Società della Salute
ALTA VAL DI CECINA

CONSORZIO PUBBLICO tra:
Comuni di: Volterra, Pomarance, Montecatini VC, Castelnuovo VC e
Azienda USL n. 5 di Pisa

PIANO INTEGRATO DI SALUTE

della Zona
ALTA VAL DI CECINA

TRIENNIO 2006 - 2008

PIANO INTEGRATO DI SALUTE DELLA ZONA ALTA VAL DI CECINA

TRIENNIO 2006-2008

INDICE

PREMESSA

INTRODUZIONE

CAPITOLO I – GLI SCENARI DI RIFERIMENTO
- 1.1 I principi ispiratori: dalla Carta di Ottawa alla Carta per la Cittadinanza Sociale dell'Alta Val di Cecina.
- 1.2 Il contesto istituzionale e normativo
- 1.3 Gli strumenti di programmazione in materia di salute
- 1.4 Il nuovo strumento locale di programmazione integrata

CAPITOLO II - IL PIANO INTEGRATO DI SALUTE DELL'ALTA VAL DI CECINA
- 2.1 Struttura, contenuti
- 2.2 Il processo di costruzione
- 2.3 Gli attori
- 2.4 La partecipazione
- 2.5 Raccordo con altre programmazioni settoriali influenti sulla salute

CAPITOLO III - GLI STRUMENTI BASE PER LA CONOSCENZA DEI BISOGNI DI SALUTE
- 3.1 Profilo di Salute: una fotografia della comunità e del territorio
- 3.2 Immagine di Salute: i problemi di salute percepiti

CAPITOLO IV – LA PROGRAMMAZIONE
- 4.1 Le strategie della programmazione
- 4.2 Indicazioni per le priorità
- 4.3 Schemi di Programmazione: programmi di intervento e linee di progettazione

CAPITOLO V - LE RISORSE DISPONIBILI
- 5.1 Il Budget Virtuale: definizione e riferimenti normativi
- 5.2 Il Budget Virtuale 2006 della Società della Salute dell'Alta Val di Cecina

CAPITOLO VI – LA COMUNICAZIONE
- 6.1 Le strategie
- 6.2 Il Piano di Comunicazione

ALLEGATI

All. A - PROFILO DI SALUTE: Una fotografia della comunità e del territorio

All. B – IMMAGINE DI SALUTE: I problemi di salute percepiti

All. C – Schema di convenzione per la delega alla Azienda USL 5 di Pisa della gestione associata delle funzioni sociali della zona Alta Val di Cecina.

All. D – La Carta per la Cittadinanza Sociale della Zona Alta Val di Cecina

All. E – PROTOCOLLO DI INTESA con le Organizzazioni Sindacali

All.F – Schema di ACCORDO di PROGRAMMA fra Enti ed Istituzioni per l'attuazione del Piano Integrato di Salute

All. G – Schema di PATTO per la SALUTE sottoscritto dalla Società della Salute dell'Alta Val di Cecina e dalle Organizzazioni che partecipano alla realizzazione del PIS

All. H – Osservazioni e integrazioni sull'Immagine di Salute da parte degli organismi di partecipazione (Consulta terzo settore, Comitato di Partecipazione, Organizzazioni Sindacali)

All. I - Proposta di progetto operativo per la comunicazione

GLOSSARIO

PREMESSA

Il presente documento costituisce il Piano Integrato di Salute della zona Alta Val di Cecina.

Il Piano si riferisce, in linea generale, al triennio 2006-2008 e rappresenta la prima elaborazione di un nuovo strumento per il governo delle politiche per la salute in ambito locale.

Il documento sarà oggetto di modifiche e/o integrazioni alla luce sia dei futuri indirizzi regionali, con particolare riguardo al Piano Integrato Sociale Regionale, che al procedere dei lavori di sviluppo della progettazione.

Il documento è composto, dopo un breve inquadramento introduttivo dell'argomento, dai seguenti capitoli:

1. GLI SCENARI DI RIFERIMENTO
2. IL PIANO INTEGRATO DI SALUTE DELL'ALTA VAL DI CECINA
3. GLI STRUMENTI BASE PER LA CONOSCENZA DEI BISOGNI DI SALUTE
4. LA PROGRAMMAZIONE
5. LE RISORSE DISPONIBILI
6. LA COMUNICAZIONE

e da alcuni allegati.

Negli allegati vengono riportati, oltre che i testi dei documenti citati, gli schemi degli atti amministrativi attraverso i quali le organizzazioni interessate, sia pubbliche che del privato sociale, aderiscono e si impegnano ad attuare, per quanto di rispettiva competenza, la programmazione prevista dal Piano Integrato di Salute dell'Alta Val di Cecina.

I primi due capitoli descrivono in forma sintetica il nuovo strumento di programmazione integrata, i principi ispiratori ed il contesto istituzionale e normativo in cui si inserisce il Piano Integrato di Salute ed il percorso fatto in Alta Val di Cecina per arrivare alla sua definizione.

Nel terzo capitolo vengono riportati gli strumenti necessari all'analisi del contesto e dei bisogni, elaborati secondo le indicazioni regionali, e che costituiscono le basi conoscitive ed interpretative propedeutiche al percorso di programmazione, da implementarsi progressivamente con analisi più mirate in rapporto ad obiettivi specifici.

Nel quarto capitolo, in base alle strategie e alle indicazioni per l'individuazione delle priorità, sono rappresentanti gli schemi di programmazione triennale, che potranno essere successivamente aggiornati, sia in rapporto al procedere del processo di programmazione sia in relazione a nuove impostazioni concordate tra le tre diverse Società della Salute che insistono sull'Azienda USL n.5 di Pisa.

Gli ultimi due capitoli descrivono le risorse disponibili per la programmazione delle attività socio-assistenziali, socio-sanitarie e sanitarie territoriali della zona e la comunicazione, come elemento indispensabile per promuovere l'informazione, la condivisione e la partecipazione sul percorso intrapreso dalla zona Alta Val di Cecina con la sperimentazione della Società della Salute e per stimolare la riflessione sulla cultura del concetto di "salute".

INTRODUZIONE

Il Piano Integrato di Salute dell'Alta Val di Cecina, di seguito indicato più brevemente PIS, si inserisce in un quadro normativo in evoluzione, che disegna una modificazione profonda del sistema del welfare toscano.

La riforma costituzionale (L. n.3/2001), le leggi regionali 40 e 41 del 2005, il Piano Sanitario Regionale ed il Piano Integrato Sociale Regionale hanno delineato un sistema di welfare che ha come obiettivo quello di assicurare il diritto alla salute, intendendo come salute uno "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia".

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

In questo quadro viene affermata con chiarezza l'integrazione del sistema sanitario con gli altri settori del governo del territorio.

I cambiamenti sono così riconoscibili nei nuovi equilibri di potere tra la Regione e i Comuni: con molta più responsabilità dei Comuni, cercando nuovi equilibri tra scelte regionali e scelte locali. Il Comune si riconferma protagonista della tutela della salute e del benessere sociale.

In particolare infatti ad una popolazione che sta progressivamente invecchiando (per una diminuzione dei nuovi nati ed un allungamento degli anni di vita), con più malati cronici, con un disagio crescente e presente fin dall'infanzia, risponde oggi un assetto sociale individualista, una famiglia meno salda del passato, ritmi di vita sempre meno umani ed una minore capacità di far fronte come comunità ai bisogni di salute. Spesso, a questi bisogni si cercano risposte nei servizi, in modo univoco e non integrato, inducendo un aumento del numero di interventi che nella maggior parte dei casi non riescono a risolvere i problemi di fondo, ma che spesso destabilizzano ancora di più un sistema le cui risorse sono sempre più limitate.

La sfida che ci poniamo e alla quale vorremo rispondere con il nuovo strumento di programmazione integrata, deve da un lato affrontare i cambiamenti sopra descritti, anche riconsiderando i modelli sociali e produttivi e gli stili di vita che la società propone e dall'altro, deve promuovere ogni sforzo organizzativo che riduca gli effetti negativi dei fattori sopra descritti, avvicinandoli alle esigenze di questo nuovo contesto sociale e ai nuovi bisogni che esso induce e propone.

Tutelare la salute significa quindi impegnarci a progettare e realizzare gli interventi necessari a favorire il cambiamento di tali stili insieme a chi costruisce le strade, le case, a chi lavora nei settori dell'istruzione e dell'educazione, ai cittadini, alle famiglie e tutto il mondo associativo.

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

- coinvolgimento delle comunità locali, delle parti sociali e del terzo settore, nell'individuazione dei bisogni di salute e nel processo di programmazione;
- garanzia di qualità e di appropriatezza, dando risposte integrate e complesse da parte dei servizi;
- controllo e certezza dei costi, usando in modo appropriato le risorse disponibili, per riuscire ad assicurare un livello di salute equo ed universale;
- avvicinarsi ai cittadini con messaggi comprensibili, partendo dalla percezione che essi hanno della loro salute ed aiutandoli ad essere sempre più informati e capaci di scegliere liberamente di fronte ad aspettative ed offerte di ogni tipo.

La Società della Salute, quindi, come affermato dal Piano Sanitario Regionale, ha come fine istituzionale la salute ed il benessere sociale e non solo l'offerta delle prestazioni, e ha come

presupposto quello di favorire la partecipazione alle scelte in merito ai servizi socio-sanitari dei cittadini che attraverso le loro rappresentante istituzionali e associative ne fanno parte.

Per questo il PSR prevede che nell'ambito della sperimentazione, il comune non assume solo funzioni di programmazione e controllo, ma "compartecipa" ad un governo comune del territorio finalizzato ad obiettivi di salute e diviene a tutti gli effetti "cogestore" dei servizi socio-sanitari territoriali. Si intende così realizzare appieno l'integrazione sociale e sanitaria, e promuovere l'integrazione fra tutela dell'ambiente e tutela della salute.

"Fare sistema" deve diventare parola d'ordine della Società della Salute se questa nuova soluzione organizzativa vorrà diventare protagonista della tutela della salute e del benessere sociale. La Società della Salute deve costituire quindi una opportunità per raggiungere la massima espressione e realizzazione attraverso una vera partecipazione, e non a parole, e favorire il senso della comunità evitando che si ripropongono vecchi mai sopiti conflitti fra gli attori anche istituzionali. Ecco allora che una programmazione concertata e condivisa deve diventare non solo parte fondamentale del PIS, ma un elemento di garanzia per il cittadino-utente.

L'attività della Società della Salute è impostata utilizzando lo strumento dei Piani Integrati di Salute.

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

CAPITOLO I – GLI SCENARI DI RIFERIMENTO

1.1 I principi ispiratori: dalla Carta di Ottawa alla Carta per la Cittadinanza Sociale dell'Alta Val di Cecina.

Il Piano Integrato di Salute dell'Alta Val di Cecina ha come scenario ideale di riferimento i principi e gli obiettivi strategici indicati nella Carta di Ottawa e nelle Linee di Indirizzo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: al tempo stesso, mettendo a frutto il percorso avviato nel 2000 nell'ambito del progetto di sperimentazione regionale "La Carta per la Cittadinanza Sociale: un'opportunità per la comunità locale", il Piano riconferma le finalità perseguite dalla Carta per la Cittadinanza, facendo propri i principi ispiratori del welfare locale in essa contenuti.

Il punto centrale su cui si sviluppa tutta la strategia del Piano Integrato di Salute è il concetto di **salute** intesa come risultanza dell'azione complessa di molteplici fattori in grado di influenzarla: seguendo la definizione dell'OMS, la salute viene concepita come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o infermità". Questa definizione rimanda il concetto di salute alle tre dimensioni di cui si compone la vita degli individui: la dimensione fisica, la dimensione psichica e quella relazionale. E' nell'equilibrio e nella relazione tra queste tre dimensioni che il concetto di salute o benessere trova la sua massima espressione.

La salute dipende, quindi, da molti determinanti, gran parte dei quali sono condizionati da scelte economiche, ambientali, dall'organizzazione sociale complessiva, dall'integrazione sociale e culturale, ecc…

E' evidente, pertanto, che alla tutela della salute concorrono diversi sistemi oltre a quello sanitario: tutto ciò rende indispensabile l'interazione del PIS con gli strumenti di programmazione e di indirizzo locali e con quelli amministrativi relativi ad ambiti di intervento di competenza degli Enti Locali territoriali (sviluppo economico, ambiente, formazione, trasporti).

La Carta di Ottawa, inoltre, riprendendo con forza il concetto di salute promosso dall'OMS, ha auspicato un ruolo attivo dei cittadini nella promozione della salute, in modo da evitare la delega della tutela della salute al solo sistema sanitario: la comunità locale, pertanto, viene ad assumere un ruolo centrale nella definizione delle politiche per il benessere della collettività.

L'ambito territoriale, oltre che come ambiente in cui possono emergere disagi e in cui vivono cittadini che richiedono servizi in risposta ai loro bisogni, è considerato come realtà che mette a disposizione risorse, idee, percorsi di solidarietà e di inclusione sociale. I cittadini, pertanto, non sono concepiti solo come destinatari dei servizi, ma come protagonisti dello sviluppo locale, soggetti attivi da coinvolgere nella definizione del Piano Integrato di Salute.

La Zona Alta Val di Cecina, già negli anni passati, ha avviato percorsi consultivi e di concertazione volti a promuovere una partecipazione attiva della comunità locale.

Negli anni 2000-2001 ha partecipato alla prima sperimentazione regionale del progetto "La Carta per la Cittadinanza Sociale: un'opportunità per la Comunità Locale", avviando un percorso progettuale che ha molte affinità col percorso per la definizione del Piano Integrato di Salute: anche questa sperimentazione, infatti, aveva il proprio obiettivo centrale nella promozione di esperienze di cittadinanza attiva in vista della stipula di un "Patto" fra istituzioni e cittadini, nell'intento di ottenere un innalzamento della qualità della vita con il concorso di tutti i soggetti del territorio.

A monte di tale percorso, sono stati fissati quelli che possono essere ancora oggi considerati i "principi ispiratori del welfare locale", principi ancora validi e condivisi, che fissano diritti e doveri delle parti coinvolte e che definiscono le finalità delle politiche e dei servizi territoriali rivolti alla persona.

Tali principi, riportati di seguito, vengono assunti come guida anche dal presente Piano, riconoscendone l'attualità e la validità come punti di riferimento cui ispirarsi nelle strategie di programmazione.

1. Informazione e comunicazione

Gli utenti dovranno poter disporre di un unico punto di riferimento per l'accesso ai servizi alla persona.

Gli operatori devono rivolgersi agli utenti utilizzando un linguaggio semplice e comprensibile.

Le procedure e i regolamenti devono essere semplificati, trasparenti e accessibili agli utenti, così come devono essere chiari e comprensibili i diritti definiti come esigibili.

E' importante mettere i cittadini in condizione di verificare la qualità ed i risultati dei servizi. Questo principio risulta strategico per garantire un approccio corretto ai servizi specialmente verso i soggetti che più facilmente possono essere esclusi dai rapporti diretti.

La comunicazione e l'informazione sono compiti istituzionali per tutti gli operatori dei servizi e, pertanto, gli operatori devono ricevere una adeguata formazione per svolgere questa funzione e per verificarne gli esiti.

2. Umanizzazione

Il rapporto fra cittadini e servizi deve essere finalizzato a valorizzare la persona-utente nella sua individualità, al di sopra degli adempimenti burocratici che sono imposti dalla struttura e dalle esigenze delle procedure amministrative. I servizi devono essere in grado di creare con i cittadini un rapporto di reciproca fiducia: l'operatore del servizio deve essere un "alleato" e non percepito dai cittadini come un ostacolo alla risoluzione dei propri problemi.

3. Accessibilità e Territorio

Il principio dell'accessibilità presuppone la pari opportunità di accesso ai servizi (equità). Dobbiamo evitare che la domanda non espressa lasci un bisogno presente senza risposta: a tale scopo è necessario creare le condizioni affinché i punti di ascolto e di accoglienza agiscano in maniera coordinata.

La Carta della Cittadinanza rende indispensabile l'attenzione alla collocazione delle risposte in base alle specifiche caratteristiche della zona in cui queste devono essere erogate. Il principio deve consentire di accogliere tutte le istanze provenienti dal territorio così come si configura, permettendo sia l'avvicinamento dei servizi alla persona (decentramento), sia la caratterizzazione rispetto al contesto comunitario in cui vivono i cittadini (relazioni formali ed informali).

4. Tempestività

Si possono presentare bisogni che richiedono risposte immediate ed indifferibili (es. stati di abbandono, ecc.) ed altri che richiedono interventi tempestivi per garantire la non cronicizzazione dello stato di difficoltà e la promozione di condizioni di migliore autonomia possibile (libertà dal bisogno).

Talvolta le procedure per l'accesso ai servizi rallentano notevolmente la presa in carico del bisogno assistenziale con un inutile aumento dello stato di disagio. Si devono pertanto rendere possibili risposte rapide anche attraverso la messa a disposizione di risorse specifiche (economiche, professionali, strutturali).

5. Flessibilità

I rapidi mutamenti sociali impongono ai servizi la capacità di adeguarsi ai bisogni senza sclerotizzare risorse e prestazioni. Occorre, inoltre, che si perseguano modalità innovative di organizzazione e di sfruttamento della tecnologia come strumenti indispensabili anche nei servizi alla persona.

6. Integrazione

Il bisogno si esprime generalmente in forma complessa e richiede l'unificazione degli interventi mirati a soddisfarlo e l'incontro di responsabilità ai seguenti livelli: 1) Istituzionale fra i soggetti

pubblici titolari di funzioni; 2) Gestionale fra i soggetti sociali pubblici e privati che attuano servizi alla persona; 3) Professionale fra le competenze necessarie per garantire l'unitarietà della risposta . Queste forme di integrazione portano ad una presa in carico comunitaria dei problemi ed all'impegno di ricercare le risposte laddove i problemi stessi sorgono. In questo principio trova uno spazio determinante il Volontariato, sia per la produzione di servizi, sia per i valori che lo animano e che lo rendono protagonista nella cultura della solidarietà.

7. Partecipazione
Il rapporto fra cittadini ed istituzioni si sta rapidamente evolvendo ed agli erogatori di servizi viene richiesto dai cittadini e dalle loro formazioni sociali, un coinvolgimento sulle scelte da praticare e sulle modalità di soddisfare i bisogni. Occorre migliorare i canali della comunicazione, dell'ascolto, del dialogo, della concertazione tra Amministratori, operatori socio-sanitari e cittadini-utenti, in maniera da promuovere una cittadinanza attiva.

8. Efficienza – Efficacia – Qualità
Occorre che le risorse impiegate siano utilizzate in maniera oculata nel rispetto dei risultati che si intendono raggiungere e che inoltre si svolgano sistematiche verifiche sul rapporto prestazioni/risorse/esiti. Conseguentemente il lavoro dovrà essere articolato per progetti individualizzati, integrati e formalizzati con il coinvolgimento e la corresponsabilizzazione della famiglia, individuando altresì un referente del progetto.

9. Diritti esigibili e tutela
La Carta per la Cittadinanza deve prevedere livelli essenziali di servizi esigibili per tutti i cittadini superando le categorizzazioni (uguaglianza di prestazioni a parità di bisogno). Risulta necessario che la prestazione sia caratterizzata da un piano individualizzato di intervento. Questa modalità, infatti, consente di attivare un preciso percorso assistenziale con una presa in carico che responsabilizza l'Ente erogatore e che deve definire anche la responsabilità dell'operatore referente.
E' necessario che i cittadini, anche attraverso le proprie organizzazioni vengano messi in condizione di poter verificare la qualità dei servizi sulla base di chiari e predefiniti criteri di valutazione.

1.2 Il contesto istituzionale e normativo

Il Piano Sanitario Regionale 2005 – 2007 afferma che i sistemi socio-sanitario a carattere universalistico, nella loro generalità, stanno andando incontro a sfide di sostenibilità economica per l'effetto congiunto di tre fattori principali:

- L'aumento dei consumi sanitari dovuto principalmente al progressivo invecchiamento della popolazione e all'incremento di malati cronici
- La tendenza a medicalizzare tutte le problematiche di salute, che potrebbero trovare migliori risposte in altri ambiti di intervento
- L'utilizzo crescente di tecnologie sempre più avanzate e onerose nelle pratiche mediche.

La Regione, alla luce di tale valutazioni, ha sviluppato un'impostazione del modello toscano che vede da una parte il rafforzamento di logiche di razionalità economica con il rafforzamento dei Consorzi di Area Vasta e dall'altra lo sviluppo di processi di governo locale attraverso l'attribuzione alle zone socio-sanitarie di un ruolo e di una maggiore responsabilità nella programmazione dei servizi.

E' in questo contesto che si inseriscono le Società della Salute, e quindi i Piani Integrati di Salute, attraverso i quali potranno essere sviluppate efficaci politiche integrate per la salute, non

affidate esclusivamente al sistema sanitario, e quindi si spera possano essere affrontate e risolte gran parte delle criticità presenti nell'attuale sistema.

Il percorso di avvio dei Piani Integrati di Salute si inserisce nel quadro normativo di seguito elencato:

- **La L.R. 24 Febbraio 2005 n.40** "Disciplina del Servizio Sanitario Regionale" prevede all'articolo 21 che:
  - Comma 1."*Il piano integrato di salute, di seguito denominato PIS, è lo strumento partecipato di programmazione integrata delle politiche sociali e sanitarie a livello di zona distretto, che si coordina, attraverso i suoi progetti, con gli strumenti di programmazione e d'indirizzo locali e con gli strumenti amministrativi di competenza dei comuni nei settori che incidono sulle condizioni di benessere della popolazione*".
  - Comma 2. "*Nel caso di sperimentazione della Società della Salute di cui all'articolo 65, il PIS costituisce lo strumento unico di programmazione socio-sanitaria di zona-distretto*".
  - Comma 5. "*L'avvio del processo di realizzazione del PIS è determinato da un atto deliberativo dell'articolazione zonale della conferenza dei sindaci che sancisce l'accordo in merito con l'azienda unità sanitaria locale; l'accordo ha ad oggetto, in particolare, le risorse rese disponibili dagli enti locali e dalle aziende sanitarie; queste ultime quantificano tali risorse con riferimento al documento economico di cui all'articolo 120, comma 2*".
  - Comma 7. "*Il PIS è approvato dalla articolazione zonale della conferenza dei sindaci; nel caso di sperimentazione delle Società delle salute, la competenza all'avvio del processo e all'approvazione del PIS è attribuita all'organo di governo della medesima*".

- Parallelamente la **L.R 24 Febbraio 2005 n.41** " Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale", nell'art 36 "*sostiene ed incentiva forme innovative di gestione unitaria dei servizi sociali e sanitari denominate Società della Salute*" e, all'art 29 ribadisce che "*nel caso di sperimentazione delle società della salute, di cui all'articolo 65 della LR 40/2005,…il piano integrato di salute costituisce lo strumento unico di programmazione locale della zona-distretto*".

- La **deliberazione della Giunta Regionale n. 682 del 12 Luglio 2004**, in cui vengono individuati, tra gli elementi necessari del Piano Integrato di Salute, l'adozione di un primo Profilo di Salute e l'individuazione dei problemi, dei bisogni e delle opportunità del territorio, attraverso gli strumenti della partecipazione, ovvero l'Immagine di Salute.

- La **deliberazione 827 dell'8 Agosto 2005 della Regione Toscana** sulla "identificazione di percorsi di avvio del piano integrato di salute" che riassume i fattori indispensabili per l'avvio del processo e più in particolare:
  a. il principio di gradualità in ordine alla scelta di obiettivi di salute iniziali da sviluppare e potenziare nel tempo, con la finalità di promuovere la salute attraverso la programmazione di politiche settoriali integrate, secondo la disciplina recata dall'articolo 6 della richiamata L.R. 40/2005;
  b. Gli elementi minimali costitutivi del PIS;
  c. I raccordi con gli altri strumenti di programmazione locale nelle materie sanitarie e sociali territoriali, nonché con gli atti di programmazione esecutiva degli enti locali.

Sulla base di tali linee guida regionali, la Giunta della Società della Salute dell'Alta Val di Cecina, con deliberazione n. 11 del 25 luglio 2005 ha approvato gli indirizzi per la predisposizione del PIS, con cui si è avviata la fase di costruzione del medesimo.

L'atto di avvio, in coerenza con le indicazioni regionali e gli atti costitutivi della Società della Salute, contiene in particolare il percorso ed il metodo di lavoro scelto dalla zona Alta Val di

Cecina per la costruzione del PIS nonché le modalità di coinvolgimento e partecipazione dei soggetti istituzionali e sociali presenti nel territorio nonché dei rappresentanti della società civile locale, degli operatori e dei MMG e PLS.

Una volta definiti in tutti i loro aspetti i programmi di cui si compone il Piano, il presente documento unitario, in quanto atto fondamentale, deve essere sottoposto agli organismi di partecipazione del consorzio prima della sua approvazione definitiva da parte della Giunta.

1.3 Gli strumenti di programmazione in materia di salute

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

Livello regionale:

- Il programma regionale di sviluppo
- Il Piano Sanitario Regionale (PSR), in raccordo con il piano sanitario nazionale ed i relativi strumenti di attuazione (art. 18 LR 40/'05)
- Il Piano Integrato Sociale Regionale (PISR), in raccordo con il Piano Sanitario Regionale (art. 27. LR 41/'05)

L'Art. 18 comma 4 LR 40/'05 afferma che: *"La Regione opera per la progressiva unificazione delle disposizioni del PSR e del PISR, individuando le procedure per il coordinamento delle politiche socio-sanitarie con quelle degli altri settori regionali al fine di perseguire le politiche di cui all'articolo 6";*

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

Livello locale:

- I Piano Integrati di Salute (PIS)
- I Piano attuativi delle aziende sanitarie locali (PAL), articolati in programmi di attività per zona-distretto
- I Piani Attuativi delle Aziende Ospedaliere-Universitarie (PAO)
- I piani di zona (PdZ)

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

Il Piano Attuativo Locale (PAL) è lo strumento di programmazione con il quale le Aziende Unità Sanitarie Locali programmano le attività da svolgere recependo, per le attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, il PIS di zona-distretto (art. 22 comma 5 LR 40/'05).

Il Piano di zona (PdZ) è lo strumento della programmazione locale del sistema integrato ed è elaborato tenendo conto delle indicazioni e degli obiettivi contenuti nel Piano Integrato Sociale Regionale (art. 29 comma 1 LR 41/'05).

Nel caso di sperimentazione della Società della Salute il PIS costituisce lo strumento unico di programmazione socio-sanitaria di zona-distretto (art. 21 comma 2 LR 40/'05 e art. 29 comma 4 LR 41/'05).

I Piani Attuativi Ospedalieri (PAO), infine, costituiscono lo strumento con il quale le Aziende Ospedaliere-Universitarie programmano le attività di propria competenza (art.23 comma 1 LR 40/'05).

Il procedimento di formazione del PIS, formulato sulla base delle linee guida regionali sopra richiamate, tiene conto della programmazione e degli atti fondamentali di indirizzo regionali e comunali, prevedendo momenti di raccordo e forme di rapporto con gli altri enti pubblici interessati, con le organizzazioni di volontariato e le strutture del terzo settore.

Nel caso di sperimentazione della Società della Salute, la competenza all'avvio e all'approvazione del PIS è attribuita all'organo di governo della medesima (art. 21 comma 7 LR 40/'05).

1.4 Il nuovo strumento locale di programmazione integrata

Il Piano Integrato di Salute (PIS) rappresenta dunque il nuovo strumento locale di programmazione integrata a livello della zona-distretto e per le Società della Salute, espressione delle funzioni di governo delle stesse. Ha durata triennale e si attua attraverso programmi operativi annuali che ne possono anche costituire aggiornamento. Il PIS, una volta approvato, vincola per la sua realizzazione i successivi atti di programmazione dei soci afferenti il Consorzio della Società della Salute.

Il PIS è quindi lo strumento e il luogo centrale dove sono elaborate azioni di miglioramento per realizzare una strategia globale della salute per tutti.

La vera novità dei Piani Integrati di Salute è rappresentata proprio dal fatto che tutte le Istituzioni che potenzialmente hanno un ruolo nella promozione della salute, sono chiamate ad impegnarsi su un percorso comune e, per questo, dovranno trovare strumenti, modalità e linguaggi condivisi. Un ruolo molto importante può essere giocato anche dai cittadini che hanno la possibilità di partecipare a questo percorso sia come singoli che in forme associate: essi possono dare, infatti, un contributo essenziale nel mettere in luce i bisogni di salute della popolazione e, non da ultimo, adottando comportamenti che tutelano la salute propria ed altrui, astenendosi dall'uso di sostanze che minacciano la salute (fumo di tabacco, sostanze alcoliche e tossiche, sostanze stupefacenti; adottando una sana alimentazione in famiglia, praticando una costante attività fisica, ecc.; aiutando i più deboli, i portatori di disabilità, i malati, interessandosi degli emarginati).

Al fine di conferire al PIS l'efficacia necessaria, è indispensabile attuare la più ampia concertazione interistituzionale tra i diversi attori del sistema, con riferimento al potenziale impatto che le loro decisioni assumono sulla salute della Comunità: è importante dunque promuovere la massima partecipazione, informazione e decisione delle comunità locali ai processi decisionali che possono efficacemente realizzarsi potenziando l'integrazione settoriale anche attraverso il coordinamento delle risorse professionali, strumentali e finanziarie.

Per capire quanto sia importante l'impegno forte da parte di tutti, si può pensare a cosa succederebbe se, ad esempio, si provasse ad ideare un progetto per diminuire gli incidenti stradali

fondato unicamente sull'aumento del numero di pattuglie di vigili posti a controllare le strade e pronti a fare multe agli automobilisti imprudenti. Certo questa soluzione potrebbe avere qualche esito positivo, ma sicuramente non aiuterebbe molto a far diminuire la quantità degli incidenti che avvengono sulle strade: innanzitutto perché essa si limita ad una sola delle cause degli incidenti (l'imprudenza degli automobilisti) ma non modifica per niente tutte le altre (come le cattive condizioni della strada, l'eccessivo traffico, ecc.) e, in secondo luogo, perché è diretta solo a punire comportamenti scorretti senza assicurarne il miglioramento. Sono necessari invece contributi da più parti: le Aziende Sanitarie devono mettere a punto e diffondere dati sul rapporto tra stato psicofisico e incidenti stradali, le scuole guida devono insegnare ai futuri guidatori quali sono le fonti di rischio sulle strade, e, quali invece i modi per diminuire tale rischio, i singoli cittadini devono impegnarsi a utilizzare maggiormente i mezzi di trasporto pubblici, gli Enti Locali proprietari delle strade devono migliorare la viabilità e curare la manutenzione delle strade stesse, ecc.

Quindi progettare e realizzare un Piano Integrato di Salute è molto complesso ma sembra essere la risposta più adeguata ai processi innovativi posti in essere dalla Regione e dai Comuni.

CAPITOLO II - IL PIANO INTEGRATO DI SALUTE DELL'ALTA VAL DI CECINA

2.1 Struttura, contenuti

Secondo la delibera della Giunta regionale 827/2005 per le zone che sperimentano la Società della Salute, il PIS anche se in fase di avvio e di sviluppo graduale, deve contenere come elementi minimali costitutivi almeno i seguenti componenti:

- definizione di un primo Profilo di Salute;
- individuazione delle risorse complessive (Comuni, Regione e ASL) costituenti il budget di riferimento per questa fase della programmazione;
- individuazione dei problemi, dei bisogni e delle opportunità, attraverso gli strumenti della partecipazione;
- scelta delle priorità;
- definizione delle azioni;
- stesura dei programmi.

Il PIS basa la sua efficacia 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*". Dalla selezione e gerarchizzazione dei problemi e delle opportunità contenute nell'*Immagine di salute* si decidono le azioni di intervento e per ciascuna azione si definiscono poi uno o più progetti con obiettivi misurabili. Attuazione e valutazione dei risultati chiudono il ciclo programmatorio del PIS.

In coerenza alle indicazioni degli atti di programmazione regionali, la Giunta della Società della Salute dell'Alta Val di Cecina, con delibera n.11 del 25/07/2005 ha approvato l'Atto di indirizzo per la costruzione del Piano Integrato di Salute.

Il PIS dell'Alta Val di Cecina, come prodotto documentale, risulta composto dai seguenti elementi costitutivi, tra loro distinti ma coordinati e correlati:

- **Principi e criteri** ispiratori del sistema di welfare locale contenuti nella Carta per la Cittadinanza Sociale dell'Alta Val di Cecina;
- **Profilo di Salute**, una fotografia della comunità e del territorio, contenente dati oggettivi sui principali determinanti di salute individuati in ambito locale;
- **Immagine di Salute**, analisi critica e partecipata del Profilo, con evidenza delle coppie "problema-possibile soluzione" e "risorse-possibili sviluppi" presenti sul territorio;
- **Programmazione e linee di progettazione dei servizi**, contenente i programmi di azione per il raggiungimento di macro-obiettivi di salute misurabili;
- **Piano di Comunicazione**, cioè la strategia e le modalità per la diffusione di informazioni corrette, comprensibili, organizzate, tempestive, aggiornate ed accessibili da tutti i punti della rete locale.
- **Le risorse: budget virtuale,** dove sono indicati i bilanci di provenienza degli enti partecipanti alla gestione del PIS e quindi il budget di zona dell'Azienda USL 5 e le risorse messe a disposizione dai Comuni per le attività sociali.
- **Accordo di programma** con gli enti e le istituzioni disponibili per l'attuazione del Piano Integrato di Salute
- **Patto per la Salute della zona Alta Val di Cecina**, documento che impegna i singoli soggetti firmatari ad assumere i programmi ed i progetti previsti dal PIS ed i relativi oneri.

La stesura dei progetti operativi viene demandata alla fase successiva di realizzazione del PIS. Ovviamente i Progetti operativi, conseguenti e correlati alle azioni e obiettivi strategici contenuti nel PIS, dovranno indicare:

- un responsabile tecnico per la sua stesura e realizzazione;
- obiettivi generali e obiettivi operativi;
- le risorse tecnologiche, umane e finanziarie allocate e loro provenienza;
- le attività necessarie, la loro successione temporale, i risultati ottenuti, i soggetti realizzatori;
- il tipo e la scansione temporale delle verifiche in itinere;
- soggetti responsabili di eventuali atti amministrativi necessari al superamento di fase;
- modalità operative degli interventi, organizzate in un piano di lavoro che identifichi le fasi logiche e temporali delle attività;
- indicatori di valutazione del raggiungimento degli obietti

2.2 Il processo di costruzione

Nel presente paragrafo si intende fornire uno strumento di lettura e diffusione di quanto è stato fatto dalla Società della Salute dell'Alta Val di Cecina nell'intento di predisporre ed attuare il " primo tentativo" Piano Integrato di Salute.

Il percorso compiuto, le strategie e gli obiettivi indicati e definiti, impongono una visione schematica e riassuntiva d'insieme che permetta una lettura integrata di quanto destinato ad incidere sui diversi determinanti che influiscono sulla salute e sul benessere della popolazione dell'Alta Val di Cecina.

L'esperienza fin ora maturata ci permette di :

- migliorare le conoscenze sui fenomeni in essere e da affrontare;

- mettere a fuoco le cause che determinano disuguaglianze di salute e sofferenze;
- evidenziare e riassumere le azioni censite e intraprese per migliorare la situazione esistente.

L'obiettivo è di offrire molteplici possibilità di utilizzo: favorire l'adozione di politiche e di interventi atte a migliorare la salute dei cittadini interessati dai diversi fenomeni evidenziati; facilitare l'individuazione di priorità su cui destinare ulteriori risorse; migliorare il coordinamento dei soggetti che intervengono facilitando altresì le sinergie tra di essi ed evitando inutili sovrapposizioni; stimolare la partecipazione di quanti interessati a proporre azioni che siano dirette a raggiungere gli obiettivi programmati; descrivere succintamente quanto programmato fornendo così un quadro di riferimento su cui basare le verifiche di raggiungimento degli obiettivi prefissati.

L'obiettivo prioritario resta comunque quello di socializzare, con uno strumento facilmente leggibile ed utilizzabile; per questo, la definizione della realizzazione del PIS su questa zona è stata condivisa con assemblee pubbliche in ogni comune con tutti i soggetti presenti sul territorio in modo da creare, fin dall'inizio, una relazione diretta con i cittadini.

Gli incontri si sono svolti nel mese di luglio, rispettivamente:

- ✓ 15/07/2005: Comune di Montecatini V.C.;
- ✓ 18/07/2005: Comune di Volterra;
- ✓ 21/07/2005: Comune di Castelnuovo V.C.;
- ✓ 22/07/2005: Comune di Pomarance.

ed hanno rappresentato un primo importante momento di confronto con la cittadidanza, a cui è stato direttamente illustrato che cos'è la Società della Salute, quali sono le sue finalità e le modalità per raggiungerle ed è stato illustrata l'ipotesi di percorso per la costruzione del PIS.

Al fine di conferire al PIS l'efficacia necessaria, il percorso di partecipazione avviato dalla Società della Salute, è stato rispettato fedelmente in tutte le fasi di realizzazione del PIS stesso.

La realizzazione del PIS implica il compimento delle seguenti fasi:

1. Costruzione del PIS:
   - 1.1 elaborazione del Profilo di Salute e dell'Immagine di Salute, con individuazione dei problemi, dei bisogni e delle opportunità;
   - 1.2 scelta delle priorità;
   - 1.3 elaborazione del Piano: programmazione (definizione delle azioni);
2. Attuazione dei Programmi
   - 2.1. Progettazione (stesura dei progetti)
   - 2.2. Attuazione dei progetti
3. Monitoraggio e valutazione dei risultati

Fig.1 Fasi di realizzazione del PIS

Il percorso di costruzione del PIS si caratterizza, per la sua natura sperimentale e partecipata, come:
- **processo aperto** perché suscettibile di modifiche in corso d'opera, in relazione ai risultati ed ai problemi che andranno a formarsi;
- **processo sistematico** perché i diversi elementi che comporranno il PIS nella sua forma definitiva dovranno essere fra loro coerenti e coordinati.

Fase 1 - Costruzione del PIS

Fase 1.1: Elaborazione del Profilo e dell'Immagine di Salute con individuazione dei problemi, dei bisogni e delle opportunità

La prima fase ha avuto come obiettivo l'individuazione dei problemi, dei bisogni e delle opportunità che caratterizzano il territorio e la popolazione della zona Alta Val di Cecina; questa fase ha avuto una funzione generativa e, sulla validità delle sue conclusioni, poggia l'efficacia dell'intero processo di realizzazione del PIS.

Il Profilo di Salute rappresenta una fotografia della comunità e del territorio in quanto è la descrizione oggettiva del territorio e delle comunità dell'Alta Val di Cecina, È ripartito per aree tematiche comprendenti gli aspetti che influenzano maggiormente i determinanti di salute.

Il Profilo è stato elaborato dalla Segreteria Tecnica tramite il reperimento di dati e la loro rielaborazione. Con deliberazione del 5 Ottobre 2005 la Giunta della Società della Salute ha preso atto della prima stesura del Profilo di Salute che è stato successivamente presentato alle rappresentanze della partecipazione, allo Staff di Direzione e al Gruppo Tecnico di Coordinamento, appositamente costituito per seguire lo sviluppo dell'intero percorso per la costruzione del PIS.

Gli incontri si sono svolti con il seguente calendario:

- ✓ 12/10/2005: Presentazione alla Consulta del terzo settore e al Comitato di Partecipazione presso la Foresteria dell'Auxilium vitae –Volterra;
- ✓ 14/10/2005: Presentazione alle Organizzazioni Sindacali presso la Sala riunioni dell'Azienda Usl 5, Zona Alta Val di Cecina;
- ✓ 14/10/2005: Presentazione alla Conferenza dei Capigruppo presso la Sala riunioni dell'Azienda Usl 5, Zona Alta Val di Cecina;
- ✓ 14/10/2005: Presentazione allo Staff di Direzione presso la Sala riunioni dell'Azienda Usl 5, Zona Alta Val di Cecina;
- ✓ 14/10/2005: Presentazione al Gruppo Tecnico di Coordinamento presso la Sala riunioni dell'Azienda Usl 5, Zona Alta Val di Cecina.

Per integrare i dati oggettivi delineati nel Profilo di Salute, è stata realizzata una prima Immagine di Salute della Zona, che è sinteticamente riportata in un documento che costituisce, insieme al Profilo, un allegato del PIS.

