici, emozionali da supportare con cambiamenti/ miglioramenti nello stile di vita. Quindi è importante che la

consegna del protocollo venga effettuata dalla Ostetrica che è in grado di fornire tutta una serie di indicazioni alimentari, attività fisica e lavorativa ecc., nonché indicazioni sugli esami previsti e come e dove si effettuano.

La consegna del protocollo da parte dell'ostetrica infatti uno degli indicatori del percorso nascita (DRG 555 2004).

Inoltre l'ISS considera questo incontro molto importante per la promozione dell'allattamento al seno e per la partecipazione ai corsi nascita.

Il momento della consegna è fondamentale per far conoscere alla donne quali sono i loro diritti di lavoratrici madri e in base al lavoro svolto quali iter burocratici seguire, nei confronti delle donne immigrate, rappresenta spesso un'occasione per fornire informazione per la regolarizzazione dei loro documenti.

La consegna del libretto può mettere in luce una situazione di disagio per cui ci sono da attivare i vari canali: servizi sociali, mamma segreta.

Per le future mamme che scelgono il consultorio per gli accertamenti medici insieme al protocollo viene dato anche l'appuntamento per la prima visita (le visite successive saranno prenotate durante le visite)

### **Obiettivo**

L'obiettivo del progetto è la consegna dei protocolli di gravidanza da parte delle ostetriche, attualmente la percentuale dei protocolli consegnati dalle ostetriche sul totale dei protocolli consegnati è di circa il 50%.

### 7.1.3 Progetto allattamento al seno

#### **Premessa**

L'allattamento materno offre una delle migliori possibilità di garantire non solo la sopravvivenza ma anche il pieno sviluppo di un bambino.

La promozione dell'allattamento al seno è l'investimento più semplice e saggio che una nazione possa fare.

(Allattamento al seno, crescere in buona salute, UNICEF 2000)

Recenti sondaggi hanno dimostrato lo scarso numero di bambini allattati al seno nei primi 6 mesi di vita, le cause di ciò sono state individuate:

- troppo facile ricorso a sostituti del latte materno
- poco sostegno alla donna da parte della famiglia-società
- disinteresse da parte delle strutture pubbliche –consultori-

l'ISS, riconoscendo nella promozione dell'allattamento esclusivo al seno un grosso investimento nella salute, ha promosso tutta una serie di iniziative affinché le mamme possano ricevere una migliore attenzione subito dopo il parto, nei primi giorni a casa, puerperio a domicilio, perché possano essere sostenute nell'allattamento al seno.

#### **Obiettivo:**

Creare dei punti allattamento come previsto dal PSR 2005/2007 per quelle mamme che necessitano di sostegno durante il periodo non facile del post parto

#### **Stato attuale**

Attualmente funziona un punto allattamento presso l'Articolazione territoriale ovest che dal 1 gennaio

2005 al 30 settembre 2005 ha effettuato 115 interventi di sostegno alle neo mamme.

### 7.1.4 Progetto mamma segreta

**Mamma Segreta** è un progetto sperimentale della Regione Toscana promosso in collaborazione con la Provincia, il Comune e la ASL 4 di Prato, e con l'Istituto degli Innocenti, finalizzato ad offrire il sostegno alle donne in difficoltà di fronte alla maternità, donne che non intendono riconoscere il bambino.

Il gruppo di lavoro è costituito da operatori sociali del comune di Prato e della Azienda sanitaria, operatori sanitari: ostetriche, psicologi, ginecologhe ed educatori della Azienda Sanitaria, Pediatri di libera scelta, operatori della cooperativa Alice, operatori dell'Opera S.RITA

#### **atti costitutivi:**

Deliberazione n.795 del 22.05.2002 Az. USL 4, di costituzione del gruppo di progetto.

Deliberazione G.R.T. n.1053 del 25.10.2004, Progetti di Iniziativa Regionale, tra questi all'allegato F "Sostegno alle Famiglie" l'azione di sostegno alla natalità del progetto Mamma Segreta.

"*Mamma Segreta*" è un progetto sperimentale promosso dalla Regione Toscana e realizzato a Prato dall'Istituto degli Innocenti con la consulenza scientifica di Studio Come, è un servizio che affronta il fenomeno dell'abbandono materno e la condizione delle donne in difficoltà

psicologiche e sociali di fronte alla maternità.

Il fenomeno è complesso e richiede più chiavi di lettura per essere compreso ed affrontato, ma va innanzitutto ricordato che l'abbandono materno è un fatto grave e doloroso soprattutto per chi, consciamente o inconsciamente, lo compie.

Quando infatti la donna vive l'attesa di un figlio con disagio non riesce a chiedere aiuto, si chiude in sé stessa rischiando di compiere atti violenti ed estremi.

Le condizioni delle donne coinvolte nel fenomeno sono diverse tra loro per età, condizioni economiche, status sociale, salute, provenienza geografica e motivazioni; la donna che non si riconosce nel ruolo di madre può essere mossa dalla scarsità dei mezzi economici, dalla mancanza oggettiva di un appoggio affettivo ma anche dalla percezione soggettiva di non avere accanto una rete familiare e istituzionale che la può aiutare.

Nonostante le diversità (minorenni, donne straniere, donne con forte disagio psichico o che non riescono ad accettare un figlio diverso) queste donne hanno in comune la condizione di forte disagio, di estrema solitudine e di sfuggire a qualsiasi forma di sostegno e di aiuto.

Nel nostro paese la legge garantisce alle donne il diritto di partorire nelle strutture ospedaliere pubbliche, con tutta l'assistenza necessaria, anche senza riconoscere il bambino e mantenendo l'anonimato. In questo caso per il bambino viene avviata una pratica di adozione che di norma porta all'assegnazione a una famiglia adottiva in un periodo che va dai 10 ai 40 giorni.

Purtroppo questi diritti non sono ancora sufficientemente conosciuti: una più ampia e diffusa informazione alle donne sulla possibilità di non riconoscere il bambino alla nascita, di partorirlo conservando il segreto e di ottenere assistenza psicologica e sanitaria prima, durante e dopo il parto, potrebbe prevenire il verificarsi di atti gravi e violenti.

E' per questo che il servizio Mamma Segreta, oltre ad offrire aiuto diretto alle donne in difficoltà, ha la funzione di promuovere campagne di informazione e sensibilizzazione sul fenomeno e sui diritti della donna e del bambino.

L'équipe del servizio è costituita da operatrici provenienti per la maggior parte da servizi pubblici sociali e sanitari, con una formazione professionale specialistica: assistenti sociali, medici, ostetriche, psicologi, educatori che, impegnate quotidianamente in Ospedale, negli ambulatori, nei servizi sociali professionali del territorio pratese, sono pronte ad intervenire nel momento in cui si presenta il "caso".

Mamma Segreta è un servizio di pronto intervento sociale, un servizio a bassa soglia che interviene tempestivamente in caso di emergenza con la funzione specifica di accogliere, ascoltare, far parlare una donna priva di relazioni e che non riesce a comunicare il proprio disagio. L'operatore di Mamma Segreta ascolta la donna in difficoltà, la informa sui suoi diritti e su quelli del bambino, la sostiene, le offre un contatto e un sostegno rispettoso dei suoi tempi e dei suoi bisogni.

L'intervento si concentra nel tempo in cui la donna prima, durante e/o subito dopo il parto sta decidendo se liberarsi del bambino o in forma violenta o affidandolo alle cure di qualcun altro.

Questo momento è cruciale perché la donna che potrebbe far male a sé stessa e al bambino, se adeguatamente aiutata e sostenuta può contenere l'aggressività e rielaborare l'abbandono.

### **L'intervento è articolato in tre aree**

**area di primo contatto:** ovunque la donna partorisca e/o manifesti la sua volontà di non riconoscere e tenere con sé il bambino. L'operatore di contatto è colui con cui la donna si confida o che riconosce nei comportamenti della donna il disagio e la necessità di essere aiutata; informa la donna della possibilità di partorire in anonimato e in sicurezza, contatta l'équipe di Mamma Segreta.

**Area di sostegno:** dove l'operatore Mamma Segreta ascolta la donna, stimola il dialogo, l'aiuta ad elaborare le motivazioni, l'informa sui suoi diritti e sul percorso istituzionale previsto per il non riconoscimento, la orienta e l'accompagna ad utilizzare i servizi della rete socio-sanitaria e, se necessario ad attivare la procedura del non-riconoscimento

**Area di accoglienza:** dove la donna sola, la donna con bambino, con procedura di adozione, vengono accolti e iniziano un percorso. L'accoglienza riguarda la gestione effettiva del caso: l'organizzazione del periodo di sospensione, nel caso in cui la donna non abbia ancora deciso cosa fare. In alcune situazioni può aver anche bisogno di essere accolta in un luogo sicuro, tranquillo con o senza il bambino.

Se invece ha già deciso di non riconoscere il bambino, deve essere aiutata ad affrontare velocemente il parto, le dimissioni dall'ospedale,

l'avvio della procedura di adozione o eventuali problemi pratici quali la mancanza di reddito, di abitazione o la necessità di essere seguita da un servizio specialistico.

Il servizio è gratuito, rivolto a tutte donne sia italiane che straniere senza limitazioni di accesso, garantisce l'anonimato.

### **Le funzioni del servizio**

**1) Promozione e visibilità del servizio,** campagne di informazione e sensibilizzazione della cittadinanza sul fenomeno.

**2) Informazione, sensibilizzazione,** **formazione degli operatori:**

-Operatori di contatto

-Operatori socio-sanitari Ospedale e servizi territoriali

**3) Monitoraggio del fenomeno**

Ricerca e documentazione sul fenomeno, raccolta bibliografica e rassegna stampa.

Costruzione di una rete con servizi simili che operano in altri territori per confrontare andamento fenomeno, risultati, strumenti

**4) Costruzione di accordi e protocolli di collaborazione con altri servizi che operano nella rete locale dei servizi per aumentare la capacità complessiva di intervento**

- Informazione

- Orientamento e accompagnamento

- Accoglienza

### 7.1.5 Centro adozioni ed affidi e mediazione familiare

Il Comune di Prato è “comune capofila” per l’area vasta per il centro adozioni ed affidi.

#### *finalità*

Rafforzare una comune formazione regionale in materia di adozione attraverso un’operatività “in tandem” alla preparazione delle coppie.

I servizi socio-sanitari partecipano all’informazione sui processi e sulle procedure dell’adozione ed offrono alle coppie un contesto ( vedi centri adozione) dove si possano comprendere, interpretare, accogliere gli interrogativi e le incertezze di coloro che vogliono intraprendere il percorso dell’adozione. L’accoglienza, l’informazione, e la preparazione alle coppie stimolano un processo culturale che rafforza gli aspetti socio-educativi e relazionali dell’evento – adozione.