L'Immagine di Salute è la percezione soggettiva che i cittadini hanno della loro qualità di vita, del loro stato di salute e di ciò che può influenzarlo. Ciò che soggettivamente viene ritenuto importante, non sempre coincide con l'opinione dei tecnici, ma, proprio perché il benessere e la qualità della vita riguardano principalmente la sfera della soggettività, "la parola alla cittadinanza" deve essere un elemento imprescindibile nella definizione delle principali linee di intervento. L'Immagine di Salute è stata quindi il risultato dell'analisi critica della situazione emersa dal Profilo di Salute ed è finalizzata alla costruzione di una mappa dettagliata delle risorse e delle criticità della zona, alla formulazione di proposte di risoluzione e di priorità di intervento per

singole aree tematiche. Rappresenta quindi un importante strumento a supporto della presa di decisione.

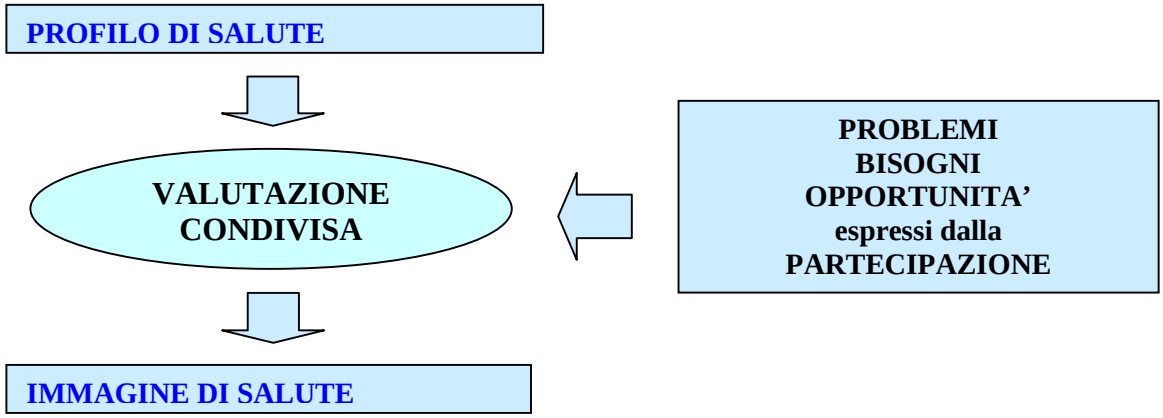


Fig.2 Processo di Costruzione dell'Immagine di Salute

Per la creazione dell'Immagine di Salute sono stati costituiti Gruppi Tecnici di Lavoro che hanno visto insieme tante figure eterogenee tra loro.

Chiaramente ciascun gruppo si è modellato ed ha previsto i propri membri con le opportune variazioni in funzione dell'area di lavoro a cui era dedicato.

Le aree tematiche proposte sono state tali da coprire tutte le categorie sociali, con particolare attenzione a quelle che presentano problematiche specifiche.

Il lavoro prodotto dai gruppi tecnici (2-3 incontri per area tematica), pur essendo realizzato in tempi rapidi, ha visto il coinvolgimento diretto di oltre 120 persone.

Successivamente il lavoro dei gruppi è stato confrontato e presentato sul territorio per recepire osservazioni e/o integrazioni attraverso consultazioni con i cittadini, secondo il seguente calendario:

- ✓ 02/12/2005: presentazione Profilo di Salute e lavoro svolto dai Gruppi sull'Immagine di Salute alla cittadinanza del Comune di Volterra;
- ✓ 05/12/2005: presentazione Profilo di Salute e lavoro svolto dai Gruppi sull'Immagine di Salute alla cittadinanza del Comune di Montecatini V.C;
- ✓ 07/12/2005: presentazione Profilo di Salute e lavoro svolto dai Gruppi sull'Immagine di Salute alla cittadinanza del Comune di Castelnuovo V.C;
- ✓ 12/12/2005: presentazione Profilo di Salute e lavoro svolto dai Gruppi sull'Immagine di Salute alla cittadinanza del Comune di Pomarance.

Si sono svolti anche incontri con i Capigruppo Consiliari e con i rappresentanti tecnici dell'Azienda USL e dei Comuni, dove sono stati forniti ulteriori importanti e preziosi contributi che hanno integrato il lavoro dei gruppi:

- ✓ 13/12/2005: Conferenza dei Capigruppo Consiliari a cui è stato presentato il lavoro dei Gruppi sull'Immagine di salute;
- ✓ 14/12/2005: Rappresentanti tecnici di Comuni e Azienda USL 5 a cui è stato presentato il lavoro dei Gruppi sull'Immagine di Salute;

Il 14/12/2005 è stato organizzato un incontro con i rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali, a cui è stato fornito, secondo gli accordi sottoscritti nel protocollo d'intesa, il documento relativo all'Immagine di Salute. Le stesse OO.SS, in data 26/01/2006, hanno presentato le proprie considerazioni e valutazioni: sostanzialmente è stata condivisa la rappresentazione delle problematiche di ordine socio-assistenziale della Val di Cecina nell'articolazione delle 7 aree tematiche, e anche la individuazione e la elencazione degli ambiti di intervento delle politiche per

l'integrazione socio-sanitaria, per una migliore informazione e accessibilità dei servizi per il cittadino e per l'integrazione dei MMG e PLS con l'assistenza domiciliare sociale e sanitaria.

Riguardo al Comitato di Partecipazione e alla Consulta del Terzo Settore, va detto che oltre al loro coinvolgimento nei Gruppi Tecnici di Lavoro, si sono realizzati altri due incontri, rispettivamente:

- ✓ il 21/11/2005: Consulta del Terzo Settore per presentare e discutere il lavoro dei Gruppi sull'Immagine di Salute.
- ✓ Il 6/12/2005: Comitato di Partecipazione per presentare e discutere il lavoro dei Gruppi sull'Immagine di Salute.

Il 16 Dicembre 2005, quando la Giunta ha preso atto del documento relativo all'Immagine di Salute, e sono state poste le basi per le fasi successive di realizzazione del PIS.

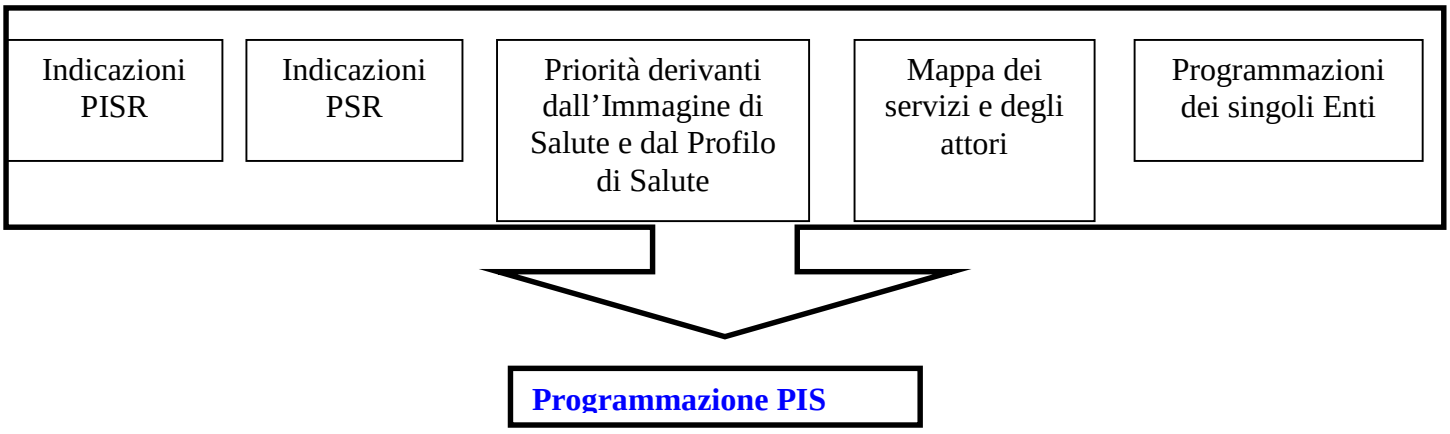
Fase 1.2: Scelta delle Priorità

La definizione delle priorità di intervento è compito della Giunta in quanto organo preposto all'attività di programmazione; tale scelta è effettuata sulla base delle indicazioni preliminari emerse dall'Immagine di Salute, tenuto conto anche delle linee programmatiche regionali.

Fase 1.3: Elaborazione del Piano: Programmazione (definizione delle azioni)

Questa fase vede la traduzione delle priorità in obiettivi di salute e questi poi in azioni articolate in uno o più programmi che verranno successivamente sviluppati in progetti operativi.

I programmi, nell'ambito dei necessari equilibri di bilancio, sono orientati a coordinare le risorse disponibili, coerentemente agli obiettivi di salute individuati.



Per questo, sulla base del lavoro svolto, la Società della Salute ha approvato le schede di programmazione propedeutiche per la progettazione futura.

2. *Attuazione dei Programmi*

Nella fase di attuazione si prevede prima di tutto di trasformare le linee di azione emerse dalla fase di programmazione in progetti operativi, che saranno orientati alla realizzazione degli interventi necessari a perseguire i singoli obiettivi previsti dai programmi di riferimento.

La progettazione potrà prevedere anche:

- tavoli di co-progettazione;
- bandi di progettazione**.**

Ogni progetto operativo dovrà contenere:
- un responsabile tecnico per la sua stesura e realizzazione;
- obiettivi generali e obiettivi operativi;
- le risorse tecnologiche, umane e finanziarie allocate e loro provenienza;
- le attività necessarie, la loro successione temporale, i risultati ottenuti, i soggetti realizzatori;
- il tipo e la scansione temporale delle verifiche in itinere;
- soggetti responsabili di eventuali atti amministrativi necessari al superamento di fase;
- modalità operative degli interventi, organizzate in un piano di lavoro che identifichi le fasi logiche e temporali delle attività;
- indicatori di valutazione del raggiungimento degli obiettivi.

Alla stesura seguirà quindi l'attuazione dei progetti che dovranno realizzare i programmi previsti per le azioni definite in fase di programmazione e quindi poter raggiungere gli obiettivi specifici di miglioramento di salute della popolazione previsti.

3. Monitoraggio e valutazione dei risultati

Il processo di valutazione avrà la finalità di accertare il grado di raggiungimento degli obiettivi specifici e la loro congruità con gli obiettivi di salute del PIS stesso.

Tale processo si realizzerà attraverso momenti di analisi tecnica dei risultati e delle modalità realizzative del PIS e anche attraverso una informazione ed una comunicazione diretta con la popolazione.

2.3 Gli attori

Gli attori coinvolti a vario titolo nel percorso di costruzione e attuazione del Piano Integrato di Salute dell'Alta Val di Cecina sono:

I Comuni

I Comuni di Castelnuovo Val di Cecina, Montecatini Val di Cecina, Pomarance e Volterra costituiscono, insieme alla Azienda USL n. 5, gli attori principali della Società della Salute dell'Alta Val di Cecina. Oltre alle competenze nelle attività sociali territoriali, che confluiscono nell'ambito del Consorzio, ai Comuni fanno capo le competenze relative all' urbanistica, all'ambiente, alla cultura, allo sport, alla casa, alla istruzione, alle attività commerciali, alla mobilità, alla polizia urbana ecc.

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

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

L'Azienda USL

L'Azienda USL n.5 è l'altro attore fondamentale della Società della Salute dell'Alta Val di Cecina. Oltre alle attività sanitarie territoriali che confluiscono nel campo del Consorzio, alla USL fanno capo le competenze relative alla prevenzione ed alla assistenza ospedaliera.

La Società della Salute concorda con il Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Unità Sanitaria Locale le modalità di integrazione delle attività del Dipartimento con il Piano Integrato di Salute, sulla base delle priorità individuate.

La Società della Salute, nell'esercitare la funzione di governo della domanda complessivamente espressa dal territorio, è chiamata a collegarsi alle attività sanitarie, socio-sanitarie e sociali non realizzate direttamente. In particolare provvede a definire, in riferimento agli obiettivi della propria programmazione e nel rispetto dei parametri e dei criteri definiti dalla programmazione regionale e locale (appropriatezza, linee guida, percorsi assistenziali), accordi con i presidi ospedalieri di riferimento finalizzati a:

- assicurare la continuità dei percorsi assistenziali;
- garantire l'integrazione nell'erogazione delle prestazioni e nell'organizzazione dei servizi ad alta integrazione socio-sanitaria;
- assicurare volumi e tipologie di prestazioni, in regime di ricovero e ambulatoriale, necessarie per il fabbisogno della zona;

La Società della Salute, inoltre, al fine di monitorare e governare l'andamento della domanda e dell'offerta dei servizi, provvede a stipulare accordi con i soggetti prescrittori ed erogatori delle prestazioni sanitarie e sociali (MMG, PLS, farmacie, Terzo Settore).

Resta ferma la competenza dell'Azienda Unità Sanitaria Locale sui rapporti contrattuali con gli Istituti di Ricovero accreditati.

La Provincia

La Provincia di Pisa è coinvolta per le materie di propria competenza, in particolare lavoro, formazione professionale, viabilità, trasporti e sviluppo economico.

In questo quadro assumono particolare importanza gli interventi di preformazione, di formazione e di integrazione lavorativa dei soggetti disabili e delle categorie svantaggiate: sempre in tema di azioni per l'integrazione dei soggetti disabili, è opportuno ricordare che è in atto un Accordo di Programma, promosso dalla Provincia stessa, che coinvolge tutti i Comuni del territorio, le USL presenti ed il Centro di Servizi Amministrativi, volto a promuovere l'integrazione scolastica.

E' inoltre da approfondire il tema della interrelazione fra i livelli di pianificazione provinciale su tematiche di impatto per i determinanti di salute (Piano Territoriale di Coordinamento Territoriale, Piano provinciale di gestione dei rifiuti, Gestione integrata della mobilità sull'area vasta, Patto per lo Sviluppo Locale ecc.).

La collaborazione con la Provincia è, inoltre, attiva per quanto attiene le relazioni con l'Osservatorio delle Politiche Sociali, partner privilegiato per l'elaborazione del Profilo di Salute della Zona: un importante supporto, infine, viene dalla Provincia rispetto al ruolo svolto nell'ambito della promozione del Terzo Settore e alla tenuta degli Albi Provinciali.

La Comunità Montana

La Comunità Montana Val di Cecina è coinvolta per le materie di propria competenza, attinenti, in particolare, lo sviluppo economico, la valorizzazione delle risorse ambientali, la difesa del suolo e la protezione dell'ambiente.

In questa ottica di promozione di uno sviluppo armonioso e globale del territorio, la Comunità Montana può dare un contributo importante nella programmazione di politiche per il benessere della collettività.

L'Università e CNR

L'Università e il CNR di Pisa costituiscono partner importanti della Società della Salute per il raggiungimento di obiettivi di salute.

Una forte base culturale, scientifica e universitaria, è necessaria per cogliere le opportunità che si aprono con l'avvio del Piano Integrato di Salute.

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

L'Arpat

Nell'ambito degli Obiettivi di Salute particolare importanza assumono quelli derivanti da azioni nei confronti dei determinanti ambientali.

In questo quadro gli obiettivi di salute che operano sui determinanti ambientali necessitano di un coinvolgimento in primo luogo degli attori dell'Amministrazione Comunale (Assessorato all'Ambiente) e dell'Azienda USL n.5 (Dipartimento della Prevenzione), per lo sviluppo delle politiche ambientali.

La Società della Salute intende promuovere accordi con l'ARPAT in particolare in relazione ai compiti dell'Agenzia relativamente a:

- supporto tecnico al Servizio Sanitario per le attività di prevenzione e controllo sulla tutela della salute della collettività;
- Sistema Informativo Regionale ambientale e sistemi di contabilità ambientale ed attività tecniche connesse all'ambiente, in relazione con il Profilo di Salute;
- effettuazione delle analisi di laboratorio di rilevo ambientale e di prevenzione sanitaria collettiva;
- informazione, educazione e formazione in campo ambientale, con particolare attenzione alle tematiche di particolare interesse per la salute.

L' Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "S.Chiara"

La L. 328/00 e il successivo D.L. 207/01 hanno riconsiderato profondamente il ruolo delle IPAB e la loro collocazione nel percorso socio-assistenziale del territorio.

La Regione Toscana con la legge n. 43/2004 recepisce e qualifica gli indirizzi normativi nazionali, insistendo su un ruolo attivo delle Aziende di Servizi alla Persona considerate parte integrante del sistema regionale integrato degli interventi e dei servizi sociali e come tali inserite fra gli attori che partecipano alla programmazione zonale. (vedi L.R. 43/04 art.12 "Partecipazione al sistema integrato dei servizi sociali" comma 1: "*L'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona fa parte del sistema regionale integrato degli interventi e dei servizi sociali e partecipa alla programmazione zonale*").

L'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

L'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) della Toscana, con funzioni di supporto e consulenza tecnico scientifica al Consiglio e alla Giunta regionale in materia di organizzazione e programmazione sanitaria si propone di fornire informazioni e strumenti a supporto della programmazione regionale, dei processi decisionali e di rinnovamento organizzativo di livello sia regionale che locale, dell'attività professionale degli operatori sanitari, promuovendo il continuo miglioramento della salute e della qualità degli interventi di prevenzione e dell'assistenza sanitaria per i cittadini della Regione. In questo quadro, l'Agenzia Regionale di Sanità rappresenta una risorsa fondamentale per la Società della Salute.

La comunità locale

La progettazione per obiettivi di salute ha la necessità di attivare tutte le risorse presenti nella comunità, di metterle "in rete" per rispondere ai bisogni e rafforzare le "opportunità" del territorio.

In questo senso va interpretato quanto previsto dalla Legge Regionale 41/2005 art.2 (comma 3):"*La Regione e gli enti locali, nell'ambito delle rispettive competenze, riconoscono e agevolano il ruolo che il volontariato, gli organismi della cooperazione sociale, le associazioni e gli altri soggetti privati senza scopo di lucro, operanti nel settore, svolgono nella organizzazione e nella gestione del sistema integrato*."
In questo quadro, nell'applicazione del principio di sussidiarietà, in un sistema fortemente ancorato alla dimensione locale dei bisogni, delle opportunità, delle risorse e delle risposte, la programmazione pubblica avverrà con il più ampio coinvolgimento della comunità locale, in un'ottica che non considera i cittadini solo come destinatari dei servizi, ma come protagonisti dello sviluppo locale, soggetti attivi da coinvolgere nella definizione del Piano Integrato di Salute.

Di seguito vengono descritte le forme più strutturate adottare dalla Società della Salute per assicurare il coinvolgimento della comunità locale.

2.4. La partecipazione

La Società della Salute dell'Alta Val di Cecina ha cercato e continuerà a favorire e promuovere la partecipazione attiva dei cittadini nei processi decisionali allo scopo di fornire risposte più efficaci ai bisogni e ai diritti delle persone e della comunità locale.

Le linee di indirizzo regionali e lo Statuto della Società della Salute designano infatti due organismi di partecipazione, la Consulta del Terzo Settore e il Comitato di Partecipazione, che permettono al mondo dell'associazionismo e a tutto il terzo settore di condividere le linee delle azioni pubbliche in campo socio-sanitario e integrare la pianificazione locale con le esperienze e le progettualità del tessuto associativo.

Inoltre, per favorire la massima partecipazione in Alta Val di Cecina, è stato previsto un ulteriore organismo partecipativo, la "Conferenza dei capigruppo", per la trattazione in via preliminare e consultiva dei principali atti (PIS, Bilancio, Relazione Annuale sullo Stato di Salute ecc..) e di tutti gli argomenti di particolare rilevanza. Per quanto riguarda infine le "Relazioni sindacali" è stato sottoscritto con le Organizzazioni Sindacali un protocollo di intesa, in base al quale, sono stati fissati impegni e specifici momenti di confronto e verifica sulla sperimentazione in atto.

Consulta del Terzo Settore

L'Articolo 25 dello Statuto della SdS prevede:

1. La "SdS AVC" favorisce e valorizza la massima partecipazione degli organismi non lucrativi di utilità sociale, degli organismi della cooperazione, delle associazioni e degli enti di promozione sociale, delle fondazioni e degli enti di patronato, delle organizzazioni di volontariato, degli enti riconosciuti delle confessioni religiose e delle istituzioni presenti nel proprio territorio e coinvolti, a vario titolo, nel campo dell'assistenza socio-sanitaria mediante la costituzione della Consulta del Terzo Settore.
2. La Consulta del Terzo Settore è composta da soggetti nominati della Giunta, rappresentativi degli organismi di cui al punto 1), che andranno a costituire i tavoli mediante i quali la "SdS AVC" organizza la partecipazione struttura ai propri processi di programmazione e di verifica dei risultati.
3. Nella logica di una governance sempre più orientata a raccogliere le istanze ed i contributi attivi della società civile, la Consulta partecipa alla definizione dei Piano Integrato di Salute, fin dalla fase di formazione degli indirizzi, nell'ambito delle direttive impartite dalla Giunta. La partecipazione si realizza in particolare attraverso l'attività di Tavoli di Concertazione, quali strumenti di consultazione e di confronto con carattere di continuità, nonché attraverso

riunioni plenarie finalizzate particolarmente alla graduazione dei bisogni settoriali ed all'integrazione delle politiche.

4. La consulta si dota di un proprio regolamento di funzionamento ed è chiamata a formulare un parere sui diversi aspetti del PIS prima della sua approvazione. Di tale parere viene tenuto conto in modo espresso nel PIS approvato, sia in caso di accoglimento che di rigetto delle eventuali proposte in esso contenute .
5. La partecipazione alla predisposizione del PIS non comporta né esclude il coinvolgimento nel PIS stesso, in qualità di erogatori di prestazioni e servizi, delle organizzazioni presenti nella Consulta. Le organizzazioni rappresentate in Consulta che partecipano con proprie risorse di valore significativo alla realizzazione della rete di interventi socio-sanitari hanno titolo per partecipare alle fasi di programmazione operativa secondo le modalità determinate nell'atto di indirizzo per la formazione del PIS.

La Consulta del Terzo Settore della SdS dell'Alta Val di Cecina risulta costituita da 48 Associazioni/Enti/Cooperative, nominate dalla Giunta con deliberazione n.13 del 19/09/2005, le cui candidature sono state raccolte attraverso uno specifico bando pubblico.

Le 48 componenti della Consulta sono così rappresentate: 6 soggetti della Cooperazione Sociale, 4 Associazioni Sportive, 10 Associazioni di Volontariato, 22 Associazioni di promozione sociale, culturale,….,l'Azienda dei servizi alla persona"Santa Chiara", l'"Istituto religioso "Sacro Cuore", la Fondazione Cassa di Risparmio di Volterra e 3 Istituti Scolastici Comprensivi della zona.

La Consulta della SdS dell'Alta Val di Cecina è dotata di un proprio Regolamento approvato con delibera n.20 del 16/12/2005 che ne disciplina l'organizzazione ed il funzionamento: ha nominato al suo interno il Presidente ed il Vice-Presidente con funzioni vicarie. Come previsto dal Regolamento la Consulta del Terzo Settore, nella seduta del 22 febbraio 2006, si è articolata in tavoli di concertazione che ricalcano sostanzialmente le 7 aree tematiche dell'Immagine di Salute.

I coordinatori di tali tavoli, insieme al Presidente, Vice-Presidente e 3 rappresentanti nel Gruppo Tecnico di Coordinamento, costituiscono il Coordinamento della Consulta che si riunisce periodicamente sulla base di obiettivi definiti, in base a quanto previsto nel regolamento stesso.

Comitato di Partecipazione

In base all'Articolo 26 dello Statuto:

1. Il Consorzio costituisce un organismo di partecipazione e consultazione denominato "Comitato di partecipazione" composto da membri nominati dalla Giunta tra i rappresentanti della comunità locale, espressione di soggetti della società rappresentativi dell'utenza, dell'associazionismo di tutela, delle organizzazioni di volontariato, purché non siano erogatori di prestazioni.
2. Il Comitato, che si dota di un proprio regolamento autonomo di funzionamento, elegge al proprio interno un Presidente con il compito, tra gli altri, di convocare le riunioni del Comitato medesimo.
3. Il Comitato, in particolare:
   - elabora e presenta alla Giunta proposte per la predisposizione degli atti di programmazione e di governo generale di sua competenza;
   - esprime pareri sulla qualità e quantità delle prestazioni erogate e sulla relativa rispondenza tra queste ed i bisogni dell'utenza, sull'efficacia delle informazioni fornite agli utenti, sul grado di integrazione socio-sanitaria del servizi resi e su ogni altra tematica attinente al rispetto dei diritti dei cittadini e alla loro dignità. In tale ambito esprime parere obbligatorio sia sulla bozza di PIS che sullo schema di relazione annuale della SdS AVC predisposti dal Direttore. Detti pareri potranno anche contenere

indicazioni e proposte di integrazione e modifica di tali documenti, nonché la proposta dl specifici progetti. La Giunta, qualora si discosti dal parere espresso dal Comitato di partecipazione, deve darne idonea motivazione nell'atto di approvazione;

- accede ai dati statistici di natura epidemiologica e di attività che costituiscono il quadro di riferimento degli interventi sanitari e sociali della zona-distretto e, su tali elementi, può richiedere specifiche analisi e approfondimenti al Direttore della SdS AVC;
- redige, anche formulando specifiche osservazioni e proposte, un proprio rapporto annuale sulla effettiva attuazione del PIS e sullo stato dei servizi locali, che trasmette agli organi di amministrazione della SdS AVC, alle istituzioni coinvolte e alle organizzazioni sindacali;
- può essere coinvolto attivamente nell'azione di governo della domanda, organizzando e/o partecipando a campagne di orientamento e sensibilizzazione della comunità locale;
- può chiedere di incontrare la Giunta per un confronto sulle politiche in atto.

E' attraverso tale organismo che i cittadini partecipano alla Società della Salute, beneficiando di un meccanismo di tutela che supera il tradizionale sconfinamento agli aspetti gestionali (nelle forme del reclamo e della rimostranza), per affermarsi anche nell'ambito della progettazione, della vigilanza e della verifica dei risultati, dell'accesso ai dati, ecc..

In seguito alle richieste di adesione al Comitato di Partecipazione pervenute tramite apposito bando pubblico, con deliberazione n.14 del 19/09/2005 la Giunta della SdS dell'Alta Val di Cecina, ha istituito il Comitato di Partecipazione che è composto da 13 organizzazioni, che nello specifico vedono coinvolti 5 rappresentanti delle Consulte presenti sul territorio, un rappresentante della Commissione Pari Opportunità, un rappresentante delle Associazioni di Categoria e 6 rappresentanti del mondo dell'Associazionismo.

Il Comitato di partecipazione della SdS dell'Alta Val di Cecina ha redatto un proprio Regolamento, approvato con deliberazione n.21 del 19/12/2005 che ne disciplina l'organizzazione e il funzionamento ed ha nominato un Presidente, che garantisce il buon andamento dei lavori, e un Vice-Presidente.

Conferenza dei Capigruppo

Secondo l'Articolo 26bis dello Statuto, "al fine di favorire la partecipazione degli organi consiliari dei comuni che partecipano al Consorzio, Il Presidente convoca la conferenza in cui tutti i capigruppo dei consigli dei comuni consorziati incontrano la Giunta della Società della Salute per la trattazione in via preliminare e consultiva dei seguenti argomenti:

- Piano integrato di salute;
- Bilancio di Previsione;
- Rendiconto della gestione;
- Relazione annuale sullo stato di salute.

La conferenza può essere convocata dal Presidente anche per la trattazione di altri argomenti giudicati dalla Giunta di particolare rilevanza.

Organizzazioni Sindacali

La Società della Salute ha stipulato un protocollo di intesa (Allegato C) con le rappresentanze dei sindacati confederali CGIL, CISL e UIL di cui la Giunta ha preso atto con delibera n.10 del 25/07/2005. Con tale protocollo si conviene di regolamentare il confronto sulle scelte e sugli indirizzi che la SdS provvederà ad adottare, nell'ambito delle proprie competenze.

Tale intesa risulta utile per dare attuazione a quanto previsto dallo Statuto e per definire le modalità del confronto e della verifica sull'attività di programmazione, data l'importanza delle

questioni da affrontare, riguardante il complesso dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari territoriali afferenti alla zona alta Val di Cecina.

2.4 Raccordo con altre programmazioni settoriali influenti sulla salute

Il Piano Integrato di Salute deve collocarsi in un quadro organico di scelte programmatiche e strategiche per la zona. Le scelte strategiche della zona devono diventare nei confronti della salute un tutto unico in cui ambiente, sviluppo, servizi, tempo libero, lavoro costituiscono insieme l'infrastrutturazione sociale del welfare della zona. Pertanto ad esempio dovrà esserci un raccordo tra gli obiettivi dei Piani Strutturali, in corso di predisposizione in alcuni comuni della zona, e le tematiche affrontate dal Piano Integrato di Salute

Molte importante sarà anche il collegamento con le programmazioni attuative a valle del PIS; è necessario quindi che sia i Comuni, nei propri piani di gestione, che l'Azienda Sanitaria, nel proprio Piano Attuativo Locale e nei budget di zona, riprendano in modo operativo le indicazioni emerse nel PIS.

CAPITOLO III - GLI STRUMENTI BASE PER LA CONOSCENZA DEI BISOGNI DI SALUTE

3.1 Profilo di Salute: una fotografia della comunità e del territorio

Come già detto, la salute di una comunità dipende da molteplici fattori spesso esterni all'organizzazione sanitaria (detti determinanti di salute). In particolare si tratta di fattori che definiscono le condizioni **soggettive** individuali (età, sesso e nazionalità), socio-economiche (istruzione, lavoro, pensioni, povertà) e legate agli stili di vita (alimentazione, attività fisica, fumo alcool, attività sessuale, uso dei farmaci) della popolazione e di fattori **oggettivi** ambientali (qualità di aria, acqua, suolo, altre forme di inquinamento) e connessi all'accesso ai servizi (sistema sanitario, servizio sociale, sistema scolastico, trasporti, attività ricreative).

Conoscere lo stato di salute della comunità è una attività complessa, ma estremamente importante in quanto consente agli attori sociali (amministratori, operatori dei Servizi, ecc.) di orientare appropriatamente le proprie azioni e di valutarne l'efficacia.

Il Profilo di Salute ha lo scopo di rispondere a questa esigenza conoscitiva e rappresenta una raccolta organizzata di dati epidemiologico-statistici di base, provenienti da fonti di varia natura, relativi ai diversi determinanti di salute che agiscono sulla comunità.

L'elaborazione del Profilo di Salute dell'Alta Val di Cecina è stata effettuata dalla Segreteria Tecnica tramite l'attivazione di un sistema di flussi informativi in grado di consentire la raccolta e l'integrazione tra le numerose fonti, molte delle quali non sanitarie. In questo senso, il Profilo di Salute può essere considerato come un primo esempio di rete integrata per la condivisione dei dati sui determinanti di salute.

I dati raccolti sono stati riorganizzati e talvolta rielaborati in modo da poter effettuare, quando possibile, confronti temporali (relativi generalmente al triennio 2002-2004) e spaziali (in particolare fra i territori di competenza della zona socio-sanitaria, della U.S.L. 5 e della Regione Toscana).

Laddove le elaborazioni effettuate hanno prodotto risultati di incerta interpretazione, sono stati interpellati i tecnici del singolo settore di competenza per avere spiegazioni in merito ai dubbi emersi.

La definizione del Profilo di Salute ha comportato quindi un grosso lavoro non esente da criticità fra le quali le principali sono state l'incompletezza, la qualità e l'integrabilità delle informazioni ottenute dalle fonti.

Per questo ci teniamo a sottolineare che il Profilo di Salute qui presentato vuole essere una prima rappresentazione della realtà e del terrtorio dell'Alta Val di Cecina e deve essere inteso come un documento dinamico in continuo aggiornamento; vista l'importanza che il quadro conoscitivo ricopre nei percorsi di programmazione, l'individuazione di modalità strutturate per l'integrazione del Profilo di Salute rappresenterà uno degli obiettivi del Piano Integrato di Salute**.**

3.2 Immagine di Salute: i problemi di salute percepiti

Secondo la Regione Toscana, 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 territorio e che siano poi accolte quelle soggettive, frutto dell'esperienza e della percezione di cui i soggetti della partecipazione sono portatori. Un quadro informativo siffatto, sintetico, integrato, connotato, dei problemi per la salute peculiari della zona può definirsi una Immagine di Salute della Zona.

L'Immagine di Salute rappresentata in questo documento è, quindi, in estrema sintesi, l'interpretazione dello stato di salute percepito dalla popolazione che vive nel territorio dell'Alta Val di Cecina. Il lavoro, pur essendo realizzato in tempi rapidi, ha visto il coinvolgimento diretto delle varie espressioni della comunità che hanno lavorato in gruppi di lavoro appositamente costituiti. di

Pur consapevoli che il lavoro non è esaustivo, esso costituisce una buona base su cui la Società della Salute dell'Alta Val di Cecina può sviluppare la programmazione delle attività per il prossimo triennio.

L'Immagine di Salute integra i dati oggetti rilevati nel Profilo di con informazioni relative "alla salute percepita" ossia cerca di rappresentare quali problemi di salute sono percepiti come maggiormente sentiti dalle persone che vivono in questo territorio.

La conoscenza dei problemi oggettivi sullo stato di salute (profilo) e di quelli percepiti dalla popolazione che vive sul territorio (immagine) costituiscono elementi essenziali del Piano Integrato di Salute.

La metodologia di lavoro seguita per la costruzione dell'Immagine di Salute dell'Alta Val di Cecina è stata quella di individuare 7 aree tematiche rappresentative di tutte le categorie sociali, con particolare attenzione a quelle che presentano problematiche specifiche:

1. Infanzia, adolescenza e famiglia
2. Disabilità
3. Salute Mentale
4. Dipendenze
5. Adulti e categorie a rischio di esclusione sociale
6. Anziani
7. Immigrazione.

Per ogni area tematica è stato costituito un gruppo di lavoro.

In ciascun gruppo erano rappresentati le diverse componenti del "sistema salute" in modo da integrare una visione strategica con una visione sul campo dei problemi. Ogni gruppo aveva il compito di individuare, per la tipologia di popolazione di riferimento, le problematiche di salute prioritarie ed emergenti sul territorio dell'Alta Val di Cecina.

Ogni gruppo tecnico era composto da:

Un rappresentante del Servizio Sanitario Territoriale
Un rappresentante del Servizio Sociale
Un rappresentante dei Dipartimenti interessati all'area di lavoro

Un medico di medicina generale o un pediatra
Un funzionario in rappresentanza di tutti i Comuni
Un amministratore in rappresentanza di tutti i Comuni
Un rappresentante della Provincia
Un rappresentante delle associazioni di categoria
Un rappresentante di altre istituzioni interessate all'area di lavoro
Fino a cinque rappresentanti della Consulta del Terzo Settore
Un rappresentante Comitato di Partecipazione
Un membro della Segreteria Tecnica

I risultati del lavoro dei 7 gruppi tecnici, integrato con le osservazioni emerse nelle consultazioni con i cittadini, con gli organi di partecipazione e con gli operatori degli enti aderenti al Consorzio, sono contenuti nell'allegato B). Mentre nell'allegato G) sono riportate le osservazioni e le integrazioni prodotte attraverso documenti scritti dagli organismi di partecipazione previsti nello statuto.

I contributi derivanti dall'Immagine di Salute completano quindi il quadro del Profilo di Salute e, insieme, consentono di raggiungere l'obiettivo di fondare la programmazione su una base di criticità e punti d forza delineati in maniera oggettiva ma anche partecipata e condivisa con un ampio numero di cittadini, testimoni del territorio.

Siamo tuttavia consapevoli che gli elementi del Profilo e dell'Immagine di Salute possono dare un quadro sicuramente sintetico e ancora imperfetto ma in ogni caso rappresentano una base di partenza attendibile e utile per ulteriori approfondimenti e linee di ricerca e per l'impostazione di un sistema di programmazione dei servizi maggiormente rispondente ai bisogni dei cittadini.

CAPITOLO IV – LA PROGRAMMAZIONE

4.1 Le strategie della programmazione

Con il PIS la Società della Salute dell'Alta Val di Cecina si pone degli obiettivi che intendono promuovere:

- una maggiore **integrazione fra i settori della programmazione** che si occupano delle varie categorie di "determinati della salute" dei cittadini;
- un **nuovo ruolo di governo integrato** per tutti gli interventi di sostegno alle persone (sociali, socio-sanitari e sanitari territoriali) in ambito zonale;
- un **pieno coinvolgimento dei cittadini e delle varie espressioni sociali**, attraverso il coinvolgimento del Terzo Settore (Volontariato, associazionismo, Cooperazione Sociale), dei rappresentanti dell'utenza e dei gruppi consiliari e la concertazione con le Organizzazioni Sindacali nelle modalità previsto dallo Statuto;
- una **programmazione unitaria e condivisa** che si orienti alla verifica dell'offerta, che si incroci con i bisogni rilevati, e consenta una valutazione di esito dei servizi, nonché la definizione degli obiettivi di salute e benessere individuati attraverso relazioni formali e sistematiche fra tutti coloro che si occupano delle azioni riconducibili ai vari determinati di salute;
- un modello di **impiego delle risorse** che sappia unire i punti di forza presenti nei Comuni e nell'Azienda USL e metta, allo stesso tempo, in luce i punti di debolezza per consentire una "mappatura delle disuguaglianze" e sia capace di orientare l'organizzazione al loro superamento, consentendo, attraverso una visione pienamente unitaria, il raggiungimento di una maggiore appropriatezza delle prestazioni e una razionalizzazione dell'uso delle risorse;

- la **valorizzazione di un nuovo approccio culturale** di tutti gli attori coinvolti, per orientare le azioni verso una integrale "promozione della salute" (benessere fisico, psichico e sociale dei cittadini) secondo i seguenti orientamenti:
    a) difendere la causa della salute dei cittadini affinché vengano modificati in senso favorevole i fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici che hanno influenza sulla salute
    b) mettere in grado le persone e la comunità di esprimere il loro massimo potenziale di salute
    c) costruire un patto mediando fra i diversi interessi della società, affinché la salute sia considerata un valore centrale da tutti i settori della società stessa.

4.2 Indicazioni per le priorità

Il processo di sviluppo del PIS segue il principio di gradualità nel triennio con le finalità di promuovere la salute attraverso la programmazione integrata di politiche settoriali, che fino ad oggi vedevano specifici percorsi e modalità programmatorie ,e che non attengono ai soli ambiti sanitario e sociale, bensì a tutte le tematiche che incidono sul benessere e sulla coesione sociale.

L'avvio graduale del PIS, come previsto dalle "Linee Guida per la realizzazione dei Piano Integrati di Salute" (del. GRT n. 682/'94) implica una fase nella quale il piano assume alcune tematiche come parte effettiva di programmazione, mentre altre attività, fanno ancora riferimento alla programmazione preesistente dell'Azienda USL e dei Comuni.

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

Il progressivo completamento del PIS avverrà con successivi atti di integrazione del medesimo.

Dall'esame dei dati emersi dalla prima stesura del Profilo di Salute e sulla base dei problemi, dei bisogni e delle opportunità espressi dal mondo della partecipazione sono stati individuati gli ambiti prioritari di intervento e gli obiettivi da raggiungere in questa prima fase di programmazione triennale.

I problemi da affrontare e la ricerca delle relative soluzioni ci ha portato a definire i programmi e le linee da cui scaturiranno specifici progetti.

E' evidente che il processo è dinamico per cui potrà essere necessario aggiornare la programmazione alla luce di nuovi bisogni o nuove indicazioni che potranno scaturire dalla programmazione regionale o da nuovi accordi con le altre Società della Salute.

Nello stesso tempo occorre prevederne la *sostenibilità economica* percui è evidente che i programmi di intervento che richiedono risorse aggiuntive potranno essere attuati solo dopo aver individuato le modalità di reperimento delle risorse necessarie, che potranno scaturire anche da processi di riconversione o riorganizzazione interna.

Pertanto, oltre a recepire pienamente le indicazioni del PSR e del PISR, la programmazione della Società della Salute dell'Alta Val di Cecina sarà orientata, oltre che a migliore governo della domanda e a un più efficiente sistema di servizi, verso un più strutturato e incisivo livello di integrazione tra i diversi soggetti, sia pubblici che del privato sociale, cercando di intervenire sulle categorie di popolazione più fragili o a rischio di esclusione sociale e a sostegno della famiglia, nelle sue varie fasi di evoluzione, in quanto uno dei pilastri essenziali del sistema.

4.2 Schemi di Programmazione: programmi di intervento e linee di progettazione

L'impostazione della programmazione è stata articolata per aree d'intervento, che ricalcano quelle individuate per l'Immagine di Salute e che corrispondono sostanzialmente ai soggetti portatori dei problemi di salute e che divengono i principali destinatari delle azioni. Pertanto le aree di programmazione sviluppate sono le seguenti:

- Area di interventi trasversali
- Infanzia, adolescenza e famiglia
- Disabilità
- Salute Mentale
- Dipendenze
- Adulti e categorie a rischio di esclusione sociale
- Anziani
- Immigrazione

Per ciascuna area vengono poi definiti i seguenti punti:

- ***Problema:*** dove si evidenziano le particolari criticità e problematiche emerse dall'esame del Profilo di Salute e/o dall'Immagine di Salute;
- ***Obiettivo di Salute:*** che esprime il fine che si auspica raggiungere attraverso la realizzazione delle azioni previste;
- ***Azioni:*** che individuano le "mosse" attraverso le quali articolare la programmazione per raggiungere quel dato obiettivo di salute e che vanno a risolvere il problema evidenziato. Ogni Azione a sua volta è composta da uno o più programmi di intervento.
- ***Programmi di intervento:*** che rappresentano l'insieme di attività che - se realizzate - forniscono un significativo contributo per la soluzione o il miglioramento del problema di salute.

Ogni programma di intervento è a sua volta strutturato prevedendo un obiettivo, che è specifico per il programma, una breve descrizione, i tempi necessari per la sua attuazione e i risultati attesi. Inoltre vengono evidenziati i progetti, già attivi o in corso di definizione, che possono avere una qualche relazione con il programma in questione, e i determinanti di salute che vengono ad essere migliorati con l'attuazione delle azioni previste dal programma medesimo. Infine ogni programma prevede la definizione di indicatori attraverso i quali misurare e verificare la realizzazione del medesimo nonché la tipologia di risorse necessarie e i soggetti interessati alla sua attuazione.

Sicuramente l'impostazione data presenta dei limiti e criticità, anche perché la realizzazione del processo di programmazione previsto dalle linee giuda regionali richiede un tempo di maturazione e radicamento territoriale più ampio di quanto fatto in questi mesi. Tuttavia è comunque un primo esempio di programmazione che cerca di sviluppare scelte e strategie nella organizzazione e progettazione degli interventi sempre più adeguate e appropriate ai bisogni di salute delle persone che vivono in Alta Val di Cecina.

AREA DI INTERVENTI TRASVERSALI

<table>
<tr><td colspan="2">PROBLEMA</td><td colspan="2">Si rileva la necessità di:
1. migliorare e strutturare le modalità di interazione tra:
▪ Servizi sociali e servizi sanitari
▪ Ospedale e territorio
▪ Medici di medicina generale e servizi
2. potenziare gli strumenti di comunicazione e tutela del cittadino
3. creare opportunità di trasporto per raggiungere i servizi che rispondano alle necessità delle fasce sociali più deboli</td></tr>
<tr><td colspan="2">OBIETTIVO DI SALUTE</td><td colspan="2">Migliorare l’accessibilità al sistema dei servizi</td></tr>
<tr><td>AZIONE</td><td>N.1</td><td colspan="2">Accesso</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">PROGRAMMA DI INTERVENTO N.1
Attivazione Punto Unico di Accesso (P.U.A.)</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="8"></td><td>Obiettivo</td><td>Facilitare l’accesso e la presa in carico delle persone che si rivolgono ai servizi sanitari, sociali, socio-sanitari e sanitari territoriali.</td></tr>
<tr><td>Descrizione Programma</td><td>Attivazione di uno sportello unico per la presa in carico del cittadino e per l’avvio di percorsi assistenziali appropriati.
Valorizzare il ruolo del MMG nella definizione del percorso assistenziale e come interfaccia fra cittadini/e e servizi.</td></tr>
<tr><td>Tempi</td><td>Fase di sperimentazione: 2006
A regime: 2007</td></tr>
<tr><td>Risultati attesi</td><td>1. garantire al cittadino un accesso immediato al percorso assistenziale evitando il “girovagare negli uffici dei diversi servizi sociali, sanitari e amministrativi
2. creazione delle condizioni per rendere operativa l’integrazione fra servizi territoriali e ospedalieri</td></tr>
<tr><td>Determinanti di Salute</td><td>Organizzazione del sistema dei servizi</td></tr>
<tr><td>Indicatori</td><td>Numero cittadini/e presi in carico con accesso al P.U.A. / Numero totale cittadini/e presi in carico nel periodo</td></tr>
<tr><td>Tipologia di Risorse</td><td>Azienda U.S.L. 5
Finanziamento specifico della Regione Toscana</td></tr>
<tr><td>AZIONE</td><td>N.2</td><td colspan="2">Informazione e comunicazione</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">PROGRAMMA DI INTERVENTO N.1
Piano di comunicazione</td></tr>
</table>

		Obiettivo	1. creare occasioni e modalità di comunicazione rivolte alla cittadinanza relative alla rete dei servizi 2. facilitare la tutela dei diritti dei/delle cittadini/e 3. elaborare strumenti che consentano la comunicazione interna fra gli operatori degli enti consorziati.
		Descrizione Programma	Creazione di strumenti informatici, cartacei, di confronto diretto e altri mezzi di comunicazione per potenziare ed integrare l'attuale sistema di comunicazione con particolare attenzione alle diversità linguistiche. Favorire una comunicazione efficace fra operatori e cittadini/e, anche attraverso la valorizzazione di punti informativi.
		Tempi	Triennio 2006-2008
		Risultati Attesi	Garantire un'informazione aggiornata e facilmente reperibile sui servizi, sulle modalità di accesso e sui diritti dei/delle cittadini/e e promuovere la cultura e la consapevolezza dell'operare per la "Salute"
		Determinanti di Salute	Organizzazione del sistema dei servizi
		Indicatori	Attivazione degli strumenti individuati
		Tipologia di Risorse	Azienda U.S.L. 5 Comuni Comunità Montana Società della Salute Regione Toscana
AZIONE	**N.3**	**Trasporti**	
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.1 **Trasporti per le categorie deboli**	
		Obiettivo	Favorire l'implementazione di un sistema di trasporti rivolto alle fasce deboli della popolazione per facilitare l'accesso ai servizi.
		Descrizione Programma	Attuare un'indagine conoscitiva sulla rete locale dei trasporti per razionalizzare l'esistente e valutare eventuali forme innovative.
		Tempi	Triennio 2006-2008
		Risultati Attesi	Superare le difficoltà di spostamento legate alle distanze, alle caratteristiche del territorio, al sistema viario e alla scarsa presenza di servizi di trasporto pubblico.
		Determinanti di Salute	Organizzazione del sistema dei servizi
		Indicatori	Numero cittadini/e che utilizzano il servizio
		Tipologia di Risorse	Regione Toscana Provincia di Pisa Comuni

		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.2 **Riordino servizio trasporti sociale e sanitario**	
		Obiettivo	Rendere maggiormente appropriato e uniforme il servizio di trasporto sociale e sanitario a livello zonale.
		Descrizione Programma	Predisporre un'indagine conoscitiva sui servizi di trasporto a carico dei servizi sociali gestiti dell'Azienda U.S.L. 5 e su quelli eventualmente attivati dai Comuni. Eventuale riformulazione di un regolamento per l'accesso al servizio con eventuale creazione di un coordinamento a livello territoriale. Attivare azioni per migliorare l'appropriatezza dei trasporti sanitari.
		Tempi	Triennio 2006-2008
		Risultati Attesi	Regolamentazione dei trasporti,'appropriatezza delle prestazioni e razionalizzazione delle risorse
		Determinanti di Salute	Organizzazione del sistema dei servizi
		Indicatori	
		Tipologia di Risorse	Azienda U.S.L. 5 Comuni Associazioni di Volontariato
AZIONE	**N.4**	**Barriere architettoniche e sensoriali**	
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.1 : **Accesso ai servizi per tutti e muoversi liberamente nella propria abitazione**	
		Obiettivo	1) Garantire a tutti/e i/le cittadini/e di muoversi liberamente nelle abitazioni private 2) Garantire a tutti/e i/le cittadini/e di poter accedere autonomamente ai servizi pubblici e agli esercizi privati di pubblica utilità.
		Descrizione Programma	1)Promuovere l'informazione per garantire l'applicazione della normativa vigente in materia di abbattimento delle barriere architettoniche. 2)Prevedere iniziative che favoriscono l'abbattimento delle barriere architettoniche dagli esercizi privati di pubblica utilità. 3)Prevedere una programmazione degli interventi di abbattimento delle barriere architettoniche per gli Enti Pubblici
		Tempi	Triennio 2006-2008
		Risultati Attesi	Maggiore autonomia di movimento dentro e al di fuori delle mura domestiche
		Determinanti di Salute	Socio-economici, organizzazione della rete dei servizi
		Indicatori	N. iniziative e/o interventi realizzati

	Tipologia di Risorse	Comuni Regione Toscana Terzo settore

PROBLEMA	La famiglia rappresenta l'anello debole della società e il nodo centrale verso cui dirigere i servizi e le azioni di sostegno. Dall'analisi del fenomeno è emerso: ▪ aumento di famiglie di piccole dimensioni ▪ aumento di famiglie monoparentali ▪ aumento di famiglie in carico al servizio sociale (con minori, disabili, anziani,…) ▪ crescenti difficoltà economiche per le famiglie, con particolare riferimento alle famiglie immigrate ▪ immaturità nella educazione dei figli e difficoltà dei genitori a trasmettere ai propri figli le certezze necessarie per la crescita ▪ tendenza all'isolamento e alla chiusura nell'affrontare i grandi problemi legati a disabilità, salute mentale e dipendenze. ▪ necessità di incrementare le attività di sostegno alla famiglia che permettano di conciliare le attività quotidiane con ritmi di vita frenetici. ▪ ricorso alle interruzioni volontarie di gravidanza	
OBIETTIVO DI SALUTE	**Miglioramento della qualità della vita e del benessere della famiglia**	
AZIONE N.1	**Prevenzione primaria e secondaria e sviluppo di competenze genitoriali**	
	PROGRAMMA DI INTERVENTO N.1 **Attività consultoriali e supporto alla famiglia**	
	Obiettivo	1. Promuovere e favorire le competenze della coppie, dei genitori e del sistema familiare. 2. Accompagnare e tutelare le donne nei percorsi di protezione a loro rivolti. 3. Potenziare l'attività di prevenzione per ridurre il ricorso alle IVG, con particolare attenzione alle donne immigrate. 4. Sostenere la famiglia in particolari situazioni di disagio

	Descrizione Programma	1. Ri-valorizzare il ruolo del consultorio familiare attraverso lo sviluppo di una strategia più articolata in favore della famiglia, della coppia e del singolo - visto il contesto di problematiche connesse al tessuto sociale: presenza consolidata di donne straniere, riduzione della natalità, procreazione in età avanzata, sterilità ecc.. - che preveda una equipe multiprofessionale e la strutturazione di percorsi di invio a servizi in un approccio che non sia esclusivamente sanitario ed ambulatoriale. E' fondamentale che il consultorio familiare abbia una connotazione fortemente orientata alla prevenzione, informazione ed educazione nelle seguenti aree: o Tutela della salute della donna e della maternità o Tutela del neonato, bambino ed adolescente o Valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari 2. Prevedere all'interno del consultorio un servizio di mediazione culturale rivolto alle donne straniere, in particolare per l'attività di prevenzione delle IVG. 3. Attivare sostegno e presa in carico con staff multi-professionale, dando particolare rilevanza all'aspetto psicologico e alla continuità ospedale-territorio, in relazione ad aborti spontanei e IVG 4. Elaborazione di un programma integrato di interventi di sostegno, consulenza e formazione per quelle famiglie che presentano al loro interno situazioni di disagio (disabilità, dipendenze, salute mentale, non autosufficienza, violenza intra-familiare). 5. Promozione dell'affidamento familiare per arricchire le risorse del territorio a supporto dei minori e delle famiglie in condizioni di temporanea difficoltà. 6. Ri-valorizzare il ruolo del consultorio adolescenti e favorire la percezione dello stesso come luogo familiare e informale. 7. Integrazione dei servizi socio-sanitari con gli sportelli CIC degli Ist. Scol. Superiori.

		Tempi	Triennio 2006-2008
		Risultati Attesi	Valorizzazione della prevenzione primaria orientata ad un incremento delle competenze educative delle famiglie, di una maggiore tutela della salute della donna e di una procreazione responsabile. Miglioramento della qualità della vita per le famiglie con situazioni di disagio
		Determinanti di Salute	Organizzazione del sistema dei servizi, Socio-economico, Ambientale
		Indicatori	Numero effettivo di cittadini/e che si rivolgono al servizio / numero potenziale soggetti coinvolti per ogni iniziativa promossa
		Tipologia di Risorse	Azienda U.S.L. 5 Comuni Istituzioni scolastiche
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.2: Sviluppo delle competenze genitoriali	
		Obiettivo	Rafforzare le competenze educative delle famiglie.
		Descrizione Programma	Predisporre un progetto organico di educazione familiare da sviluppare a due livelli: o Iniziative di sensibilizzazione e orientamento rivolte ai genitori (comunicazione genitori-figli, creazione di gruppi di condivisione fra genitori..) o Promozione di momenti di confronto fra scuole – famiglie - associazioni (sportive, volontariato..), al fine di condividere messaggi educativi comuni.
		Tempi	Triennio 2006-2008
		Risultati Attesi	Riduzione delle condizioni di disagio adolescenziale e della famiglia
		Determinati di Salute	Socio-economico, Ambientale
		Indicatori	Numero nuclei familiari coinvolti / numero nuclei familiari potenziali
		Tipologia di Risorse	Azienda USL 5 Comuni Istituti Scolastici Associazioni Sportive Associazioni di volontariato
AZIONE	**N.2**	**Sostegno economico e nelle attività quotidiane**	
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.1 Sostegno nelle attività quotidiane	
		Obiettivo	Fornire alle famiglie con genitori impegnati nel lavoro forme di sostegno all'espletamento delle attività quotidiane.

	Descrizione Programma	Programmazione di attività e servizi di sostegno ai genitori che prevedono ad esempio il mantenimento dei posti in asili nido e ludoteche e maggiore flessibilità nell'orario di accesso alle strutture con eventuale apertura anche ai bambini al di sotto dei 18 mesi, promozione di attività di sostegno extra-scolastico per ragazzi che hanno necessità di essere seguiti anche fuori dalla scuola (in particolare bambini immigrati), promozione dell'attività sportiva che prevedano la possibilità di armonizzare tempi e spazi per più membri della famiglia,…
	Tempi	Triennio 2006-2008
	Risultati Attesi	Permettere ai genitori di portare avanti le attività quotidiane garantendo loro un supporto per l'educazione dei figli.
	Determinanti di Salute	Socio-economico, Stili di Vita, Organizzazione del Sistema dei Servizi
	Indicatori	Numero di partecipanti ai progetti di sostegno attivati
	Tipologia di Risorse	Comuni Regione Toscana Terzo settore
	PROGRAMMA DI INTERVENTO N.2 **Sostegno economico**	
	Obiettivo	Fornire sostegno e agevolazioni economiche secondo criteri che perseguano la sostenibilità, l'adeguatezza e l'omogeneità a livello di zona.
	Descrizione Programma	Elaborazione di regolamenti che individuino criteri chiari e omogenei per l'erogazione dei contributi.
	Tempi	Triennio 2006-2008
	Risultati Attesi	Rispondere in modo più omogeneo alle richieste di sostegno delle famiglie che vivono situazioni di grave indigenza economica.
	Determinanti di Salute	Socio-economico
	Tipologia di Risorse	Azienda U.S.L. 5 (Settore Sociale) Comuni

PROBLEMA		▪ Si evidenzia una generale emergenza abitativa, spesso correlata a canoni di locazione elevati. Tale difficoltà è particolarmente evidente nei casi di specifiche categorie sociali come ex-detenuti, cittadini/e extra-comunitari, anziani e donne sole e/o separate con figli a carico. ▪ Emerge il problema della precarietà del lavoro legato alle odierne tipologie contrattuali e la difficoltà a realizzare inserimenti lavorativi per categorie deboli.	
OBIETTIVO DI SALUTE		**Promuovere condizioni per arginare forme di disagio e di esclusione sociale**	
AZIONE	**N.1**	**Casa**	
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.1 **Collocamento abitativo**	
		Obiettivo	Agevolare il collocamento abitativo, in particolare per le categorie a rischio di esclusione.
		Descrizione Programma	-Attivare strumenti per l'intermediazione abitativa e come punto di incontro fra domanda e offerta; -Favorire l'incremento dell'edilizia residenziale pubblica; -Favorire la realizzazione di appartamenti in proprietà indivisa; -Garantire nei piani strutturali la possibilità di costruire nuovi appartamenti privati; - Attivare forme di contratto concordato; -Attivare interventi volti a scoraggiare il fenomeno delle case sfitte.
		Tempi	Triennio 2006-2008
		Risultati attesi	Rispondere efficacemente al bisogno abitativo delle persone fragili
		Determinanti di Salute	Socio-economico
		Indicatori	Numero di collocazioni abitative / Numero delle richieste
		Tipologia di Risorse	Comuni Terzo Settore
AZIONE	**N.2**	**Lavoro**	
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.1 **Percorsi per il lavoro**	
		Obiettivo	Favorire l'inserimento lavorativo e l'occupazione delle categorie deboli attraverso la promozione di modalità di lavoro interistituzionali (Provincia/USL/Comuni ecc..). Favorire la risocializzazione, il trattamento e l'inserimento lavorativo dei detenuti attraverso la formazione professionale.

		Descrizione Programma	Creare forme di sinergia tra le istituzioni interessate (scuola, servizi, provincia, sindacati, associazioni di categoria) per favorire l'incontro tra domanda, offerta e formazione. Formare figure di "facilitatori" interne alle aziende. Promuovere la creazione di percorsi di studio e formazione professionale volti al reinserimento e alla risocializzazione del detenuto.
		Tempi	Triennio 2006-2008
		Risultati attesi	Reale inserimento lavorativo di persone fragili; effettivo inserimento lavorativo dei detenuti in regime di semilibertà (ex art.21), semiliberi o degli ex-detenuti. Restituire alla società il detenuto.
		Determinanti di Salute	Socio-economico, Organizzazione del Sistema dei Servizi, Stili di vita
		Indicatori	Numero di soggetti collocati / Numero totale delle richieste N. di soggetti coinvolti nei progetti attivati N. inserimenti lavorativi di detenuti, con diverso tipo di regime di detenzione, attivati nel territorio Grado di soddisfazione dei soggetti coinvolti. Grado di soddisfazione delle imprese che hanno effettuato l'inserimento
		Tipologia di Risorse	Azienda U.S.L. 5 Provincia di Pisa Terzo settore Comuni Ministero della Giustizia-Dipart.nto Amm.ne Penitenziaria Ministero Beni e Attività Culturali Regione Istituzioni scolastiche Carcere di Volterra Centro di Formazione Professionale Volterra
AZIONE	**N.3**	**Inclusione sociale**	
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.1 **Sviluppo delle reti**	
		Obiettivo	Sostenere e promuovere la solidarietà sociale
		Descrizione Programma	1.Attivare un'indagine conoscitiva sull'associazionismo della zona; 2.Sostenere le attività integrate del volontariato che rispondono a bisogni presenti sul territorio.
		Tempi	Triennio 2006-2008

	Risultati Attesi	Rendere maggiormente efficace la rete attiva di solidarietà di supporto a persone in situazione di difficoltà e disagio.
	Determinanti di Salute	Socio-economico
	Indicatori	Numero di progetti integrati attivati
	Tipologia di Risorse	Azienda U.S.L. 5 Terzo settore Comuni
	PROGRAMMA DI INTERVENTO N. 2 : Lotta al pregiudizio	
	Obiettivo	Combattere qualsiasi forma di pregiudizio nei confronti di coloro che vivono una situazione di sofferenza psichica (soggetti con problemi di salute mentale) e di disagio sociale (immigrati, ex-detenuti) con l'obiettivo di sviluppare l'integrazione e l'inclusione sociale. Promuovere un'educazione all'integrazione tesa a favorire la reciproca conoscenza.
	Descrizione del programma	Realizzazione di progetti specifici rivolti ai soggetti con problemi di salute mentale che, attraverso lo sviluppo di sinergie con il territorio e il coinvolgimento di molti/e cittadini/e, favoriscono la crescita della stima di sé, la creazione di legami con la socialità ma soprattutto evitino la cronicizzazione di giovani e adulti con disturbi psichici e nello stesso tempo permettano anche la prevenzione del disagio giovanile e un eventuale presa in carico precoce. Realizzazione di attività e iniziative con la collaborazione delle strutture professionali e associazioni presenti sul territorio (attività teatrali, sportive, scolastiche ecc.). Creazione di iniziative che portino ad una "apertura" del Carcere verso la comunità esterna.
	Tempi	Triennio 2006-2008
	Risultati attesi	Rendere i soggetti a rischio di esclusione sociale protagonisti attivi e inseriti nella società evitando ogni forma di assistenzialismo. Recuperare e inserire nella società i soggetti detenuti. Mettere a disposizione della comunità le attività artistiche e artigianali svolte all'interno dei vari progetti del carcere (teatro, sartoria, pittura, ecc.) Crescita culturale e civile della comunità.
	Determinanti di salute	Socio-economico, ambientale, accesso dei servizi, stili di vita
	Indicatori	N. cittadini/e coinvolti per ogni progetto

	Tipologia di risorse	Azienda USL n.5 Comuni Provincia Regione Fondazione CRVolterra Terzo settore (es: società sportive)

PROBLEMA	Gli stili di vita rappresentano uno degli aspetti più importanti per la salute di una comunità. Infatti si evidenziano: ▪ Problemi legati all'obesità con particolare riferimento ai bambini delle scuole dell'obbligo ▪ Aumento del consumo di alcolici e di sostanze stupefacenti fra gli adolescenti ▪ Scarsa consapevolezza della sessualità negli adolescenti ▪ Uso inappropriato dei farmaci ▪ Eccessiva sedentarietà degli adulti ▪ Elevato tasso di mortalità per incidenti stradali Inoltre dal Profilo di salute sono emerse alcune caratteristiche legate all'ambiente: ▪ Presenza di aree di elevato pregio ambientale ▪ Elevata percentuale di attività estrattive ▪ Siti in corso di bonifica ▪ Approfondimento degli effetti a lungo termine dell'idrogeno solforato e progetto AMIS ▪ Piani di gestione della risorsa idrica: valutazione relativa all'eccessivo sfruttamento degli acquiferi sotterranei ▪ Controllo sulle acque superficiali: Fiume Cecina ▪ Incrementare l'attività di sensibilizzazione per la raccolta differenza ▪ I Comuni di Pomarance e Castelnuovo V.C sono maggiormente interessate dalla presenza di linee elettriche	
OBIETTIVO DI SALUTE	**Promuovere salute**	
AZIONE **N.1**	**Prevenzione**	
	PROGRAMMA DI INTERVENTO N.1 : **Promuovere la crescita individuale e collettiva e corretti stili di vita**	
	Obiettivo	Promuovere nella comunità "benessere" e stili di vita sani

	Descrizione Programma	Attività di formazione e informazione progettata da gruppi di lavoro appositamente costituiti (es. alimentazione, fumo, alcool, uso corretto di farmaci, guida sicura, ecc…); in particolare per l'alcol prevedere azioni di coinvolgimento degli esercenti addetti alla vendita di alcolici e superalcolici. Creazione di un portale rivolto agli adolescenti per la prevenzione del consumo di alcool e stupefacenti; campagne di educazione alimentare; completamento dell'indagine sull'obesità a tutte le scuole dell'Alta Val di Cecina; sviluppo territoriale dei centri anti-fumo; promozione dell'attività sportiva in tutte le età anche prevedendo la possibilità di armonizzare tempi e spazi per più membri della famiglia. Prevedere iniziative di sensibilizzazione verso problematiche spesso sommerse legate ai disturbi dell'alimentazione (bulimia e anoressia). Promuovere percorsi integrati tra la scuola e i servizi per la prevenzione e l'educazione alla salute. Valorizzazione delle attività culturali, sociali ed educative orientate a favorire la crescita individuale e collettiva.
	Tempi	Triennio 2006-2008
	Risultati Attesi	Sviluppare nelle persone la consapevolezza dell'importanza di abitudini di vita sane e l'adozione di comportamenti conformi a tali abitudini.
	Determinanti di Salute	Stili di vita
	Indicatori	Numero di iniziative/progetti promossi
	Tipologia di Risorse	Azienda U.S.L. 5 (U.O. Educazione Sanitaria, MMG e PLS, SerT, Dip. Prevenzione, Dip. Farmaco, Consultori, Dip. Salute Mentale) Scuole Provincia (Consulta Provinciale Dipendenze) Terzo Settore
	PROGRAMMA DI INTERVENTO N.2: **Promozione dell' Ambiente (naturale, culturale e sociale)**	
	Obiettivo	1. Promuovere uno sviluppo sostenibile e il rispetto dell'ambiente nella sua interezza. 2. Valorizzare la ruralità caratteristica del nostro territorio e le tradizioni ad essa correlate.

		Descrizione Programma	1. Promuovere la diffusione dell' educazione ambientale nella dimensione ecologica. 2. Diffondere la conoscenza dell'attività svolta all'interno dei centri polivalenti (L'Agresto, Le Spighe, …)
		Tempi	Triennio 2006-2008
		Risultati attesi	Creare la consapevolezza dell'importanza dell'ambiente nel miglioramento della qualità della vita.
		Determinati di Salute	Ambientale
		Indicatori	
		Tipologia di Risorse	Comuni Comunità Montana Azienda U.S.L. 5 (Servizio Sociale, Dip. Prevenzione) Terzo Settore
AZIONE	**N.2**	**Monitoraggio dei determinati e degli stati di salute**	
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.1: **Sviluppo Profilo di Salute**	
		Obiettivo	Implementare attraverso rilevazioni finalizzate il Profilo e l'Immagine di Salute dell'Alta Val di Cecina
		Descrizione Programma	Sviluppo di analisi ed indagini epidemiologiche
		Tempi	Triennio 2006-2008
		Risultati Attesi	Maggiore disponibilità di dati oggettivi per adeguare la programmazione dei servizi ai bisogni specifici di salute del particolare contesto territoriale
		Determinanti di Salute	
		Indicatori	N. indagini di approfondimento attivate
		Tipologia di Risorse	Azienda U.S.L. 5 (U.O. Epidemiologia e Sistema Informativo, Dip.Prevenzione) Comuni Provincia ARPAT Agenzia Regionale di Sanità

OBIETTIVO DI SALUTE		**Promuovere nella comunità un'azione di conoscenza e sensibilizzazione verso la malattia mentale**
AZIONE	**N.1**	**Valorizzazione e recupero del patrimonio storico culturale e scientifico dell' Ex. Ospedale Psichiatrico di Volterra**
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.1 : **Creazione di un Centro di Documentazione sulla storia della sanità Volterrana**

	Obiettivo	Realizzare una testimonianza di una particolare fase storica della sanità volterrana riconoscendone il valore formativo per le generazioni future e che consenta di acquisire una maggiore conoscenza e consapevolezza ai ragazzi sulla salute mentale e sulle condizioni di disagio psichico.
	Descrizione Programma	Messa a punto di una proposta progettuale, attraverso il coinvolgimento, oltre che di soggetti e delle istituzioni locali, di specifiche competenze, anche in stretto raccordo con l'Università e gli Istituti di ricerca nazionali e internazionali e la Commissione Tecnica di Area Vasta. Il progetto deve prevedere la catalogazione e studio della documentazione storica esistente (anche attraverso l'istituzione di apposite borse di studio) e la promozione di iniziative di divulgazione della cultura scientifica, in un quadro di evoluzione storica, rivolta agli operatori, ai/alle cittadini/e e al mondo della scuola. Il progetto dovrà contenere anche modalità, oltre che per la realizzazione, anche per la gestione delle iniziative previste.
	Tempi	Triennio 2006-2008
	Risultati attesi	Rendere fruibile il patrimonio culturale sulla presenza dell'Ex Ospedale Psichiatrico di Volterra
	Determinati di Salute	Ambientale (ambiente culturale)
	Indicatori	Realizzazione delle iniziative previste nel programma
	Tipologia di Risorse	Azienda USL 5 Regione Toscana Comuni Fondazioni e altri soggetti pubblici e/o privati

INFANZIA, ADOLESCENZA e FAMIGLIA

Dal Profilo di Salute emerge che la zona dell'Alta Val di Cecina si caratterizza per:

- ✓ Una bassa natalità;
- ✓ Progressiva riduzione della popolazione tra 0 e anni, con conseguente riduzione del numero di iscritti sia alle scuole dell'obbligo che alle scuole secondarie di secondo livello

PROBLEMA		▪ Stili di vita inappropriati: alimentazione e ritmi frenetici ▪ Aumento del consumo di alcolici e di sostanze stupefacenti fra gli adolescenti ▪ Scarsa consapevolezza della sessualità negli adolescenti
OBIETTIVO DI SALUTE		**Promuovere la salute**
AZIONE	**N.1**	**Cfr. "Prevenzione – Corretti stili di vita" area di interventi trasversali**

PROBLEMA		La famiglia rappresenta l'anello debole della società e il nodo centrale verso cui dirigere i servizi e le azioni di sostegno. Fra i principali problemi rilevati si evidenziano: ▪ aumento famiglie monoparentali ▪ aumento di famiglie in carico al servizio sociale (con minori, disabili, anziani,…) ▪ difficoltà economica per le famiglie con particolare riferimento alle famiglie immigrate ▪ immaturità nella educazione dei figli e difficoltà dei genitori a trasmettere ai propri figli le certezze necessarie per la crescita ▪ tendenza all'isolamento e alla chiusura nell'affrontare i grandi problemi legati a disabilità, salute mentale e dipendenze.
OBIETTIVO DI SALUTE		**Miglioramento qualità della vita e del benessere della famiglia**
AZIONE	**N.1**	**Cfr. "Prevenzione primaria e secondaria e sviluppo competenze genitoriali" area di interventi trasversali**

<table>
<tr><td colspan="2">PROBLEMA</td><td colspan="2">Fra i problemi che interessano l’infanzia, l’adolescenza e la realtà giovanile si evidenziano in particolare:
l’assenza di servizi per bambini al di sotto dei 18 mesi
insufficiente disponibilità di posti negli asili nido
carenza di luoghi e attività per l’aggregazione giovanile
incapacità dei giovani di essere protagonisti delle scelte che li riguardano.
carenza di opportunità formative adeguate alle risorse e alle nuove opportunità offerte dal territorio, che soddisfino i nuovi interessi e le esigenze dei giovani in età scolare.</td></tr>
<tr><td colspan="2">OBIETTIVO DI SALUTE</td><td colspan="2">Far crescere meglio</td></tr>
<tr><td>AZIONE</td><td>N.1</td><td colspan="2">Cfr. “Sostegno economico e nelle attività quotidiane” area di interventi trasversali</td></tr>
<tr><td>AZIONE</td><td>N.2</td><td colspan="2">Promuovere opportunità per un completo sviluppo di crescita nell’età evolutiva e favorire il protagonismo dei giovani come soggetti attivi della società</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">PROGRAMMA DI INTERVENTO N.1 :
Favorire e sostenere le aggregazioni giovanili e i servizi per i giovani.</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="8"></td><td>Obiettivo</td><td>Creare le condizioni ambientali, culturali e sociali per far crescere meglio i giovani</td></tr>
<tr><td>Descrizione Programma</td><td>-Favorire le aggregazioni giovanili, anche informali
-Messa a disposizione di spazi per i giovani
-Sostenere quelle aggregazioni giovanili, anche informali, che condividono interessi specifici e che valorizzano il tempo libero
-Incentivare l’informazione, l’orientamento scolastico e lavorativo e la cittadinanza attiva dei giovani.</td></tr>
<tr><td>Tempi</td><td>Triennio 2006-2008</td></tr>
<tr><td>Risultati Attesi</td><td>Disporre di spazi diversi dai bar per i giovani anche attraverso il supporto del volontariato e/o di figure professionali specializzate nel campo giovanile.</td></tr>
<tr><td>Determinati di Salute</td><td>Socio-economico, Stile di vita, Ambientale</td></tr>
<tr><td>Indicatori</td><td>N° spazi e aggregazioni giovanili presenti</td></tr>
<tr><td>Tipologia di Risorse</td><td>Comuni.
Istituzioni Scolastiche
Terzo Settore</td></tr>
<tr><td>AZIONE</td><td>N. 3</td><td colspan="2">Adeguare l’offerta formativa del territorio</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">PROGRAMMA DI INTERVENTO N.1:
Definizione di nuovi percorsi formativi</td></tr>
</table>

	Obiettivo	Favorire la formazione dei giovani in funzione delle opportunità offerte dal territorio
	Descrizione Programma	Promuovere e favorire nuove opportunità formative (turismo, energie rinnovabili, agricoltura, sanità, beni culturali….) coinvolgendo le Istituzioni scolastiche e la Formazione professionale.
	Tempi	Triennio 2006-2008
	Risultati Attesi	Favorire la permanenza scolastica e lavorativa dei giovani sul territorio
	Determinati di Salute	Socio Economico – Organizzazione del Sistema dei Servizi
	Indicatori	N. di studenti che frequentano le scuole superiori del territorio N. di frequentanti i corsi di Formazione professionale Attività imprenditoriali attivate da giovani sul territorio. Grado di soddisfazione dei soggetti Presenza dei giovani nel tessuto economico del territorio
	Tipologia di Risorse	Istituti scolastici Università Centro di formazione professionale Comuni

PROBLEMA		Emergono alcune criticità per quanto riguarda l'assistenza sanitaria di base e specialistica per l'infanzia. In particolare: ▪ Poca soddisfazione, in alcuni casi, dei/delle cittadini/e per l'assistenza pediatrica di base, per la presenza di un unico PLS ▪ incremento degli accessi al servizio di Salute Mentale Infanzia Adolescenza ▪ carenza di attività di prevenzione secondaria per alcune patologie e disturbi del comportamento ▪ necessità di una maggiore stabilità e continuità del personale specialistico (NPI)	
OBIETTIVO DI SALUTE		**Migliorare l'offerta dei servizi di assistenza sanitaria di base e specialistica per l'infanzia e l'adolescenza**	
AZIONE	**N.1**	**Integrazione dei servizi**	
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.1 : **Integrazione PLS – MMG - specialisti ospedalieri**	
		Obiettivo	Miglioramento della qualità dell'assistenza

	Descrizione Programma	Definizione di percorsi integrati fra PLS, MMG e pediatri ospedalieri e attivazione di protocolli di lavoro comuni anche attraverso l'attivazione di soluzioni specifiche per la zona, data la sua peculiarità.
	Tempi	2006
	Risultati Attesi	Incrementare la soddisfazione dei/delle cittadini/e
	Determinanti di Salute	Organizzazione del sistema dei servizi
	Indicatori	Riduzione del numero di segnalazioni da parte dei/delle cittadini/e.
	Tipologia di Risorse	Azienda U.S.L. 5 Regione Toscana
	PROGRAMMA DI INTERVENTO N.2: **Prevenzione secondaria per patologie e disturbi del comportamento**	
	Obiettivo	Riduzione del grado di disabilità e del carico assistenziale a lungo termine
	Descrizione Programma	Definizione di percorsi integrati fra U.F.S.M.I.A. PLS, MMG, pediatri ospedalieri e servizi sociali e attivazione di protocolli di lavoro
	Tempi	Triennio 2006-2008
	Risultati Attesi	Presa in carico precoce dell'utenza
	Determinanti di Salute	Organizzazione del sistema dei servizi
	Indicatori	Numero di cittadini/e presi in carico precocemente/Numero cittadini/e che hanno avuto contatti con il servizio
	Tipologia di Risorse	Azienda U.S.L. 5

PROBLEMA		Si rilevano alcune criticità sulla zona Alta Val di Cecina legate al percorso materno / infantile ed più particolare: - basso numero di nascite - alta incidenza dei cesarei - elevata presenza di donne immigrate
OBIETTIVO DI SALUTE		**Tutelare la nascita e la maternità**
AZIONE	**N.1**	**Riqualificazione del percorso materno – infantile**
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.1: **Ri-organizzare i servizi dedicati al percorso materno – infantile in modo da rispondere ai bisogni della donna in gravidanza e nel puerperio e tutelare la salute del bambino garantendo la massima sicurezza**
	Obiettivo	Miglioramento della qualità dei servizi dedicati al percorso materno-infantile in modo da tutelare il benessere della madre e del bambino accompagnandoli nel percorso nascita.