#### **destinatari**

persone , coppie e famiglie interessate a conoscere il mondo dell’adozione nazionale ed internazionale ed altre forme di solidarietà verso l’infanzia (adozione a distanza, progetti di cooperazione internazionale)

**Coordinamento:** il responsabile organizzativo in materia di adozione, coordina gli aspetti organizzativi e promuove incontri di scambio e verifica all’interno della propria Area Vasta, con le Zone socio-sanitarie afferenti all’Area, con la Regione Toscana.

#### **Metodologia operativa:**

- Accoglienza a livello individuale e di coppia

- Compilazione di schede di contatto e schede di accoglienza e loro inserimento nel sistema informativo
- Raccordo costante con il Tribunale dei Minori per gli aspetti procedurali
- Raccordo e confronto con gli altri Centri adozione
- Raccordo con la Regione Toscana
- Raccordo con gli Enti autorizzati per gli aspetti procedurali
- Materiale informativo

#### **Tipologia delle informazioni:**

- Normativa in materia di tutela dei diritti dei Minori
- Adozione nazionale e internazionale
- Competenze del Tribunale per i Minori, servizi locali, Enti autorizzati, principio di sussidiarietà e cooperazione internazionale, congedi parentali, benefici fiscali.

#### **Modalità di verifica**

La verifica riguarda la funzionalità del progetto, in ordine alle risposte ed ai bisogni informativi degli utenti; l’attività è stata informatizzata a cura della Regione Toscana predisponendo alcuni reports condivisibili da tutti i Centri adozione:

- Statistiche contatti informativi
- Statistiche colloqui informativi
- Statistiche corsi di preparazione
- incontro Enti autorizzati
- statistiche questionari di valutazione
- coppie da ricontattare per i corsi di preparazione
- coppie disponibili agli incontri con Enti
- lista iscritti al corso

#### **Modalità di verifica**

La Regione Toscana ha messo a punto un sistema informativo teso a

raccogliere ed elaborare i dati sulle attività svolte.

I reports predisposti sono:

- Statistiche dei contatti informativi
- Statistiche dei colloqui informativi
- Statistiche corsi di preparazione
- Statistiche degli incontri con Enti autorizzati
- Statistiche questionario di valutazione
- Lista delle coppie da ricontattare per i corsi di preparazione
- Lista delle coppie disponibili all'incontro con gli Enti autorizzati
- Lista degli iscritti al corso

Strettamente collegato al centro adozione e affidi è il centro mediazione familiare per la promozione di una nuova cultura della separazione e rientra tra le risorse territoriali a sostegno della famiglia. Il Comune di Prato, in quanto comune capofila della zona socio-sanitaria pratese, gestisce il servizio anche per conto degli altri Comuni della provincia di Prato.

La mediazione familiare si rivolge a quei genitori che vivono una separazione conflittuale, ma desiderano, attraverso l'individuazione di accordi soddisfacenti per loro e per i loro figli, riappropriarsi di una comune responsabilità genitoriale.

I genitori, insieme o singolarmente, possono contattare il Mediatore Familiare per una consultazione con l'obiettivo di valutare, rispetto alla specificità della loro situazione, l'avvio di un percorso di mediazione. La mediazione familiare è un percorso volontario, si svolge nella garanzia del segreto professionale e prevede un massimo di 10/12 incontri ogni 15 giorni. È un servizio gratuito.

Alla fine del percorso il mediatore consegna alla coppia di genitori un protocollo di intesa che contiene gli accordi individuati. La formalizzazione dell'accordo è però demandata ai legali della coppia. Si raggiunge un buon risultato quando gli accordi sono durevoli nel tempo e quando il mediatore ha posto la coppia nella condizione di effettuare il passaggio dalla coniugalità alla genitorialità.

### 7.1.6 Progetto "L'albero della salute"

Un laboratorio multiculturale di educazione alla salute, Azienda USL 4 Prato  
Struttura di riferimento per la Mediazione culturale in Sanità, Regione Toscana

Il progetto prevede collaborazione con alcuni operatori dei distretti socio-sanitari, in particolare Ovest e Centro-Est, e soprattutto per quanto concerne l'area materno infantile, quest'ultima in raccordo con i referenti per l'ostetricia e ginecologia dell'U.O. Ginecologia-Ostetricia dell'Ospedale Misericordia e Dolce di Prato.

Alla base delle attività che verranno brevemente descritte c'è un lavoro di ricerca e documentazione che l'équipe *L'albero della salute* ha approfondito, in continuità con le attività conoscitive, di formazione, consulenza e sperimentazione in raccordo con i referenti e operatori dell'Azienda che continuano dal 2001, anno di avvio delle nostre attività. Un altro presupposto di base importante è rappresentato dalle sollecitazioni ricevute dall'Assessorato alla

Multiculturalità del Comune di Prato, la Provincia di Prato e la Società della Salute sulle criticità dell'accesso della comunità cinese ai Servizi Socio-Sanitari; parte della lavorazione di tale criticità è confluita nell'organizzazione di un laboratorio *ad hoc* ("Comunità cinesi in Italia e accesso ai servizi socio-sanitari: analizzare i bisogni e progettare gli interventi in rete", 12 novembre 2005) e nella realizzazione di un Dossier integrato presentato e consegnato in quella occasione ("Comunità cinesi e accesso ai servizi socio-sanitari di Prato").

Rispetto ai Distretti socio-sanitari nel loro complesso si è attivato prima dell'estate 2005 un percorso di scambio e condivisione di informazioni che potesse portare alla formulazione di un materiale da inserire all'interno del Dossier integrato. Tale lavoro dovrà essere integrato in vista di una pubblicazione finale da realizzarsi nel corso del 2006, e ha raccolto i frutti di una collaborazione con le seguenti figure: andrologo (Distretto Centro-Est), ginecologhe di tutti i distretti, referente per l'ostetricia territoriale, caposala del Distretto Ovest e Centro-Est, Servizio Sociale del Distretto Ovest e Centro-Est, pediatra (Distretto Ovest), interprete cinese. La condivisione di materiali concernenti l'accesso dell'utenza cinese è stata anche funzionale all'individuazione di azioni da sperimentare e materiali da tradurre, non solo per questa specifica comunità di migranti ma anche per le altre più significative (comunità pakistana e maghrebina).

Rispetto all'area materno-infantile, in linea con il percorso di progressivo approfondimento de *L'albero della salute*, si è attivata una sperimentazione calibrata sulle donne cinesi, che è

confluita nella realizzazione di due corsi pre-parto aperti a donne cinesi (in data 28 ottobre e 16 dicembre 2005) condotti con l'ausilio di un'interprete donna cinese e co-gestiti da un'ostetrica dell'Ospedale di Prato, all'interno di una progettazione più ampia condivisa con la ginecologia e ostetricia distrettuale e altri soggetti (Epidemiologia/Igiene e Prevenzione, Associazioni cinesi del territorio pratese, Sindacati, Assessorato alla Multiculturalità del Comune di Prato, Laboratorio del Tempo, referenti del TG multietnico) coinvolti nelle fasi di progettazione, realizzazione o pubblicizzazione degli eventi. I corsi pre-parto hanno trovato ospitalità presso la sede di un'associazione culturale cinese in via Filzi a Prato.

La realizzazione di questi due eventi è stata accompagnata da un'intensa attività di scambio e progettazione condivisa con le referenti dell'ostetricia territoriale e ospedaliera, essendo l'evento nascita collocato in un duplice spazio che dal territorio fa transitare la donna al ricovero e alle cure rivolte al neonato.

In questo percorso abbiamo potuto raccogliere i bisogni delle ginecologhe e delle ostetriche, nonché delle utenti, per l'implementazione degli interventi di mediazione e per un'educazione sanitaria più approfondita e strutturata. Nel perseguire tale sperimentazione sono state svolte riunioni di progettazione, individuazione degli argomenti da proporre ai corsi, verifica dello svolgimento *post hoc*, sempre all'interno di un'analisi dei bisogni più ampia e in funzione di un modello di mediazione multilivello che *L'albero della salute* persegue.

Come piattaforma allargata è già stata progettata e sarà presto proposta una compagna: consegna mediata dall'interprete cinese e di altre nazionalità del protocollo di gravidanza, inserimento dell'interpretariato con funzione di mediazione per le visite pediatriche per bambini cinesi (queste due azioni presso il Distretto Ovest), accompagnamento all'allattamento (Ospedale di Prato e in un secondo momento anche a livello distrettuale), studio di ausili multimediali da realizzare insieme alle ostetriche e all'interprete cinese per ampliare le possibilità di informazione anche quando non è possibile la mediazione diretta (CD, DVD, o anche utilizzo di

progettazione più ampia che

materiali comprendenti pittogrammi e ausili di comunicazione NV).

In questo senso, l'area materno-infantile nella sua duplice collocazione territoriale e ospedaliera rappresenterà l'ambito d'eccellenza per lo sviluppo di future progettualità, in raccordo con il lavoro già svolto e qui brevemente sintetizzato e in linea con le indicazioni del PSR; tale lavoro prevederà l'intensificazione dell'integrazione e collaborazione con altri soggetti non prettamente sanitari del territorio (Società della Salute, Comune di Prato, Associazioni di migranti, Sindacati, URP, sportelli rivolti a migranti, mezzi stampa e di comunicazione di massa per fare alcuni esempi).