	Descrizione Programma	Rivedere l'attuale organizzazione dei servizi al fine di: -Rafforzare l'attività nelle strutture consultoriali -Garantire il percorso della gravidanza nell'ambito della rete consultoriale rafforzandone l'equipe nelle sue figure professionali e adeguando la strumentazione a disposizione -Prevedere la strutturazione di percorsi assistenziali, facilitati e esenti da fattori ostacolanti, classificati in base alla complessità, e che consentono anche la continuità ospedale-territorio (prima e dopo l'evento "nascita") - Favorire interventi di rispetto e di promozione della fisiologicità dell'evento "parto" per garantire la necessaria attenzione agli aspetti umani e relazionali - Attivare azioni sul territorio per una maggiore consapevolezza della donna ed il recupero del suo ruolo di soggetto attivo nella gestione dell'evento nascita - Prevedere la collaborazione dei "mediatori culturali" per tutela le donne immigrate e le loro esigenze e per aiutare le strutture sanitarie ad adottare sempre più un approccio multi etnico e multi culturale - Prevedere iniziative a sostegno delle donne nella fase delicata del post-partum anche per prevenire e/o diagnosticare precocemente situazioni psicologiche di disagio (ad es. assicurare a tutte le donne almeno una visita domiciliare, attivare un servizio telefonico a chiamata e opportunamente pubblicizzato con il quale la donna può richiedere il servizio ostetrico domiciliare, istituire "punti puerperali" ambulatoriali ai quali la donna può accedere liberamente e ai quali può rivolgersi per qualsiasi problema suo o del neonato)
	Tempi	Triennio: 2006-2008
	Risultati attesi	Maggiore soddisfazione dei/delle cittadini/e e incremento delle esperienze positive nel percorso nascita; presa in carico precoce di situazioni difficili e di disagio
	Progetti correlati	Attività Consultoriali
	Determinati di Salute	Organizzazione del sistema dei servizi
	Indicatori	Soddisfazione dell'utenza
	Tipologia di Risorse	Azienda USL n. 5

DISABILITÀ

In base ai dati riportati nel Profilo di Salute il fenomeno della disabilità nella zona si può inquadrare come segue:

- ✓ al 2004 i soggetti riconosciuti disabili ai sensi della legge 104/92 sono 177 e di questi
  - o 61 risultano essere in stato di gravità
  - o il 38% interessa le fasce di età fra 40-64; il 28% interessa quelle fra 26-39 anni;
  - o nel 47% dei casi si tratta di disabilità di tipo psichico e nel 45% di disabilità di tipo fisico
  - o nelle scuole della zona sono inseriti 43 alunni disabili (di cui 10 ai sensi del DPR/94)
- ✓ nel 59% dei casi sono stati attivati piani riabilitativi (PARG)

<table>
<tr><td colspan="2">PROBLEMA</td><td colspan="2">Si rileva in generale la necessità di garantire ai soggetti disabili opportunità di svolgere la vita quotidiana nelle condizioni di migliore autonomia possibile, cosa che ad oggi non è garantita. Infatti:
▪ nonostante l’incremento dell’attenzione per il problema delle barriere architettoniche e sensoriali si continuano a riscontrare limitazioni negli accesi a servizi o strutture destinate all’uso pubblico;
▪ carenza di strumenti utili per vivere la quotidianità (informazione sui diritti e i servizi per i disabili, sistema dei trasporti, attività extra-lavorative o extra-scolastiche, consegna farmaci…) che prevengano il rischio di isolamento ed emarginazione.
▪ insufficienti risultati relativi agli inserimenti lavorativi per persone disabili</td></tr>
<tr><td colspan="2">OBIETTIVO DI SALUTE</td><td colspan="2">Costruire percorsi di autonomia</td></tr>
<tr><td>AZIONE</td><td>N.1</td><td colspan="2">Cfr. Azione N.4 “Abbattimento barriere architettoniche e sensoriali” – area di interventi trasversali</td></tr>
<tr><td>AZIONE</td><td>N.2</td><td colspan="2">Autonomia personale</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">PROGRAMMA DI INTERVENTO N.1:
Informazione sui diritti e i servizi per i disabili e per coloro che afferiscono all’area della salute mentale.</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3"></td><td>Obiettivo</td><td>Favorire l’autonomia attraverso un’informazione aggiornata sui servizi e i diritti dei soggetti disabili e per coloro che afferiscono all’area della salute mentale.</td></tr>
<tr><td>Descrizione Programma</td><td>Attivazione di strumenti informativi che forniscano indicazioni sulle agevolazioni previste dalla normativa vigente e le attività presenti sul territorio e che indirizzino i/le cittadini/e ai diversi servizi in funzione delle necessità (formazione, lavoro, ecc.) (ad es. Istituzione di un numero verde informativo handicap).</td></tr>
<tr><td>Tempi</td><td>Triennio 2006-2008</td></tr>
</table>

	Risultati Attesi	Aumentare la consapevolezza nei soggetti disabili relativamente ai servizi e alle attività a loro rivolti.
	Determinanti di Salute	Organizzazione del sistema dei servizi
	Indicatori	Numero di cittadini/e che si rivolgono al servizio
	Tipologia di Risorse	Azienda U.S.L. 5 Provincia Istituzioni Scolastiche Comuni Terzo settore
	PROGRAMMA DI INTERVENTO N.2: **Pre-formazione e formazione professionale**	
	Obiettivo	Incremento delle competenze specifiche funzionali all'inserimento lavorativo
	Descrizione Programma	Creare un coordinamento sistematico e sinergico fra scuola, pre-formazione, formazione, collocamento mirato.
	Tempi	Triennio 2006-2008
	Risultati Attesi	Migliorare la preparazione dei soggetti disabili o con problemi di salute mentale all'inserimento lavorativo.
	Determinanti di Salute	Organizzazione del sistema dei servizi
	Indicatori	Numero di inserimenti lavorativi conseguenti ad un percorso formativo
	Tipologia di Risorse	Azienda U.S.L. 5 (Settore Sociale) Scuola Provincia Terzo settore
	PROGRAMMA DI INTERVENTO N.3: **Percorsi di lavoro – Cfr. "Lavoro – Percorsi di lavoro" area di interventi trasversali**	
	PROGRAMMA DI INTERVENTO N.4: **Inclusione sociale – Cfr. "Inclusione sociale – Sviluppo delle reti" area di interventi trasversali**	
	PROGRAMMA DI INTERVENTO N.5: **Trasporti – Cfr. "Trasporti – Trasporti per categorie deboli" area di interventi trasversali**	
	PROGRAMMA DI INTERVENTO N.6: **Centri diurni**	
	Obiettivo	Fornire una riposta più adeguata alle esigenze e caratteristiche dei soggetti disabili in tutti i periodi dell'anno.
	Descrizione Programma	Analisi ed eventuale riorganizzazione delle attività dei centri diurni della zona modulando le attività in base all'età/abilità e ai bisogni con il coinvolgimento delle famiglie e delle associazioni preposte in modo da dare risposte diversificate.
	Tempi	Triennio 2006-2008

		Risultati Attesi	Mantenimento e/o potenziamento delle capacità residue del cittadino disabile, delle capacità relazionali, di gestione delle emozioni. Raggiungimento di maggiore soddisfazione delle famiglie con eventuale aumento dei soggetti che si rivolgono al servizio.
		Determinati di Salute	Organizzazione del sistema dei servizi
		Indicatori	Numero di utenti dei centri diurni
		Tipologia di Risorse	Azienda U.S.L. 5 Terzo settore
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.7: Vita indipendente	
		Obiettivo	Mantenere, migliorare e sviluppare l'autonomia personale nella vita quotidiana
		Descrizione Programma	Consolidare e potenziare esperienze di vita autonoma attraverso lo svolgimento di attività di utilità quotidiana, conoscenza dell'ambiente e di capacità relazionale, con il coinvolgimento delle famiglie per condividere gli obiettivi ed il relativo percorso
		Tempi	Triennio 2006-2008
		Risultati Attesi	Acquisizione di capacità individuali per una vita autonoma
		Determinati di Salute	Socio-economico, Ambientale
		Indicatori	Numero di soggetti disabili che partecipano all'iniziativa
		Tipologia di Risorse	Azienda U.S.L. 5 Comuni Terzo settore
AZIONE	**N.3**	**Creazione di soluzioni per il supporto ai soggetti disabili dopo la morte dei familiari**	
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.1: Dopo di noi…	
		Obiettivo	Offrire risposte residenziali alternative alle tradizionali strutture esistenti che garantiscano un'indipendenza protetta.
		Descrizione Programma	Analisi della potenziale utenza e studio di fattibilità anche di forme innovative di gestione del "Dopo di noi" (es: Fondazioni di partecipazione)
		Tempi	Triennio 2006-2008
		Risultati Attesi	Definizione di un progetto specifico
		Determinati di Salute	Organizzazione del sistema dei servizi
		Indicatori	
		Tipologia di Risorse	Azienda USL n.5 Terzo Settore Provincia Comuni Fondazioni

SALUTE MENTALE

PROBLEMA		**Fra i principali problemi emergono:** ▪ l'insufficienza di soluzioni abitative adeguate agli effettivi bisogni dei soggetti con problemi di salute mentale (alloggi e casa-famiglia); ▪ l'esigenza di offrire risposte residenziali ai/alle cittadini/e della zona che presentano problematiche di elevata necessità assistenziale e riabilitativa, tenendo conto che attualmente le strutture presenti offrono una risposta sovra-zonale ▪ difficoltà nell'integrazione sociale ▪ scarsa efficacia degli inserimenti lavorativi ▪ necessità di rivedere l'attuale organizzazione dei centri diurni in funzione dello sviluppo di competenze per la vita autonoma	
OBIETTIVO DI SALUTE		**Favorire l' autonomia delle persone con problemi di salute mentale**	
AZIONE	**N.1**	**Autonomia personale**	
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.1 : **Strutture residenziali**	
		Obiettivo	Offrire risposte residenziali ai/alle cittadini/e della zona che presentano problematiche di elevata necessità assistenziale e riabilitativa, tenendo conto che attualmente le strutture presenti offrono una risposta sovra-zonale.
		Descrizione Programma	Attivazione di un tavolo di confronto a livello aziendale e con le altre Società della Salute, per una analisi dei bisogni finalizzata ad una programmazione a lungo termine dell'offerta.
		Tempi	Anno 2006-2007
		Risultati attesi	Realizzare una programmazione a lungo termine delle risposte residenziali.
		Determinati di Salute	Organizzazione del sistema dei servizi
		Indicatori	
		Tipologia di Risorse	Azienda U.S.L. 5
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.2 : **Cfr. "Casa – collocamento abitativo" area di interventi trasversali**	
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.3 : **Cfr. "Lavoro – Percorsi di lavoro" area di interventi trasversali**	
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.4: **Cfr. "Inclusione sociale – Sviluppo delle reti" area di interventi trasversali**	
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.5: **Cfr. "Autonomia personale - Centri diurni" area disabilità**	
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.6: **Cfr. "Autonomia personale - Informazione sui diritti e i servizi per i disabili e per coloro che afferiscono alla salute mentale" area disabilità**	

		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.7: **Cfr. "Autonomia personale – Pre-formazione e formazione professionale" area disabilità**	
AZIONE	**N.2**	**Cfr "Creazione di soluzioni per il supporto ai soggetti disabili dopo la morte dei familiari - Dopo di noi" area disabilità**	
OBIETTIVO DI SALUTE		**Promuovere nella comunità un'azione di conoscenza e sensibilizzazione verso la malattia mentale**	
AZIONE N.1		**Cfr. "Valorizzazione e recupero del patrimonio storico culturale e scientifico dell'ex-ospedale psichiatrico di Volterra" area di interventi trasversali**	
AZIONE	**N.2**	**Sviluppare azioni volte a diffondere nella popolazione una corretta conoscenza dei disturbi mentali e della loro curabilità**	
		Cfr. "Lotta al pregiudizio" area di interventi trasversali	
OBIETTIVO DI SALUTE		**Promuovere l'integrazione e tutela dei diritti**	
AZIONE	**N.1**	**Terapia per adulti**	
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.1 **Progetti terapeutici individualizzati**	
		Obiettivo	Diagnosi e cura delle persone con problemi di salute mentale, secondo progetti terapeutici individuali.
		Descrizione Programma	Interventi clinici su progetti individuali a livello ospedaliero, ambulatoriale, domiciliare, nelle residenze, mediante interventi farmacologici, visite cliniche, valutazioni diagnostiche, interventi psicoterapici. Per i ricoveri di pazienti con patologie impegnative il SPDC di riferimento è quello della VDE; per le situazioni cliniche in cui è possibile, il ricovero viene fatto nella divisione di medicina dell'ospedale di Volterra, in cui vengono riservati 2 letti da attivare al bisogno.
		Tempi	Triennio 2006-2008
		Risultati attesi	Miglioramento dello stato di salute psichica e della qualità di vita delle persone con patologie psichiatriche.
		Determinanti di Salute	Organizzazione del sistema dei servizi
		Indicatori	n. utenti/ popolazione adulta n. casi seguiti con progetti terapeutico-riabilitativi individuali formalizzati
		Tipologia di Risorse	Azienda U.S.L. 5 Terzo settore (volontariato, associazioni)

DIPENDENZE

PROBLEMA		Nella Zona Alta Val di Cecina sono presenti fenomeni di poli-tossicodipendenza comuni ad altre zone di Italia, sia per tipologia che per entità del fenomeno. In particolare: ▪ aumento del consumo di alcolici nei giovani; ▪ aumento degli utenti alcoldipendenti in carico al Servizio Tossicodipendenze ▪ aumento del consumo di cocaina e del poliabuso fra i giovani	
OBIETTIVO DI SALUTE		**Ridurre il numero di persone con problemi legati alla dipendenza da sostanze.**	
AZIONE	N.1	**Prevenzione**	
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.1 : **Cfr. "Prevenzione primaria e secondaria e sviluppo delle competenze genitoriali – Attività consultoriali e supporto alla famiglia" area di intereventi trasversali**	
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.2: **Cfr. "Prevenzione – Corretti stili di vita" area di intereventi trasversali**	
AZIONE	**N.2**	**Cfr "Promuovere opportunità per un completo sviluppo di crescita nell'età evolutiva e favorire il protagonismo dei giovani come soggetti attivi della società" Area Infanzia, Adolescenza e Famiglia**	
AZIONE	**N.3**	**Cura e percorsi di autonomia**	
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.1 : **Cfr. "Casa – Collocamento abitativo" area di interventi trasversali**	
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.2: **Strutture per l'autonomia**	
		Obiettivo	Piena valorizzazione delle strutture per il raggiungimento dell'autonomia
		Descrizione Programma	Mantenimento delle strutture esistenti
		Tempi	Triennio 2006-2008
		Risultati Attesi	Continuità nell'utilizzo delle strutture esistenti
		Determinati di Salute	Organizzazione del sistema dei servizi
		Indicatori	Numero di soggetti che utilizzano le strutture
		Tipologia di Risorse	Azienda U.S.L. 5
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.3: **Cfr. "Lavoro – Percorsi di lavoro" area di interventi trasversali**	
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.4: **Cfr. "Inclusione sociale – Sviluppo delle reti" area di interventi trasversali**	

ADULTI e CATEGORIE a RISCHIO di ESCLUSIONE SOCIALE

Le criticità relative a questa area di intervento ricalcano per gran parte quelle emerse nell'area di interventi trasversali (integrazione e comunicazione sul sistema dei servizi, famiglia, stili di vita, politiche abitative e lavorative). Tuttavia si evidenziano alcuni punti meritevoli di attenzione.

Dal profilo di salute si rileva:

- ✓ una riduzione progressiva della popolazione residente (dal 1951 al 2004 si è registrata una riduzione di circa il 42% della popolazione residente);
- ✓ la popolazione in fasce di età più deboli risulta a carico della sempre più residua popolazione attiva e produttiva (indice di dipendenza totale molto più elevato rispetto alle realtà provinciali e regionali);
- ✓ una presenza in zona solo del 10% delle attività produttive presenti nell'intera provincia, tra le quali si evidenziano, come principali settori produttivi (in termini di numero di azienda), l'agricoltura, il commercio e l'edilizia mentre in termini di numero di addetti, si ha: energia, commercio e sanità, edilizia, istruzione e turismo.
- ✓ Una disoccupazione che interessa principalmente le fasce di età tra i 30 e 49 anni (prevalentemente donne).
- ✓ 75% di contratti di lavoro attivati attraverso il Centro per l'Impiego sono a tempo determinato e parziale
- ✓ un uso dell'ospedale più elevato rispetto all'andamento provinciale con particolare riferimento alle fasce di età fra 0 e 4 anni e in quelle superiori ai 65 anni.

PROBLEMA	Fra i problemi sanitari principali percepiti dalla popolazione vi è: ▪ necessità di riorganizzare il Pronto Soccorso e più in generale il Servizio di Emergenza/Urgenza della zona ▪ necessità di riqualificare i servizi ospedalieri della zona al fine di renderli più adeguati ai nuovi bisogni ▪ migliorare l'accoglienza ospedaliera ed il rispetto della privacy ▪ necessità di migliorare l' integrazione fra le varie strutture e UU.FF. della zona ▪ eccessiva burocratizzazione del sistema dei servizi per i malati cronici ▪ migliorare il percorso per il malato oncologico ▪ necessità di definire percorsi per la continuità assistenziale successiva alla dimissione ospedaliera, con particolare riferimento alle persone sole ▪ necessità di coordinare meglio le prestazioni infermieristiche e assistenziali domiciliari ▪ scarso ricorso al servizio di Guardia Medica ▪ necessità di una maggiore informazione sull'uso dei farmaci e sulle modalità di erogazione tramite le strutture ASL, soprattutto per le malattie croniche e necessità di consegna farmaci a domicilio per particolari categorie di cittadini/e ▪ scarsa diffusione dell'informazione all'utenza sui servizi e sui diritti ▪ carenze nella rete di trasporti per raggiungere i servizi , soprattutto per le persone sole ▪ necessità di avere una sede unica su Volterra per la Medicina Generale, integrata con le attività territoriali ▪ necessità di promuovere stili di vita corretti per il mantenimento delle potenzialità cognitive e per particolari categorie di cittadini/e (es. diabetici) ▪ necessità di favorire l'accesso alle visite specialistiche almeno per i/le cittadini/e provenienti dalle frazioni e accompagnati dalle AA.VV. in forma raggruppata così da ottimizzare le risorse	
OBIETTIVO DI SALUTE	**Cfr. "Migliorare l'accessibilità al sistema dei servizi" area di interventi trasversali**	
OBIETTIVO DI SALUTE	**Cfr. "Promuovere salute" area di interventi trasversali**	
OBIETTIVO DI SALUTE	**Cfr. "Miglioramento qualità della vita e del benessere della famiglia" area di interventi trasversali**	
OBIETTIVO DI SALUTE	**Migliorare l'organizzazione dei servizi sanitari per una risposta più adeguata ai bisogni**	
AZIONE **N.1**	**Continuità di cure ospedale-territorio**	
	PROGRAMMA DI INTERVENTO N.1 : **Continuità Assistenziale**	
	Obiettivo	Garantire all'utenza, in caso di dimissione ospedaliera, la continuità dei servizi sul territorio, se necessaria

		Descrizione Programma	Realizzazione ed attuazione di protocolli per garantire la continuità delle cure nella fase di dimissione ospedaliera in stretto raccordo con il MMG , figura centrale nel percorso (pazienti ortopedici, affetti da ictus, oncologici ecc…)
		Tempi	Anni 2006 – 2007
		Risultati Attesi	Disporre di percorsi assistenziali che integrano i servizi ospedalieri con quelli territoriali
		Determinanti di Salute	Organizzazione del sistema dei servizi
		Indicatori	N. protocolli attivati, soddisfazione dei/delle cittadini/e
		Tipologia di Risorse	Azienda USL n.5 (Servizio Sanitario e Sociale Territoriale, Salute Mentale, Ospedale) MMG
AZIONE	**N.2**	**Riabilitazione - assistenza protesica e integrativa**	
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.1 : Riorganizzazione attività di riabilitazione	
		Obiettivo	Garantire livelli di cura più appropriati
		Descrizione Programma	Riorganizzazione delle attività ambulatoriali e domiciliari a diversa intensità di cura così come previsto dalla delibera G.R. 595/05
		Tempi	Anni 2006-2007
		Risultati Attesi	Appropriatezza degli interventi riabilitativi territoriali con riduzione delle liste di attesa e gestione alternativa delle patologie croniche - in particolare dell'anziano - con la valorizzazione delle risorse del territorio e interventi sugli stili di vita
		Determinanti di Salute	Organizzazione sistema dei servizi
		Indicatori	Riduzione lista attesa; utenti seguiti
		Tipologia di Risorse	Azienda USL n.5 Enti / Associazioni Sportive Terzo settore Utenza
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.2 : Percorsi mirati per particolari patologie	
		Obiettivo	Favorire l'accesso e la cura per alcune tipi patologie
		Descrizione Programma	Realizzazione di specifici percorsi riabilitativi per le maggiori patologie presenti sulla zona
		Tempi	Anno 2006 – 2007
		Risultati Attesi	Migliorare la soddisfazione dei/delle cittadini/e e l'appropriatezza degli interventi
		Determinanti di Salute	Organizzazione del sistema dei servizi
		Indicatori	Presenza di percorsi
		Tipologia di Risorse	Azienda USL n.5
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.3 : Assistenza protesica e integrativa	

		Obiettivo	Miglior utilizzo delle risorse
		Descrizione Programma	Realizzazione di procedure codificate con il coinvolgimento dei medici di medicina generale e degli specialisti per omogeneizzare le scelte degli ausili
		Tempi	Anni 2006 – 2007
		Risultati Attesi	Migliorare l'appropriatezza
		Determinati di Salute	Organizzazione sistema dei servizi
		Indicatori	Presenza di procedure per le maggiori categorie di cittadini/e
		Tipologia di Risorse	Azienda USL n. 5
AZIONE	**N.3**	**Sistema Emergenza/Urgenza territoriale e continuità assistenziale**	
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.1 : Revisione modello organizzativo territoriale	
		Obiettivo	Migliorare le risposte territoriali nei casi di emergenza - urgenza e l'utilizzo delle risorse disponibili
		Descrizione Programma	Rivedere l'attuale organizzazione del sistema allo scopo di rendere più efficaci gli interventi in emergenza/urgenza attraverso anche la definizione e la revisione dei principali protocolli operativi per le più importante patologie (infarto, ictus, embolia polmonare, politraumatizzato ecc..), con eventuale utilizzo di sistemi di telemedicina.
		Tempi	Triennio 2006-2008
		Risultati Attesi	Rendere i servizi di emergenza – urgenza e continuità assistenziali più rispondenti alle necessità dei/delle cittadini/e
		Determinati di Salute	Organizzazione sistema dei servizi
		Indicatori	Soddisfazione dei/delle cittadini/e
		Tipologia di Risorse	Azienda USL n.5 Associazioni di Volontariato
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.2 : Defibrillazione precoce	
		Obiettivo	Ridurre la mortalità per Infarto Miocardio Acuto
		Descrizione Programma	Sviluppare un programma di "Defibrillazione Precoce" sul territorio affidato a laici, ossia a figure non professionali, che dislocate capillarmente sul territorio si trovano in condizioni di intervenire precocemente in caso di arresto cardio-circolatorio in modo da creare una rete di soccorso sul territorio
		Tempi	Anni 2006-2007
		Risultati Attesi	Disporre di una capillare rete di soccorso sul territorio
		Determinati di Salute	Organizzazione sistema dei servizi

		Indicatori	Riduzione morti per IMA
		Tipologia di Risorse	Azienda USL n.5 Associazioni di Volontariato Fondazioni
AZIONE	**N.4**	**Promuovere il territorio quale sede primaria per l'assistenza ed il governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari**	
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.1 : Sperimentazione di un modello di "Unità di Cure Primarie" nei comuni di Castelnuovo VC e Pomarance	
		Obiettivo	Riqualificare e riorganizzare i presidi territoriali per una maggiore aderenza ai bisogni della popolazione al fine di consentire ai/alle cittadini/e una più adeguata e puntuale continuità assistenziale e prestazioni di primo soccorso
		Descrizione Programma	Garantire un assistenza primaria nelle 12 ore diurne tra i due presidi di Pomarance e Larderello con attività di primo soccorso ed un' effettiva integrazione tra le diverse professionalità presenti attraverso la strutturazione di un sistema di comunicazione che sia realmente efficace
		Tempi	Anni 2006-2007
		Risultati Attesi	Realizzare una risposta sanitaria e socio-sanitaria di livello più complesso con il coinvolgimento di tutte le figure professionali che operano a livello distrettuale, anche attraverso l'utilizzo di una più adeguata strumentazione tecnologica e uno stretto raccordo con gli specialisti ospedalieri.
		Determinanti di Salute	Organizzazione del sistema dei servizi
		Indicatori	Ridurre accessi al Pronto Soccorso e i ricoveri ospedalieri
		Tipologia di Risorse	Azienda USL n.5 Regione Toscana Fondazione Cassa Risparmio di Volterra
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.2: Verso forme più evolute per la Medicina Generale a Volterra	
		Obiettivo	Migliorare l'integrazione dei MMG di Volterra tra loro e con i servizi sanitari e sociali della zona
		Descrizione Programma	Realizzare uno studio di fattibilità per individuare una sede unica per la MMG a Volterra che possa integrarsi con i servizi territoriali
		Tempi	Anni 2006-2007
		Risultati Attesi	Fornire all'utente risposte di livello più complesso sul territorio
		Determinati di Salute	Organizzazione sistema dei servizi
		Indicatori	

	Tipologia di Risorse	Azienda USL n.5 Altri Enti/Fondazioni

PROBLEMA		Uno dei problemi che è emerso dal Profilo di Salute è l'alta incidenza di alcuni tipi di tumore che si registra in questa zona (stomaco, colon retto, ovaio e utero). Per questo si evidenzia la necessità di approfondire lo studio relativo anche alla possibile presenza di altre patologie legate a fattori ambientali e occupazionali (morbo di Hodking, mesotelioma pleurico,…)	
OBIETTIVO DI SALUTE		**Ridurre il numero di morti per patologie tumorali in Alta Val di Cecina**	
AZIONE	**N.1**	**Analisi del fenomeno**	
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.1 : **Approfondimento dei dati emersi dal Profilo di Salute**	
		Obiettivo	Programmare interventi di prevenzione dei tumori sulla base di dati epidemiologici approfonditi
		Descrizione Programma	Realizzazione di uno studio specifico sulla mortalità per tumore nella Zona in collaborazione con tecnici dedicati da effettuare in collaborazione con ARS e Istituto di Fisiologia Clinica del CNR.
		Tempi	2006-2007
		Risultati Attesi	Verificare l'effettiva incidenza di alcune patologie tumorali e identificare i fattori ad esse correlati
		Determinanti di Salute	
		Indicatori	Effettiva realizzazione del progetto di ricerca
		Tipologia di Risorse	Azienda U.S.L. 5 ARS CNR Fondazione CRV
AZIONE	**N.2**	**Promuovere specifiche iniziative di prevenzione primaria e secondaria**	
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.1: **Cfr. "Prevenzione – Corretti stili di vita" area di interventi trasversali**	
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.2: **Favorire la partecipazione ai programmi aziendali di screening oncologici**	
		Obiettivo	Consentire una diagnosi precoce delle neoplasie
		Descrizione Programma	Attivare azioni per promuovere ulteriormente, anche attraverso specifiche campagne, la partecipazione dei/delle cittadini/e alle attività di screening con il coinvolgimento dei MMG, delle Associazioni di Volontariato e con le rappresentanze dell'utenza della zona
		Tempi	Triennio: 2006-2008

		Risultati Attesi	Incrementare le procedure sanitarie meno invasive nel trattamento delle neoplasie
		Determinanti di Salute	Organizzazione sistema dei servizi
		Indicatori	Rispetto degli indicatori previsti dal PSR 2005-2007
		Tipologia di Risorse	Azienda USL n.5
AZIONE	**N.3**	**Percorso oncologico**	
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.1: Revisione del percorso per il paziente oncologico	
		Obiettivo	Assicurare al cittadino uno specifico percorso assistenziale
		Descrizione Programma	Realizzazione anche nella realtà della zona Alta Val di Cecina del modello organizzativo previsto dalle linea giuda regionali in modo da disporre di un centro con spazi idonei per l'accoglienza, l'orientamento diagnostico, l'indirizzo terapeutico e i follow-up dei pazienti oncologici. Il centro avrà il compito di attivare e programmare percorsi specifici e di raccordo con il territorio - e quindi anche con i MMG - per garantire e programmare la continuità dell'assistenza. Inoltre, conseguentemente, attraverso la definizione di procedure standardizzate di accoglienza dei/delle cittadini/e positivi allo screening, potrà essere migliorata l'integrazione sul piano della presa in carico tra screening e successivo percorso di approfondimento diagnostico e di terapia.
		Tempi	Triennio 2006-2008
		Risultati Attesi	Favorire la presa in carico precoce e l'assistenza al paziente oncologico
		Determinati di Salute	Organizzazione Sistema dei Servizi
		Indicatori	N. soggetti seguiti secondo percorso oncologico
		Tipologia di Risorse	Azienda USL n.5

PROBLEMA	Come ovunque in Italia, anche in Alta Val di Cecina si segnala l'aumento di disturbi di tipo ansioso e disturbi della personalità in particolare fra gli adulti. Questi sono spesso legati ai percorsi di crescita affettiva (allungamento della permanenza nella famiglia di origine e incapacità di assumersi le responsabilità della vita indipendente), ai cambiamenti della società (precarietà lavorativa e conseguenze correlate) e a fattori culturali (pregiudizi, discriminazioni, ecc.).
OBIETTIVO DI SALUTE	**Cfr "Promuovere condizioni per arginare forme di disagio e di esclusione sociale" area di interventi trasversali**

PROBLEMA		Dal Profilo di Salute emergono criticità legate in particolare alla sicurezza sui luoghi di lavoro: ▪ aumento degli infortuni (16%) nell'anno 2004 rispetto al 2003. Questi interessano in particolare il settore agricolo ed edile. I soggetti maggiormente colpiti sono i lavoratori subordinati (77,3% dei casi) ▪ leggero aumento delle denunce dei casi di malattia professionale, in particolare patologie asbesto-correlate e ipoacusie da rumore.	
OBIETTIVO DI SALUTE		**Garantire la sicurezza nei luoghi di lavoro**	
AZIONE	**N.1**	**Attivare interventi per ridurre i rischi nei settori quali l'agricoltura e l'edilizia**	
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.1 : **Informazione/Formazione e sostegno ai lavoratori**	
		Obiettivo	Ridurre gli infortuni sul lavoro
		Descrizione Programma	Realizzare specifiche iniziative, anche in collaborazione con le associazioni di categoria, rivolte soprattutto ai giovani e alle categorie più deboli (extracomunitari e lavoratori con contratti precari e/o temporanei) e finalizzate a favorire la consapevolezza dei rischi lavorativi per la propria salute e una maggiore conoscenza del sistema della prevenzione.
		Tempi	Triennio 2006-2008
		Risultati Attesi	Sviluppare maggiore conoscenza e consapevolezza dei rischi lavorativi
		Determinanti di Salute	Ambientale
		Indicatori	N. iniziative realizzate Incidenza N.infortuni sul lavoro
		Tipologia di Risorse	Azienda USL n.5 Associazioni di categoria
AZIONE	**N.2**	**Individuare e programmare interventi specifici per ridurre gli infortuni e le patologie da lavoro**	
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.1: **Adesioni a specifici piani mirati**	
		Obiettivo	Diminuire l'insorgenza di malattie professionali e di infortuni sul lavoro
		Descrizione Programma	Qualificare e rendere più incisivi gli interventi di prevenzione attraverso l'adesione a specifici piani mirati nei settori lavorativi a maggior rischio individuati sulla zona
		Tempi	Triennio 2006-2008
		Risultati Attesi	Miglioramento degli ambienti di lavoro
		Progetti correlati	
		Determinati di Salute	Ambientale
		Indicatori	Incidenza malattie professionali e di infortuni sul lavoro

	Tipologia di Risorse	Azienda USL n.5

PROBLEMA		Un problema emerso nell'Immagine di Salute e che riveste una particolare importanza anche per l'impatto sociale che esso comporta riguarda la richiesta dei lavoratori ex esposti all'amianto – in pensione - di poter essere sottoposti a visite periodiche di controllo. Il numero complessivo di pensionati ENEL tra il 1980 e il 2005 è di 922, dei quali circa 600-700 sono residenti nei Comuni dell'Alta Val di Cecina. La stima dei soggetti ex-esposti si aggira intorno al 50%, dei quali circa il 20% sono deceduti. Il numero dei lavoratori ex-esposti si dovrebbe aggirare intorno ai 250-300.	
OBIETTIVO DI SALUTE		**Prevenzione tutela della salute per i lavoratori ex-esposti**	
AZIONE	**N.1**	**Individuare ed attuare azioni concernenti specifici protocolli di intervento e programmi di sorveglianza sanitaria**	
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.1: **Sorveglianza sanitaria**	
		Obiettivo	Fornire risposte alle numerose istanze sociali
		Descrizione Programma	Realizzazione di iniziative mirate e rivolte a lavoratori ex esposti (dimessi da ogni attività lavorativa o non più esposti a rischio amianto sebbene ancora in servizio) attraverso l'applicazione delle linee di indirizzo per la sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex-esposti a cancerogeni occupazionali, approvate con D.G.R. n°692 del 26/06/2001.
		Tempi	Triennio 2006-2008
		Risultati Attesi	Fornire ai lavoratori interessati il più appropriato e qualificato livello di assistenza
		Determinanti di Salute	
		Indicatori	Numero di malattie professionali denunciate / n° lavoratori controllati
		Tipologia di Risorse	Azienda U.S.L. 5 Comuni Fondazioni

PROBLEMA	I principali problemi riscontrati per l'inserimento dei detenuti nel tessuto sociale sono: ▪ Scarse opportunità di inserimento lavorativo ▪ Difficoltà nel trovare una casa una volta usciti dal carcere ▪ Diffidenza e pregiudizi Vista l'importanza che il Carcere ha nel territorio, si riscontrano: - l'esigenza di sviluppare iniziative tese a promuovere l'integrazione del carcere con la città e il territorio - la necessità di prevedere progetti volti al recupero, trattamento e alla risocializzazione dei detenuti sia all'interno che all'esterno del carcere; - la peculiarità della presenza dei detenuti immigrati .
OBIETTIVO DI SALUTE	**Cfr. "Promuovere condizioni per arginare forme di disagio e di esclusione sociale" area di interventi trasversali**
OBIETTIVO DI SALUTE	**Cfr. "Favorire l'integrazione dei/delle cittadini/e stranieri/e nel tessuto sociale" area immigrazione**

ANZIANI

La popolazione dell'Alta Val di Cecina si caratterizza per:

- ✓ un maggiore progressivo invecchiamento: si registra un aumento doppio dell'incidenza in percentuale negli ultimi 4 anni rispetto alla realtà provinciale e regionale
- ✓ una incidenza in percentuale di popolazione anziana (ultra65anni) molto più elevata rispetto alla situazione provinciale e regionale: il 28% contro il 22% della Provincia e il 22,94% della Regione.
- ✓ presenza rilevante di anziani soli, prevalentemente donne (rapporto 5 a 1 di vedove/vedovi)
- ✓ le pensioni sociali rappresentano l'11% sul totale delle pensioni erogate nella Zona e le donne risultano essere le principali destinatarie di questo tipo di prestazioni.
- ✓ tassi specifici di intervento per bypass coronario, sostituzione dell'anca e del ginocchio maggiori rispetto a quelli aziendali
- ✓ tassi specifici per influenza, polmonite e malattie del sistema respiratorio maggiori rispetto a quelli aziendali

PROBLEMA		I principali problemi legati al mondo degli anziani "fragili" e non-autosufficienti sono relativi alla necessità di agevolare l'accesso ai servizi e alle informazioni ad essi relative. Anziano "fragile" ▪ impossibilità per il personale infermieristico garantire l'assistenza domiciliare sanitaria per interventi leggeri (ad es. iniezioni a domicilio ecc…) ▪ crescita del fenomeno delle badanti come soluzione per l'assistenza domiciliare e attività di assistenza diretta alla persona spesso percepita come "intervento infermieristico" ▪ necessità di supporto nell'espletamento delle incombenze quotidiane ▪ difficoltà legate agli spostamenti sul territorio per accedere ai servizi ▪ carenza di occasioni di socializzazione che prevengano l'esclusione sociale. Anziano "non-autosufficiente" ▪ costante aumento del numero di anziani non autosufficienti che hanno necessità di assistenza domiciliare integrata ▪ garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera ▪ ricoveri ripetuti di anziani per la stessa patologia ▪ percezione di tempi di attesa lunghi per accedere ai servizi di riabilitazione (Auxilium vitae) ▪ necessità di attivazione di gruppi multidisciplinari che operino sul territorio, nelle RSA e nell'ospedale, nei quali il MMG rappresenti il punto di riferimento per la famiglia ▪ necessità di equipe di terapia antalgica e per le cure palliative che operi nel territorio e in ospedale
OBIETTIVO DI SALUTE		**Favorire una vecchiaia serena nel proprio ambiente di vita e mantenere l'autosufficienza**
AZIONE	**N.1**	**Prevenzione dell'isolamento e del rischio di emarginazione**
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.1 : **Anziano attivo**

		Obiettivo	Promuovere l'attività delle persone anziane nei diversi contesti sociali per favorire la socializzazione ed il mantenimento delle competenze
		Descrizione Programma	Realizzazione di iniziative che valorizzano e mantengono le competenze degli anziani, ne sollecitino l'esercizio ed il coinvolgimento attivo divenendo una risorsa a disposizione per la comunità
		Tempi	Triennio 2006-2008
		Risultati Attesi	Maggiore coinvolgimento delle persone anziane, intese come risorsa, nella comunità e riduzione dei fattori di rischio che conducono a condizioni di isolamento e solitudine
		Determinati di Salute	Socio-economico, Ambientale
		Indicatori	N. iniziative attivate con n. soggetti interessati
AZIONE	**N.2**	**Sviluppare interventi / azioni nei confronti degli "anziani fragili" per prevenire e/o ritardare la "non autosufficienza"**	
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.1 : **Servizi domiciliari e di sorveglianza attiva e di mantenimento di capacità e abilità residue.**	
		Obiettivo	Creare opportunità per gli anziani soli e in difficoltà di poter usufruire di aiuti e sostegni per continuare a vivere nel proprio contesto di vita
		Descrizione Programma	Attivazione di programmi che prevedono la collaborazione ed il coinvolgimento del terzo settore e della costruzione, sviluppo ed il sostegno di reti locali allo scopo di fornire aiuto nelle azioni di vita quotidiana. Prevedere, come azione di promozione, prevenzione e sostegno, anche l'attivazione di una linea telefonica dedicata. Sviluppare la rete di sostegno e supporto alla persona anziana e alla sua famiglia che veda la partecipazione solidale delle risorse formali e informali della comunità locale prevedendo un offerta di risposte differenziate e flessibili
		Tempi	Triennio 2006-2008
		Risultati Attesi	Riduzione dei ricoveri impropri e del ricorso all'istituzionalizzazione e dei disagi nel periodo invernale
		Determinati di Salute	Socio-economico, Organizzazione Sistema dei sevizi
		Indicatori	N. anziani reclutati
		Tipologia di Risorse	Comuni Regione Toscana Terzo Settore
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.2 : **Attività motoria adattata**	

		Obiettivo	Migliorare la qualità della vita e prevenire la disabilità
		Descrizione Programma	Promuovere su tutto il territorio l'attività motoria adattata intesa come risorsa relazionale e di "benessere"
		Tempi	Anni 2006 – 2007
		Risultati Attesi	Rallentare l'evoluzione di problemi causati da precedenti patologie o stili di vita non corretti e favorire l'aggregazione e la socializzazione della persona anziana
		Determinati di Salute	Organizzazione del sistema dei servizi
		Indicatori	N. utenti partecipanti a progetti AMA
		Tipologia di Risorse	Utenza Enti e Associazioni Sportive Terzo Settore
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.3: Sviluppo sistema integrato delle cure domiciliari	
		Obiettivo	Coordinare ed integrare i diversi tipi di interventi e cure domiciliari per mantenere gli anziani nel proprio contesto familiare e di vita
		Descrizione Programma	Organizzare l'offerta dei servizi domiciliari in forma integrata in base alla valutazione del bisogno individuale in modo da migliorare anche l'utilizzo delle risorse disponibili, in sinergia con le associazioni di volontariato.
		Tempi	Triennio 2006-2008
		Risultati Attesi	Riduzione ricorso all'istituzionalizzazione
		Determinanti di Salute	Organizzazione del sistema dei servizi
		Indicatori	Utenti assistiti a domicilio /N. ultra65_enni Utenti assistiti a domicilio / utenti in strutture
		Tipologia di Risorse	Azienda USL n.5 Comuni Terzo settore
OBIETTIVO DI SALUTE		**Cfr. "Migliorare l'accessibilità al sistema dei servizi" area di interventi trasversali**	
OBIETTIVO DI SALUTE		**Migliorare l'organizzazione dei servizi sanitari rivolti agli anziani per una risposta più adeguata ai bisogni**	
AZIONE	**N.1**	**Cfr. "Continuità di cure ospedale-territorio" – Area di interventi Adulti e categorie a rischio di esclusione sociale**	
AZIONE	**N.2**	**Cfr. "Riabilitazione - assistenza protesica e integrativa " Area di interventi Adulti e categorie a rischio di esclusione sociale**	
AZIONE	**N.3**	**Sviluppare i servizi offerti alla popolazione anziana**	

	PROGRAMMA DI INTERVENTO N.1 **Studio di Fattibilità per eventuale utilizzo di nuovi spazi di proprietà dell'Azienda Pubblica di Servizi alla persona "S. Chiara" per integrare le risposte ai bisogni della popolazione anziana**	
	Obiettivo	Valutare la possibilità di utilizzo dei locali dell'ex Scuola "S. Chiara" per la realizzazione di interventi a favore della popolazione anziana
	Descrizione Programma	Realizzazione di uno studio di fattibilità che tenga conto dei bisogni da soddisfare e preveda le risorse necessarie e l'integrazione con i servizi già esistenti
	Tempi	Anni 2006 –2007
	Risultati Attesi	Disporre di uno studio tecnico necessario al supporto di decisioni
	Determinanti di Salute	Organizzazione del Sistema dei Sevizi
	Indicatori	Presenza di un progetto di fattibilità
	Tipologia di Risorse	Azienda USL n.5 Comuni Azienda Pubblica Servizi alla persona "S. Chiara"

PROBLEMA	Le famiglie che hanno anziani non autosufficienti a carico, con patologie gravi come il morbo di Parkinson o di Alzheimer, spesso non sono capaci di affrontare la complessità delle situazioni che si trovano a vivere.
OBIETTIVO DI SALUTE	**Fornire sostegno alle famiglie che hanno a carico anziani con patologie gravi - Cfr. "Prevenzione e sostegno – Attività consultoriali e supporto alle famiglie" area di interventi trasversali**

PROBLEMA	Sempre più spesso gli anziani, in particolare quelli soli, vivono situazioni di difficoltà economica e non riescono ad avere un ruolo attivo nel tessuto sociale della comunità in cui vivono.
OBIETTIVO DI SALUTE	**Cfr. "Promuovere condizioni per arginare forme di disagio e di esclusione sociale – casa e inclusione sociale" area di interventi trasversali**

IMMIGRAZIONE

<table>
<tr><td colspan="2">PROBLEMA</td><td colspan="2">Il fenomeno della immigrazione, in aumento sulla zona, è caratterizzato da:
✓ Aumento della componente femminile, legato al fenomeno delle badanti e del ricongiungimento familiare
✓ Aumento di minori stranieri, soprattutto nei Comuni di Pomarance e Castelnuovo V.C.
✓ una maggiore presenza di cittadini/e provenienti dall'Europa dell'est (Albania, Macedonia, Ucraina), del Nord Africa (Marocco) e da altre nazioni europee (Germania e Svizzera)
✓ una percentuale più alta rispetto alle altre aree della provincia di studenti stranieri iscritti nelle scuole dell'infanzia e dell'obbligo, con scarso fenomeno della evasione scolastica
✓ elevata presenza di immigrazione clandestina strettamente legato alla domanda di manodopera irregolare da parte di titolari di aziende che operano nei settori agricoli (pastorizia e allevamento).