## 7.2 Alimentazione bambino

Alimentazione bambino	
PROBLEMA	Aumento del sovrappeso e dell'obesità nelle classi di età dei più giovani (scuola materna, elementare, medie inferiori e superiori). Adozione di stili di vita favorevoli per la salute Resistenze da parte degli adolescenti nell'acquisire messaggi di salute dagli abituali modelli di riferimento (educatori, insegnanti, sanitari)
OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definire e condividere il protocollo della giornata alimentare e motoria del bambino partendo dalle evidenze scientifiche per aiutare la famiglia e le scuole a:</li> <li>• Attivare un sistema di educazione fra pari con lo scopo di indurre stili di vita favorevoli per la salute ( alimentazione, attività fisica, ...)</li> </ul>
PROGETTI strategici	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Promuovere l'educazione al gusto e la conoscenza dei prodotti tipici , di identità e del patrimonio gastronomico del territorio come aspetto culturale determinante un'idea di qualità dell'alimentazione, conoscere le buone abitudini alimentari. Mangiare secondo le necessità. (<u>Appetito bambino</u>)</li> <li>2) <u>Costruzione pista ciclabile</u> per migliorare gli stili di vita</li> <li>3) <u>Sorveglianza nutrizionale</u> su un gruppo di bambini</li> <li>4) Attivazione di un sistema strutturato di <u>educazione tra pari</u> che partendo dalla realtà scolastica si integri con tutte le componenti della società civile per la promozione ed adozione di stili di vita favorevoli per la salute.</li> </ol>
INDICATORE	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Costituzione di un Centro Cottura della val di Bisenzio per mense scolastiche ed aziendali con introduzione di alimenti tipici tradizionali</li> <li>2) attuazione progettazione e formazione di 12 peer educator numero di incontri effettuati nell'anno scolastico in corso (standard 4 incontri per educatore, pari a contatti con 400 studenti)</li> <li>3) Inaugurazione della pista.</li> </ol>
SOGGETTI	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Comune di Vaiano, Vernio e Cantagallo, Comunità Montana, Frantoio Consortile di soignano, Azienda Sanitaria.</li> <li>2) Dipartimento di diabetologia e malattie metaboliche, Psicologia Clinica, Educazione alla salute, Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca Uff. Scolastico Regionale per la toscana, Centro Servizi Amministrativi di Prato, Miur della Provincia di Prato</li> <li>3) Comune di Vaiano, consiag, pubblicacqua</li> <li>4) Tutti i Comuni della provincia, Scuole, Pediatri di libera scelta e Famiglie.</li> </ol>
RISORSE	Già esistenti nei servizi
TEMPISTICA Risultati attesi	Entro il 2006 il centro cottura Entro il 31.12.2005 la progettazione, la formazione dei <b>peer educator</b> , Entro il 30 Maggio 2006 messa in atto con l'attivazione dei incontri all'interno delle scuole. Entro il 2005 la pista ciclabile

## 7.2.1 Progetto: L'appetito bambino

La Società della Salute intende avviare una riflessione sui percorsi di educazione alimentare, cominciando dall'infanzia e procedendo per fasce di età ( Nido, scuola d'infanzia, scuola primaria e media). I bambini, gli adolescenti , le famiglie rappresentano il primo passo per la costruzione di un sistema di prevenzione primaria, conforme alla visione della Società della Salute.

Una alimentazione sana e responsabile inserita nel ciclo della tradizione alimentare locale, ma con aperture a culture alimentari diverse, è un obiettivo da perseguire in previsione di una società multi-etnica priva di tensioni sociali. Partendo dal pasto fornito dalla mensa scolastica si intende sviluppare una strategia alimentare complessiva che copra l'intero arco della giornata, prevedendo anche delle iniziative atte alla promozione dell'attività motoria.

### Analisi del Contesto

Il soprappeso e l' obesità, sono un' epidemia, un fenomeno in aumento in tutto il mondo, Italia compresa. In Italia, un bambino su tre in età scolare è soprappeso, uno su dieci è obeso (Caroli 2001).

Un'indagine di sorveglianza condotta dalla ASL nella Provincia di Prato su un campione di bambini ha evidenziato che in 20,4% è soprappeso, il 12,7% è obeso.

Un bambino soprappeso o obeso ha una elevata probabilità di diventare un adulto soprappeso e obeso. Queste condizioni fanno aumentare il rischio di malattie gravi, ad esempio di ipertensione, di diabete, di malattie

cardiovascolari, di alcuni tipi di tumori e sono anche legate a problemi ortopedici, all' artrosi ed a numerosi disturbi psicologici. Il soprappeso e l' obesità portano a pesanti conseguenze economiche e sociali. Il costo economico per l' attuale e futuro incremento epidemico delle malattie correlate alla dieta e alla inattività fisica supera tutti gli altri costi sanitari. Gli interventi di prevenzione sui bambini hanno come scopo primario di favorire una loro crescita armonica e di diventare adulti sani, inoltre hanno positive ricadute sulle abitudini alimentari dell'intera famiglia

### L'obesità dei bambini

L' obesità si sviluppa come conseguenza di una predisposizione genetica, ma è determinata e facilitata da comportamenti e abitudini di vita scorretti.

Le cause principali sono:

- l'urbanizzazione
- lo sviluppo economico
- la meccanizzazione ad ogni livello ad iniziare dai mezzi di trasporto
- la globalizzazione del mercato alimentare.

Tutto questo si è tradotto in una vita più sedentaria, al chiuso, con più tempo passato davanti alla televisione e al computer. Inoltre si verifica una maggior disponibilità ed un maggior consumo di alimenti ricchi di grassi saturi, di zuccheri semplici ed un aumento del numero dei pasti fuori casa.

Occorre infine ricordare che i comportamenti alimentari sono legati anche alla psicologia dell'individuo, al

suo sviluppo affettivo. Pertanto la modificazione di tali comportamenti dovrà tener conto delle motivazioni psicologiche che ne sono alla base.

### **Obiettivo generale**

Il progetto è articolato come **piano integrato di salute**, che prevede la partecipazione dei vari soggetti, che possono influire sulle abitudini di vita dei bambini e dei ragazzi:

- Le famiglie
- I dirigenti scolastici e gli insegnanti
- Le amministrazioni comunali
- Gli operatori sanitari
- I mezzi di comunicazione locali
- Le associazioni
- Il mondo dello sport
- Le industrie e i commercianti di alimenti.

La condivisione degli obiettivi, il collegamento e la sinergia dal punto di vista operativo fra tutti gli attori coinvolti risulta di massima importanza e un nodo cruciale per l'ottenimento dei risultati.

### **Obiettivi Specifici**

Definire e condividere il protocollo della giornata alimentare e motoria del bambino partendo dalle evidenze scientifiche per aiutare la famiglia e le scuole a:

- Promuovere l'attività fisica scolastica ed extrascolastica ;
- Diminuire il tempo passato davanti a televisione, computer, videogames ed evitare in ogni caso che sia accompagnato dal consumo di bevande e spuntini zuccherati e/o salati;

- Promuovere l'educazione al gusto e la conoscenza dei prodotti tipici, di identità e del patrimonio gastronomico del territorio come aspetto culturale determinante un'idea di qualità dell'alimentazione;
- Conoscere le buone abitudini alimentari;
- Mangiare secondo le necessità;

Occorre sapere che si può:

- Sostituire gli alimenti ricchi di grassi con frutta e verdura fresca;
- Sostituire i grassi animali (come il burro) con grassi vegetali insaturi (come l'olio d'oliva);
- Sostituire le bevande gassate e dolcificate con acqua e succhi di frutta non zuccherati;
- Evitare i pasti e gli spuntini al di fuori di quelli consigliati (colazione, pranzo, cena, 2 piccole merende).
- Aumentare l'attività fisica con manifestazioni sportive, favorendo gli spostamenti a piedi, o in bicicletta.

### **Attività**

Cambiare i propri comportamenti, tuttavia non è facile. Spetta alla collettività rendere più facili queste decisioni individuali creando le condizioni adatte soprattutto per gli individui, le famiglie e i gruppi più svantaggiati che risultano quelli a maggior rischio (esempio famiglie meno istruite, o con meno sostegno sociale). La collettività, le famiglie, la scuola, le amministrazioni comunali, i mezzi di comunicazione, la grande distribuzione e i negozi alimentari, le associazioni potrebbero mettere in atto molte azioni dirette a promuovere comportamenti e stili di vita salutari, rivolgendosi con particolare attenzione alle persone più esposte.

## **Attività ed Attori**

### In famiglia si può:

- migliorare la scelta, la preparazione ed il consumo alimentare attraverso il coinvolgimento di tutti i componenti;
- dare il buon esempio;
- favorire gli spostamenti a piedi o in bicicletta;
- evitare di passare o far passare troppo tempo davanti a TV e videogames;
- favorire la partecipazione ad un'attività sportiva;
- operare in sinergia con tutti i soggetti che hanno un ruolo educativo nei confronti dei bambini;

### La scuola può:

- promuovere in collaborazione con le famiglie stili di vita salutari;
- svolgere regolarmente le ore di attività fisica programmata nell'orario scolastico settimanale e promuovere lo svolgimento di attività fisica nelle ricreazioni;
- Incrementare le iniziative didattiche volte a conoscere la capacità nutrizionale degli alimenti;
- valorizzare il consumo del pasto a scuola come momento educativo, partecipando attivamente;
- rendere sempre disponibile l'acqua per soddisfare la sete.
- negli istituti superiori eliminare i distributori automatici di alimenti e bevande destinati ai ragazzi, o almeno sostituire i prodotti poco salutari;

### Le amministrazioni comunali possono:

creare le condizioni, compatibilmente alle caratteristiche del loro territorio, che consentano a pedoni e ciclisti di

recarsi in sicurezza a scuola (aree pedonali, piste ciclabili, marciapiedi, etc);

incentivare l'uso dei mezzi pubblici; favorire la realizzazione di aree verdi per lo svolgimento di attività fisiche libere all'aperto;

favorire l'attività sportiva;

migliorare la qualità dei servizi di refezione scolastica che rappresentano un momento di educazione alimentare ad esempio rendere più gradevoli gli ambienti dove vengono consumati i pasti

### Gli operatori Sanitari possono:

Acquisire dati locali su nutrizione ed attività fisica sui bambini residenti

Analisi dei bisogni di salute

Verifica dell'efficacia degli interventi

Contribuire alla formazione ed

all'informazione delle famiglie,

insegnanti ed operatori commerciali

### I mezzi di comunicazione possono:

Informare sui progetti in atto e

sostenere le strategie di Marketing

Etico

### Gli esercizi commerciali possono:

-Incentivare l'acquisto di alimenti salutari per esempio frutta e verdura fresca, latte e derivati ecc;

-farsi promotori di iniziative di educazione alimentare e al gusto.

Occorre essere consapevoli che non è il singolo intervento ad essere efficace, ma bisogna invece cercare di applicare, con la dovuta gradualità e con il necessario coordinamento, più interventi a diversi livelli, che puntino nella stessa direzione e , soprattutto, mantenerli nel tempo.