I/Le cittadini/e immigrati/e devono affrontare problemi legati a:
▪ Scarsa integrazione socio-culturale, linguistica e di mediazione ai vari livelli
▪ Carenza di modalità aggregative che prevengano il rischio di ghettizzazione
▪ Difficoltà nella ricerca della casa e del lavoro, con conseguenti situazioni di disagio economico
▪ Necessità di assistenza sanitaria continuativa anche nei periodi di rinnovo del permesso di soggiorno
▪ Necessità di mantenere la propria identità culturale
▪ Difficoltà di spostamento sul territorio e di accesso ai servizi, soprattutto per le donne</td></tr>
<tr><td colspan="2">OBIETTIVO DI SALUTE</td><td colspan="2">Favorire l'integrazione dei/delle cittadini/e stranieri/e nel tessuto sociale</td></tr>
<tr><td>AZIONE</td><td>N.1</td><td colspan="2">Strumenti per l'integrazione</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">PROGRAMMA DI INTERVENTO N.1 :
Mediazione culturale</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="4"></td><td>Obiettivo</td><td>Fornire strumenti per il pieno inserimento sociale.</td></tr>
<tr><td>Descrizione Programma</td><td>Valorizzare il percorso di mediazione culturale intesa non solo come mediazione linguistica ma anche culturale, all'interno della rete dei servizi, anche mediante percorsi formativi appropriati.
Creare e favorire opportunità di scambio e incontro culturale.
Presenza della mediazione linguistica e culturale all'interno del carcere</td></tr>
<tr><td>Tempi</td><td>Triennio 2006-2008</td></tr>
<tr><td>Risultati Attesi</td><td>Superamento dei disagi derivanti dalla diversità di lingua e cultura</td></tr>
</table>

		Determinati di Salute	Socio-Economico, Ambientale, Organizzazione sistema dei servizi
		Indicatori	N° di soggetti coinvolti nei progetti attivati. N° di mediatori che hanno seguito un percorso formativo
		Tipologia di Risorse	Comuni Provincia Terzo settore
		PROGRAMMA DI INTERVENTO N.2: Sportelli immigrati	
		Obiettivo	Supportare i/le cittadini/e stranieri/e nel rapporto con le istituzioni (Questura, Comuni, U.S.L., …), con il lavoro e con tutti gli aspetti della vita quotidiana. Fornire ai detenuti immigrati strumenti per l'indispensabile tutela giuridica
		Descrizione Programma	Miglioramento del servizio degli sportelli per l'immigrazione attualmente esistenti, con eventuale supporto di mediatori linguistici. Creazione di uno sportello immigrati all'interno del carcere
		Tempi	Triennio 2006-2008
		Risultati Attesi	Creazione di strumenti per facilitare il ruolo attivo del cittadino immigrato nella comunità
		Determinati di Salute	Organizzazione del sistema dei servizi, socio-economico
		Indicatori	N° stranieri che si rivolgono al servizio
		Tipologia di Risorse	Comuni Azienda U.S.L. 5 Carcere di Volterra Terzo Settore
AZIONE	**N.2**	**Crf. "Casa – Collocamento abitativo" area di interventi trasversali**	
AZIONE	**N.3**	**Cfr. "Lavoro – Percorsi per il lavoro" area di interventi trasversali**	
AZIONE	**N.4**	**Cfr. "Inclusione sociale – Sviluppo delle reti" area di interventi trasversali**	
AZIONE	**N.5**	**Cfr. "Prevenzione primaria e secondaria e sviluppo di competenze genitoriali" area di interventi trasversali**	
AZIONE	**N.6**	**Cfr "Sostegno economico e nelle attività quotidiane" area di interventi trasversali**	

CAPITOLO V - LE RISORSE DISPONIBILI

5.1 Il Budget virtuale: definizione e riferimenti normativi

L' Atto di indirizzo Regionale per la sperimentazione della Società della Salute al punto 7 "Finanziamento delle Società della Salute" stabilisce che:
"…. Il bilancio delle Società della Salute è costituito dalle risorse ad essa conferite dagli enti associati e necessarie all'espletamento delle funzioni di programmazione e governo di propria competenza…… . Per i servizi socio-sanitari di competenza della Società della Salute si esprime nella definizione del budget di zona (budget virtuale in quanto costituito da risorse che restano degli enti) e delle conseguenti procedure di negoziazione che costituiscono vincolo ai budget delle diverse strutture organizzative. Il budget è definito sulla base dei costi storici rilevati delle attività …….".

Tenuto conto di quanto sopra occorre distinguere quindi tra il bilancio della Società della Salute ed il Budget virtuale.

Il primo, ossia "il Bilancio della Società della Salute dell'Alta Val di Cecina", è relativo alle risorse conferite dagli Enti partecipanti al Consorzio per le attività di governo dei processi di salute e dalla Regione Toscana a supporto dei costi di funzionamento. A riguardo la scelta fatta dalla Società della Salute AVC è quella di mantenere il più possibile snella la struttura operativa del Consorzio in modo da contenere i costi della nuova organizzazione e non creare pesanti sovrastrutture onerose. Pertanto i beni intermedi ed i fattori di produzione necessari a tale scopo sono forniti dall'Azienda USL e dai Comuni, con imputazione delle spese ai fondi regionali specificamente assegnati per la sperimentazione.

Il Consorzio è quindi privo di fatto, in questa fase, di qualsiasi responsabilità gestionale, pur operando a tutti gli effetti; infatti il Consorzio non gestisce nessun fondo, motivo percui non è stato al momento ancora istituito il Collegio dei Revisori dei Conti.

Il secondo invece, previsto dalle disposizioni regionali sopra citate, è definito virtuale in quanto non si riferisce ad entrate e uscite effettive, ma al complesso di risorse governate dalla Società della Salute, e afferenti a diversi bilanci effettivi.

Il Budget virtuale si ottiene quindi componendo assieme una porzione dei bilanci dei comuni (inizialmente quella delle funzioni sociali delegate, successivamente estendibile ad altri settori quali l'ambiente, l'educazione, lo sport ecc…) e della Azienda USL (bilancio delle funzioni sanitarie territoriali riclassificate secondo quanto previsto dalla L.R. 40/'05).

Quindi in questa prima fase il budget virtuale della Società della Salute rappresenta la fotografia, in termini finanziari, delle risorse in campo sociale e sanitario a livello territoriale (con esclusione quindi delle attività ospedaliere) della zona Alta Val di Cecina.

L'indicazione delle risorse disponibili è elemento fondamentale del PIS e fornisce il quadro di riferimento per la sua attuazione.

L'insieme delle risorse individuate costituisce vincolo per ciascuno dei soggetti coinvolti per il complesso delle attività della Società della Salute.

5.2 Il Budget virtuale 2006 della Società della Salute dell'Alta Val di Cecina

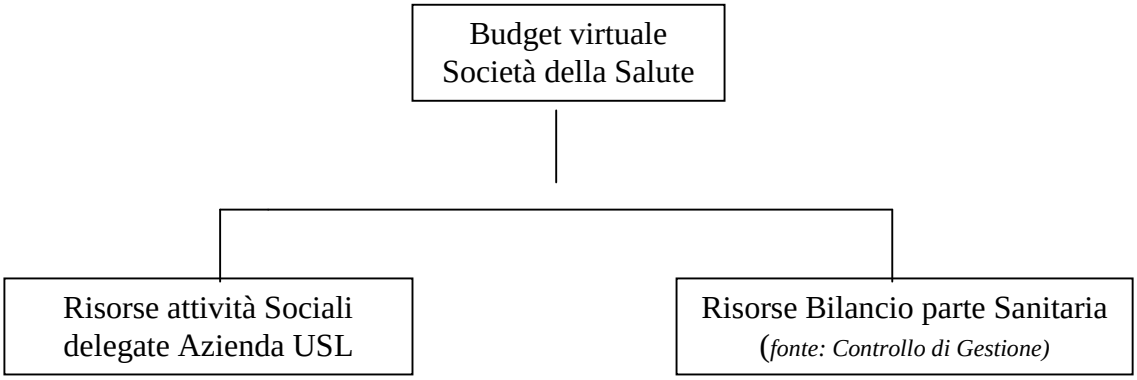
Il Budget virtuale 2006 rappresenta una prima definizione del quadro delle risorse di riferimento ed è stato elaborato come sommatoria dei budget messi a disposizione dagli Enti consorziati per lo svolgimento delle attività sanitarie territoriali e di quelle socio-sanitarie e socio-assistenziali, attività che saranno tuttavia materialmente erogate dalle strutture appartenenti ai rispettivi enti, i quali rimangono responsabili, sotto l'aspetto operativo e contabile, delle risorse individuate nel budget virtuale.

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

Le risorse di competenza degli enti associati derivano dalle quote storiche assegnate a livello zonale per i servizi sanitari e per le attività socio-assistenziali dei comuni, nonché dalle quote di compartecipazione. Le risorse sono organizzate in forma associata per le competenze comunali e con l'individuazione del budget di zona-distretto per le competenze sanitarie.

In particolare la riduzione del 50% fondo nazionale per le politiche sociali nel 2005 ha determinato una conseguente riduzione del 25% del trasferimento del fondo sociale regionale e quindi una possibile riduzione di risorse anche per le future attività sociali della zona da realizzare nel 2006.

Il Budget è stato costruito sulla base dei dati storici ricavati dai bilanci degli enti secondo il seguente schema:



Il riferimento per i bilanci, sia di parte sociale che sanitaria, è la previsione 2006.

Il quadro delle risorse così delineato dovrà essere ulteriormente definito attraverso una disarticolazione dei costi che afferiscono alle singole macro voci tale da fornire una visione integrata per ambiti di intervento (al di là quindi della distinzione tra attività proprie dell'assistenza sanitaria territoriale o del settore socio-sanitario e assistenziale).

La disarticolazione delle macro voci di budget potrà inoltre meglio specificarsi nel percorso di progettazione operativa dei programmi contenuti nel PIS. In tale percorso, almeno per alcuni ambiti di intervento, potrà essere individuata in maniera più puntuale l'allocazione delle risorse storiche impiegate da ASL e Comuni.

Occorre precisare che i programmi di intervento che richiedono risorse aggiuntive verranno sviluppati allorché individuate le risorse necessarie alla loro attuazione.

La programmazione con le relative schede rappresenta un impegno per gli enti consorziati che, nei limiti delle proprie disponibilità di bilancio, dovranno prevedere l'allocazione delle risorse e la redazione degli strumenti gestionali (schede di Budget per l'Azienda USL, Piano Esecutivi di Gestione per i Comuni) in coerenza con gli indirizzi programmatici contenuti nel presente piano.

Nelle tabelle seguenti è riportato il Budget virtuale 2006 della Società della Salute.

Tab. 1.1: Risorse Bilancio 2006 – Parte Sociale

RICAVI DELLA PRODUZIONE 2006

		Totale	*Dettaglio*	
81 01101010	**Contributi in C/Esercizio**			
81 01 101010	**Contributi dalla Regione:**			
		€ 840.591,91	Quota Budget 2006	€ 119.971,88
			Quota a Parametro 2006	€ 232.777,29
			Gestione Associata 2006	€ -
			Risorse natalità 2006	€ 7.550,25
			Minor Spesa 2005	€ 480.292,49
81 01 201010	Comune di Volterra	€ 297.539,79	Comune di Volterra	€ 297.539,79
81 01 201020	Comune di Pomarance	€ 161.253,99	Comune di Pomarance	€ 161.253,99
81 01 201030	Comune di Castelnuovo V. C.	€ 64.722,60	Comune di Castelnuovo V. C.	€ 64.722,60
81 01 201040	Comune di Montecatini V. C.	€ 51.094,02	Comune di Montecatini V. C.	€ 51.094,02
81 01 202000	Contributi dalla Provincia	€ 20.000,00	Contributi per progetti	€ 20.000,00
81 02 102010	Rimborso CDH e CDA	€ 116.157,48	C.D.H. Koch	€ 66.929,01
			C.D.H. Il Sole Castelnuovo V.C.	€ 19.778,01
			C.D.A. Castelnuovo VC	€ 29.450,46
82 02 202010	**Compartecipazioni privati Rette degenze RSA**	€ 303.000,00		
			Conc. Privati Rette di degenza RSA Castelnuovo	€ 213.000,00
			Conc. Privati Rette di degenza RSA Morel	€ 90.000,00
81 02202020	**Altre compartecipazioni da privato**	€ 110.000,00	varie	€ 110.000,00
81 03 604000	**Rimborsi Vari**	€ 148.000,00		
			DSM	€ 148.000,00
	Totale	**€ 2.112.359,79**		**€ 2.112.359,79**

Totale Ricavi	**€ 2.112.359,79**
Totale Costi	**€ 2.112.359,79**

Differenza	**€ -**

Tab. 1.2: Compartecipazione Sanitaria ai Servizi Socio Assistenziali

Conto economico	Descrizione	Pre-Consuntivo 2005	PREVENTIVO 2006 *(versione 15/11/2005)*	Differenza Preventivo 2006 – Pre Consuntivo 2005	Differenza %
	Totale RR.SS.AA. Convenzionate	**€ 1.307.992,80**	**€ 1.328.360,95**	**€ 20.368,15**	**1,56%**
12 02 216010	RSA aziendali per anziani gestiti da cooperative	€ 508.480,32	€ 478.545,03	-€ 29.935,29	-5,89%
	Totale RR.SS.AA.	**€ 1.816.473,12**	**€ 1.806.905,99**	**-€ 9.567,13**	**-0,53%**
12 02 211000	Prest. Riabilitative da CDH	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	0,00%
12 02 105051	Costo Centri Diurni Anziani a gestione convenzionata	€ 20.788,56	€ 10.394,28	-€ 10.394,28	-50,00%
12 02 216060	Costo Centri Diurni Anziani gestite da coop. Soc. - gestione diretta USL 5	€ 29.450,46	€ 29.450,46	€ 0,00	0,00%
	Totale Centri Diurni Anziani	**€ 50.239,02**	**€ 39.844,74**	**-€ 10.394,28**	**-20,69%**
12 02 216040	Casa famiglia disabili gest. Da cooperative	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	0,00%
12 02 216070	Costi Cd Disabili gestiti da coop.	€ 86.707,84	€ 86.707,84	€ 0,00	0,00%
12 02 216100	Altri serv. San. Forniti da coop. (ADI e ABUSO)	€ 192.177,81	€ 192.177,81	€ 0,00	0,00%
12 02 227010	Contributi enti ed associazioni			€ 0,00	0,00%
12 02 227020	Contributi ad anziani	€ 5.000,00	€ 0,00	-€ 5.000,00	-100,00%
12 02 227040	Contributi portatori di Handicap	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	0,00%
12 02 227060	Contributi a Popol. Bisognosa	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	0,00%
12 02 416040	Portineria axis	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	0,00%
	TOTALE Complessivo	**2.150.598**	**2.125.636**	**-€ 24.961,42**	

Tab. 2.1: Risorse Bilancio 2006 – Parte Sanitaria

BUDGET "ATTIVITA' TERRITORIALI"

		Zona AVC
	Parametro	*(Valori in €)*
Personale Dipendente (liquidato)		
	Personale medico e veterinario	*824.950*
	Altri laureati ruolo sanitario	*262.846*
	Operatori professionali	*2.373.118*
	Tot. Personale ruolo sanitario	3.460.914
	Tot. Personale ruolo tecnico	732.366
	Tot. Personale ruolo professionale	-
	Tot. Personale ruolo amministrativo	459.778
	TOTALE	**4.653.058**
Libera Professione		
	Libera Professione	202.777
	TOTALE	**202.777**
Altro Personale		
	Personale - lavoro autonomo	33.164
	Personale comandato	-
	Medicina dei Servizi	-
	Ambulatoriali interni	256.051
	Consulenze	-
	TOTALE	**289.216**
Beni di Consumo SANITARI		
	Prodotti farmaceutici	*742.628*
	Ossigeno, sacche nutrizionali	*-*
	Prodotti dietetici	*3.262*
	Sieri e vaccini	*63.999*
	Materiale uso diagnostico	*14.181*
	Materiale uso radiologico	*777*
	Presidi chirurgici e materiale sanitario	*146.386*
	Strumenti chirurgici	*2.236*
	Materiale per disinfestazione	*6.957*
	Materiali per emodialisi	*11.670*
	Plasmaderivati	*67.656*
	Altri beni sanitari	*3.226*
	TOTALE	**1.062.979**

Beni di Consumo NON Sanitari

Alimentari/Materiali guardaroba e pulizie	*3.135*
Combustibili, carburanti e lubrificanti	*30.283*
Supporti informatici e cancelleria	*18.317*
Materiale per manutenzioni	*169*
Altri beni non sanitari	*35.237*
TOTALE	**87.140**

Manutenzioni e Riparazioni

Manuten. e riparaz. immobili eloro pertinenze	2.688
Manuten. e riparaz. mobili e macchinari	2.465
Manutenz. e riparaz. attrezature sanitarie e chir.	43.847
Manutenz. e riparaz. Automezzi	22.627
TOTALE	**71.628**

Servizi Alberghieri

Lavanderia	54.150
Pulizie	149.867
Ristorazione - Mensa dipendenti	37.699
Riscaldamento	176.527
TOTALE	**418.243**

Altri Servizi NON Sanitari

Smaltimento rifiuti	4.949
Trasporti non sanitari	-
Servizio facchinaggio	17.780
Servizio lettura ottica	14.056
Personale religioso non sanitario	-
Altri servizi appaltatati	136.351
TOTALE	**173.135**

Utenze

Telefono - Elaborazione dati	41.954
Energia Elettrica	24.892
Acqua	3.075
Gas	-
TOTALE	**69.921**

Godimento Beni di Terzi

Noleggio e leasing	12.516
Altri costi godimento beni di terzi	71
Fitti immobiliari	12.647
TOTALE	**25.234**

Prestazioni Sanitarie

Ricoveri in convenzione AOP (SPDC)	-
Ospedale di Comunità	-
Prestaz. specialistiche in convenz. (AOP)	23.986
Prestaz. specialistiche c/o Auxilium Vitae	21.317
Prestaz. specialistiche c/o Istituti Accreditati	346
Prestaz. diagnostiche c/o Istituti Accreditati	216
Terme	8.969
Riabilitazione ex art. 26	36.412
Farmaceutica convenzionata	4.094.582
Assistenza Integrativa	363.214
Assistenza Protesica	63.948
Altre prestazioni sanitarie / Prestaz. Riabilitat.	4.906
Costi per non residenti in strutture zonali	-
TOTALE	**4.617.896**

Mobilità Passiva

Assistenza Specialistica	990.460
Terme	39.720
Riabilitazione ex art. 26	13.144
Farmaceutica	124.120
Assistenza Sanitarie di Base	19.215
Elisoccorso	2.010
TOTALE	**1.188.669**

Prestazioni Residenziali /Semiresid. SERT

Assistenza residenziale convenzionata	18.000
Costi x gest.strutt.res. (La Bianca - Case Famiglia - Olter il Muro)	73.734
Costi x gest. CD (Passo di Barca)	-
TOTALE	**91.734**

Prestazioni Residenziali /Semiresid. DSM

Assistenza residenziale (Strutt. psichiatriche - RSA)	118.661
Asistenza semiresidenziale (CD) convenzionata	-
Costi x gest. strutture residenz. RSA	83.641
Costi x gest. Case Famiglia/ Centro Bisaglia	-
Costi x gest. (CD) Psichici	34.492
TOTALE	**236.793**

Prestazioni Residenziali /Semiresid. DISABILI

Costi x gest. Case Famiglia	-
Costi x gest. (CD) Handicap	86.708
TOTALE	**86.708**

Prestazioni Residenziali /Semiresid. ANZIANI

Assistenza residenziale convenzionata	1.328.360
Assistenza semiresid. (CD) convenzionata	-
Costi x gest. RSA Anziani	441.276
Costi x gest. CD Anziani	39.845
TOTALE	**1.809.481**

Prestazioni Residenziali /Semiresid. ALTRO

Assistenza residenziale convenzionata altri pazienti	-
Altri servizi forniti da cooperative	56.300
TOTALE	**56.300**

Formazione Profess. / Trasporti

Formazione Professionale	-
Trasporti	497.178
TOTALE	**497.178**

Convenzioni

Medicina Generica	1.742.760
Medicina Pediatrica	129.000
Guardia Medica	542.493
Guardia Turistica	-
Emergenza/Urgenza	776.572
TOTALE	**3.190.825**

Rimborsi e Contributi

Contributi Associazioni di volontariato	33.958
Rimborso prestazioni sanitarie	123
Contributi , assegni e sussidi vari	-
Contributi Tossicodipendenti	5.000
Contributi Psichici	40.000
Contributi Anziani	-
Contributi Handicap	1.000
Contributi popolazione bisognosa	-
TOTALE	**80.082**

Oneri Diversi

Retribuzioni organi direttivi	5.734
Oneri diversi di gestione	485
TOTALE	**6.218**

Ammortamenti

Ammortamenti	152.099
TOTALE	**152.099**

Totale costi diretti	**19.067.315**

Ribaltamenti Servizi Intermedi

Laboratorio Analisi	64.072
Centro Trasfusionale	2.768
Radiologia	-
Neurofisiopatologia	-
Prestazioni da altri CdR	-
Farmacia	14.927
Pronto Soccorso	-
Centrale di Sterilizzazione	-
Rianimazione VDE	-
Cucina AVC	52.266
TOTALE	**134.033**

Totale costo pieno	**19.201.348**

Ribaltamenti Costi Comuni e Generali

Costi Comuni di Dipartimento	-
Altri Costi Comuni	1.220.521
Costi Generali	506.751
TOTALE	**1.727.272**

TOTALE COSTI	**20.928.620**

RICAVI

Ricavi Riabilitazione ex art 26 (Casciana T.)	-
Ricavi Riabilitazione ex art. 26 (Stella Maris)	-
Ricavi DRG degenza ordinaria	
Ricavi DRG degenza dh	
Ricavi Prestazioni ambulatoriali x esterni	90.040
Ricavi Prestazioni ambulatoriali x interni	-
TOTALE RICAVI	**90.040**

UTILE/PERDITA CdC	**-**	**20.838.580**

Tab. 2.2 : Risorse Bilancio 2006 – Parte Sanitaria

BUDGET "ATTIVITA' AMMINISTRATIVE di ZONA"

	Zona AVC
Parametro	*(Valori in €)*
Personale Dipendente (liquidato)	
Tot. Personale ruolo tecnico	607.317
Tot. Personale ruolo professionale	-
Tot. Personale ruolo amministrativo	308.970
TOTALE	**916.287**
Altro Personale	
Personale - lavoro autonomo	-
Personale comandato	6.000
TOTALE	**6.000**
Beni di Consumo SANITARIO	
Prodotti farmaceutici	-
Materiali protesici	*2.451*
TOTALE	**2.451**
Beni di Consumo NON SANITARI	
Alimentari/Materiali guardaroba e pulizie	*16*
Combustibili, carburanti e lubrificanti	*19.537*
Supporti informatici e cancelleria	*5.118*
Materiale per manutenzioni	*46.914*
Altri beni non sanitari	*1.208*
TOTALE	**72.793**

Manutenzioni e Riparazioni

Manuten. e riparaz. immobili eloro pertinenze	84.250
Manuten. e riparaz. mobili e macchinari	-
Manutenz. e riparaz. attrezature sanitarie e chir.	30.566
Manutenz. e riparaz. Automezzi	-
TOTALE	**114.816**

Servizi Alberghieri

Lavanderia	-
Pulizie	53.456
Ristorazione - Mensa dipendenti	177.913
Riscaldamento	45.621
TOTALE	**276.990**

Altri Servizi NON Sanitari

Smaltimento rifiuti	-
Trasporti non sanitari	24.960
Servizio facchinaggio	1.250
Altri servizi appaltatati	16.893
TOTALE	**43.103**

Utenze

Telefono - Elaborazione dati	10.201
Energia Elettrica	298
Acqua	-
Gas	-
Altre utenze	-
TOTALE	**10.499**

Godimento Beni di Terzi

Noleggio e leasing	-
Altri costi godimento beni di terzi	100.000
Fitti immobiliari	3.190
TOTALE	**103.190**

Formazione Professionale / Trasporti

Formazione Professionale	7.056
Trasporti	-
TOTALE	**7.056**

Rimborsi e Contributi

Contributi Associazioni di volontariato	-
Contributi , assegni e sussidi vari	1.409
TOTALE	**1.409**

Oneri Diversi

Assicurazioni	-
Oneri diversi di gestione	10.790
TOTALE	**10.790**

Ammortamenti

Ammortamenti	159.018
TOTALE	**159.018**

Totale costi diretti	**1.724.401**

Totale costo pieno	**1.724.401**

Ribaltamenti Costi Comuni e Generali

Costi Comuni di Dipartimento	-
Altri Costi Comuni	188.113
Costi Generali	131.940
TOTALE	**320.053**

TOTALE COSTI	**2.044.454**

Ricavi

Ricavi DRG degenza ordinaria	
Ricavi DRG degenza dh	
Ricavi Prestazioni ambulatoriali x esterni	
Ricavi Prestazioni ambulatoriali x interni	
TOTALE RICAVI	**-**

UTILE/PERDITA	**- 2.044.454**

CAPITOLO VI – LA COMUNICAZIONE

6.1 Le strategie

La Società della Salute dell'Alta Val di Cecina ha l'obiettivo di promuovere l'informazione, la condivisione e la partecipazione sul percorso di sperimentazione intrapreso dalla zona e stimolare la riflessione sulla cultura del concetto di "Salute".

La comunicazione riveste infatti un importanza strategica all'interno del percorso di sperimentazione della Società della Salute: è possibile integrarsi purchè ci sia la conoscenza e nello stesso tempo si può partecipare se si è efficacemente informati.

Pertanto sarà necessario prevedere un efficace Piano di Comunicazione rivolto sia al cittadino-utente che agli operatori degli enti aderenti. I punti qualificanti del Piano di comunicazione riguardano sia la comunicazione istituzionale (informare la comunità locale sulle attività della Società della Salute) che la comunicazione sui servizi e quella a supporto di particolari iniziative e/o azioni attivate.

In particolare aggiornare la comunità locale circa le attività e sullo stato dei lavori della sperimentazione della Società della Salute, presentare gli aspetti principali previsti nel PIS e i singoli programmi di intervento è essenziale per lo sviluppo del sistema e per una effettiva partecipazione di tutta la comunità locale al governo della salute.

6.2 Il Piano di Comunicazione

Il presente Piano di Comunicazione si riferisce alle competenze previste dalla fase di sperimentazione della Società della Salute e per questo non sostituisce i Piani di Comunicazione dei soggetti consorziati ma va ad aggiungersi e ad integrarsi con questi ultimi.

Per questo si pone l'obiettivo anche di costruire un percorso di comunicazione integrata, in particolare sui servizi, coordinando i singoli strumenti di comunicazione già attivati (come le Carte dei Servizi Sociale e Sanitario dell'Azienda U.S.L. 5).

Il Piano si articola su due livelli: quello interno, rivolto agli operatori degli enti consorziati, e quello esterno rivolto alla cittadinanza in genere. Nell'allegato I è schematicamente riportato una proposta di azioni da attivare in funzione dei targets di riferimento che confluirà in un più ampio progetto in corso di elaborazione, denominato "Reti a sostegno del welfare locale".

Quest'ultimo nasce dalla necessità di realizzare strumenti di sostegno alla programmazione delle politiche sociosanitarie locali che utilizzino e sfruttino le possibilità generate dall'uso di nuovi mezzi di sostegno allo scambio informativo ed alla comunicazione. Il progetto sperimentale è conseguenza del protocollo d'intesa tra UNCEM TOSCANA, le Società della Salute delle zone montane della Toscana, ANCI e Federsanità che prevede la realizzazione di un modello ed una campagna di comunicazione istituzionale in materia sociosanitaria che possa risultare particolarmente incisiva.

Premesse fondanti del protocollo sopra citato, in linea con le necessità che hanno spinto alla realizzazione del progetto, ed in particolar modo delle sperimentazioni da esso previste, sono:

- l'emergere sia di una forte specificità della comunicazione pubblica relativa ai temi della salute e della cittadinanza sociale che di una rilevante sensibilità per i temi della comunicazione della salute e dei diritti di cittadinanza sociale da parte della popolazione ed in particolar modo degli utenti diretti dei servizi sanitari e sociali;
- l'aumento dell'attenzione anche da parte del contesto normativo rispetto al problema della comunicazione nella pubblica amministrazione attestato anche dalla direttiva del Ministro per la Funzione Pubblica del 7 Febbraio 2002;

- la presa d’atto che le Società della Salute nelle zone montane presentano problematiche simili per l’esercizio della propria funzione istituzionale, dettate dalla particolare condizione geografica che determina oggettive condizioni di svantaggio per i cittadini anche per l’esercizio dei propri diritti in materia sanitaria e di cittadinanza sociale;
- il ruolo forte che dovrebbe essere esercitato dalla comunicazione istituzionale a favore dei cittadini con l’obiettivo non solo di informarli dei diritti sociali e sanitari, del modo di esercitarli, dei servizi presenti sul territorio, ma anche di creare interazione con gli utenti in modo da incidere decisamente sulla qualità ed efficacia dei servizi medesimi.

Nel protocollo d’intesa sono previsti: un tavolo di lavoro con coordinamento UNCEM, riunioni periodiche dei presidenti e direttori delle Società della Salute, l’identificazione di un coordinatore e di un rappresentante UNCEM delle società della salute montane per realizzare in concreto il progetto.

Sono inoltre individuati una serie di strumenti a rete per permettere alle società della salute:

- di informare, dialogare e interagire con gli operatori dei settori coinvolti, con gli utenti, i cittadini, il terzo settore e il mondo del volontariato;
- di procedere alla costruzione concertata di un percorso condiviso per la redazione e i necessari aggiornamenti del Piano Integrato di Salute (PIS);
- di gestire il patrimonio informativo e l’intero sistema sviluppando le banche dati ed i processi di gestione dei servizi;
- di formare gli operatori delle Società della Salute coinvolti, nell’ottica della specificità della comunicazione della salute;
- di definire modalità e tecniche di relazione con i cittadini che possano migliorare i rapporti tra le strutture sanitarie, sociosanitarie e l’utenza;
- di attivare strumenti condivisi di “customer satisfaction”;
- di attuare qualsiasi altra attività, ricerca e studio finalizzati al miglioramento dei rapporti con il pubblico e l’efficacia della comunicazione istituzionale, così come disciplinata dalla normativa vigente.

Gli strumenti richiamati dal protocollo d’intesa saranno declinati operativamente sui territori individuati dalla sperimentazione e dovranno obbligatoriamente raccordarsi con quelli già esistenti, con lo scopo che possano rappresentare un futuro patrimonio conoscitivo per il miglioramento delle prassi e della programmazione anche in altre Società della Salute della Regione Toscana.

PIS ALTA VAL DI CECINA 2006-2008 – ALLEGATO A

"Mi scusi…cosa intende lei
quando dice di voler descrivere
la realtà?"

"Appunti per un film"
Compagnia della Fortezza
Regia di A. Punzo
Festival VolterraTeatro '05

Introduzione

Il Profilo di Salute: una fotografia della comunità e del territorio.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la "salute" come "uno stato di completo benessere fisico, sociale e mentale e non la semplice assenza dello stato di malattia o infermità". In questo senso la salute di una comunità dipende da molteplici fattori spesso esterni all'organizzazione sanitaria (detti determinanti di salute). In particolare si tratta di fattori che definiscono le condizioni **soggettive** individuali (età, sesso e nazionalità), socio-economiche (istruzione, lavoro, pensioni, povertà) e legate agli stili di vita (alimentazione, attività fisica, fumo alcol, attività sessuale, uso dei farmaci) della popolazione e di fattori **oggettivi** ambientali (qualità di aria, acqua, suolo, altre forme di inquinamento) e connessi all'accesso ai servizi (sistema sanitario, servizio sociale, sistema scolastico, trasporti, attività ricreative).

Per questo la Regione Toscana intende programmare per la salute non solo attraverso i tradizionali strumenti di programmazione, quali il PISR e il PSR, ma attraverso i Piani Integrati di Salute, nuovi strumenti che hanno l'obbiettivo di creare sinergie fra tutti i soggetti che, con le loro azioni, possono incidere sullo stato di salute di una comunità.

Conoscere lo stato di salute della comunità è una attività complessa, ma estremamente importante in quanto consente agli attori sociali (amministratori, operatori dei Servizi, ecc.) di orientare appropriatamente le proprie azioni e di valutarne l'efficacia.

Il Profilo di Salute ha lo scopo di rispondere a questa esigenza conoscitiva e rappresenta una raccolta organizzata di dati epidemiologico-statistici di base, provenienti da fonti di varia natura, relativi ai diversi determinanti di salute che agiscono sulla comunità.

L'elaborazione del Profilo di Salute dell'Alta Val di Cecina è stata effettuata dalle opratrici della Segreteria Tecnica tramite l'attivazione di un sistema di flussi informativi in grado di consentire la raccolta e l'integrazione tra le numerose fonti, molte delle quali non sanitarie. In questo senso, il Profilo di Salute può essere considerato come un primo esempio di rete integrata per la condivisione dei dati sui determinanti di salute.

I dati raccolti sono stati riorganizzati e talvolta rielaborati in modo da poter effettuare, quando possibile, confronti temporali (relativi generalmente al triennio 2002-2004) e spaziali (in particolare fra i territori di competenza della zona socio-sanitaria, della U.S.L. 5 e della Regione Toscana).

Laddove le elaborazioni effettuate hanno prodotto risultati di incerta interpretazione, sono stati interpellati i tecnici del singolo settore di competenza per avere spiegazioni in merito ai dubbi emersi.

La definizione del Profilo di Salute ha comportato quindi un grosso lavoro non esente da criticità fra le quali le principali sono state l'incompletezza, la qualità e l'integrabilità delle informazioni ottenute dalle fonti.

Per questo ci teniamo a sottolineare che il Profilo di Salute qui presentato vuole essere un documento dinamico in continuo aggiornamento; vista l'importanza che il quadro conoscitivo ricopre nei percorsi di programmazione, l'individuazione di modalità strutturate per l'integrazione del Profilo di Salute rappresenteranno uno degli obbiettivi del Piano Integrato di Salute.

INDICE

SEZIONE I TERRITORIO pag. 1

SEZIONE II QUADRO DEMOGRAFICO

Popolazione residente pag. 3

Cittadini stranieri pag. 12

Famiglie pag. 16

SEZIONE III QUADRO AMBIENTALE

Qualità del suolo, dell'aria e dell'acqua pag. 19

Rifiuti pag. 33

Rumore pag. 36

Inquinamento elettromagnetico pag. 37

Qualità degli alimenti pag. 37

Qualità delle abitazioni pag. 39

SEZIONE IV QUADRO SOCIO-ECONOMICO

Asili nido pag. 41

Scuola e istruzione pag. 43

Lavoro pag. 49

Previdenza pag. 56

Criminalità pag. 59

SEZIONE V STILI DI VITA

Alimentazione pag. 60

Alcol, fumo e sostanze stupefacenti pag. 62

SEZIONE VI STATO DI SALUTE

I grandi indicatori di salute pag. 65

Le più importanti malattie e cause di morte pag. 68

Malattie del sistema circolatorio pag. 68
Tumori pag. 71
- Tumore allo stomaco pag. 73
- Tumore al colon retto pag. 75
- Tumore al polmone pag. 77
- Tumore alla mammella pag. 79
- Tumore all'ovaio pag. 82

Malattie del sistema respiratorio pag. 84
Malattie del sistema digerente pag. 86
Traumatismi e avvelenamenti pag. 88
Malattie infettive pag. 90
Malattie delle ghiandole endocrine e del metabolismo pag. 93
Malattie del sangue pag. 95
Disturbi psichici pag. 97
Malattie del sistema nervoso pag. 99
Malattie dell'apparato osteo-articolare pag. 101
Malattie dell'apparato genito-urinario pag. 103
La salute nelle fasce vulnerabili pag. 105
La gravidanza e il parto pag. 105
- IVG e aborti spontanei pag. 106
- Le nascite pag. 107

Gli anziani pag. 109
Infortuni sul lavoro e malattie professionali pag. 110
Handicap pag. 114
Zoonosi pag. 118

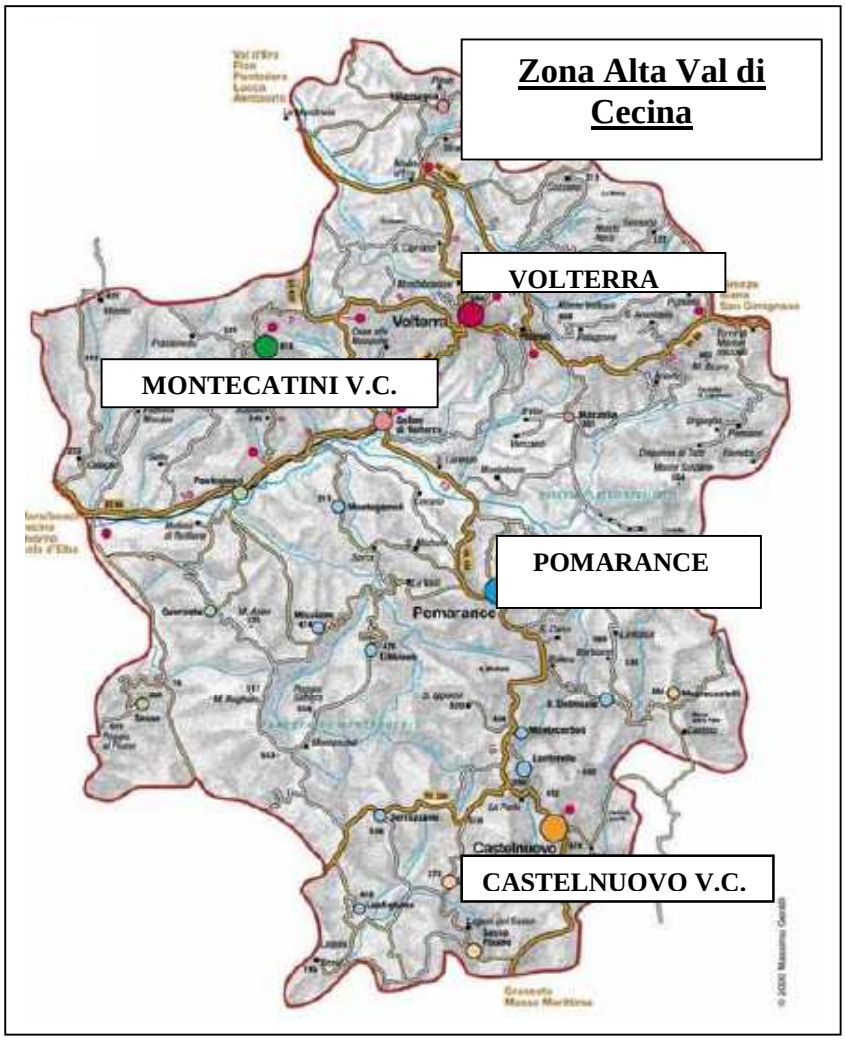
Il presente documento è stato redatto a cura della Dr.ssa Silvia Mariani e della Dr.ssa Giorgia Tacconi della Segreteria Tecnica della Società della Salute.
Hanno inoltre fornito la loro preziosa:

- Le anagrafi comunali
- Il Dott. Claudio Rognini dell'Osservatorio per le Politiche Sociali della Provincia di Pisa
- La Dott.ssa Patrizia Nannetti e la Dott.ssa Sonia Zoboli del Centro Direzionale per l'Impiego della Provincia di Pisa
- Il Signor Barboni dell INPS di Pisa
- L'Istituto Superiore "G. Carducci"
- Il Capitano Maretto e il Comandante Saperi dell'Arma dei Carabinieri, Compagnia di Volterra
- La Dott.ssa Gigliola Ciacchini dell'ARPAT
- Il Dott. Andrea Rossi e il Dott. Riccardo Mori dell'ASA s.p.a.
- Giovanna Marini della U.O. Riabilitazione Funzionale della Zona Alta Val di Cecina
- La Dott.ssa Patrizia Novelli, responsabile del Servizio Sociale della Zona Alta Val di Cecina
- L'Ing. Bruno Possenti e tutti gli operatori delle U.F. PISSL e ISPAN, Dipartimento Prevenzione della Zona Alta Val di Cecina
- Il Dott. Milo Meini e il Dott. Valerio Cellesi del SerT, Dipartimento Dipendenze Azienda U.S.L. 5
- Il Dott. Alfredo Nardi della U.O. Sanità Pubblica Veterinaria della Zona Alta Val di Cecina
- Il Dott. Gioacchino Bellone e la Dott.ssa Simona Baroni della U.O. Sistema Informativo dell'Azienda U.S.L. 5
- Il Dott. Stefano Lelli della U.F. Medicina Legale e dello Sport, Dipartimento Prevenzione Azienda U.S.L. 5 di Pisa
- Il Dott. Stefano Silvestri del Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica di Firenze

Un particolare ringraziamento va alla Dott.ssa Maida Perco, responsabile della U.O. Epidemiologia dell'Azienda U.S.L. 5, per il prezioso supporto fornito nelle varie fasi della stesura del presente documento.

TERRITORIO

La Zona Alta Val di Cecina, area rurale che occupa un ‘estensione territoriale pari a 724,55 Kmq, (equivalente al 38% del territorio dell’Azienda U.S.L. 5), comprende i Comuni di Volterra, Pomarance, Castelnuovo V.C. e Montecatini V.C.



La popolazione residente nei Comuni della Zona Alta Val di Cecina al 31/12/2004 ammontava a 21.840 abitanti.
Il peso demografico dei comuni sul totale di zona e la densità di abitanti per Kmq, si distribuiscono come segue:

Comuni	Altitudine	% Territorio occupato da ciascun comune sul totale di Zona	Densità (abitanti per Kmq)	Residenti
Volterra	555m s.l.m	51,45	44,6	11.309
Pomarance	370m s.l.m	28,3	27,3	6.129
Castelnuovo V.di C.	576m s.l.m	11,2	27,8	2.460
Montecatini V. di C.	416m s.l.m	8,9	12,5	1.942

La Zona fa capo alla Comunità Montana della Alta Val di Cecina che include nel proprio territorio anche il Comune di Monteverdi Marittimo appartenente alla Zona socio-sanitaria della Val di Cornia.
Il territorio della Comunità Montana costituisce la porzione meridionale della provincia di Pisa, di cui copre circa un terzo di estensione.
Gran parte dell'area è tipicamente collinare, con rilievi modesti e pendii generalmente dolci che assumono tratti pre-appenninici nella parte meridionale (Comune di di Castelnuovo V.C).
Dal punto di vista climatico, questo vastissimo territorio appartiene ad una fascia di transizione tra il clima mediterraneo e quello continentale, caratterizzato da un periodo invernale freddo ma non molto esteso e da un lungo periodo estivo caldo ed assai secco. In relazione alla disposizione dei rilievi ed all'orientamento delle valli si rilevano tuttavia differenze significative da zona a zona , con la presenza di caratteri climatici di tipo sub-montano nell' area di Castelnuovo V.C.
Il sistema idrografico principale è quello costituito dal fiume Cecina e dai suoi affluenti, in un bacino esteso più di 900 Kmq.
Fra le caratteristiche di rilievo della zona Alta Val di Cecina, oltre ai comprensibili problemi di mobilità e di viabilità (gran parte dell'area è collinare), si ricordano quelli che derivano dall'assetto produttivo locale che è fortemente condizionato dal tipo di territorio e dalle risorse naturali (bosco, geotermia, pascoli), storiche e paesaggistiche presenti, o implementate (come quelle sanitarie, sociali, formative); si tratta quindi di un territorio composito.
Le attività agricole contraddistinguono gran parte di questo territorio: nei coltivi predominano i cereali (con prevalenza di grano duro e avena), con ampie zone utilizzate per il pascolo ovino (gli allevamenti contano circa 30.000 capi), mentre le colture arboree (olivo, vite, fruttiferi) risultano più diffuse in prossimità dei centri abitati, dove sono ancora presenti i caratteri tipici del paesaggio agrario tradizionale (con piccoli appezzamenti, alberature, siepi, boschetti).
Le risorse del sottosuolo hanno da sempre segnato le attività antropiche: le miniere di rame e lignite sono ormai abbandonate , ma la ricerca e l' estrazione del salgemma costituiscono ancora la base di complessi industriali come Solvay e Salina di Stato. I fluidi geotermici presenti nell'area meridionale, alimentano la produzione di energia elettrica da parte di Enel Produzione, con la fitta ragnatela di vapordotti e le singolari architetture delle centrali che denotano il paesaggio in modo peculiare. Dalla presenza di depositi di gesso con inclusioni di alabastro, prese infine origine la lavorazione artistica di questa pietra che ha reso famoso l'artigianato volterrano nel mondo.
Lo sforzo di adeguamento ai grandi cambiamenti nazionali ed internazionali per la zona Alta Val di Cecina sono di particolare intensità e possono essere rilevate significative prospettive nell'area del turismo, dell'agriturismo, della promozione culturale.

.

QUADRO DEMOGRAFICO

La zona dell'Alta Val di Cecina si caratterizza per:

1. Riduzione progressiva della popolazione residente.
2. Progressivo invecchiamento della popolazione residente (maggiore di quello regionale e provinciale).
3. Presenza di popolazione immigrata da altri paesi.
4. Famiglie di piccole dimensioni

Popolazione residente

La popolazione residente è costituita dalle persone, di cittadinanza italiana e straniera aventi dimora abituale nel territorio nazionale.

La popolazione residente nei Comuni della Zona della Alta Val di Cecina al 31/12/2004 ammontava a 21.840 residenti.
Il peso demografico dei comuni sul totale di Zona e la densità di abitanti per Kmq, si distribuiscono come segue:

Comuni	% Territorio occupato da ciascun comune sul totale di Zona	Densità (abitanti per Kmq)	Residenti
Volterra	51,45	44,6	11.309
Pomarance	28,3	27,3	6.129
Castelnuovo V.di C.	11,2	27,8	2.460
Montecatini V. di C.	8,9	12,5	1.942

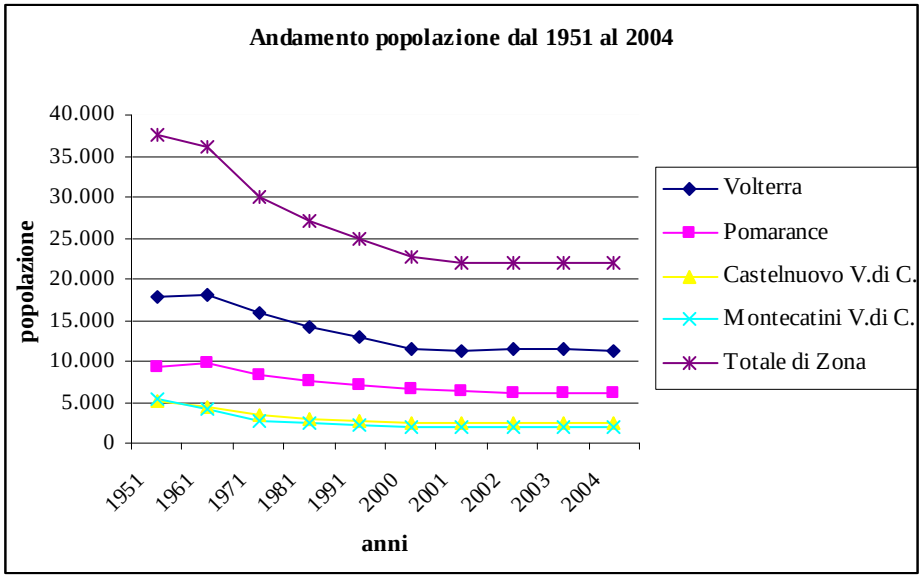
Riduzione della popolazione residente

La lettura del quadro demografico della Zona della Alta Val di Cecina e della sua evoluzione, offre importanti punti di riflessione: se si osserva infatti l'evoluzione della popolazione residente dal 1951 al 31 Dicembre 2004 (elaborazione dati censuali ISTAT), è evidente un costante e rilevante decremento della popolazione residente nella Zona, infatti si passa dai 37.609 residenti dell'anno 1951, ai 21.840 residenti nell'anno 2004. Tale decremento interessa in modo analogo tutti i comuni della zona.

Tab2 - Popolazione residente dal 1951 al 2004

Comune	1951	1961	1971	1981	1991	2000	2001	2002	2003	2004
Volterra	17.840	17.938	15.888	14.110	12.879	11.549	11.267	11.377	11.348	11.309
Pomarance	9.371	9.719	8.175	7.662	7.120	6.613	6.309	6.191	6.130	6.129
Castelnuovo V.di C.	5.022	4.460	3.336	2.898	2.678	2.477	2.489	2.452	2.476	2.460
Montecatini V.di C.	5.376	4.089	2.719	2.388	2.178	2.002	2.002	2.007	1.978	1.942
Totale di Zona	**37.609**	**36.206**	**30.118**	**27.058**	**24.855**	**22.641**	**22.067**	**22.027**	**21.968**	**21.840**

Grafico 1- Andamento popolazione residente dal 1951 al 2004



Lo spopolamento dalla Zona Alta Val di Cecina può essere dovuto tra i vari fattori socio-culturali, economici ed ambientali, alla carenza di posti di lavoro che ha indotto la popolazione giovanile a cercare altrove possibilità.
Vediamo di capire meglio le motivazioni di tale decremento, analizzando gli indicatori di movimento della popolazione.

Indicatori di movimento della popolazione

Il Saldo Naturale: rappresenta la differenza tra il numero dei nati e dei deceduti
Il Saldo Migratorio: rappresenta la differenza tra il numero di immigrati ed emigrati nella Zona.

Tab3 - Movimento popolazione residente per Comune anno 2002

Comune	Popolazione al 1/01/2002	Nati vivi	Morti	Saldo Naturale	Iscritti	Cancellati	Saldo migratorio	Popolazione al 31/12/2002
CastelnuovoV.di C.	2460	13	47	-26	54	36	18	2452
Montecatini V.di C.	2012	12	27	-15	57	47	10	2007
Pomarance	6303	32	116	-84	83	111	-28	6191
Volterra	11247	58	175	-117	345	98	247	11377
Zona Alta Val di C.	**22022**	115	365	-242	539	292	247	**22027**

Tab4 - Movimento popolazione residente per Comune anno 2003

Comune	Popolazione al 1/01/2003	Nati vivi	Morti	Saldo Naturale	Iscritti	Cancellati	Saldo migratorio	Popolazione al 31/12/2003
CastelnuovoV.di C.	2452	16	33	-17	94	53	41	2476
Montecatini V.di C.	2007	18	31	-13	52	68	-16	1978
Pomarance	6191	39	98	-59	105	107	-2	6130
Volterra	11377	75	172	-97	231	127	104	11384
Zona Alta Val di C.	**22027**	148	334	-186	482	355	127	**21968**

Tab5 - Movimento popolazione residente per Comune anno 2004

Comune	Popolazione al 1/01/2004	Nati vivi	Morti	Saldo Naturale	Iscritti	Cancellati	Saldo migratorio	Popolazione al 31/12/2004
CastelnuovoV.di C.	2476	8	33	-25	80	71	9	2460
Montecatini V.di C.	1978	11	29	-18	63	81	-18	1942
Pomarance	6130	37	76	-39	140	102	38	6129
Volterra	11384	80	164	-84	195	186	9	11309
Zona Alta Val di C.	**21968**	136	302	-166	406	440	38	**21840**

Il decremento della popolazione della Zona dell'Alta Val di Cecina è quindi dovuto ad una progressiva diminuzione del Saldo Migratorio che, pur risultando positivo, non riesce a compensare la negatività del Saldo Naturale.
La variazione che colpisce maggiormente è la diminuzione del saldo migratorio avvenuta nel comune di Volterra che, avendo una popolazione maggiore rispetto agli altri centri, influenza enormemente l'andamento totale della zona: si passa da un saldo migratorio di 247 nel 2002, ad un saldo pari a 9 nel 2004, che pur positivo che sia, è molto ridotto.
Questo fenomeno è supportato anche da un altro indicatore di movimento della popolazione, il Quoziente di Incremento Migratorio (equivale al saldo migratorio per 1000 residenti).

Tab6 - Quoziente di incremento migratorio (anni 2001-2004)

Anno	Zona Alta Val di Cecina	Provincia Pisa	Regione Toscana
2001	- 1,31	4,05	5,34
2002	11,21	8,16	8,64
2003	5,77	15,36	17,79
2004	1,73	9,38	11,05

Nell'anno 2002 l'incremento migratorio è aumentato sia a livello di Zona Alta Val di Cecina che di Regione e Provincia: questo risultato è certamente legato alla applicazione della normativa sull'immigrazione (Legge Bossi-Fini del 30 Luglio 2002). Negli anni 2003-2004 tale incremento ha subito un calo notevole nella Zona Alta Val di Cecina, (11,21 vs 1,73), a differenza di Regione e Provincia dove si sono registrati ulteriori aumenti.
A conferma di questa tendenza, il quoziente di incremento naturale, si mostra più negativo nella Zona dell'Alta Val di Cecina rispetto a Provincia e Regione, pur risultando negativo in tutti e tre i casi.

Tab7 - Quoziente di incremento naturale (anni 2002-2004)

Anno	Zona Alta Val di Cecina	Provincia Pisa	Regione Toscana
2002	-10,99	-3,68	-3,15
2003	-8,45	-3,33	-3,74
2004	-7,75	-1,85	-2,06

Quoziente di incremento naturale negativo implica una bassa natalità che viene espressa dal Tasso di Natalità.
Il tasso di natalità nella Zona dell'Alta Val di Cecina, pur aumentando nel corso del triennio 2002-2003, risulta inferiore a quello Regionale e Provinciale.

Tab8 - Tasso di Natalità (periodo 2002 – 2004)

Anno	Zona Alta Val di Cecina	Provincia Pisa	Regione Toscana
2002	5,58	7,66	8,38
2003	6.67	8.10	8.10
2004	6.64	7.90	8.10

Il Quoziente di Incremento Totale, dato dalla somma dei quozienti di incremento migratorio e naturale, risulta positivo nella Zona dell'Alta Val di Cecina solo nel 2002, anno in cui il saldo migratorio ha compensato la negatività del saldo naturale (247 vs -242).
La situazione a livello di Provincia di Pisa e di Regione è invece sempre positiva, con aumenti piuttosto evidenti negli anni 2003-2004.

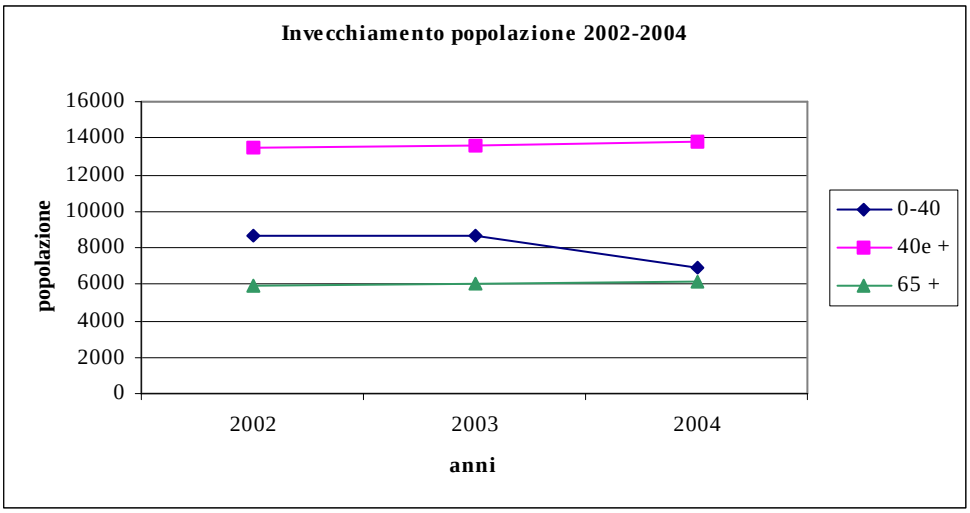
Tab9 - Quoziente di incremento totale (anni 2002-2004)

Anno	Zona Alta Val di Cecina	Provincia Pisa	Regione Toscana
2002	0,23	0,76	5,49
2003	-2,68	12,03	14,05
2004	-5,84	7,53	8,99

Progressivo invecchiamento della popolazione residente

Nel corso del triennio 2002-2004 si è verificato un calo della popolazione più giovane (fasce di età che vanno da 0 a 40 anni), mentre si è verificato un graduale aumento della popolazione ultra-quarantenne, con particolare incremento degli ultra-sessantacinquenni.

Grafico2 - Invecchiamento popolazione



Il rapporto tra la popolazione "giovane" e quella "anziana" è fondamentale per capire le caratteristiche della struttura generazionale e i fenomeni sociali, economici e culturali connessi.
Se si riporta in termini percentuali la struttura per classi di età (considerando le fasce comprese tra 0-14 anni, 15-64 anni e ultra 65 anni) e si confrontano i dati con quelli della Regione Toscana e

Provincia di Pisa (dati ISTAT aggiornati al 1 Gennaio 2004), si osserva che nella Zona dell'Alta Val di Cecina la percentuale di anziani che hanno più di 65 anni è decisamente più alta rispetto a quella regionale e provinciale mentre per la popolazione compresa tra 0-14 anni e 15-64 anni, la percentuale risulta leggermente inferiore.

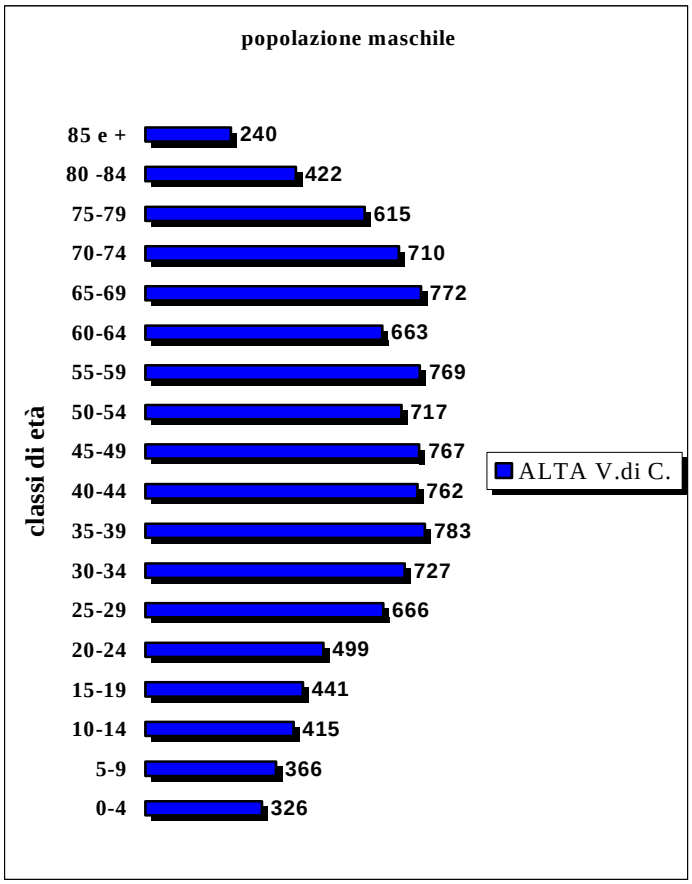
Tab10 - Struttura per classi di età (percentuali)

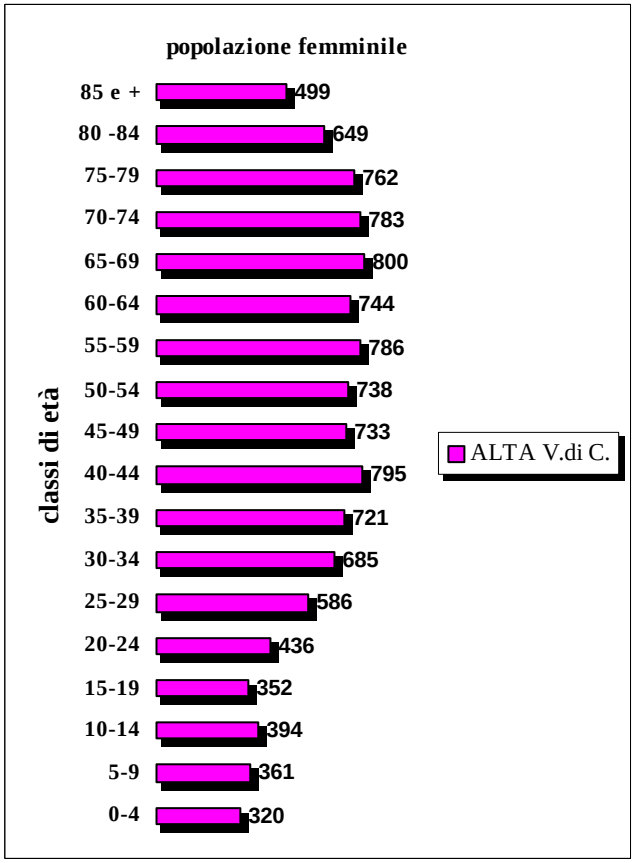
Struttura per classi di età (anno 2004)	**%0-14**	**%15-64**	**%65+**
Zona Alta Val di Cecina	9,84%	60,44%	28.02%
Provincia di Pisa	11,94%	66,03%	22.06%
Regione Toscana	11,87%	65.18%	22.94%

Le fasce di età comprese tra 15-64 anni sono considerate come popolazione attiva, mentre ultra65 anni è una convenzione per indicare le persone anziane.

Le variazioni all'interno delle classi possono essere analizzate meglio considerando le piramidi delle età della popolazione, suddivise per sesso e classi quinquennali.
In realtà il termine "piramide", adatto per popolazioni in forte crescita, non risulta in questo caso adeguato, in quanto le frequenze nelle classi di età più alte non si restringono (dando appunto una forma piramidale), ma anzi si allargano, con un visibile sbilanciamento verso le donne.
Osservando infatti la piramide delle classi di età della popolazione residente nella Zona, si nota chiaramente una lieve predominanza maschile fino alla classe di età compresa tra i 40 e i 44 anni, un sostanziale equilibrio tra i sessi nelle classi di età comprese tra i 45 e i 69 anni, dopo di che la predominanza numerica delle donne si fa sempre più accentuata fino a raggiungere il suo massimo nella fascia di età superiore agli 80 anni (1148 donne – 662 uomini).

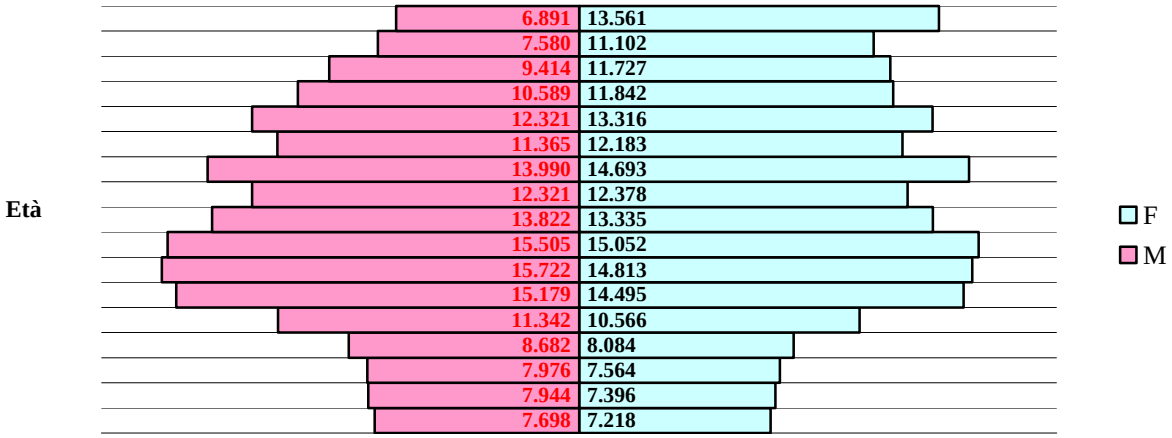
Graf 3 e 4 - Piramide della classe di età della popolazione residente al 31/12/2004

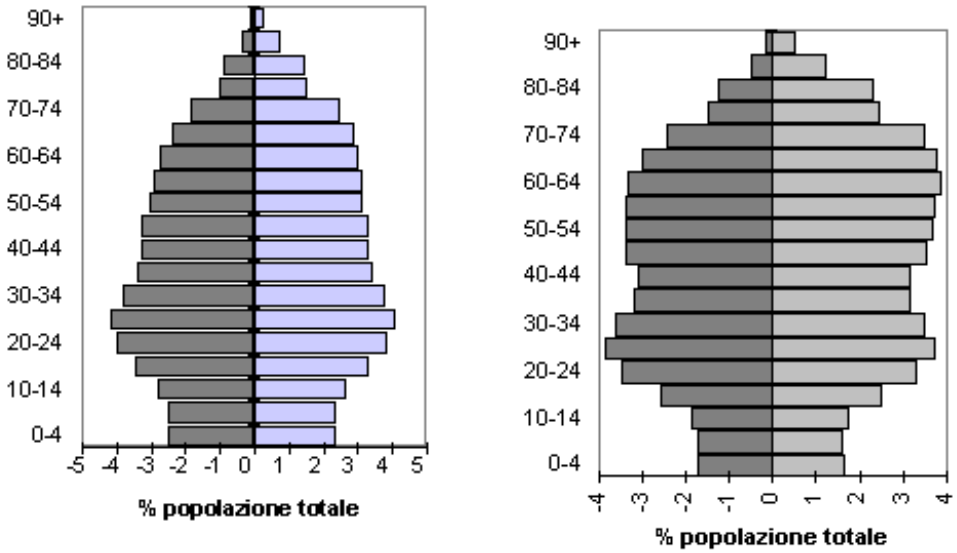




In prospettiva, la piramide di età dell'Alta Val di Cecina riflette in modo speculare gli andamenti delle altre zone e i trends provinciali e nazionali, che lasciano registrare una contrazione della base della piramide nelle fasce di età da 0 a 24 anni restringendo dunque, la quota complessiva di persone che entreranno nella fascia produttiva.

Grafico5: Piramide delle classi di età della popolazione residente
-Provincia di Pisa-





Graf 6 e 7 - Situazione Italia (2001), piramide delle età; a destra, i maschi, e, a sinistra, le femmine.

Questo da una parte testimonia il buon stato di salute generale della popolazione, che porta molte persone a vivere a lungo, ma fa assumere particolare rilevanza alle necessità assistenziali della popolazione anziana, sia sul versante sanitario che sociale.
La Zona presenta quindi una percentuale di anziani (ultra 65anni) molto elevata: si passa dal 27,01% nel 2001, al 28.02% nel 2004, aumento molto più accentuato rispetto a quello Regionale e Provinciale.

Tab11 - Popolazione > 65 anni (espressa in percentuale)

Anno	Zona Alta Val di Cecina	Provincia Pisa	Regione Toscana
2001	27,01	21,53	22,47
2002	27,40	21,96	22,78
2003	27,39	21,85	22,46
2004	28,02	22,06	22,94

La popolazione con età superiore a 65 anni nella Zona (dati ISTAT al 1 Gennaio 2004) è pari a 6.119 unità, il 28,02% della popolazione totale residente: degli ultrasessantacinquenni il 43,5% è di sesso maschile, mentre il 56,5% di sesso femminile (3456 donne e 2.663 maschi).

Tab12 - Popolazione >65 anni, suddivisa in maschi e femmine
(valori assoluti)

Comuni	Maschi	Femmine	Anziani ultra65
Castelnuovo V.C	322	411	733
Montecatini V.C	239	302	541
Pomarance	746	1.013	1.759
Volterra	1.356	1.730	3.086
Zona Alta Val di Cecina	**2.663**	**3.456**	**6.119**

Da dati ISTAT risulta che a livello Provinciale, al 1 Gennaio 2004 si registrava un'assoluta prevalenza numerica delle vedove sui vedovi con una proporzione di 5 ad 1 (vedove 24257 – vedovi 4566).
Questa proporzione, che si conferma a livello di Zona alta Val di Cecina (vedove 1.969 – 377 vedovi), si distribuisce come segue:

Tab13 - Rapporto vedove-vedovi

Comune	Vedovi	Vedove	rapporto vedove-vedovi
Volterra	204	1.019	4,9
Castelnuovo V. di C.	43	235	5,5
Montecatini V. di C.	21	140	6,6
Pomarance	109	575	5,3
TOTALE di ZONA	377	1.969	5,2

Un aumento progressivo si osserva anche per quanto riguarda la popolazione di età superiore ai 74 anni: è sempre la Zona Alta Val di Cecina a mostrare la percentuale più elevata, rispetto a Zona Pisana e Regione Toscana.

Tab14 - Popolazione > 74 anni (espressa in percentuale)

Anno	Zona Alta Val di Cecina	Zona Pisana	Regione Toscana
2002	13,62	10,58	11,14
2003	14,88	11,57	12,22
2004	15,17	11,67	12,31

Significativa è la suddivisione per ulteriori classi di età della popolazione con più di 65 anni (aggiornata al 1 Gennaio 2004)

Tab15 - Suddivisione classi di età ultra-sessantacinquenni (valori assoluti)

Comuni	65-69	70-74	75-79	80-84	85 e oltre	Totale
Castelnuovo V.C	160	170	164	152	87	733
Montecatini V.C	139	124	127	86	65	541
Pomarance	415	433	398	286	227	1.759
Volterra	843	787	653	456	347	3.086
Zona Alta Val di Cecina	1.557	1.514	1.342	980	726	6.119
Valori percentuali	25,4%	24,7%	21,9%	16,0%	11,8%	28,02%

Si nota che la popolazione più numerosa appartiene alla fascia di età 65-69 anni (1.557 abitanti): la percentuale complessiva degli ultra sessantacinquenni risulta pari al 28,02% sulla popolazione totale.

Altri indicatori di struttura della popolazione che è necessario considerare per capire lo stato di una popolazione sono:

Indice di Vecchiaia.
L'indice di vecchiaia è dato dal rapporto tra le persone che anno più di 65 anni e le persone che hanno meno di 15 anni: ci dice quanti anziani oltre i 64 anni sono presenti nella popolazione ogni 100 giovani tra 0-14 anni.
La Provincia di Pisa presenta un dato simile a quello regionale, mentre in Alta Val di Cecina il valore dell'indice di vecchiaia è tra i più elevati della Regione.

Tab16 - Indice di vecchiaia

Anno	Zona Alta Val di Cecina	Provincia Pisa	Regione Toscana
2000	266,86	189,20	189,78
2002	271,36	193,90	192,63
2004	287.72	184.40	191.40

Tra i 4 Comuni, Montecatini Val di Cecina è quasi doppiamente anziano rispetto al Comune di Volterra, nonostante la popolazione sia maggiore.

Tab17- Indice di vecchiaia per singoli Comuni

Comuni	Indice di Vecchiaia (anno 2004)
Castelnuovo V.C	390,90
Montecatini V.C	438,97
Pomarance	314,90
Volterra	258,08

Indice di Dipendenza

L'indice di dipendenza degli anziani, che è dato dal rapporto tra popolazione di età superiore ai 65 anni e popolazione attiva (15-64): tanto più basso è l'indice, tanto più giovane è la popolazione in età lavorativa.

Risulta piuttosto elevato nella Zona Alta Val di Cecina, mentre nella Provincia ha un valore di poco inferiore a quello Regionale.

Tab18 - Indice di dipendenza

Anno	Zona Alta Val di Cecina	Provincia Pisa	Regione Toscana
2000	42,56	31,36	33,28
2002	43,83	32,91	34,84
2004	44.87	33.34	35.10

Anche l'indice di dipendenza totale, che è dato dal rapporto tra popolazione di età inferiore ai 15 anni sommata alla popolazione di età superiore ai 65 anni e popolazione attiva, è più elevato nella Zona Alta Val di Cecina rispetto a Provincia e Regione.

Tab19 - Indice di dipendenza totale

Anno	Zona Alta Val di Cecina	Provincia Pisa	Regione Toscana
2000	58,51	47,93	50,82
2002	59,99	49,89	52,92
2004	61,10	51,43	53,40

Quindi la popolazione appartenente alle fasce di età più deboli (0-14 e ultr65) risulta a carico della sempre più residua popolazione attiva e produttiva.

La Speranza di vita, ovvero il numero medio di anni che restano da vivere ad una determinata età, è aumentata per i maschi e per le femmine pressoché in ugual misura.

Tab20 - Speranza di vita alla nascita

Anno	U.S.L. 5		Regione Toscana	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
2000	76,9	82,7	76,7	82,4
2002	77,6	83,2	77,6	83,1

Tab21- Speranza di vita a 65 anni

Anno	U.S.L. 5		Regione Toscana	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
2000	16,5	20,5	16,6	20,7
2002	17,0	20,9	17,2	21,3

Presenza popolazione immigrata da altri paesi: cittadini stranieri

L'area dell'Alta Val di Cecina, al 1 Gennaio 2002 registrava la presenza stabile di 703 cittadini stranieri distribuiti per comune di residenza e per sesso nel seguente modo:

Tab22 - Cittadini stranieri anno 2002

Comune	valori assoluti			percentuale sessi	
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine
Volterra	97	124	221	52,9	56,1
Castelnuovo V. di C.	119	84	203	58,6	41,4
Montecatini V. di C.	62	54	116	53,4	46,5
Pomarance	83	80	163	50.9	49,1
TOTALE di ZONA	361	342	**703**	51,3	48,6

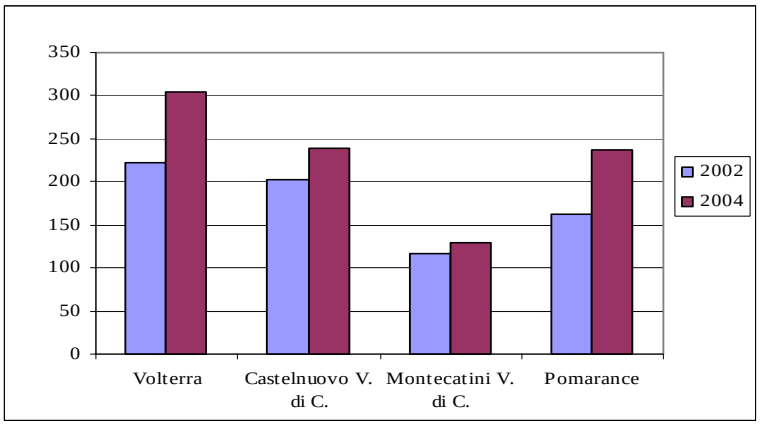
Comparando i precedenti dati con i corrispondenti dati rilevati al 1 Gennaio 2004:

Tab23 - Cittadini stranieri anno 2004

Comune	valori assoluti			percentuale sessi	
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine
Volterra	117	187	304	38,5	61,5
Castelnuovo V. di C.	139	103	242	57,7	42,3
Montecatini V. di C.	70	59	129	54,3	45,7
Pomarance	117	120	237	49,4	50,6
TOTALE di ZONA	443	469	**912**	48,6	51,4

Si nota che nella Zona si è verificato un aumento della presenza maschile di cittadini immigrati (da 361 a 443 unità) ma soprattutto di quella femminile (da 342 a 469 unità): il totale presenze immigrati al 2004 nella Zona è 912 unità, di cui 469 donne.
Tale incremento, che interessa analogamente tutti i comuni, diventa ancora più significativo se si pensa al "fenomeno delle badanti", con persone impegnate alla cura degli anziani, oppure nella cura della casa.

Graf 8 - Cittadini stranieri anni 2002-2004



La tavola che segue riporta in dettaglio i dati (riferiti al 1Gennaio 2004) relativi alla presenza dei cittadini stranieri residenti nella Zona Alta Val di Cecina, per Paese di provenienza e sesso:

Tab 24 - Presenza cittadini stranieri (anno 2004)

	Valori assoluti		
Paese di provenienza	**Maschi**	**Femmine**	**Totale nella Zona AVC**
Albania	145	98	243
Marocco	72	46	118
Germania	48	59	107
Macedonia	55	38	93
Ucraina	4	77	81
Svizzera	38	32	70
Romania	14	21	35
Paesi Bassi	13	10	23
Moldavia	3	15	18
Regno Unito	9	6	15
Austria	6	5	11
Serbia e Montenegro	7	4	11
Brasile	1	7	8
Cuba	3	5	8
Francia	2	5	7
India	2	3	5
Venezuela	1	4	5
Repubblica Dom.	1	3	4
Croazia	1	3	4
Sri Lanka	0	3	3
Polonia	2	1	3
Bulgaria	0	3	3
Stati Uniti	1	2	3
Tunisia	3	0	3
Spagna	0	2	2
Turchia	2	0	2
Slovacchia	1	1	2
Russia	0	2	2
Portogallo	0	2	2
Perù	1	1	2
Repubblica Ceca	1	1	2
Thailandia	0	1	1
Danimarca	0	1	1
Taiwan	0	1	1
Belgio	0	1	1
Algeria	0	1	1
Filippine	1	0	1
Australia	1	0	1
Colombia	0	1	1
Canada	1	0	1
Irlanda	1	0	1
Svezia	0	1	1
Messico	0	1	1
Iran	1	0	1
Congo	1	0	1
Liechenstein	1	0	1
TOTALE	**443**	**469**	**912**

Fra le nazionalità principalmente rappresentate provenienti dagli altri Paesi, è al primo posto quella Albanese con 243 presenze (145 maschi – 98 femmine) che rappresenta il 26,6 % del totale della popolazione straniera residente; segue la comunità Marocchina, con 118 presenze (72 maschi – 46 femmine) che costituisce il 12,9% del totale della popolazione straniera residente, mentre al terzo e quarto posto si collocano la comunità tedesca con 107 residenti (48 maschi – 59 femmine) e quella macedone con 93 residenti (55maschi e 38 femmine) che raggiungono rispettivamente l'11,7% e il 10,19% del totale dei cittadini stranieri residenti.
La predominanza delle comunità albanese, marocchina, macedone che propende in modo significativo verso la stanzialità, il ricongiungimento familiare (un indicatore forte in tal senso è la forte presenza di donne e minori), propone al territorio le note problematiche sociali delle politiche dell'accoglienza abitativa, culturale e dell'integrazione.
Una particolarità da evidenziare è che al gennaio 2002 l'incidenza della popolazione straniera totale era del 3,2%, mentre nel 2004 si è portata al 4,2%.
In dettaglio, le incidenze a livello di singolo Comune sono:

Tab25 - Incidenza stranieri

Comune	Incidenza Stranieri Anno 2002	Incidenza Stranieri Anno 2004
Castelnuovo V.C	8%	10%
Montecatini Val di Cecina	6%	7%
Pomarance	3%	4%
Volterra	2%	3%

Si nota che sia nel 2002 che nel 2004 il Comune con maggiore incidenza risulta essere il Comune di Castelnuovo V.C; per tutti gli altri Comuni si ha comunque una tendenza all'aumento.

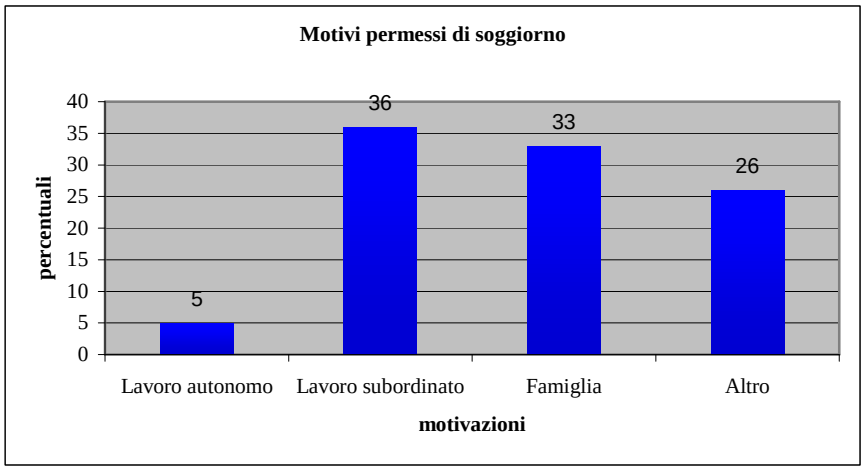
Permessi di soggiorno

I permessi di soggiorno rilasciati nella Zona ai cittadini stranieri sono 552 (periodo di riferimento gennaio - aprile 2002). Predominante continua ad essere la quota dei permessi di soggiorno rilasciati per lavoro subordinato (202), seguita da quelli per ricongiungimento familiare (180) e per lavoro autonomo (28), come riportato nella tavola seguente:

Tab26 - Permessi di soggiorno

Comune	Lavoro		Famiglia
	Autonomo	Subordinato	
Volterra	8	50	54
Castelnuovo V. di C.	8	64	52
Montecatini V. di C.	7	18	7
Pomarance	5	70	67
TOTALE di ZONA	28	202	180

Graficamente si ha:



Minori

I minori stranieri residenti erano 138 al gennaio 2001.
La loro distribuzione per sesso e per comune di residenza è evidenziata nella tavola che segue:

Tab27 - Minori (valori assoluti anno 2001)

Comune	valori assoluti		
	Maschi	Femmine	Totale
Volterra	18	15	33
Castelnuovo V. di C.	17	15	32
Montecatini V. di C.	36	28	64
Pomarance	5	4	9
TOTALE di ZONA	76	62	138

Comparando i precedenti dati con quelli relativi al dicembre 2003 (riportati nella seguente tavola), si nota che a livello di zona il numero dei minori stranieri residenti è lievemente aumentato, passando dalle 138 unità dell'anno 2001 alle 185 unità dell'anno 2003.