## **Procedure Operative**

Le attività sopraindicate potranno essere gestite secondo tale modello

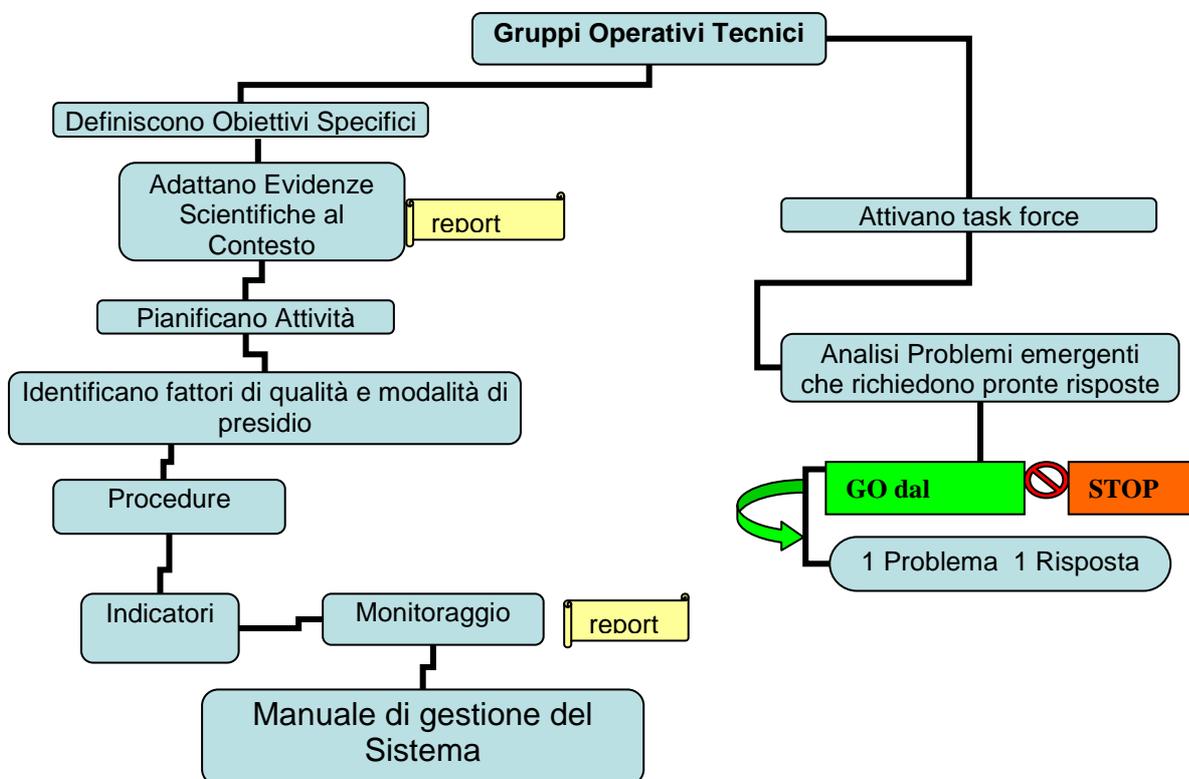
organizzativo costituito da gruppi di lavoro misti ed gruppi espressione dei tecnici.

I **Gruppi Misti Monotematici** (GMM) sono costituiti da un coordinatore espressione della Società della salute, dalla componente istituzionale depositaria dell'interesse dei cittadini (50% della composizione), da una componente tecnico-specifica derivante dalla Azienda ASL, dal Territorio e da tecnici delle Istituzioni, da un "metodologo" con competenze clinico epidemiologiche e di team building, da un segretario (se non presente andrebbe definito un regolamento per il funzionamento di questi gruppi).

I GMM definiranno uno o più obiettivi generale, conformi al mandato ricevuto, trasmetterli ai Gruppi Operativi Tecnici che li esploderanno in obiettivi specifici. Braccio Operativo dei GMM sono i **Gruppi Operativi Tecnici** (GOT).

I componenti vengono nominati dal GMM e prevedono gruppi costituiti da 7 – 9 persone espressione di tutte le componenti tecniche necessarie per la realizzazione del progetto, tra di loro verrà individuato un coordinatore ed un segretario. Il GOT potrà, in un secondo tempo, inserire al suo interno altri due tecnici di interesse strategico per l'implementazione del progetto (anche qui andrebbe definito un regolamento del funzionamento del Gruppo).

Nel caso di priorità che richiedono rapide risposte i GOT attiveranno Task Force Operative (TFO) per dare risposte di salute che per rilevanza o per determinati di tipo organizzativo richiedano risposte in tempi brevi.



### **Stato avanzamento:**

I tre comuni della Val di Bisenzio, attraverso una convenzione ratificata

dai rispettivi consigli, hanno dato il via alle procedure per realizzare il Centro Cottura della val di Bisenzio per mense scolastiche ed aziendali.

Il Centro sorgerà a Vaiano (località Il Pozzino), a fianco della Caserma dei Vigili del Fuoco: posizione di massima garanzia per una grande cucina (che potrà produrre fino a 2000 pasti al giorno), con la facilità di collegamento che questa zona offre con l'arteria principale della vallata. Proprio i lavori, che inizieranno il prossimo anno sulla S.R.325, hanno ispirato i sindaci nel promuovere decisamente (della sua necessità se ne parlava da oltre dieci anni) questa iniziativa: così nessuno degli alunni mangerà in ritardo in futuro.

Il progetto è di grande importanza non solo per migliorare la qualità delle mense scolastiche (attualmente gli alimenti provengono ogni giorno dalla sede di preparazione di Monsummano), ma anche per dare un segnale positivo per l'economia locale, a cominciare dai posti di lavoro che finalmente segneranno (anche se in numero limitato) un segno più invece che un segno meno, come accade in modo generalizzato nella vallata, a seguito della crisi del tessile. Si è conclusa la procedura di gara e la ditta vincitrice (La Società Italiana di ristorazione Eudania) inizierà presto i lavori edili, di impiantistica e di arredo che porteranno all'apertura del Centro. L'apertura è prevista per 1° settembre 2006. Il bando di gara è stato redatto sulla base delle indicazioni emergenti

del Progetto Appetito Bambino ed in collaborazione con gli uffici ASL e il dr. Vannucchi ha fatto parte della commissione giudicatrice.

Gli enti locali della Val di Bisenzio con questo nuovo Centro Cottura puntano alla qualità con l'introduzione nelle mense scolastiche di prodotti tipici locali, oltreché biologici, valorizzando il patrimonio alimentare e gastronomico del territorio, anche come aspetto culturale. Le mense scolastiche sono in primo piano per costruire nuovi comportamenti alimentari ispirati alla qualità, in linea con gli obiettivi della Società della Salute ed in collaborazione con la famiglia. Per questo gli Enti Locali (Comuni e Comunità Montana), al momento in cui entrerà in funzione il Centro di Cottura della Val di Bisenzio, provvederanno direttamente alla fornitura di pane di produzione locale e di olio extravergine di oliva del Frantoio Consortile di Sofignano, da utilizzare per tutti gli usi, condimenti a crudo e cotture, fatta eccezione per le frittiture. Saranno introdotti prodotti tipici locali (es. biscotti, castagnaccio, cenci) e fatti conoscere ed apprezzare, assieme a ricette semplici di uso familiare che introdurranno a percorsi del gusto attentamente guidati da una dietista, che seguirà tutte le attività finalizzate alla corretta applicazione dell'alimentazione e della nutrizione, compresi gli aspetti educativi e, in collaborazione con la "Commissione Mensa" dei tre Comuni composta da genitori ed insegnanti, dovrà effettuare un accurato controllo sulle operazioni che si svolgeranno all'interno del Centro di Cottura.

## **Costruzione pista ciclabile**

La pista è lunga complessivamente 9,6 km, di cui 6,6 compresi nel territorio del Comune di Vaiano, passando per le località S.Lucia-Canneto-Rio a Buti-Gamberame-La Cartaia-La Briglia-L'Isola-Il Pozzino. Il tracciato, per circa l'80%, riscopre il percorso della vecchia Linea Provvisoria utilizzata per la costruzione della Direttissima Firenze-Bologna. La "Provvisoria" fu iniziata nel 1914, poi interrotta durante la prima guerra mondiale e completata a partire dal 1919, per il trasporto di materiali con treni Decauville: rimase in funzione fino al 1934, quando fu inaugurata la linea ferroviaria. Il percorso della Ciclabile presenta tre attraversamenti: il viadotto di S.Lucia (20 metri, il ponte sul Rio a Buti, il viadotto della Cartaia. Gli ultimi due, che fanno parte del tracciato di questa inaugurazione, hanno struttura portante in acciaio e rivestimento di pannelli in legno con no speciale trattamento. Particolare, anche per le caratteristiche della realizzazione, è il sottopasso di Gamberame che consente il transito sotto la linea ferroviaria: il monolite in cemento armato, a forma di scatola, che lo costituisce è stato costruito senza interrompere il traffico ferroviario, letteralmente spingendolo sotto il tracciato della Direttissima. Senza dubbio spettacolare è la vecchia galleria della Cartaia, realizzata nel 1919-20, attraverso la quale passa la Pista: 130 metri di tratto in curva, che è un esempio di alta ingegneria. Tutta la pista è dotata di impianto di illuminazione (400 lampioni) e di aree che saranno attrezzate per la sosta, con panchine e fontanelle. Altri lavori di sistemazione e di miglioramento

qualitativo saranno completati nei prossimi mesi.

Grande importanza hanno anche le opere che non si vedono, ma di grande importanza per la vita quotidiana: un acquedotto che sostituisce il "tubino" lungo le sponde del Bisenzio, per portare l'acqua a Prato: il 50% della spesa (in totale 7.500.000 euro) riguarda infatti le opere acquedottistiche realizzate da Consiag e Publiacqua.

## **Sorveglianza nutrizionale**

Nell' anno scolastico in corso stiamo svolgendo un' indagine di sorveglianza nutrizionale in un campione di circa 450 bambini di 8-9 anni per rilevare il loro stato di nutrizione e le loro abitudini di vita (consumi alimentari e attività fisica).

Questi bambini verranno pesati e misurati, verrà loro chiesto di compilare in classe un questionario e un questionario verrà compilato dai genitori.

La finalità è di avere dati locali aggiornati sullo stato di nutrizione e le abitudini di vita dei bambini di questa classe di età al fine di mettere in atto nuovi programmi di educazione sanitaria per modificare gli stili di vita. L' indagine consentirà di orientare gli interventi preventivi di educazione sanitaria. Le scuole oggetto del campione avranno la priorità nella realizzazione di tali iniziative.

E' previsto il coinvolgimento dei Comuni, delle Scuole, dei Pediatri e delle Famiglie.

## 7.2.2 Progetto di educazione fra pari

Nell'ambito delle sue attività di prevenzione primaria delle patologie cronico degenerative l'Azienda USL4 di Prato ha realizzato un network intra ed extra aziendale. Componenti della rete extra aziendale sono le istituzioni, le associazioni di volontariato, la grande distribuzione alimentare, le associazioni dei ristoratori, le circoscrizioni con programmi di attività fisica ed interventi di tipo informativo rivolti alla popolazione generale. La ricaduta di tali iniziative, è oramai assodato, è tanto più efficace quanto è minore l'età dei soggetti sottoposti agli interventi educativi. Per tale ragione si sta realizzando un programma di educazione fra pari in partnership con il MIUR della Provincia di Prato.

Scopo: attivare all'interno delle scuole superiori della provincia di Prato un sistema di educazione fra pari con l'ausilio di un manuale per la gestione di un sistema qualità.

Metodo: Fase di sviluppo e certificazione, questa fase si è svolta nella scuola superiore più rappresentativa dell'area.