Tab28 - Minori (valori assoluti anno 2003)

Comune	valori assoluti		
	Maschi	Femmine	Totale
Volterra	26	17	43
Castelnuovo V. di C.	30	24	54
Montecatini V. di C.	13	11	24
Pomarance	33	31	64
TOTALE di ZONA	102	83	185

Per quanto riguarda la rilevazione del dato a livello comunale, si nota un incremento molto accentuato della popolazione straniera minorile nei comuni di Castelnuovo e Pomarance, lasciando ipotizzare a fronte di una stanzialità delle famiglie, una maggiore mobilità verso aree di più accentuata attrazione da un punto di vista di offerta lavorativa, mentre Volterra registra un

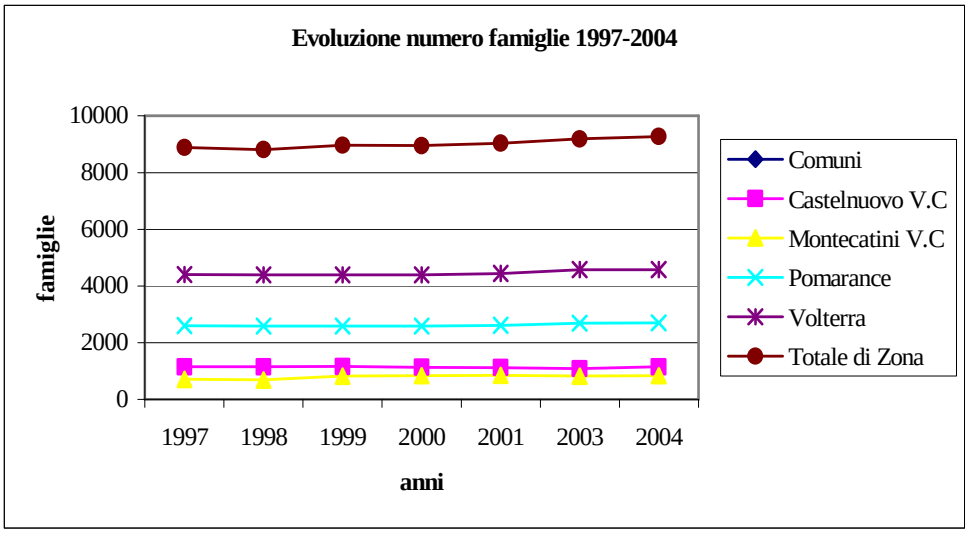
incremento di sole 10 unità. Nel comune di Montecatini si ha invece un calo di 40 unità, ma tale dato non incide sull'andamento generale.

Famiglie di piccole dimensioni

Per avere un termine di confronto con l'evoluzione descritta per la popolazione residente, la situazione relativa al numero di famiglie residenti, viene considerata nell'arco degli anni1997-2004. L'analisi effettuata sulla Zona nel periodo 1997-2004 (31 dicembre 2004), permette di constatare che il numero delle famiglie residenti si è, se pur di poco incrementato. Questo incremento ha interessato tutti i comuni della Zona ad eccezione di Montecatini, che segna un trend negativo di meno1.232 famiglie, che sembra però non influenzare l'andamento generale.

Tab29 - Evoluzione del numero di famiglie residenti (anni 1997-2004)

	Evoluzione del numero di famiglie residenti – periodo 1997 – 2004						
Comune	1997	1998	1999	2000	2001	2003	2004
Volterra	4.408	4.391	4.390	4.388	4.449	4.581	4.585
Castelnuovo V. di C.	1.156	1.149	1.158	1.136	1.124	1.090	1.150
Montecatini V. di C.	719	685	832	843	847	824	836
Pomarance	2.608	2.589	2.586	2.587	2.614	2.694	2.698
TOTALE di ZONA	8.891	8.814	8.966	8.954	9.034	9.187	9.269



Vediamo la composizione delle famiglie a livello dei singoli comuni (dati aggiornati al 1 Gennaio 2004)

Tab30 - Numero di componenti per famiglia

Numero di componenti	Castelnuovo V.C	Montecatini V.C	Pomarance	Volterra
1	352	288	788	1.248
2	257	233	855	1.401
3	352	157	626	1.069
4	101	108	324	653
5	19	31	78	151
6	8	5	18	46
7 e oltre	1	2	5	13

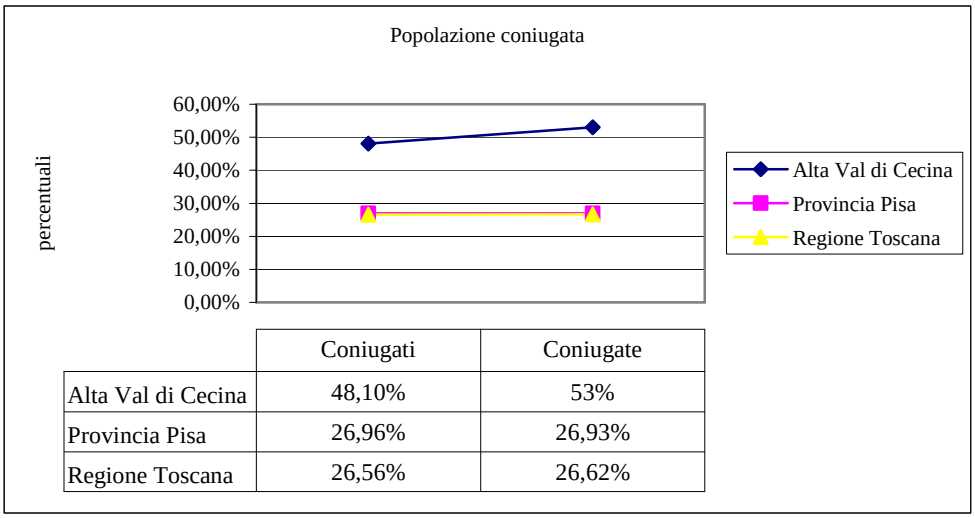
A livello zonale nel 2004 prevalgono di poco i nuclei familiari composti da due persone (2.746 pari al 29,5% del totale delle famiglie), dato questo che conferma ormai un trend consolidato regionale, nazionale ed europeo della "nuclearizzazione" della famiglia: un nucleo è l'insieme delle persone che formano una relazione di coppia o di tipo genitore-figlio.
Il numero medio dei componenti per famiglia a livello zonale si attesta per il 2001 (secondo i dati provvisori del Censimento ISTAT) al 2,4, valore che rimane praticamente invariato anche a livello di singolo comune.

Tab31- Numero medio componenti per famiglia

Comuni	Numero medio di componenti per famiglia (anno 2003)	Numero medio di componenti per famiglia (anno 2004)
Castelnuovo V.C	2,2	2,1
Montecatini V.C	2,4	2,3
Pomarance	2,3	2,3
Volterra	2,5	2,5

Nell'insieme la situazione rispecchia l'andamento presente in Italia, infatti il processo di trasformazione delle strutture familiari, che ormai da decenni riguarda il nostro paese, continua a far registrare un incremento del numero delle famiglie - oltre 22 milioni nella media 2002-2003 - e una contrazione della loro dimensione: 2,6 è il numero medio di componenti.
Seguono nella Zona, in ordine decrescente, i nuclei familiari con un componente e quelli con tre componenti fatto che evidenzia come anche l'Alta Val di Cecina partecipi ai fenomeni che sembrano ormai divenuti strutturali, della società del figlio unico e soprattutto degli anziani che vivono da soli.
Di importanza rilevante è dunque il dato dei nuclei familiari con un solo componente, unipersonali. E' infatti all'interno di questo dato che sono inclusi i singles o i separati, ma soprattutto, come risulta incrociando il dato relativo all'indice di vedovanza della zona che è prevalentemente femminile, le donne anziane rimaste sole (1.969 vedove vs. 377 vedovi).
Questo fenomeno viene poi ulteriormente chiarito per il 2004 dai dati ISTAT, relativi agli anziani che vivono da soli: questi sono nella Zona 2.034 , collocati inoltre prevalentemente nella fascia di età oltre i 75 anni, con una schiacciante prevalenza femminile, 1.706 donne, a fronte di 328 uomini.
All'interno della Zona il comune di Volterra registra la percentuale più alta di anziani soli sul totale degli anziani residenti (49%), con una netta prevalenza femminile.

Da rilevare è anche la percentuale di popolazione coniugata nella Zona dell'Alta Val di Cecina che risulta più elevata di quella Provinciale, a conferma della prevalenza di famiglie composte da due persone.



	Coniugati	Coniugate
Alta Val di Cecina	48,10%	53%
Provincia Pisa	26,96%	26,93%
Regione Toscana	26,56%	26,62%

QUADRO AMBIENTALE

Le informazioni relative al contesto ambientale si basano su dati, piuttosto tecnici che hanno lo scopo di delineare il quadro ambientale della Zona nei suoi diversi aspetti.
I dati sono ricavati in prevalenza dal "Rapporto sullo stato dell'Ambiente 2003" relativo al SEL Val di Cecina – Quadrante interno, pubblicato dalla Provincia di Pisa con il contributo del Ministero dell'Ambiente e da materiale fornito da ARPAT –Dipartimento Provinciale di Pisa.

QUALITA' del SUOLO, dell'ARIA e dell'ACQUA

QUALITA' del SUOLO

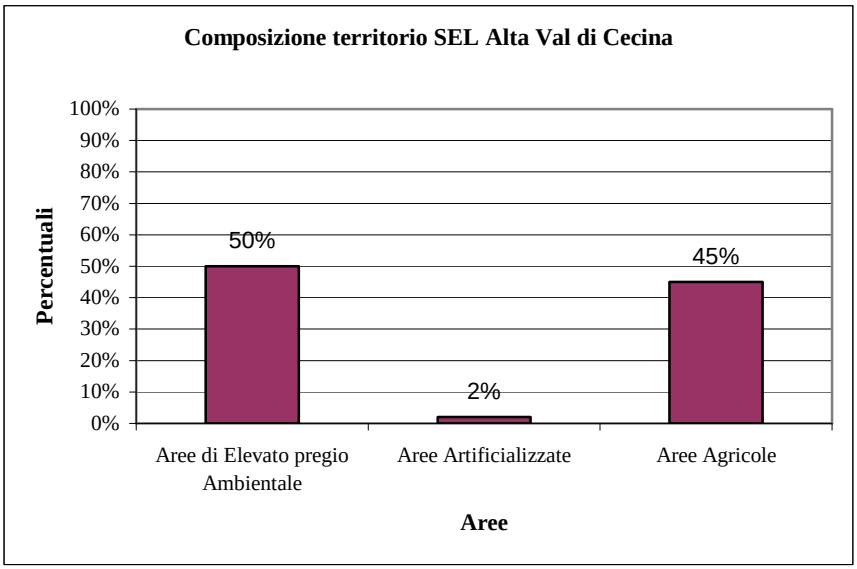
Le politiche regionali hanno incluso il suolo tra le risorse non rinnovabili e quindi oggetto di particolare attenzione nel monitoraggio e nella gestione complessiva.
Di seguito verranno presi in esame aspetti del territorio, quali:

- Uso del suolo
- Siti da Bonificare
- Pericolosità idraulica e geomorfologica
- Attività estrattive

Uso del suolo

In base ai dati del Rapporto sullo Stato dell'ambiente 2003 relativo all'area SEL (Sistema Economico Locale) della Val di Cecina - quadrante interno-, risulta che la Zona è il territorio della provincia di Pisa caratterizzato dalla più consistente presenza di aree di elevato pregio ambientale, quali superfici boscate (circa il 50%).
Oltre il 45% è costituito dalle aree agricole, particolarmente consistenti nelle aree pianeggianti del Bacino del Cecina.Le aree urbane e industriali, costituiscono circa il 2% della superficie del SEL; tale percentuale è la più bassa di tutti i SEL della Provincia di Pisa.

Graf 1 - Composizione Territorio SEL Alta Val di Cecina



Siti da Bonificare

La Regione Toscana, in base alla Delibera del Consiglio Regionale n.384 del 21/12/99, classifica i siti da bonificare in base alle priorità di intervento, secondo le seguenti categorie:
Siti a "breve termine" per aree in cui è stato constatato un danno in atto con necessità di messa in sicurezza e/o bonifica urgente.
Siti a "medio termine"per aree in cui esiste un potenziale inquinamento, ma in cui non è stato accertato un danno ambientale in atto.
Siti "con necessità di ripristino ambientale"
Siti "con necessità di approfondimento".

In Val di Cecina i siti con necessità di bonifica sono tutti localizzati all'interno del territorio della Comunità Montana: la tipologia dei siti è prevalentemente a breve termine, fatta eccezione per il sito minerario esaurito delle Moie Vecchie della Salina di Stato che è stato classificato con priorità a medio termine.

1-Botro S.Marta

Sul Botro Santa Marta, nell'area di Saline di Volterra, insistono i seguenti impianti che nel corso degli anni ne hanno determinato lo stato ambientale:

- Altair chimica
- Ati Sale – Ex Eti – Salina di Stato
- Discarica "Moie Vecchie"

Le tecnologie di produzione e la gestione dei precedenti impianti sono i maggiori responsabili dello stato ambientale dei luoghi.
Nel Botro Santa Marta il problema che riveste maggiore importanza è quello della contaminazione da mercurio dei sedimenti dovuta agli scarichi di acque reflue dei cicli produttivi del processo cloro-soda/cloro-potassa dell'Altair.
Lo stabilimento produce principalmente potassa caustica e carbonato di potassio a partire da cloruro di potassio, cloruro di sodio, anidride carbonica, allumina.
Attualmente lo stabilimento è dotato di un impianto di demercurizzazione, con filtri a carbone e resine.
Nel corso degli anni, con il procedere dell'attività produttiva ed anche in seguito a vari incidenti occorsi presso lo stabilimento, si è causata una diffusa contaminazione da mercurio localizzata nei terreni all'interno dell'area di pertinenza dello stabilimento (area stoccaggio rifiuti) e nei sedimenti del Botro S.Marta, recettore degli scarichi dei reflui industriali contenenti mercurio.
Per l'inquinamento da mercurio dell'alveo del Botro S.Marta, l'Altair Chimica ha attivato nel Marzo 2001 una procedura di bonifica (ai sensi dell'Art.9 del DM 471/99) il cui iter è attualmente fermo alla fase di caratterizzazione, che rientra nella prima fase della attività di bonifica. Nel 2004 è stato attivato un Accordo di Programma tra Ministero dell'Ambiente, Regione, Arpat, Enti Locali e Altair per la modifica del processo produttivo a favore di una riduzione degli impatti ambientali, con particolare riguardo all'eliminazione di mercurio.

2-Concessione Mineraria Doccini Loc.Canova

La concessione mineraria Doccini in Località Canova ha una estensione di circa 10 ha e su essa sono stati realizzati pozzi per l'estrazione di salgemma.
La tecnica estrattiva consisteva nella estrazione della salamoia satura da inviare al processo elettrolitico cloro-soda e successiva reiniezione della salamoia esausta nei pozzi, attraverso una condotta di circa 3.000 m.
L'attività è proseguita dal 1969 al 1994, con definitiva dismissione della concessione mineraria avvenuta nel 1997.

La contaminazione da mercurio presente nell'area della concessione mineraria è dovuta in primo luogo alla tecnica estrattiva che consisteva nella reiniezione in profondità della salamoia insatura proveniente dalle celle a mercurio dell'allora SCL (oggi Altair Chimica) contaminate da mercurio, ed in secondo luogo ai possibili sversamenti della conduttura di collegamento campi pozzi-impianto.
L'incidente più grave è quello avvenuto nel gennaio 1994 nel quale un grande quantitativo di salamoia contaminata da mercurio si è sversata nel botro Poggettone e attraverso il botro Pontegemoli nel Fiume Cecina, a seguito del quale le successive indagini hanno evidenziato un forte superamento del parametro mercurio nei fluidi presenti nei pozzi minerari nelle acque laghetto e nei terreni all'interno della concessione.

3-Discarica delle Moie

Nella discarica, al servizio dell'impianto della Salina di Stato, venivano ammassati i fanghi della lavorazione (purificazione) del salgemma.
Sopralluoghi precedenti al 2003 evidenziarono l'esposizione dei rifiuti agli agenti atmosferici con evidenti tracce di ruscellamento, l'assenza di regimazione idraulica a monte dei rifiuti e la presenza di alte concentrazioni di cloruri nei percolati.
In conseguenza del recepimento delle prescrizioni della Conferenza dei Servizi del 2/12/2003, parte integrante della DGRT n.4 del 12/01/04 avente per oggetto la VIA (Valutazione di Impatto Ambientale) relativa alla coltivazione dei giacimenti Cecina, Volterra, e Poppiano da parte della Solvay Chimica Italiana e Atisale (ex ETI), è stato trasmesso il Piano della caratterizzazione del sito (che rappresenta la prima fase della
Il piano delle indagini, approvato dalla Conferenza Provinciale in seconda seduta a seguito della richiesta di alcune integrazioni in data 20/01/05, non è ancora stato eseguito.

4-Piano di Bonifica ambientale delle aree Geotermiche

L'utilizzo della geotermia che risale all'inizio del secolo scorso, ha comportato nel corso degli anni la realizzazione di numerose infrastrutture e impianti: postazioni di perforazione, pozzi, vapordotti, centrali di produzione e acquedotti di reiniezione.
Questo quadro è stato reso ancor più complesso dall'impiego nel passato di materiali contenenti amianto per l'isolamento termico dei vapordotti o delle selle di sostegno degli stessi.
Inoltre anche l'attività di perforazione, particolarmente intensa nei primi anni '90, ha comportato la produzione di notevoli quantitativi di detriti, che, pur essendo sostanzialmente un prodotto inerte, hanno inoltrato difficoltà di varia natura nel trovare impieghi alternativi rispetto alla collocazione a discarica, dando luogo ad accumuli sulle postazioni.
Il programma di bonifiche messo a punto dal Gruppo ENEL-Green Power (Enel Produzione dal 1/06/05), è dunque volto alla eliminazione delle incidenze rilasciate sul territorio dalle attività geotermiche, che sostanzialmente sono costituite da:

- 40 km di vapordotti fuori servizio con presenza di amianto;
- 20.000 mq di suolo sul quale è stato riscontrato materiale contenente amianto (tale cifra potrebbe aumentare fino a circa 60.000 mq se si tiene conto che la bonifica dei vapordotti potrebbe riportare alla luce materiale rimosso dai vapordotti prima degli anni '70 ed interraro in adiacenza);
- 24 Km di acquedotti impiegati per la reiniezione o per l'approvvigionamento idrico (su 140 Km di rete);
- 70.000 tonnellate di detriti di perforazione consolidati sulle postazioni;
- 55.000 tonnellate di detriti di perforazione presenti nelle vasche delle postazioni;
- 83 pozzi non utilizzati
- 144 postazioni da ripristinare
- 17 infrastrutture dismesse da smantellare e siti da ripristinare.

Il piano di bonifiche messo a punto, si sviluppa nel periodo temporale 2001-2006, rispondendo così alle istanze presentate dalle Amministrazioni locali e traducendo definitivamente in piano operativo le tracce indicate nel Protocollo di intesa fra Regione Toscana e ENEL S.p.a del Gennaio 1997.
Nello specifico il piano di bonifiche riguarda:

- ✓ lo smantellamento dei vapordotti coibentati con amianto e con lana di roccia fuori servizio;
- ✓ il recupero di materiale contenente amianto;
- ✓ lo smontaggio degli acquedotti non utilizzati;
- ✓ il riutilizzo o lo smaltimento dei detriti di perforazione;
- ✓ la chiusura mineraria dei pozzi non più utilizzati,
- ✓ lo smantellamento degli impianti e delle infrastrutture dimesse,
- ✓ il ripristino o la risistemazione dei siti ancora in uso.

5-Torrente Possera

A seguito della realizzazione del monitoraggio previsto per gli adempimenti ai sensi del D.Lgs 152/99 è stato evidenziato che le criticità relative a boro e arsenico che interessano le falde di subalveo del Fiume Cecina sono essenzialmente dovute al massiccio apporto di questi due contaminanti trasportati nel corso d'acqua in oggetto.
In particolare durante il 2004 si sono osservate concentrazioni nelle acque del Torrente Possera che raggiungono valori ben al di sopra del fondo naturale della Zona (di alcune decine di mg/l per il boro e restano costantemente superiori ai 30-40 μg/l per l'arsenico).
Alla luce della loro improvvisa e massiccia presenza a valle dell'abitato di Larderello, sembrerebbe logico ipotizzare la presenza di una sorgente ancora attiva probabilmente localizzata nei sedimenti dell'alveo del corso d'acqua.
Una potenziale sorgente di contaminazione può essere identificata nell'ex deposito di colemanite dello stabilimento SCL di Larderello, dove, nell'estate 2004 erano in corso le ultime fasi di bonifica che prevedevano la rimozione e lo smaltimento di grandi terreni contaminati da boro e arsenico.
Le alte concentrazioni di boro e arsenico presenti nelle acque del Torrente Possera hanno come conseguenza il peggioramento qualitativo delle falde di subalveo dell'intero bacino del Fiume Cecina, sotteso alla confluenza del Torrente Possera.

In Sintesi

Siti da bonificare		
Sito	**Problematica**	**Società responsabile**
Botro S.Marta	Contaminazione da mercurio nei sedimenti	Altair
Concessione Mineraria Doccini	Contaminazione da mercurio	Altair
Discarica delle Moie	Ammasso di fanghi da purificazione salgemma	Salina di Stato
Area Geotermica	Materiali contenenti amianto	Enel Produzione
Torrente Possera	Contaminazione da boro e arsenico	Società Chimica Larderello

Pericolosità idraulica e geomorfologia

- ✓ Per quanto riguarda gli aspetti idrogeologici, la Val di Cecina è il territorio della Provincia di Pisa che meno risente delle problematiche legate ai fenomeni alluvionali esondativi o di ristagno delle acque; secondo le stime effettuate, meno del 3% della popolazione risiede in aree a pericolosità idraulica media o elevata, percentuale molto inferiore a quella rilevata negli altri SEL della Provincia.

- ✓ Circa il 60% della superficie è soggetta a pericolosità geomorfologica media, mentre la percentuale di superficie appartenente alla classe di pericolosità elevata è di circa il 10%, con una percentuale di popolazione residente di meno del 3% della popolazione totale; la

situazione evidenziata appare in linea con quanto riscontrabile sull'intero territorio della Provincia di Pisa.

- ✓ Negli ultimi anni non si registrano fenomeni sismici di rilievo, a conferma che il territorio della Val di Cecina non è caratterizzato da una elevata attività sismica.

Attività estrattive

Per quanto riguarda la presenza di attività estrattive (cave e miniere), in Val di Cecina è localizzato il maggior numero di cave rispetto a tutti gli altri SEL, con una superficie interessata di circa 2.108.000mq, pari a circa il 75% della superficie complessivamente utilizzata ai fini estrattivi in Provincia di Pisa.
Il materiale prevalentemente estratto è costituito dalle ofioliti (il termine ofiolite descrive un'associazione di rocce vulcaniche, plutoniche e metamorfiche estremamente simili, dal punto di vista chimico-mineralogico, ai materiali rocciosi dei fondali oceanici attuali).
Sono presenti due cave di alabastro, nei Comuni di Volterra e Pomarance, materiale molto utilizzato nelle lavorazioni tipiche artigianali della Zona.

Tab1 - Cave esistenti nel territorio della Val di Cecina

Cave esistenti sul territorio della Val di Cecina	
Comune	**Materiale**
Castelnuovo V.C	calcari e ofioliti
Montecatini V.C	ghiaie, sabbie, limi, calcari, ofioliti, argille, salgemma
Pomarance	ofioliti, alabastro
Volterra	ofioliti, alabastro, salgemma

Nel SEL è inoltre presente una intensa attività di sfruttamento delle miniere di salgemma, presenti in particolare modo nei Comuni di Volterra e Montecatini Val di Cecina.
Il Salgemma rappresenta un minerale di interesse nazionale e come tale è inserito nell'elenco dei minerali di prima categoria.
La Solvay ha avviato l'estrazione del salgemma nel bacino di Volterra nei primi decenni del 1900 e attualmente estrae circa 2.000.000 t/anno, per la produzione dell'impianto cloro-soda di Rosignano, mediante il processo denominato per l'appunto "Solvay".
Diversi studi, hanno esaminato i più rilevanti impatti potenziali legati alle attività estrattive, riconducibili essenzialmente alla influenza sul bilancio idrico del bacino del Cecina, derivante dall'ingente quantità di acqua necessaria per l'estrazione del minerale dal sottosuolo e al fenomeno della subsidenza.
La subsidenza è l'abbassamento continuo o discontinuo del fondo di un bacino sedimentario o della parte emersa di antichi bacini.
A tali problematiche vanno aggiunti gli impatti sul paesaggio e, naturalmente, l'impatto derivante dal consumo stesso di una materia prima non rinnovabile.
Il fenomeno della subsidenza si verifica in seguito alla graduale e progressiva estrazione del sale dal sottosuolo, che crea alcune cavità che tendono gradualmente a chiudersi in tempi molto prossimi a quelli dell'estrazione di sale.
La presenza di cavità sotterranee può provocare anche la formazione di camini di collasso che si manifestano in superficie sotto forma di depressioni più o meno circolari, con diametro che varia per lo più tra 10 e 30 metri, con profondità di 5-10 metri.
Dagli studi condotti sembra emergere che grazie ai metodi di coltivazione e alle misure di controllo attualmente adottati, risultano prevedibili, con sufficiente livello di affidabilità,

l'estensione areale, la velocità di evoluzione ed il massimo valore assoluto degli abbassamenti, oltre che le possibili aree di influenza dei fenomeni.
Nel 1996 è stato sottoscritto un accordo industriale tra ETI e Solvay per lo sfruttamento da parte di quest'ultima delle concessioni ETI; tale accordo prevede il successivo passaggio, nel periodo 1998-2007 dell'estrazione di salgemma da parte di Solvay, dalle concessioni proprie, a quelle di ATI-sale. Allo stato attuale tale accordo non è ancora operativo in quanto sottoposto a valutazione di impatto ambientale ai sensi della L.R. n°79/1998; è possibile pertanto che i suoi contenuti possano variare a seguito della pronuncia di compatibilità ambientale.

QUALITA' dell'ARIA

Gli aspetti presi in esame sono:

- Qualità dell'aria-monitoraggio chimico-fisico
- Qualità dell'aria-biomonitoraggio
- Il Progetto Amis
- Qualità dell'aria-classificazione ai sensi del D.Lgs n 351/1999

Monitoraggio chimico-fisico

Il territorio della Val di Cecina presenta attualmente una sola centralina di monitoraggio atmosferico gestita da Arpat e dalla Provincia di Pisa, situata in località Montecerboli nel Comune di Pomarance; la centralina è in grado di rilevare i valori relativi di ossidi di zolfo, polveri fini, idrogeno solforato e ozono.

Tab2 - Dotazione rete di rilevamento

Sistema di rilevamento qualità dell'aria							
Parametri rilevati							
PM_{10}	SO_2	H_2S	CO	NO_x	O_3	HC	Benzene
si	si	si	no	no	si	no	no

La postazione è localizzata alla periferia del centro abitato di Montecerboli, presso l'ingresso al cimitero comunale. Questa localizzazione è da mettere in relazione con la presenza degli impianti per la geotermia , concentrati soprattutto a Larderello.
Nelle vicinanze della centralina, da alcuni anni, è installata una stazione di teleriscaldamento che utilizza il calore contenuto nel fluido geotermico per riscaldare alcune abitazioni della frazione.
E' possibile che nei periodi invernali (ottobre-aprile), in cui è attivo il teleriscaldamento, i fumi di scarico della centrale termica veicolati dal camino, possano influire sui valori di inquinanti misurati.
Per tale motivo è stata segnalata la opportunità di spostare la centralina in una zona più rappresentativa ed esente da interferenze, o di minimizzare le stesse innalzando il camino oltre le abitazioni vicine.
La centralina, sebbene presente da diversi anni, è stata caratterizzata da limitati periodi di funzionamento, che hanno reso parzialmente significativi i valori rilevati per i vari inquinanti negli anni passati.
A partire dalla metà del 2002 la centralina è funzionante in maniera continuativa, anche in attuazione di quanto previsto dal Piano regionale di rilevamento che indicava come necessario l'aumento della funzionalità della centralina esistente.
Sul territorio della Val di Cecina, si evidenzia la necessità di una maggiore conoscenza della situazione dal punto di vista dell'inquinamento atmosferico (installazione di un maggior numero di centraline, effettuazione di campagne di monitoraggio più frequenti), sebbene non siano emersi attualmente significativi elementi di criticità.

Ciò anche in considerazione della particolarità del territorio che, nonostante sia caratterizzato da una bassa densità abitativa, presenta dei contributi rilevanti dovuti alle attività geotermiche.

Idrogeno Solforato (o Acido Solfidrico)

L'idrogeno solforato (formula chimica H_2S) è una sostanza dotata del caratteristico odore di uova marce, e di una soglia olfattiva molto bassa. In funzione della sensibilità individuale dei soggetti esposti, la soglia olfattiva dell'acido Solfidrico varia in un ampio intervallo di concentrazioni.

Nel caso dell'idrogeno solforato non esiste nella vigente legislazione italiana un limite di legge: per questo inquinante le Air Quality Guidelines for Europe riportano un valore guida pari a 150 $\mu g/m^3$, come media di 24ore, che rappresenta il valore di protezione della salute, e un valore di 7$\mu g/m^3$, come media di 30 minuti, come soglia oltre la quale si origina un disagio olfattivo nella popolazione esposta.

E' comunque da sottolineare che, (come riportato dall'OMS), la conoscenza degli effetti sanitari a lungo termine alle basse concentrazioni è ancora insufficiente, e sono necessari studi epidemiologici per colmare questa lacuna.

Per gli anni 2003-2004 sono risultati:

- ✓ Il valore di 150$\mu g/m^3$, preso come riferimento estremamente cautelativo per la protezione della salute, è stato superato sia nel 2003 che nel 2004 solo una volta, e sempre nel mese di febbraio, quando si raggiungono condizioni più sfavorevoli per le basse temperature, concomitanti con alte pressioni. Elaborando distintamente i periodi invernali e quelli estivi (quando non è attivo il teleriscaldamento) si riscontrano in estate, nonostante che la centrale sia spenta e le condizioni atmosferiche consentano una migliore dispersione degli inquinanti, livelli di H_2S elevati, in percentuale più che significativa.
- ✓ Nell'arco degli anni 2003-2004 si sono verificati molti superamenti della soglia di percettibilità dell'odore (7$\mu g/m^3$), che è superata quasi per il 60% del tempo; il problema delle maleodoranze sembra avere rilevanza significativa durante tutto l'arco dell'anno, indipendentemente dall'eventuale influenza di sorgenti locali di idrogeno solforato o da sfavorevoli condizioni metereologiche.

La concomitante presenza di attività produttive, storicamente legate allo sfruttamento della risorsa geotermica, e dei fenomeni naturali di emissioni di fluidi geotermici, creano le condizioni per una qualità dell'aria che, in termini puramente olfattivi, può essere definita pessima o scadente per la maggior parte dell'anno: tale situazione è però percepita in tono minore dalla popolazione che evidentemente per una serie di motivi storici, economici e sociali, "accetta" questa condizione.

Ozono e altri inquinanti

Evidenze riscontrate

- ✓ Negli anni dal 1998 al 2002 è stato evidenziato un tendenziale aumento delle concentrazioni di ozono: in particolare nell'anno 2001 sono stati registrati circa 180 superamenti netti del valore limite di 120$\mu g/m^3$
- ✓ Le parziali informazioni relative agli altri inquinanti atmosferici, indicano dei bassi valori di concentrazione di polveri fini e di ossidi di zolfo, inferiori ai limiti di legge.

In sintesi

Monitoraggio chimico-fisico: centralina di rilevamento		
Inquinante	**Evidenze riscontrate**	**Anni considerati**
Idrogeno solforato	Valore limite per la salute superato una volta sola, problema delle maleodoranze costante	2003-2004
Ozono	Solo nell'anno 2001 superamento valore limite	1998-2003
Polveri fini	Concentrazioni inferiori ai limiti di legge	2003-2004
Ossidi di Zolfo	Concentrazioni inferiori ai limiti di legge	2003-2004

Biomonitoraggio

Le tecniche di biomonitoraggio permettono di fornire indicazioni quantitative del grado di inquinamento atmosferico in ampi territori e per periodi medio-lunghi.
In particolare l'indice di qualità ambientale sul quale vengono costruite le mappe di biomonitoraggio (IBL= Indice di Biodiversità Lichenica) fornisce in maniera sintetica la misura della biodiversità lichenica di un determinato territorio, basandosi sul numero, la frequenza e la tolleranza delle specie licheniche presenti in una data area: ad un valore basso dell'indice corrispondono aree inquinate, ad un valore alto corrispondono invece aree pulite dal punto di vista atmosferico e relativamente a quegli inquinanti cui i licheni sono sensibili (ossidi di zolfo, azoto, ozono, monossido di carbonio, idrogeno solforato, polveri ecc.)

Evidenze riscontrate

- ✓ Lo studio della biodiversità lichenica nell'area di Larderello ha messo in evidenza una situazione di semi-naturalità/semi-alterazione delle popolazioni licheniche associabile a molte delle stazioni di analisi presenti sul territorio; ciò ad indicare una sostanziale omogeneità dei livelli di esposizione dei licheni agli agenti atmosferici inquinanti.
- ✓ Il livello di alterazione lichenica diminuisce con l'aumentare della distanza dagli impianti geotermici: ciò evidenzia come l'impoverimento delle comunità licheniche sia associabile all'inquinamento atmosferico causato da questi impianti.
- ✓ L'idrogeno solforato, strettamente connesso con le attività geotermiche, rappresenta l'inquinante che sicuramente contribuisce in modo più determinante allo stato di alterazione delle popolazioni licheniche, sebbene non sia certo se la diminuzione della frequenza lichenica sia dovuta ad uno o all'azione combinata di più inquinanti.

Il Progetto Amis

Le centrali geotermoelettriche del tipo correntemente utilizzato in Italia e in molti altri Paesi (con ciclo a vapore diretto a condensazione) rilasciano in atmosfera i gas incondensabili associati al vapore geotermico che le alimenta.
Dal punto di vista ambientale, i componenti di maggiore interesse contenuti nei gas incondensabili sono il mercurio (Hg) e l'idrogeno solforato H_2S. In particolare l'idrogeno solforato crea disagi per l'elevata sensibilità olfattiva che l'uomo manifesta nei suoi confronti.
Obiettivo dell'impianto **AMIS** (Abbattimento Mercurio e Idrogeno Solforato) è la minimizzazione delle emissioni di questi componenti all'atmosfera, con **rendimenti di oltre il 99%**.
I punti di forza del processo risiedono essenzialmente nel fatto che esso è stato studiato tenendo conto sia del ciclo di funzionamento delle centrali geotermiche che delle caratteristiche peculiari dei fluidi endogeni in esse utilizzati.
Pur integrandosi nel ciclo di funzionamento della centrale, con il vantaggio di massimizzare la rimozione di inquinanti, l'impianto AMIS non interferisce con le prestazioni della centrale, se non per i limitati consumi di energia elettrica richiesti per il suo funzionamento.

Sarebbe importante approfondire, attraverso studi epidemiologici, gli effetti a lungo termine dell'idrogeno solforato sulla salute umana, dal momento che i dati ambientali rispecchiano una certa situazione e Enel Produzione ne delinea una migliore.

Qualità dell'aria-classificazione ai sensi del D.Lgs n 351/1999.

La Regione Toscana ha effettuato la valutazione e classificazione del territorio regionale, ai sensi del D.Lgs. 4 Agosto 1999 n.351, approvato con DGR il 21 dicembre 2001.

Tab3 - Valutazione qualità dell'aria D.Lgs 351/1999

Comune	Valutazione qualità dell'aria D.Lgs 351/1999							Ai fini della protezione degli ecosistemi, della vegetazione e per il degrado di materiali		
	Ai fini della protezione della salute umana per inquinante									
Inquinante	CO	NO_2	PM_{10}	SO_2	Pb	C_6H_6	O_3	NO_x	SO_2	O_3
Castelnuovo V.C	A	A	B	A	A	A	-	A	A	-
Montecatini V.C	A	A	B	A	A	A	-	A	A	-
Pomarance	A	A	B	A	A	A	-	A	A	-
Volterra	A	A	B	A	A	A	-	A	A	-

A: I livelli di inquinamento esistenti sono al di sotto del limite ed anche della soglia di valutazione e non comportano il rischio di superamento degli stessi

B: I livelli di inquinamento rischiano di superare i valori limite e7o le soglie di allarme a causa di episodi acuti di inquinamento, in quanto essi si collocano tra le soglie di valutazione superiore ed il valore limite.

Evidenze riscontrate

- ✓ Per quanto riguarda la classificazione ai fini della protezione umana, la situazione della Val di Cecina risulta piuttosto omogenea per tutti i comuni e per tutti gli inquinanti considerati; in particolare, tutti gli inquinanti sembrano non presentare rischio di superamento dei limiti ad eccezione delle PM_{10} per le quali si ha la possibilità di lieve rischio di superamento.
- ✓ Per quanto riguarda la classificazione ai fini della protezione degli ecosistemi e della vegetazione, la situazione relativa ad ogni comune ed a ogni inquinante, risulta ancora del tutto omogenea; in particolare non si registrano rischi di superamento dei valori limite degli inquinanti considerati.
- ✓ Per quanto riguarda l'ozono, allo stato attuale delle conoscenze, non è possibile procedere alla classificazione del territorio.

QUALITA' DELL'ACQUA

Gli indicatori analizzati sono:

- Qualità dei corsi d'acqua
- Qualità delle acque potabili
- Prelievi e risorse idriche
- Acquedotti, rete di distribuzione
- Depurazione

Qualità dei corsi d'acqua

Tab 4 - Qualità dei corsi d'acqua

CORPO IDRICO	Indice IBE	Indice LIM	Indice SECA	STAZIONE (NOME)
Cecina	I	2	2 (buono)	A monte Possera
	II/I	2	2 (buono)	Ponte di Ferro
	II	3	3 (sufficiente)	Ponteginori
Botro Grande di Montecatini	IV	3	4 (scadente)	Monte discarica Buriano
	IV	3	4 (scadente)	Monte confluenza Cecina
Botro Santa Marta	II	3	3 (sufficiente)	A Monte Altair
	IV	4	4 (scadente)	Località Saline
Possera	II	2	2 (buono)	A Monte discarica Bulera
	II	2	2 (buono)	Confluenza Cacina
Sterza	II	2	2 (buono)	Località Gabella

L'indice di inquinamento dei macrodescrittori (LIM) ovvero dei principali parametri fisico-chimici (ossigeno disciolto, BOD_5, COD, azoto ammoniacale, azoto nitrico, fosforo totale ed *Escherichia coli*) consente di verificare le variazioni dei livelli di inquinamento chimico fisico.
L'indice IBE (Indice Biotico Esteso), basato su indicatori biologici, mostra invece il grado di danno biologico apportato dagli inquinanti, sulla base della presenza di specifici organismi.
L'indice SECA (stato ecologico dei corsi d'acqua) deriva dall'analisi congiunta di IBE e LIM e fornisce la qualità complessiva di un corso d'acqua.