1-Costituzione del team di progetto: i partecipanti al gruppo sono rappresentativi di tutte le componenti coinvolte (3 Studenti, Vicepreside, 4 Docenti, 1 Referente di Educazione alla Salute, 1 Psicologo ed 1 conduttore del gruppo Formatore Senior

2- Progettazione: nei 6 incontri di progettazione si è realizzato un team building, sviluppato nell'ambito della metodologia della ricerca qualitativa denominata Action Research (Qualitative Research in Health Care, 2° Ed., 1999 BMJ ed), il gruppo è stato monitorato utilizzando il modello dei 7 fattori (Gruppo di lavoro, lavoro

di gruppo. GP Quaglini et al., 2005 Cortina Ed.) con la radar chart come strumento.

Risultati aggiornati al settembre 2005: Gli incontri effettuati hanno consentito di definire il profilo dell'educazione fra pari, la metodologia per formarlo e le tecniche che dovrà utilizzare. La loro formazione avverrà al di fuori della normale attività didattica. E' stato prodotto un manuale di istruzioni operative per la realizzazione della fase di formazione degli educatori, ed all'interno del loro percorso si è realizzato un ulteriore manuale di istruzioni operative per la realizzazione degli incontri di educazione fra pari.. Tutte le fasi che consentono lo sviluppo della momento formativo prevedono l'identificazione dei fattori di qualità che caratterizzeranno ogni attività. Ogni fattore di qualità è presidiato da procedure, protocolli, valutazioni sulla qualità percepita e monitoraggi.

**1. Premessa:** i programmi di educazione fra pari rappresentano la metodologia più efficace per indurre cambiamenti dello stile di vita nella popolazione generale. Soprattutto, nelle fasce più giovani della popolazione, un atteggiamento moralistico o prescrittivo induce resistenza al cambiamento. Per poter attivare una comunicazione efficace tra pari è indispensabile che si formino dei tutor-studenti che posseggano competenze ed abilità nella gestione del lavoro in team e sappiano usare strumenti che consentano la condivisione delle decisioni.

**2. Destinatari:** Studenti del primo biennio delle superiori (educazione

fra pari), studenti delle scuole primarie

### **3. Obiettivi formativi specifici: Strutturare un sistema di educazione sanitaria capillare tra pari**

- Formare 12 studenti alle fondamenta del team Building (ruoli, tempi, metodo, empowerment, gestione del clima)
- Saper applicare una strategia per determinare il bisogno formativo
- Acquisire abilità nella gestione del lavoro di gruppo attraverso la tecnica della discussione visualizzata
- Conoscere e saper applicare la scelta pesata
- Renderli capaci di saper utilizzare gli strumenti per il monitoraggio del lavoro di gruppo

### **4. Argomenti trattati**

- Nella fase di preparazione dei tutor-studenti gli argomenti trattati saranno sviluppati attraverso la sperimentazione delle tecniche del lavoro di gruppo
- Nella fase di capillarizzazione degli interventi educativi il gruppo dei tutor-studenti determinerà il bisogno educativo dei compagni. Attraverso il contatto con il gruppo di docenti attuerà dei percorsi ad hoc su contenuti specifici ( ad esempio alimentazione, attività fisica, tossicofilie, ... si avranno incontri con gli esperti del tema o verrà fornita documentazione valicata.

Sarà cura degli esperti del settore costruire un elenco di parole chiave, concetti fondamentali che dovranno essere necessariamente presenti, o di false credenze comuni da indebolire). Poi a cascata il tutor-studente, con la validazione di un referente, erogherà ai compagni di scuola l'intervento educativo. Questa strategia permetterà di moltiplicare gli interventi educativi avendo a disposizione un pool di 12 tutor. Considerando 4 incontri per tutor su 12 studenti si raggiungeranno circa 400 studenti

### **5. Metodologia: Attiva, Interattiva**

- **Progettazione e pianificazione:** n° tre incontri del board di progetto di 2 ore per incontro. Risultato Atteso: progettazione in dettaglio. Giorno della settimana preferito mercoledì pomeriggio
- **Formazione tutor-studente:** n° 4 incontri, n° 3 ore per incontro. Giorno della settimana preferito mercoledì pomeriggio
- **Manutenzione tutor-studenti:** n° 1 incontro mensile di 2 ore per incontro. Giorno della settimana preferita mercoledì pomeriggio
- **Supervisor:** un membro del board, o esperto del settore, validerà gli eventi attraverso una griglia di verifica sui contenuti e sul metodo praticato
- **Capillarizzazione dell'educazione sanitaria:** n° 4 incontri per tutor con 12 partecipanti, n° 2 ore per incontro

6. Tempi: 3 FASI

- fase 1:** progettazione e pianificazione – Board di Progetto – entro 2005-12-16

PIANIFICAZIONE DEL PROGETTO DI EDUCAZIONE TRA PARI					
I CITTADINI DELLA SALUTE					
TEMPI	ATTIVITA'	CONTENUTO ATTIVITA'	RISULTATO ATTESO	STRUMENTI / METODO	ATTORI
13 12 2004 1° incontro di 90'	Lavoro di gruppo	<b>Progettazione di Massima</b>  Definizione degli obiettivi specifici	Elenco degli obiettivi specifici in termini di 1. Alunni coinvolti, numero, classi. 2. Spazi di erogazione degli interventi educativi (orario scolastico, fuori orario) 3. Identificazione di 8 progettisti 4. Suddivisione di ruoli e responsabilità 5. Identificazione del metodo di progettazione 6. Pianificazione di 6 incontri dei progettisti	Discussione Visualizzata  Radar  Righello	1. Psicologia clinica 2. Educazione alla salute 3. dipartimento di diabetologia
1 2005 2° incontro di 90'	Lavoro di gruppo	<b>Progettazione di Massima</b>  Condivisione degli obiettivi specifici con il gruppo dei progettisti	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Condivisione e formalizzazione degli obiettivi specifici</li> <li>▪ elencare l'elenco delle abilità che dovranno acquisire gli educatori tra pari</li> <li>▪ Deliberazione del progetto</li> </ul>	Discussione Visualizzata  Radar  Righello	
2 2005 3° incontro di 90'	Lavoro di gruppo	<b>Progettazione di Dettaglio</b>  I Contenuti	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Produrre un documento dove si elencheranno tutti i contenuti che si dovranno trattare durante l'iter addestrativo degli educatori</li> </ul>	Discussione Visualizzata  Radar  Righello	
3 2005 4° incontro di 90'	Lavoro di gruppo	<b>Progettazione di Dettaglio</b>  Il Metodo	Definire le strategie formative per determinare l'acquisizione delle abilità già precedentemente individuate	Discussione Visualizzata  Radar  Righello	
4 2005 5° incontro di 90'	Lavoro di gruppo in due sottogruppi	<b>Progettazione di Dettaglio</b>  Matrice di processo	<b>Compilazione della matrice di processo</b> dove si identificano 1. Tempi per la realizzazione della preparazione degli educatori 2. Attività 3. Contenuti 4. Metodi 5. Strumenti 6. Sistemi di monitoraggio <b>Strategie di realizzazione</b> 1. Disseminazione 2. Implementazione 3. Valutazione	Griglia di pianificazione  Discussione Visualizzata  Radar  Righello	
5 2005 6° incontro di 90'	Lavoro di gruppo	<b>Progettazione di Dettaglio</b>  Il manuale di istruzioni operative per la preparazione degli educatori tra pari	Costruzione dei capitoli del manuale  Suddivisione dei compiti	Discussione Visualizzata  Radar  Righello	

- fase2:** formazione tutor-studenti – Dicembre 2005 **fase 3:** capillarizzazione – 12 interventi – da febbraio a maggio 2006

7. **Materiali e strumenti:** 2 tabelloni per discussione visualizzata (1 già in possesso della diabetologia), Kit discussione visualizzata, Radar chart con modello dei sette fattori

## 7.3 Promozione della Salute Mentale

<b>Potenziamento del livello primario di assistenza. Facilitazione dell'accesso ai servizi. Sviluppo dei Sistemi locali di salute mentale</b>	
<u>PROBLEMA</u>	La domanda da parte degli utenti appare in aumento nel corso degli ultimi anni e la penetrazione dei servizi appare disomogenea nei diversi settori della popolazione.
<u>OBIETTIVO</u>	Potenziare il ruolo del livello primario di cura per i problemi di salute mentale e facilitare l'accesso ai servizi da parte delle popolazioni immigrate
<u>PROGETTI STRATEGICI</u>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sviluppo del collegamento con medici di medicina generale e Unità funzionale salute mentale adulti</li> <li>2. Sviluppo del collegamento con pediatri di libera scelta e unità funzionale salute mentale infanzia e adolescenza.</li> <li>3. Tavoli di confronto con le associazioni del terzo settore</li> <li>4. Progetto di ricerca-azione sull'accesso dei migranti ai servizi di Salute mentale e successivo progetto di applicazione di un dispositivo multidisciplinare di mediazione clinica con i migranti.</li> <li>5. Progetti di promozione negli istituti di istruzione secondaria.</li> </ol>
<u>INDICATORI</u>	<p><u>Indicatori di processo:</u></p> <p>Numero di incontri con i gruppi di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta (1-2)</p> <p>Numero di contatti su singoli casi(1-2)</p> <p>Numero di incontri dei tavoli</p> <p>Numero di incontri con gruppi di studenti e /o di insegnanti</p> <p>Numero di interventi del dispositivo di mediazione clinica con pazienti immigrati</p> <p><u>Indicatori di risultato:</u></p> <p>Aumento degli interventi dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta su casi con problemi di salute mentale.</p> <p>Aumento dei collegamenti tra livello primario e Dipartimento di salute mentale</p>
<u>RISORSE</u>	Già esistenti nei servizi
<u>TEMPISTICA</u>	31/12/2005, con proseguimento nel 2006 per tutti i progetti
<u>SOGGETTI E STRUTTURE COINVOLTE</u>	Società della Salute Azienda Usl 4: Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Articolazioni Distrettuali, Servizio Sociale, Dipartimento salute mentale, Associazioni Terzo Settore, Istituti di Istruzione Secondaria (F.Datini, C.Livi, G.Rodari)

### **7.3.1 Potenziamento del livello primario di assistenza. Facilitazione dell'accesso ai servizi. Sviluppo dei Sistemi locali di salute mentale**

Gli ultimi dieci anni hanno visto un costante aumento della domanda dei cittadini nei confronti dei servizi di salute mentale, sia per il maggior radicamento dei servizi stessi, sia per una diversa attenzione della popolazione nei confronti dei problemi di SM, anche attraverso l'attenzione dei mezzi di comunicazione.

Questo fenomeno deve essere però maggiormente governato, sia sviluppando la dimensione della promozione-prevenzione, tuttora assai poco considerata nella cultura dei servizi, sia per rendere più efficace l'azione del livello primario di cura anche nel settore della salute mentale.

- Sviluppo del collegamento con pediatri di libera scelta e medici di medicina generale (unità funzionale salute mentale infanzia e adolescenza).
- Sviluppo del collegamento con medici di medicina generale (unità funzionale salute mentale adulti)

1. L'Unità Funzionale Infanzia e Adolescenza ha sviluppato un progetto di incontri regolari con i pediatri di famiglia, allo scopo di favorire un confronto aperto e di evidenziare le eventuali difficoltà del servizio a rispondere alle problematiche emergenti, dando al tempo stesso un ritorno di informazioni adeguato ai pediatri stessi. Sono state concordate negli incontri iniziali momenti di formazione comune sulle tematiche

più urgenti, anche per valorizzare il ruolo del pediatra di famiglia come operatore di primo livello della salute mentale del bambino e dell'adolescente.

2. L'Unità Funzionale Adulti ha stabilito modalità di comunicazione con i MMG che dovrebbero facilitare la loro funzione di livello primario di cura, riducendo la delega ai servizi e confrontandosi con gli operatori sui temi e sui casi in modo da limitare gli invii e da renderli comunque più efficaci.

### **Tavoli di confronto con le associazioni del terzo settore**

La comunità della provincia di Prato presenta la caratteristica di un grande sviluppo delle associazioni del terzo settore, sia come volontariato nei più diversi ambiti, sia come privato sociale non-profit, sia come associazioni per attività sportive e di tempo libero, sia come associazioni di familiari di persone con problemi inerenti la SM. Questa galassia compie un grande lavoro, spesso misconosciuto, sia nell'accrescere la rete di solidarietà, sia nella prevenzione dello stigma, sia favorendo le relazioni e gli scambi tra le persone e le potenzialità educative delle attività di tempo libero, e rappresenta un vero e proprio polmone di salute mentale della comunità. Mancava fino ad ora un momento riconosciuto di incontro e conoscenza reciproca dei servizi e del terzo settore: ciascuna UF ha sviluppato un programma di incontro e conoscenza reciproca della maggior parte delle iniziative espresse, alcune delle quali sviluppate da anni in rete, come quelle organizzate nel Progetto P.I.E.T.R.O. dei Comuni della Val Bisenzio

**7.3.2 Progetto di ricerca-azione sull'accesso dei migranti ai servizi di Salute Mentale** e successivo progetto di applicazione di un dispositivo multidisciplinare di mediazione clinica con i migranti.

Va considerato inoltre il problema della penetrazione dei servizi di Salute Mentale nelle fasce più marginali di popolazione e in particolare nelle comunità di immigrati, che costituiscono un tratto peculiare importantissimo della realtà pratese, che la contraddistingue a livello nazionale e dovrebbe rappresentare un momento essenziale della programmazione sanitaria. Per quest'anno sono stati progettati una ricerca-azione con finanziamento della Provincia per valutare le dimensioni e la qualità dell'accesso degli immigrati ai servizi di SM degli adulti e dell'infanzia e sperimentare un dispositivo di mediazione clinica che vada oltre la semplice dimensione linguistico-culturale e consenta una migliore comprensione dei problemi presentati in relazione alla cultura di origine e una presa in carico efficace in una dimensione psicoterapeutica. Il dispositivo integra competenze di interpretariato con competenze

etnopsichiatriche, sociologiche e antropologiche.

La ricerca-azione ha permesso di tradurre la sperimentazione in un progetto, approvato e finanziato dall'Amministrazione Regionale, per l'applicazione del dispositivo di mediazione a un numero consistente di pazienti stranieri nel corso del 2006.

**7.3.3 Progetti di promozione negli istituti di istruzione secondaria**

Gli istituti di istruzione secondaria rappresentano un luogo in cui si svolge una parte importante della vita di una fascia importante di adolescenti e per la loro natura educativa possono svolgere una funzione importante di promozione della salute mentale.

Due progetti sono stati avviati, uno su iniziativa dell'Amm. Regionale e uno su iniziativa del DSM, rivolti da un lato a promuovere le capacità di ascolto empatico e di risposta degli insegnanti, e dall'altro alla promozione delle competenze educative dei contesti scolastici. Tali progetti dovranno svolgere attività di incontro con il personale insegnante e con gli studenti nel corso del 2005 per poi integrarsi fra di loro nel corso del 2006.

## 7.4 Promozione della Salute Mentale

<b>Creazione di risposte integrate ai problemi complessi di s.m. nell'ambito dei sistemi locali</b>	
<b>PROBLEMA</b>	Difficoltà di integrazione dei diversi momenti della cura e dell'assistenza alle situazioni complesse nell'ambito dei problemi gravi di Salute Mentale.
<b>OBIETTIVO</b>	Offrire risposte integrate alle persone con problemi di salute mentale, sia per le situazioni acute che per quelle di lunga assistenza
<b>PROGETTI strategici</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alta integrazione socio-sanitaria</li> <li>2. Collegamento con le associazioni di auto-aiuto e dei familiari</li> <li>3. Promozione del lavoro + progetto sentieri</li> <li>4. Integrazione ospedale-territorio</li> <li>5. Offerta di nuove tipologie di accoglienza diurna (drop-in e diurno per adolescenti in via Luti) e presa d'atto formale dei gruppi di auto-aiuto</li> <li>6. Residenzialità (creazione di nuovi posti: apertura "Dopo di noi" a Schignano e gruppo appartamento via Corridoni)</li> <li>7. Unità funzionale salute mentale infanzia e adolescenza: Sperimentazione di interventi integrati sui contesti di vita per preadolescenti e adolescenti con disturbi gravi, come prevenzione-limitazione delle emergenze, e costruzione di risposte alternative all'ospedalizzazione</li> </ol>
<b>INDICATORI</b>	<p><u>Indicatori di processo:</u></p> <p>Numero schede di progetto multidisciplinare socio-sanitario compilate            Definizione procedure di funzionamento delle unità di valutazione socio-sanitarie nelle articolazioni territoriali            Formalizzazione del gruppo multidisciplinare per gli inserimenti lavorativi            Numero di inserimenti socio-terapeutici presi in carico dal gruppo per gli inserimenti lavorativi            Redazione protocollo tra Dipartimento salute mentale e Dipartimento Emergenza Urgenza            Redazione strumento infermieristico comune tra SPDC e servizi territoriali Unità Funzionale salute mentale adulti            Avvio del Progetto di prevenzione delle emergenze adolescenziali</p> <p><u>Indicatori di risultato:</u></p> <p>Numero incontri con le associazioni di utenti e familiari            Numero inserimenti lavorativi non protetti realizzati in collaborazione con il Centro per l'impiego            Creazione di nuovi posti residenziali di diversa tipologia</p>
<b>RISORSE</b>	Già esistenti nei servizi
<b>TEMPISTICA</b> <b>Risultati attesi</b>	31/12/2005 La realizzazione del dopo di noi è prevista per il 2006
<b>SOGGETTE STRUTTURE COINVOLTE</b>	Società della Salute Azienda Usl 4: Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Articolazioni Distrettuali, Servizio Sociale, Dipartimento salute mentale, Associazioni Terzo Settore Società della Salute

### **7.4.1 Creazione di risposte integrate ai problemi complessi di Salute Mentale nell'ambito dei sistemi locali**

Il Dipartimento salute mentale promuove un'integrazione tra servizi per l'attivazione delle risorse comunitarie, nello sforzo di perseguire un miglioramento della qualità della vita dei cittadini con problemi di salute mentale: accanto alle risposte di cura della patologia acuta o cronica c'è lo sforzo di rispondere a problemi quali la casa, il lavoro, il tempo libero e la socializzazione; per offrire queste risposte il Dipartimento salute mentale è impegnato in un lavoro intersettoriale con le altre istituzioni.

In particolare:

1. Dalla fine del 2004 è stato attivato un gruppo di lavoro con il compito di definire le modalità di presa in carico multidisciplinare dei casi complessi, per giungere alla formalizzazione di procedure che garantiscano il contributo professionale sia dalla parte sanitaria che da quella sociale (che confluiscono nell'Unità di valutazione). Il gruppo è composto dal Responsabile, dalla Posizione organizzativa e dal coordinatore infermieristico UFTSMA, dai direttori delle Articolazioni territoriali, dalla Responsabile UF Assistenza sociale territoriale. Lo scopo è di giungere alla definizione di procedure e metodologie operative.
2. Il servizio sociale e l'Unità funzionale salute mentale adulti dedicano parte delle proprie risorse a promozione, monitoraggio e valutazione degli inserimenti lavorativi protetti. Dal 2003 è stato attivato un percorso di integrazione degli operatori delle 2 strutture organizzative, che ha portato ad una ottimizzazione delle risorse e ad una condivisione delle metodologie operative, nonché ad un potenziamento del lavoro intersettoriale. Nel 2005 ci si propone di formalizzare la costituzione del gruppo operativo integrato e di incrementare il numero dei casi presi in carico dal gruppo stesso, nonché di creare opportunità di vere assunzioni grazie alla collaborazione con altre istituzioni. Va segnalato in questo ambito il progetto (finanziamento regionale) "Nuovi percorsi per vecchi sentieri" che consente l'impiego di 15 persone in un'attività di manutenzione dei sentieri del territorio pratese.
3. La collaborazione con le associazioni degli utenti e dei familiari ha permesso lo sviluppo di significative esperienze di auto-aiuto e di rete sociale, in rapporto con le associazioni e cooperative del terzo settore. Entrambe le UU.FF. del DSM svolgeranno un'azione di promozione delle relazioni tra le diverse realtà associative, costituendo un tavolo permanente di confronto, per lo sviluppo di progetti integrati di attività. Si valuterà inoltre la possibilità di offrire lo spazio alle associazioni per uno sportello di informazione all'interno del CSM e della Sede dell'U.F.S.M.I.A.
4. L'SPDC di Prato ha visto un crescita della presenza media a circa 9-10 pazienti, con difficoltà nella gestione della fase post-acuta. Verranno prese iniziative per migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e diminuirne la durata tramite un collegamento con le

strutture a più alta intensità di cure del territorio (accoglienza temporanea La Clessidra, Centri diurni, residenze), e valorizzando il ruolo del day-hospital. Sarà inoltre rivisto il protocollo di relazioni tra Dipartimento emergenza urgenza e dipartimento salute mentale allo scopo di fornire una risposta più integrata e appropriata alle emergenze e alle urgenze.

5. Un finanziamento regionale consentirà inoltre di sviluppare due iniziative, una di “drop-in” con la collaborazione dei gruppi di auto aiuto e l'avviamento dei lavori per il centro diurno per adolescenti e giovani adulti di via Luti.
6. La residenzialità è uno dei principali problemi attuali della salute mentale, come si evince anche dalle linee di indirizzo e dai piani sanitari regionali. Nella nostra area si registra un notevole incremento di richieste di inserimento, a fronte del quale è necessario prevedere un aumento ed una diversificazione dei posti disponibili. Deve essere formalizzata l'attribuzione alla Unità funzionale salute mentale adulti della struttura di Schignano, acquisita dalla cooperativa Alice e ristrutturata con un finanziamento regionale sul progetto "Dopo di noi", consentendo così di avere una maggiore disponibilità di posti. L'apertura di un nuovo appartamento in via Corridoni consentirebbe di replicare la formula innovativa, già sperimentata con successo, di appartamenti privati a cui l'Unità funzionale salute mentale adulti garantisce un supporto, con una risposta per alcuni pazienti più appropriata.
7. Unità Funzionale salute mentale

infanzia e adolescenza:  
Sperimentazione di interventi integrati sui contesti di vita per preadolescenti e adolescenti con disturbi gravi, come prevenzione-limitazione delle emergenze, e costruzione di risposte alternative all'ospedalizzazione (progetto con finanziamento regionale).  
Sperimentazione triennale del coordinamento in rete dei servizi sanitari (U.F. Salute Mentale Infanzia) e degli enti del terzo settore dell'area della Società della Salute pratese per un programma territoriale di servizio socio-sanitario, per fornire modalità innovative di intervento su un campione rappresentativo di minori con disagio psicologico, autismo, minori stranieri e minori condannati dalla giustizia a misure sostitutive al carcere, individuati dai servizi del territorio della Provincia di Prato. Si tratta di un intervento integrato di rete nei contesti di vita di un campione di adolescenti o preadolescenti (età 10-17 anni) già in carico ai servizi sanitari e sociali, che rappresentano *il controllo di se stessi* rispetto all'ipotesi di un contenimento degli interventi sanitari e sociali di tipo istituzionale e, soprattutto, alla limitazione della sofferenza e dell'emarginazione (valutate attraverso specifici strumenti di misurazione). Lo scopo è di monitorare, limitare, prevenire l'insorgenza di emergenze tali da richiedere il ricorso al ricovero ospedaliero; migliorare l'efficacia e la tempestività della risposta dei servizi; limitare la durata dell'ospedalizzazione nel caso di casi emergenti non conosciuti in precedenza dai servizi socio-sanitari.

## 7.5 Sostegno alla domiciliarità'

Sostegno alla domiciliarità	
PROBLEMA	Aumento del numero di persone in condizione di non autosufficienza per invecchiamento della popolazione. Cambiamento della struttura sociofamiliare con riduzione delle capacità di sostegno ai soggetti fragili
OBIETTIVO	mantenimento dei soggetti non autosufficienti nel proprio contesto di vita con un livello di assistenza adeguato al bisogno e nell'ambito di una rete integrata di servizi
PROGETTI strategici	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implementazione ADI</li> <li>2. Sperimentazione di un modello di Cure Domiciliari</li> <li>3. Old man</li> <li>4. Anziani fragili</li> <li>5. Dimissioni difficili</li> </ol>
INDICATORI	<p><u>Indicatori di processo:</u></p> <p>progetto 1.: n° di ADI            progetto 2.: n° ore SAD                              n° di buoni servizio SENTIRE                              n° di contributi di cura</p> <p>progetto 3.: adesione alla sperimentazione con definizione del protocollo            progetto 4.: quantificazione degli interventi di prossimità sentire FUNES            progetto 5.: n° di anziani monitorati nei mesi estivi            progetto 6.: n° di segnalazioni per soggetti che non possono essere dimessi per problemi socio assistenziali</p> <p><u>Indicatori di risultato:</u></p> <p>riduzione del tasso di ospedalizzazione            stabilizzazione del n° di domande di inserimento in RSA</p>
RISORSE	Già esistenti nei servizi
TEMPISTICA Risultati attesi	Progetti n° 1 – 2 – 4: 31/12/2005 Progetto n° 3: adesione 31/03/2005 – definizione protocollo 31/12/2005 Progetto n° 5: 30/09/2005
SOGGETTI E STRUTTURE COINVOLTE	Società della Salute Azienda Usl 4: Medici di Medicina Generale, Articolazioni Distrettuali, Servizio Sociale, Assistenza Infermieristica Territoriale, Pediatri di Libera scelta, Specialisti ospedalieri, Specialisti Ambulatoriali Comune di Prato: Servizio Sociale, Privato Sociale: Consorzio Astir, Cooperativa Alice

### 7.5.1 Implementazione Assistenza domiciliare integrata (adi)

L'Adi è un servizio di assistenza coordinata e continuativa svolto da più figure, sanitarie e sociali, professionali e non, al domicilio del paziente.

Gli obiettivi dell'ADI sono:

- migliorare la qualità di vita dei soggetti assistiti
- ridurre il numero e la durata dei ricoveri ospedalieri
- ridurre il ricorso alle RSA e ad altre forme di istituzionalizzazione.
- Attraverso l'**ADI** vengono erogate al domicilio del paziente prestazioni:
  - di medicina generale
  - di medicina specialistica
  - infermieristiche
  - di riabilitazione
  - di assistenza sociale
  - di assistenza alla persona
  - di aiuto domestico.

Le patologie che consentono l'avvio dell'**ADI** sono quelle per le quali l'intervento domiciliare di assistenza integrata si presenta alternativo al ricovero, che si verrebbe a determinare per ragioni sociali o per motivi di organizzazione sanitaria.

L'ADI può essere attivata qualora siano presenti le seguenti condizioni:

- ✓ sussistenza delle condizioni cliniche, socio-familiari e ambientali adeguate
- ✓ consenso del paziente
- ✓ approvazione del medico di medicina generale

Nell'ultimo triennio l'attività di assistenza domiciliare integrata è stata

sviluppata sia attraverso miglioramenti organizzativi, sia attraverso un incremento delle risorse umane e materiali impiegate.

Al fine di potenziare l'Assistenza tutelare domiciliare saranno impostati specifici programmi di formazione per gli assistenti familiari (badanti).

### 7.5.2 Sperimentazione di un modello di cure domiciliari

Percorso di Sperimentazione

A seguito dell'adesione alla sperimentazione "Cure Domiciliari" 15/03/2005, è stato costituito un gruppo di lavoro integrato finalizzato a porre in essere le azioni preliminari alla sperimentazione del modello organizzativo per le Cure Domiciliari - come configurato nelle Linee Guida regionali - attraverso il seguente percorso

- Definizione della mappa dei percorsi integrati di cure domiciliari
- Definizione dei percorsi operativi specifici per l'accesso
- Classificazione/Glossario comune degli interventi sanitari, sociali, sociosanitari
- Descrizione dei processi di erogazione degli interventi domiciliari a fronte di bisogni semplici e bisogni complessi
- Ricognizione dei protocolli organizzativi e professionali inerenti l'offerta di cure domiciliari, con particolare attenzione al tema della continuità Ospedale/territorio (protocollo dimissioni difficili)

- Definizione ed avvio di interventi innovativi sia sul piano dell'offerta che sul piano della modalità di erogazione (Buoni Servizio)
- Consolidamento del gruppo professionale degli operatori territoriali della articolazione territoriale di sperimentazione ed arruolamento della casistica rispetto alla introduzione dei nuovi strumenti di valutazione del bisogno

valutazione multidimensionale U.V.M.

In questa strategia di percorso la zona pratese ha proceduto a definire l'accesso e gli aspetti organizzativi connessi, come da del.402/2004, con definizione del **Punto Unico di Accesso** e del sistema di valutazione del bisogno, professionale e interdisciplinare della Unità di

**Regolamento per l'organizzazione del P.U.A.** (Punto Unico/Unitario d'Accesso)

Ogni presidio territoriale ha funzione di "sportello" per il ricevimento della domanda relativa alle cure e all'assistenza domiciliare (tab. 1)

**Tab 1. Glossario interventi cure domiciliari**

SANITARI	SOCIOSANITARI	SOCIALI
Assistenza Domiciliare Infermieristica	Assistenza domiciliare Integrata	Assistenza Domiciliare Sociale
Assistenza Domiciliare Fisioterapica	1) livello bassa intensità assistenziale	Buoni servizio
Assistenza Domiciliare Programmata ADP	2) livello media intensità assistenziale	Contributi di cura
	3) livello media intensità assistenziale	

La domanda, che può essere presentata dal cittadino o da operatori, viene di norma recepita da un team di professionisti territoriali che definiamo, ai sensi della del.402 *Gruppo di Progetto*, composto come composizione base standard da:

- assistente sociale  
Con risorse dedicate / In modo funzionale
  - infermiere
  - medico ASC
- integrabile, di volta in volta da m.m.g., da specialista, da fisioterapista,...

Questo **Gruppo di Progetto** (GdP), ha il compito di:

- ricevere le richieste relative alle cure domiciliari (tab. 1)
- valutare il tipo di bisogno (sociale, sanitario, sociosanitario)
- valutare il livello del bisogno (semplice, complesso)
- valutare la priorità del bisogno (ordinario, urgente)
- fornire una risposta al bisogno semplice
- assicurare una prima risposta al bisogno complesso urgente

trasmettere al PUA:

- le richieste relative al bisogno complesso per la valutazione da parte dell'UVM, unitamente alle eventuali risposte erogate "in urgenza"
- la documentazione relativa al bisogno semplice e alle risposte erogate.

A livello zonale, con sede provvisoria presso l'articolazione Territoriale Nord (via Gherardi – Prato), viene costituito il Punto Unico di Accesso (PUA), secondo la denominazione della del. GRT 402/2004.

#### **Il PUA ha tre funzioni principali:**

- sportello, rivolto agli operatori (sanitari, sociali, volontariato, forze dell'ordine etc) e ai cittadini, per il ricevimento della domanda di cure
- staff dell'UVM
- registrazione e monitoraggio di tutte le prestazioni domiciliari

#### **La funzione di "sportello":**

- assicura la ricezione della domanda per almeno otto ore al giorno, tutti i giorni feriali
- valuta il tipo di bisogno (sociale, sanitario, sociosanitario)
- valuta il livello del bisogno (semplice, complesso)
- valuta la priorità del bisogno (ordinario, urgente)
- trasmette le richieste relative al bisogno semplice ordinario al presidio territoriale competente
- garantisce la presa in carico del bisogno urgente e fornire le risposte possibili, di norma attivando i gruppi operativi dell'assistenza domiciliare.
- riceve dal presidio ospedaliero le segnalazioni relative alle "dimissioni difficili".

Con la funzione di "staff dell'UVM":

- trasmette all'UVM, per la valutazione e la formulazione del Piano di Cura Domiciliare, tutte le richieste relative al bisogno complesso, unitamente alle eventuali risposte erogate "in urgenza", perché sia monitorato il sistema regolativi e l'offerta dei servizi in rete della zona pratese.

Con la funzione di "registrazione e monitoraggio":

- riceve e registra tutte le segnalazioni e le prestazioni erogate relative alle cure domiciliari, qualunque sia il punto di provenienza
- monitora l'utilizzo delle risorse
- monitora gli esiti

#### Unità' di valutazione multidimensionale (uvm)

L'UVM, unica a livello di zona-distretto, è costituita da figure professionali stabili, (medico ASC, infermiere, assistente sociale) e da

figure professionali che vengono di volta in volta attivate in base al bisogno rilevato e alla relativa risposta (specialisti, terapisti,...)

L'UVM elabora il piano terapeutico-assistenziale individualizzato, relativamente al bisogno complesso e nel rispetto delle risorse assegnate, individua il referente del "caso", verifica gli esiti degli interventi. Il referente del caso coordina gli interventi degli operatori impegnati e richiede l'attivazione dell'UVM in caso di necessità. L'UVM è coordinata dal referente della sperimentazione, che, limitatamente alla durata della stessa funge da Responsabile delle Cure Domiciliari.

#### Continuità assistenziale

Per quanto concerne la continuità assistenziale da garantirsi al domicilio del cittadino-utente mediante il sistema dell'offerta delle cure domiciliari, di cui al modello sopra descritto, si precisa che si è data attuazione di continuità all'assistenza infermieristica per 6 giorni su 7 per n.12 ore diurne e per n.6 ore nei giorni festivi, secondo il piano assistenziale individuale.

#### **7.5.3 Progetto old man**

Si ritiene inoltre importante segnalare l'iniziativa sperimentale attuata nell'ambito del progetto OLD MAN – Toscana sociale, realizzata dal Comune di Prato di attivazione di reti di solidarietà, attraverso il coinvolgimento di associazioni di categoria con l'obiettivo di attivare una rete di soggetti che, pur non avendo come *mission* l'assistenza socio sanitaria per la terza età, partecipano ad un progetto teso al mantenimento dell'anziano nel proprio domicilio

Si tratta di un progetto che vede coinvolti il Comune di Prato, il Consorzio Astir, la Comunità Montana del Mugello, il Comune di Pistoia, il PIN - Servizi didattici e scientifici per l'Università di Firenze, l'ASL 4 di Prato, l'ASL 3 di Pistoia, l'ASL 10, il Comune di Cantagallo, il Comune di Marciana Alta, il Comune di Portoferraio, il Consorzio CO.M.INI.CO..

La sperimentazione avviata l'8 giugno 2005 tra il Comune di Prato, le Associazioni Confartigianato di Prato e CNA di Prato, in accordo con l'Associazione il Panda, Consorzio ASTIR s.c.s. ed il PIN c.a.r.l. ( Servizi didattici e scientifici per l'università di Firenze) è rivolta agli anziani residenti a Prato ultrasessantacinquenni, che vivono soli o in coppia che chiamando il call-center del servizio SOS anziani possono richiedere interventi di manutenzione ,di riparazione e dei servizi alla persona da parte di artigiani associati alla CNA di Prato o Confartigianato di Prato che hanno dato la loro adesione al Progetto impegnandosi a garantire la qualità dell'intervento consentendo condizioni di vantaggio consistenti in:

- rinuncia al costo di chiamata
- sconto del 10% sulla tariffa praticata per gli interventi effettuati

con l'impegno di adempiere alle richieste di intervento raccolte dal servizio SOS Anziani ,nello spirito di solidarietà sociale, rispondendo ad esse non solo con la propria competenza professionale, ma anche con un approccio sensibile ed attento ai bisogni dell'anziano.

La sperimentazione prenderà avvio nell'anno 2005 e avrà durata di un anno.

Il servizio call-center, attivo dalle ore 9 alle 16 dei giorni feriali, provvederà a contattare direttamente gli artigiani, privilegiando i criteri di vicinanza dalla residenza dell'anziano alla sede della ditta e, ove possibile, dell'alternanza.

#### 7.5.4 Anziani fragili

Si tratta di un programma articolato di servizi ed interventi di sostegno agli anziani, in particolare agli anziani soli ultrasessantacinquenni, attraverso la costruzione di una rete di sorveglianza attiva sul territorio, con l'obiettivo specifico di difendere l'anziano durante il periodo estivo e contrastare l'incremento della mortalità a seguito di fenomeni meteorologici e delle cosiddette ondate di calore.

Il progetto si configura come un prevede l'adeguamento degli interventi già in essere con le linee guida della Regione Toscana per l'estate 2005, affinché l'attivazione di interventi integrati di salute assuma la valenza di buona pratica che sostenga la creazione di un modello organizzativo e di modalità di intervento per limitare le difficoltà dei soggetti anziani a rischio, anche oltre il periodo estivo.

Per quanto attiene alla Zona Pratese, trattasi di implementare gli interventi di cure domiciliari già in essere, con altre iniziative atte a garantire interventi di promozione di salute durante il periodo estivo.

Il servizio consiste in un " *nome e una voce amica* " che segue l'anziano nella sua quotidianità, salvaguardando la sua privacy, aiutandolo ad affrontare i problemi e a contenere la solitudine. Il servizio è rivolto in particolare ad anziani ultrasessantacinquenni soli e

costituisce un supporto al sistema di servizi e di assistenza domiciliare già attivo sul nostro territorio e alle reti di sostegno informali, allontanando l'istituzionalizzazione, riducendo i casi di mortalità da caldo e, soprattutto, fornisce agli anziani e alle famiglie uno strumento in più per affrontare con maggiore serenità la vecchiaia.

I Comuni dell'area pratese e l'Azienda ASL 4 hanno effettuato gli interventi e le iniziative previste dal presente progetto in forma associata, utilizzando personale sociale, sanitario ed amministrativo appartenente ai vari enti, le sedi di lavoro dei Comuni e dell'Azienda e hanno concordato con il privato sociale della zona le iniziative da porre in essere.

#### Azione

Elenchi nominativi di:

- a. Utenti segnalati dai medici di famiglia in base all'Accordo regionale fra Direzione Generale del Diritto alla Salute, le Aziende sanitarie locali e le OO.SS. di medicina generale
- b. Utenti già in carico ai vari servizi di rete attivati nei 7 Comuni dell'area pratese già inseriti nel progetto Estate Anziani 2004
- c. Utenti in carico in ADP > 75 anni

Detti elenchi sono stati forniti al privato sociale per garantire l'intervento di sorveglianza attiva che si è realizzato in:

- a. Contatto telefonico con gli anziani segnalati dai medici di famiglia attraverso una linea telefonica Per i casi incarico ai servizi distrettuali, predisposizione di apposito piano di intervento, sulla base di apposito progetto personalizzato.

- b. Attivazione, in caso di necessità, di visite domiciliari per la verifica delle condizioni della persona da parte dei soggetti del terzo settore ed eventualmente informazione immediata al medico di famiglia e/o ai servizi distrettuali.
- c. Attivazione di tutte le necessarie modalità di informazione dell'attivazione del progetto, tramite la stampa di volantini da distribuirsi negli ambulatori dei medici di famiglia, negli uffici postali, nei distretti socio – sanitari, negli uffici delle circoscrizioni, nelle farmacie pubbliche e private. con particolare attenzione nell'organizzare tutte le informazioni relative ai servizi ed alle prestazioni fornite agli anziani: a tale scopo sono state utilizzate le URP della ASL 4 e dei Comuni dell'Area.

Si rileva inoltre le iniziative che la zona ha realizzato nel periodo estivo quali:

- Organizzazione di vacanze estive mirate per gli anziani in difficoltà e/o accesso temporaneo ai centri diurni esistenti.

Attualmente, e da diversi anni, gli anziani che vogliono passare un periodo di vacanza in località marine, montane o termali possono iscriversi ai soggiorni estivi organizzati dall'Assessorato Servizi Sociali del Comune di Prato e dai Servizi Sociali ASL 4 ( per gli altri Comuni della Provincia di Prato). La gestione dei soggiorni per l'anno 2005 è stata affidata all'Associazione AUSER VERDE ARGENTO, associazione di volontariato che opera nel settore della Terza Età, in rappresentanza di tutte le

altre organizzazioni che lavorano nello stesso ambito sul territorio pratese (AUSER, ANTEA, ADA e CUPLA). E' da segnalare, inoltre, che, finanziato dal piano di zona anno 2004, nella parte a budget, è attivo un progetto di vacanze per anziani inseriti in RR.SS.AA. e che, nei mesi di luglio ed agosto, sono attivi, da diversi anni, inserimenti temporanei estivi di anziani nelle RR.SS.AA a gestione diretta e convenzionate.

Si fa presente che il numero degli anziani ultrasessantacinquenni che vivono soli nella zona pratese sono circa il 23,86% del totale degli ultrasessantacinquenni della Provincia di Prato

- Da diversi anni, all'interno dei piani di zona, l'area pratese ha introdotto interventi ed iniziative atte a favorire il mantenimento a casa degli anziani soli con attivazione di una serie di iniziative, in tutti i comuni dell'area che riguardano:

Telespesa, Accompagnamento a strutture socio – sanitarie, pagamento bollettini presso la Posta, ritiro ricette, consegna farmaci a domicilio, appuntamenti e/ visite, ritiro analisi, telefono amico, somministrazione pasti in ospedale, telesoccorso, pasto caldo a domicilio, accompagnamento per ritiro pensione, pratiche per accesso a terapie e certificazioni, somministrazione pasti in RR.SS.AA, somministrazione pasti in strutture di ricovero anziani private, accompagnamento per necessità urgenti

Attualmente i servizi vengono effettuati, senza alcun costo a carico degli utenti, da una rete composta da soggetti del privato sociale che effettuano tutte le prestazioni sopra indicate per tutto l'anno.

Le finalità e obiettivi del progetto sono i seguenti:

- Consolidamento della rete di servizi mirati alla popolazione anziana, attraverso il raccordo di interventi già attivi sul territorio, offerti dall'Ente pubblico, dal volontariato e dall'associazionismo no-profit, rafforzando il coordinamento tra pubblico e privato sociale.
- Estensione della tutela sociale di soggetti deboli che si trovano in condizione di solitudine e/o rischio sociale;
- Mantenere l'anziano nel suo ambiente di vita.
- Individuazione degli anziani in condizione di possibile difficoltà ed a rischio salute

- Informazione da parte degli Enti sulle misure di prevenzione adottate
- Costruzione di una rete di “sorveglianza attiva”

#### **7.5.5 Dimissioni difficili**

E' attivo un protocollo operativo ospedale territorio per permettere la dimissione programmata di soggetti ospedalizzati che si trovano, per le loro condizioni socio sanitarie, nella condizione di non poter lasciare il nosocomio non sussistendo le condizioni di assistenza necessarie al proprio domicilio.

Il protocollo prevede la segnalazione del caso, su apposita scheda, alla articolazione territoriale di riferimento. Entro 48 ore dalla segnalazione il personale distrettuale, assistente sociale e infermiere, visitano il paziente in ospedale e formulano un piano assistenziale che può comprendere: il trasferimento a domicilio nel caso esistano le condizioni familiari, con un supporto socio sanitario, il ricovero in strutture socio sanitarie.