Tab 5 - Indici di qualità acque potabili

Indici di qualità acque superficiali		
	Classe di qualità	Giudizio
SECA- Stato ecologico dei corsi d'acqua		
IBE I - LIM 1	1	Elevato
IBE II – LIM 2	2	Buono
IBE III – LIM 3	3	Sufficiente
IBE IV – LIM 4	4	Scadente
IBE V –LIM 5	5	Pessimo

Evidenze riscontrate

- ✓ Dal punto di vista ecologico, il Fiume Cecina presenta uno stato di qualità ecologica (SECA) "buono"; è possibile mettere in evidenza il peggioramento di tale indice progredendo da monte verso valle. Lo stato non ottimale di qualità delle acque del fiume, soprattutto nel fondovalle, è attribuibile alla antropizzazione presente su tutto il bacino, in particolare alla presenza di scarichi industriali immessi, anche negli affluenti, dalle aziende

chimiche presenti nella Zona di Saline di Volterra (Altair Chimica) e Pomarance (Società Chimica Larderello).

- ✓ Il Botro S.Marta è interessato dalle acque di scarico provenienti dalla Salina di stato e, come recettore della ditta Altair, riceve tra l'altro gli scarichi depurati provenienti dall'impianto cloro-soda, nel quale viene effettuata l'elettrolisi di salamoie (NaCl 30%). A Saline di Volterra sono situati i cantieri Solvay per l'estrazione del sale dalle miniere, che, pur non recapitando reflui in acqua superficiale, rappresentano una possibile fonte di rischio per il trasporto delle salamoie che vengono trattate nel ciclo produttivo.
- ✓ Sul territorio sono dislocate numerose centrali geotermiche ENEL, che non interessano direttamente i corpi idrici effettuando la reiniezione dei fluidi geotermici nel terreno. Tra i componenti chimici delle acque di scarico che vengono reiniettate, è da mettere in evidenza la presenza di boro. Lo stabilimento della Società Chimica Larderello già negli anni '70 trasformava la colemanite per la produzione di acido borico. I reflui venivano convogliati nel torrente Possera, influenzando negativamente la qualità delle acque e rischiando di compromettere l'equilibrio dell'ecosistema. Già dai primi anni '80 è iniziato il processo di risanamento del fiume Cecina, eliminando l'immissione nel torrente Possera dei reflui provenienti dalle attività industriali contenenti boro e arsenico.

Il Progetto Mercurio

Il Progetto Mercurio 2000 costituisce uno studio svolto in primo luogo da Arpat, Asl 5 e Istituto di Biofisica del CNR di Pisa, finalizzato alla valutazione dei livelli di mercurio presenti ed all'individuazione delle potenziali sorgenti di diffusione di tale elemento nell'ambito del territorio dell'Alta Val di Cecina. In particolare, l'indagine relativa alle acque e ai sedimenti, che è stata effettuata a partire da Luglio 2000 da parte del CNR, ha interessato oltre che il fiume Cecina, anche i seguenti affluenti: Sterza, Possera e Botro S.Marta. Dai risultati relativi alle ricerche condotte nell'ambito del Progetto Mercurio sulla fauna ittica e sui sedimenti del fiume Cecina e dei suoi affluenti, è stata evidenziata nel fiume di una elevata contaminazione da mercurio nel tratto compreso tra Saline di Volterra e Ponteginori, che interessa sia le componenti abiotiche (acqua e sedimenti), che le componenti biotiche (fauna ittica).

I campioni prelevati lungo l'asta del fiume Cecina hanno presentato livelli di mercurio costantemente più elevati di quelli solitamente riscontrati nei corpi idrici, con alcune variazioni significative in corrispondenza dell'immissione di alcuni dei principali affluenti.

Tra gli affluenti, la situazione più grave riguarda botro Santa Marta dove il sedimento prelevato nei pressi dello scarico della ditta Altair presenta una altissima concentrazione di mercurio, con valori medi fino a 10 volte superiori rispetto a quelli ritenuti normali. E' lecito ipotizzare che, nonostante la ditta sia dotata di un impianto di demercurizzazione efficiente, che è risultato regolamentare anche nel corso degli ultimi controlli effettuati da Arpat, si sia verificato negli anni un accumulo di mercurio nel sedimento tale da raggiungere livelli elevati di concentrazione. La concentrazione di mercurio nei sedimenti del Botro Santa Marta permane elevata, anche se scende a circa la metà, presso la ferrovia di Saline di Volterra e diminuisce gradualmente prima della confluenza nel fiume Cecina.

Il sedimento del torrente Possera pur caratterizzato da un livello di inquinamento non comparabile con quello del botro Santa Marta, presenta comunque valori elevati con massime concentrazioni di mercurio presso la discarica Bulera; l'impatto del torrente Possera sul fiume Cecina non appare comunque significativo.

I torrenti Trossa e Sterza, a monte dell'immissione nel fiume Cecina, presentano i valori più bassi di concentrazione di mercurio, tali da farli risultare incontaminati.

In sintesi, le analisi chimiche hanno rivelato una diffusione pressoché ubiquitaria del mercurio nell'intero bacino: i sedimenti prelevati dal fiume Cecina e dai principali affluenti, ed in particolare nel botro Santa Marta, presentano tutti valori anomali e superiori a quelli solitamente repertati nei

corpi idrici non inquinati. L'analisi dei campioni di acqua superficiale in corrispondenza delle stazioni di campionamento dei sedimenti, ha rilevato le concentrazioni più elevate di mercurio nei campioni raccolti durante la campagna estiva; ciò è probabilmente dovuto alla portata ridotta di questi corsi d'acqua in questo periodo dell'anno.
Il Cecina è risultato il fiume più contaminato, con valori molto elevati nel articolato raccolto in estate in località Ponteginori, specialmente se paragonato ai valori misurati negli altri fiumi.
Attualmente il fiume Cecina è oggetto di uno specifico Accordo tra il Ministero dell'Ambiente e del Territorio e la Regione Toscana, le Province di Pisa, Livorno, Siena e Grosseto e tutti i comuni ricadenti nell'ambito di tale bacino che ha lo scopo di sviluppare un complesso coordinato di azioni ed interventi finalizzati alla tutela e al ripristino del bacino idrografico del fiume Cecina.

In sintesi

Progetto mercurio		
Fiumi interessati	**Finalità**	**Situazione**
Cecina	Studio componenti abiotiche (acque e sedimenti) e componenti biotiche (fauna ittica)	Acqua e sedimenti con elevate concentrazioni di mercurio
Sterza	Studio componenti abiotiche (acque e sedimenti) e componenti biotiche (fauna ittica)	Acqua e sedimenti con basse concentrazioni di mercurio
Possera	Studio componenti abiotiche (acque e sedimenti) e componenti biotiche (fauna ittica)	Acqua e sedimenti con elevate concentrazioni di mercurio
Botro S.Marta	Studio componenti abiotiche (acque e sedimenti) e componenti biotiche (fauna ittica)	Acqua e sedimenti con elevate concentrazioni di mercurio
Trossa	Studio componenti abiotiche (acque e sedimenti) e componenti biotiche (fauna ittica)	Acqua e sedimenti con basse concentrazioni di mercurio

Qualità delle acque potabili

La qualità delle acque potabili è garantita attraverso controlli interni da parte dei gestori sulle acque di captazione e da parte delle Asl (U.F. PISLL e ISPAN) sui trattamenti di potabilizzazione, mediante campionamenti routinari sulla rete di distribuzione, con monitoraggio di indicatori di inquinamento chimico e batteriologico.
In base ai criteri del D.Lgs 31/01 i campionamenti di acqua destinati al consumo umano sono stati effettuati in forma ridotta rispetto agli anni precedenti, sia nei punti di approvvigionamento e captazione, sia sulla rete di distribuzione.
Per quanto riguarda inoltre il controllo sulle acque di balneazione, sono stati effettuati i campionamenti sugli impianti pubblici presenti e sono stati effettuati alcuni controlli randomizzati sulle piscine annesse alle principali attività ricettive.

Tab 6 - Campionamenti triennio 2002-2004

Campionamenti effettuati su sorgenti, fontanelle e piscine pubbliche e strutture ricettive			
Anni	Sorgenti	Fontanelle	Piscine pubbliche e strutture ricettive
Anno 2002 in base al D.P.R 236/88	170	110	65
Anno 2003 in base al D.P.R 236/88	60	189	35
Anno 2004 in base al D.Lgs 31/01	46	70	45

Evidenze riscontrate

- ✓ I risultati della campagna di campionamento non hanno rivelato situazioni non conformi alla normativa vigente per quanto riguarda tutti gli inquinanti di tipo batteriologico.
- ✓ Riguardo alla ricerca di parametri chimici:

Tab7 - Parametri ricercati

Parametro chimico ricercato	Comune
Trialometani	Montecatini V.C
Arsenico	Pomarance, Castelnuovo V.C
Boro	Montecatini V.C

E' stata effettuata la ricerca dei Trialometani sulle acque di distribuzione ed i campioni sono risultati nei limiti ad eccezione di un fuori norma nel Comune di Montecatini Val di Cecina.
In base al D.Lgs 31/01 sia il parametro Arsenico nei Comuni di Pomarance e Castelnuovo Val di Cecina, sia il parametro Boro nel Comune di Montecatini Val di Cecina, sono stati oggetto di deroga per tutto il 2004; la Regione Toscana, con nuovo provvedimento, ha prorogato la data di validità delle deroghe fino al Giugno 2005.
Il sistema di conferimento dei campioni ai laboratori autorizzati è stato abbastanza soddisfacente. Le criticità sono da ricondurre al Dipartimento Arpat che dalla metà dell'anno in poi ha ridotto le analisi per problemi di personale e di apparecchiature. Nel 2005 dovranno essere programmati i campionamenti in modi e tempi più precisi.
Sono stati effettuati in collaborazione con l'U.O Igiene delle Strutture Sanitarie i campioni per la ricerca della Legionella in ambito ospedaliero e in alcuni distretti sul territorio.

Prelievi e risorse idriche

Il bilancio idrico della Val di Cecina, con particolare riferimento al Bacino del Cecina, evidenzia un forte livello di sfruttamento degli acquiferi sotterranei, dovuto agli elevati prelievi ad uso acquedottistico e industriale (quest'ultimo particolarmente rilevante nella zone delle alluvioni del Fiume Cecina, a causa dei prelievi necessari al processo estrattivo del salgemma della Società Solvay). Da rilevare anche lo sfruttamento delle risorse idriche superficiali (fiume Cecina e suoi affluenti), per processi industriali (estrazione del salgemma e reiniezione dei campi geotermici) e per uso irriguo.

Tab8 - Uso attuale delle risorse idriche superficiali

FIUMI	Uso attuale				
	Acquedottistico (l/s)	Irriguo (l/s)	Industriale (l/s)	Altri usi* (l/s)	Totale (l/s)
Cecina, Pavone, Possera, Sterza e Trossa	0	75	0	0	75
Pavone e Possera	0	0	80	0	80
TOTALE	0	75	80	0	**155**

Tab9 - Uso attuale delle risorse idriche sotterranee

UNITA' IDROGEOLOGICA* (*Definizione A.A.T.O N°.5)	Uso attuale				
	Acquedottistico (l/s)	Irriguo (l/s)	Industriale (l/s)	Altri usi* (l/s)	Totale (l/s)
Ofioliti e arenarie Montecatini V.C	6	0	0	1	7
Alluvioni della medio-alta Val di Cecina	44	15	253	15	327
Macigno e flysch Castelnuovo V.C	30	0	0	10	40
TOTALE	80	15	253	26	**374**

* Comprende usi domestici e altri usi non specificati

La domanda idrica totale viene dunque coperta attraverso un grosso utilizzo delle risorse sotterranee, destinate direttamente ad uso industriale e acquedottistico. La ragione del minore sfruttamento delle risorse superficiali è dovuto al carattere torrentizio dei corsi d'acqua che si prosciugano per almeno due mesi nei periodi estivi.
Risulta dunque notevole il rischio di un rapido esaurimento delle risorse rinnovabili dovuto ad incrementi anche moderati di sfruttamento degli acquiferi e a riduzioni anche minime dell'apporto pluviometrico.

Acquedotti e rete di distribuzione

Attualmente l'approvigionamento idrico è garantito da 49 pozzi e 41 sorgenti. Le reti di adduzione dai pozzi e dalle sorgenti hanno una estensione di circa 457 Km e trasportano l'acqua prelevata verso i serbatoi che alimentano le reti di distribuzione dei centri abitati presenti nell'area in esame. L'estensione delle reti di distribuzione rilevate nei vari comuni è complessivamente pari a 210Km. I principali sistemi acquedottistici sovracomunali sono l'acquedotto Carlina e Puretta che alimentano i Comuni di Pomarance, Montecerboli, Volterra e Saline di Volterra. Per le diverse tipologie di opere di acquedotto, di fognatura e di depurazione, sono state elaborate valutazioni sintetiche circa la funzionalità, sia a livello di singola opera, che di ciascuna rete nell'insieme da parte dalla ATO n.5 (Ambito Toscana Costa) che controlla la risorsa idrica della Zona Alta Val di Cecina.
A fronte di una discreta copertura del servizio di fognatura e di acquedotto, nonostante l'elevata dispersione degli agglomerati urbani che caratterizza tutta l'area della Val di Cecina, il Piano di Ambito rileva una situazione abbastanza critica per quanto riguarda la funzionalità di acquedotti e rete di distribuzione nei 4 Comuni:
-Castelnuovo Val di Cecina: la funzionalità è stata giudicata nel complesso insufficiente; il punto debole è rappresentato dalle fonti di approvvigionamento della risorsa, che sono il campo pozzi valle del Pavone (falda superficiale) e le sorgenti Giuncaie e Podere Nuovo 1,2,3 dove sono stati riscontrati episodi di inquinamento da coliformi e metalli pesanti e non risulta applicata la normativa D.P.R 236/88 relativa alla istituzione delle zone di salvaguardia. Per la rete di distribuzione, la situazione è risultata nell'insieme sufficiente.
-Montecatini Val di Cecina: la funzionalità è stata giudicata nel complesso insufficiente, a causa delle fonti di approvvigionamento della risorsa, rappresentate dal pozzo le Piane e dalle sorgenti Pianelle e Macinaia, dove non risulta applicata la normativa D.P.R 236/88, sulla protezione delle fonti. La funzionalità della rete di distribuzione è stata comunque giudicata sufficiente.
-Pomarance: la funzionalità è stata giudicata nell'insieme sufficiente; il punto debole è rappresentato dalla fase di adduzione delle acque, valutata nel complesso in buono stato di conservazione, ma considerata insufficiente perché realizzata in gran parte nel 1939. Il livello di funzionalità della rete di distribuzione è stato giudicato buono.
-Volterra: la funzionalità è stata giudicata nel complesso buona, mentre funzionalità sufficiente è stata riscontrata per la rete di distribuzione.

In sintesi

Comune	Funzionalità acquedotto	Funzionalità rete di distribuzione
Castelnuovo V.C	Insufficiente	Sufficiente
Montecatini V.C	Insufficiente	Sufficiente
Pomarance	Sufficiente	Buona
Volterra	Buona	Sufficiente

Depurazione

La Autorità di Ambito Territoriale (ATO 5) ha individuato una grossa criticità nella zona della Alta Val di Cecina relativamente alla situazione della depurazione, in quanto i Comuni di Castelnuovo V.C, Montecatini V.C e Pomarance sono privi di impianto di depurazione; è presente solo un impianto di depurazione a Volterra, che soddisfa solo in parte la domanda comunale di depurazione. Attualmente è in fase di appalto la realizzazione di un nuovo depuratore a Volterra sud della capacità di 24.000 ab/equivalenti, dimensionato tenendo conto di un possibile incremento demografico del comune e della affluenza dei turisti nei mesi estivi. Tale impianto servirà solo il Comune di Volterra, mentre un altro impianto di depurazione in fase di progettazione, riguarda l'abitato di Saline di Volterra, che avrà potenzialità di 6000 ab/equivalenti.
Uno dei problemi individuati dalla ATO 5 è rappresentato dalla estrema dispersione degli abitanti sul territorio;. proprio per piccoli agglomerati il Piano d'ambito prevede la realizzazione di piccoli impianti distribuiti su tutto il territorio del SEL , laddove il collettamento verso gli impianti centralizzati risulti troppo oneroso. In particolare, sono in studio alcune soluzioni impiantistiche relative all'adozione di sistemi di fitodepurazione, che possono costituire la situazione progettuale ottimale per la soluzione dei problemi depurativi legati alla presenza di nuclei sparsi.
In particolare è stato elaborato da ARPAT e dalla Società Idra (consulente ARPAT per la progettazione), un "Progetto di Fattibilità per l'applicazione di tecniche di depurazione naturale e/o integrate per il trattamento dei reflui civili", finalizzato a verificare la possibilità di ricorrere a sistemi depurativi naturali per il trattamento degli scarichi civili provenienti dai Comuni di Castelnuovo Val di Cecina, Montecatini Val di Cecina, Pomarance, Volterra.

RIFIUTI

Gli indicatori analizzati sono:

- Produzione di rifiuti urbani
- Raccolta differenziata
- Produzione di rifiuti speciali
- Servizi di igiene urbana
- Impianti di stoccaggio, trattamento e smaltimento
- Gestione rifiuti

Produzione di rifiuti urbani

La serie dei dati disponibile, relativa al periodo 1999-2003, evidenzia un andamento nella produzione pro-capite di rifiuti urbani, in linea con le tendenze provinciali: si nota un certo aumento nel comune di Montecatini V.C, mentre per gli altri comuni la situazione è pressoché costante.

Tab10 - Produzione totale rifiuti urbani

Produzione totale di rifiuti urbani t/anno					
Comuni	1999	2000	2001	2002	2003
Castelnuovo V.C	868	912	892	793	879
Montecatini V.C	848	854	903	894	1.004
Pomarance	2.427	2.634	2.554	2.681	2.461
Volterra	4.829	5.242	5.431	5.096	4.929
Provincia Pisa	188.254	184.418	182.338	189.970	186.666

Fonte: Agenzia Regione Recupero Risorse Spa

Raccolta differenziata

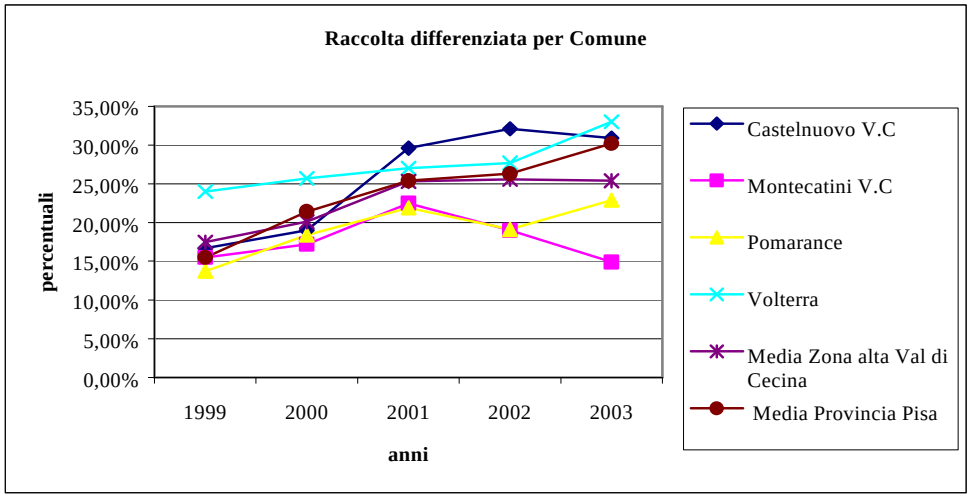
La serie dei dati disponibili dal 1999 al 2003 sull'andamento della raccolta differenziata evidenzia un andamento crescente in tutti i comuni della zona: l'obiettivo del 25% di raccolta differenziata posto dal Decreto Ronchi (D.Lgs n.22/1997) è stato raggiunto a partire del 2001 dai Comuni di Castelnuovo e Volterra, mentre per il Comune di Pomarance la percentuale risulta in media inferiore. Da notare il decremento relativo alla raccolta differenziata nel Comune di Montecatini V.C.

Tab11 - Raccolta differenziata per comune t/anno (percentuali)

Raccolta differenziata per comune (percentuali)					
Comuni	1999	2000	2001	2002	2003
Castelnuovo V.C	16,7%	19,0%	29,6%	32,1%	30,9%
Montecatini V.C	15,5%	17,2%	22,5%	19,0%	14,9%
Pomarance	13,7%	18,4%	21,9%	19,1%	22,9%
Volterra	24,0%	25,7%	27,0%	27,7%	33,0%
Media Zona alta Val di Cecina	17,5%	20,1%	25,3%	25,6%	25,4%
Media Provincia Pisa	15,5%	21,4%	25,4%	26,3%	30,2%

Fonte: Agenzia Regione Recupero Risorse Spa

Graf 2 - Raccolta differenziata



Le categorie prevalentemente raccolte in modo differenziato sono in prevalenza carta e cartone e vetro. Il servizio di raccolta differenziata attuale non è in grado di gestire in modo ottimale quei flussi "minori" (ingombranti, RUP, inerti da utenze domestiche) che potrebbero contribuire a far salire la resa di raccolta differenziata, unitamente alla frazione organica, che costituisce una parte consistente del rifiuto domestico.

Produzione di rifiuti speciali

I dati sulla produzione di rifiuti speciali e speciali pericolosi provengono dalla elaborazione dei dati MUD (modello unico di dichiarazione ambientale).
Il trend della produzione per addetto di rifiuti speciali nel periodo 1998-2001, evidenzia un costante aumento dei quantitativi complessivi prodotti, imputabile in particolare ad un aumento della produzione di rifiuti speciali non pericolosi; la produzione per addetto di rifiuti speciali pericolosi si mantiene infatti pressoché costante.

Tab12 - Produzione rifiuti speciali

Produzione rifiuti speciali (Kg per addetto)				
Rifiuti	1998	1999	2000	2001
Pericolosi	6.728	6.263	6.434	6.431
Non pericolosi	1.584	2.387	5.248	3.503

Il SEL della Val di Cecina si caratterizza per la più elevata produzione per addetto di rifiuti speciali pericolosi: 6,431 Kg/addetto contro una produzione media provinciale di 260 Kg/addetto.

Tab13 - Rifiuti speciali

Confronto produzione rifiuti speciali per addetto (anno 2001)		
Rifiuti	SEL	Provincia Pisa
Pericolosi	6.431	280
Non pericolosi	3.503	6.309

La gran parte dei rifiuti pericolosi prodotti deriva dalle attività dell'industria chimica (Società Chimica Larderello), presente principalmente nel Comune di Pomarance, che ad oggi risulta ancora il maggiore soggetto produttore di rifiuti pericolosi della Toscana.

Impianti di stoccaggio, trattamento e smaltimento

- ✓ La maggior parte dei rifiuti prodotti in Val di Cecina è smaltita direttamente in discarica; attualmente risultano attive sul territorio del SEL tre discariche: una per lo smaltimento dei RSU nel Comune di Montecatini Val di Cecina e due per lo smaltimento dei fanghi localizzate nel Comune di Volterra e Pomarance.
- ✓ La discarica di Buriano, nel Comune di Montecatini V.C., nel 2001 ha smaltito circa 13.000 tonnellate di rifiuti urbani, in gran parte provenienti dai Comuni della Val di Cecina. L'analisi tecnica dell'impianto non ha messo in evidenza situazioni di criticità tecnica o gestionale; nel 2003 tale discarica dovrebbe essere stata chiusa.
- ✓ La discarica del Bulera nel Comune di Pomarance, gestisce i rifiuti speciali provenienti dalla Società chimica di Larderello (circa 85.000 t nel 2000); la discarica presenta problemi legati all'aumento della produzione di percolato, che fino al 1998 era riprocessato all'interno della discarica ma dal 1999 è consegnato a terzi per il trattamento.
- ✓ L'impianto di Volterra, utilizzato dalla Salina di Stato, smaltisce quantitativi annuali di fanghi derivanti dalla depurazione della salamoia.
- ✓ Sul territorio della Val di Cecina non risultano attivi impianti di trattamento o recupero dei rifiuti; si segnala l'esistenza di un impianto di rottamazione nel Comune di Volterra, con una potenzialità di circa 500 auto/anno.

Gestione rifiuti

<u>Evidenze riscontrate</u>

- ✓ Il servizio di raccolta rifiuti della Val di Cecina è gestito in economia dai vari Comuni, con una conseguente frammentarietà territoriale del servizio
- ✓ La tipologia di gestione presenta in generale un basso rapporto qualità/costo del servizio; per tutti i Comuni della Val di Cecina si registra in particolare un alto costo pro-capite imputabile alla raccolta e al trasporto dei rifiuti, dovuto alla bassa densità di popolazione che

caratterizza tutta la Val di Cecina ed alla lontananza dal polo di trattamento di Gello nel Comune di Pontedera.

- ✓ Il Piano di gestione dei rifiuti, per migliorare gli alti costi legati al trasporto dei rifiuti, prevede la realizzazione di un'area attrezzata a Buriano per il travaso di rifiuti dai veicoli per la raccolta, ai semirimorchi adibiti al trasporto a distanza; tutto ciò con l'obiettivo di razionalizzare il servizio di trasferimento dei rifiuti della Val di Cecina verso il polo di smaltimento di Gello.
- ✓ Si evidenzia comunque che il costo complessivo della gestione dei rifiuti è il più basso di tutti i SEL della Provincia; ciò è da mettere in relazione con il fatto che la percentuale della popolazione servita dal servizio di raccolta e trasporto dei rifiuti è appena il 7% rispetto a quella complessiva di Ambito.

RUMORE

Il clima acustico costituisce oggi un elemento di particolare attenzione da parte sia dei cittadini (che richiedono degli interventi di risanamento a situazioni di disturbo acustico), sia dei legislatori dei vari enti pubblici che svolgono ruoli di controllo e pianificazione. Nell'area della Val di Cecina non sono state effettuate campagne estese ed omogenee di rilevamento acustico, per cui non è possibile evidenziare particolari situazioni di criticità.

Superamento dei limiti di esposizione al rumore

Le indagini acustiche effettuate da ARPAT nel corso degli ultimi anni rivelano una situazione di superamento dei valori limite in oltre il 50% dei rilievi effettuati; tali indagini hanno riguardato soprattutto alcune attività commerciali e industriali a seguito di esposti e non sono pertanto sufficienti per poter valutare il clima acustico ed il livello di esposizione della popolazione al rumore che caratterizza l'area della Val di Cecina. Secondo l'U.F ISPAN della Zona, altro elemento di criticità è rappresentato dalla apparecchiatura utilizzata per i rilievi acustici che ha creato difficoltà agli operatori preposti alle indagini, in quanto i rilevamenti sono condizionati oltre che dalla disponibilità dello strumento (di proprietà del Dipartimento di Prevenzione di Pisa, che viene usato anche dall'U.F.ISPAN della zona Val d'Era), dalle condizioni atmosferiche e dalla esigenza di effettuare accertamenti in fascia oraria notturna che devono essere programmati in largo anticipo. Uno studio specifico condotto nell'ambito dello studio di Impatto Ambientale relativo al progetto di adeguamento al tracciato della SRT 68 nel tratto tra saline di Volterra e la località Steccaia nel Comune di Riparbella, ha messo in evidenza come i livelli sonori attuali, causati dai flussi veicolari transitanti, lungo il tracciato stradale oggetto di tale studio, rientrino entro i limiti normativi previsti per tale area, ossia 70dB (A) diurni e 60 dB (A) notturni.

Zonizzazione acustica

Il territorio del SEL risulta in buona parte zonizzato (la zonizzazione acustica consiste nell'associare i limiti ammissibili per la rumorosità all'ambiente esterno) ai sensi della vigente normativa nazionale e regionale in tema di inquinamento acustico. Circa metà dei comuni ricadenti in tale SEL risultano infatti dotati di un piano di classificazione acustica: nel 2004 sono state infatti presentate le zonizzazioni per i Comuni di Pomarance e Castelnuovo ed è stata approvata quella per il Comune di Volterra.

INQUINAMENTO ELETTROMAGNETICO

L'Organizzazione Mondiale della Sanità afferma che i campi elettromagnetici di elevata intensità possono costituire un rischio per la salute dell'uomo, mentre non ci sono effetti scientificamente confermati per l'esposizione a campi elettromagnetici di bassa intensità.
I campi elettromagnetici, sulla base della frequenza della radiazione, si classificano in radiazioni ionizzanti (raggi ultravioletti, raggi X e raggi gamma) e radiazioni non ionizzanti (emesse da elettrodotti, impianti di ricetrasmissione radio/TV, impianti di telefonia cellulare e ponti radio).

Evidenze riscontrate

- ✓ Per quanto riguarda **le radiazioni ionizzanti** non sono state reperite informazioni che evidenzino particolari situazioni di rischio nella Zona Alta Val di Cecina.
- ✓ Per quanto riguarda le **radiazioni non ionizzanti**, il Rapporto Ambiente 2003 segnala che il territorio della Val di Cecina è attraversato dal maggior numero di linee elettriche che interessano in particolare i Comuni di Pomarance e Castelnuovo, dove sono infatti localizzati gli impianti ENEL per la produzione di energia elettrica. Secondo le stime effettuate, circa il 3% della popolazione totale residente nella Val di Cecina risulta essere potenzialmente esposta a inquinamento elettromagnetico dovuto agli elettrodi, a cui andrebbe sommato il numero di addetti operanti nelle aree disturbate.
  Da controlli effettuati da ARPAT nel 1999, risultavano esistenti 7 Stazioni Radio Base sul territorio della Val di Cecina, ubicate principalmente nei Comuni di Volterra e Pomarance. La scarsa disponibilità dei dati relativi agli impianti di radiofrequenza (radiotelevisivi e stazioni radio base), può essere messa in relazione alla non ancora piena attuazione dei disposti di legge, relativi alla creazione di un catasto regionale delle sorgenti di emissione.
  In particolare per quanto riguarda le stazioni radio-base, allo stato attuale non è stato possibile verificare i Comuni che si stanno dotando o si sono dotati di un piano di localizzazione delle antenne, finalizzato alla valutazione e al contenimento del rischio derivante dal posizionamento delle antenne sul territorio.
  Nell'area della Val di Cecina non risulta siano state effettuate campagne specifiche di rilevamento elettromagnetico, per cui non è possibile evidenziare particolari situazioni di criticità dal punto di vista dell'inquinamento elettromagnetico.

QUALITA' DEGLI ALIMENTI

Le attività dell' U.F ISPAN relative all'Igiene degli Alimenti, si possono così suddividere:

Sistema Rapido di Allerta
Per notificare in tempo reale i rischi diretti o indiretti per la salute pubblica connessi al consumo di alimenti o mangimi è stato istituito il Sistema Rapido di Allerta comunitario (C.E.178/2002) sotto forma di rete, a cui partecipano la Commissione Europea e gli Stati membri dell'Unione.
Il meccanismo delle comunicazioni rapide, sempre più numerose negli ultimi anni, è uno strumento essenziale per la valutazione di eventuali rischi e per la tutela del consumatore.
Al riguardo il flusso delle "allerte" deve garantire sia la completezza delle informazioni che la tempestività della comunicazione. Ciò si realizza con apposite procedure operative che prevedono:

- schede di notifica standard (completezza delle informazioni);
- uso della posta elettronica (tempestività della comunicazione).

Le notifiche vengono quindi comunicate e condivise tra gli Stati membri via rete, in tempo reale. L'attività del sistema di allerta prevede il ritiro di prodotti pericolosi per la salute umana o animale. Nel caso di rischio grave ed immediato (esempio tossina botulinica), oltre a disporre immediatamente il sequestro dei prodotti tramite l'intervento del Comando Carabinieri della Sanità e degli Assessorati Regionali, la procedura di emergenza può essere integrata con comunicati stampa.
In questo caso vengono informati i cittadini sul rischio legato al consumo di un determinato prodotto e sulle modalità di riconsegna dell'alimento alla Asl territorialmente competente.
Nel corso degli anni 2003-2004 le attività di vigilanza nel settore dell'Igiene alimenti e nutrizione sono state caratterizzate da numerose comunicazioni del Sistema Rapido di Allerta. relative a :

- presenza di prodotti a base di peperoncino contenente i coloranti Sudan I, II, III, IV, in prodotti commercializzati in Italia e nella Regione Toscana,
- controllo delle produzioni locali (vino, olio, grano e produzione degli alimenti per la somministrazione nella ristorazione pubblica e collettiva).

Riguardo ai controlli sui prodotti considerati a rischio per la presenza di Sudan, nella zona dell'Alta Val di Cecina è stato effettuato il campionamento di uno dei prodotti considerati a "rischio", la cui analisi ha messo in evidenza la contaminazione del colorante Sudan I., con conseguente procedura di allerta e sequestro del prodotto presente in Zona.
Situazione analoga si è verificata per il riscontro di micotossine in concentrazione superiore a quanto stabilito dalla normativa, in un campione di cacao amaro, prelevato presso un supermercato della Zona.
Circa i campionamenti mirati al controllo delle produzioni locali, va detto che sono stati effettuati soprattutto in seguito all'aumento delle autorizzazioni sanitarie rilasciate dalla Regione Toscana (delibera 206/99) dove erano richiesti requisiti minimi per poter vendere tali prodotti; è stata fatta una catalogazione di tutte le Aziende produttrici di olio e vino e dei Consorzi e delle Cooperative adibite alla vendita di cereali e i campionamenti hanno rivelato assenza di irregolarità nella Zona.

Gruppo "GOA"
Altra attività nel settore dell'Igiene degli Alimenti è relativa al "Gruppo GOA"che rappresenta il Gruppo Operativo Igiene degli Alimenti.
Il gruppo GOA ha effettuato n. 14 nuove ispezioni (comprensive di n. 66 rilievi ambientali, n. 35 campioni di alimenti e acqua potabile in erogazione nei vari esercizi e oltre 85 rilievi delle temperature dei mezzi refrigeranti presenti). Inoltre sono stati effettuati ulteriori controlli per la verifica di prescrizioni impartite e per la valutazione dei piani di autocontrollo.

Attività ISPAN (Igiene e Sanità pubblica Alimenti e Nutrizione)
Nell'anno 2003 sono state effettuate 16 ispezioni e numerosi controlli finalizzati alla verifica dell'ottemperanza a prescrizioni e alla richiesta di autorizzazioni che si intensificano notevolmente nel periodo maggio-settembre per le numerose attività a carattere temporaneo (ad esempio le sagre).
Nell'anno 2004 si è verificato una lieve diminuzione delle ispezioni (12), dovuta al fatto che sono state verificate ottemperanze alle prescrizioni dell'anno precedente e non nuove; nell'anno 2003 sono state emesse 77 prescrizioni nei confronti di numerose associazioni presenti sul territorio, organizzatrici di varie manifestazioni, al cui interno sono previste attività di preparazione e somministrazione di alimenti e bevande. Nel 2004 le prescrizioni sono state solo 26 per il motivo sopra riportato.
Circa l'attività autorizzativa su richiesta, va detto che nel corso del 2004 si è verificato invece un incremento delle richieste autorizzative relative alle piccole produzioni agricole adibite alla produzione e imbottigliamento di vino, stoccaggio e imbottigliamento di olio extravergine di oliva e

infine stoccaggio di cereali destinati alla produzione di alimenti destinati al consumo umano; in totale sono stati espressi 170 pareri per il rilascio di autorizzazioni e nulla osta igienico-sanitari nel campo della produzione, confezionamento e somministrazione di alimenti e bevande sia a carattere permanente che temporaneo.
L'U.F. ISPAN si occupa anche del controllo sull'uso di fitofarmaci o fotisanitari In particolare viene ricercato il **residuo di un prodotto fitosanitario** ovvero la sostanza che viene rilevata nei vegetali o nei prodotti trasformati, nei prodotti animali destinati al consumo umano o nell'ambiente e che deriva dall'impiego di un prodotto fitosanitario. Nella Zona dell'Alta Val di Cecina le ricerche effettuate su campioni di alimenti di origine vegetale (Frutta, Ortaggi, Succhi di Frutta, Olio di oliva, omogeneizzati di frutta e verdura ecc.), non hanno evidenziato alcuna irregolarità nel corso del triennio 2002-2004.
Nel 2005 deve essere avviato il progetto di archiviazione computerizzata dei prodotti fitosanitari usati nella Zona di competenza.

Sanzioni Amministrative
Nell'anno 2003 le sanzioni amministrative sono state 10, finalizzate a varie violazioni, quali:
- inottemperanza a prescrizioni emanate,
- attività di preparazione trasformazione di alimenti in locali non autorizzati,
- riscontro di libretti sanitari non regolari,
- inosservanza dei regolamenti comunali
- irregolarità dei contenitori di alimenti: caso di bottiglie contenenti latte Aptamil milupa pere lattanti, conseguente ad una segnalazione di un cittadino del comune di Pomarance a causa del quale è stata attivata l'allerta.

Nell'anno 2004 non sono state elevate sanzioni amministrative, essenzialmente per due motivi: effetto delle azioni effettuate nel 2003 e diminuzione dei controlli per carenza di personale.

Provvedimenti
Nel 2003 va segnalata la denuncia all'A.G di un Ristorante della Zona che deteneva nel proprio esercizio sia alimenti che materie prime scadute e deteriorate sia alimenti di provenienza non regolare (carne priva di bolli sanitari)
Nel 2004 va invece segnalata la denuncia all'A.G. a carico di un rivenditore di generi alimentari per aver venduto panini al tonno contenenti un'alta concentrazione di istamina, provocata dalla non corretta conservazione del tonno stesso.

QUALITA' DELLE ABITAZIONI

L'attività istituzionale si svolge all'interno di un territorio tra i più estesi della Toscana comprendente 4 Comuni montani: Castelnuovo Val di Cecina, Montecatini Val di Cecina, Pomarance e Volterra, con un totale di 16 frazioni, distribuiti su una superficie complessiva di kmq.724,54. Tale territorio è caratterizzato da forte attività agricola, turistico – alberghiera ed extra-alberghiera (con prevalenza e tendenza all'incremento delle strutture agrituristiche).
La popolazione residente al 31.12.2004 ammonta a 21.840 unità con una diminuzione di 128 abitanti rispetto all'anno precedente.
E' da precisare che il saldo demografico negativo ha connotati contenuti a causa del notevole flusso migratorio in entrata di soggetti extracomunitari. Questo ha determinato un incremento del numero di sopralluoghi per idoneità delle abitazioni (ricongiungimenti, ecc.); nel 2004 sono stati 64 (+ 28 rispetto al 2003).
Il numero delle attività agrituristiche è rimasto stabile rispetto all'anno 2003 ed è pari a 114.

Sono stati espressi n.50 pareri su pratiche edilizie (-27); il dato non comprende i pareri espressi nell'ambito della Commissione N.I.P (Nuovi Insediamenti Produttivi)
Il n. di posti letto autorizzati nelle strutture recettive ha raggiunto quota 3.781 a fine 2004.
Per quanto riguarda l'edilizia scolastica, anche quest'anno sono state controllate tutte le strutture presenti sul territorio di competenza. Sono state apportate parziali migliorie relative all'impiantistica (elettricità e riscaldamento) anche se permangono alcune situazioni di criticità per le quali l'U.F. è in attesa di conoscere i tempi di risoluzione.
Nel 2004 sono stati impegnati due tecnici della prevenzione per il corso di formazione organizzato a livello regionale per il "Progetto INDOOR" articolato su 3 moduli di diverse giornate e per il 2005 è stata programmata la realizzazione del progetto che interesserà gli ambienti scolastici, sia nella sessione invernale sia in quella primaverile.

QUADRO SOCIO-ECONOMICO

ASILI NIDO

(fonte – Uffici Pubblica Istruzione dei Comuni)

Nel territorio dell'Alta Val di Cecina sono presenti 5 strutture fra asili nido e centri giochi educativi con le seguenti caratteristiche:

Comune di Volterra

1) ASILO NIDO COMUNALE DI SAN LINO

Posti disponibili: 28

Anno scolastico	Ammessi	In lista
2002/03	28	18
2003/04	28	4
2004/05	28	7

2) CENTRO GIOCHI EDUCATIVO COMUNALE "GIOCAMONDO"

Posti disponibili: 18

Anno scolastico	Ammessi	In lista
2002/03	28	n.d.
2003/04	28	n.d.
2004/05	28	n.d.

Nei mesi di luglio e agosto funziona un servizio antimeridiano presso I locali dell'Asilo Nido riservato agli iscritti delle due strutture comunali con una presenza media mensile di 25 iscritti.

3) CENTRO EDUCATIVO GIOCA MONDO c/o Scuola Materna parificata "Savina Petrilli"
Posti disponibili: 7

Anno scolastico	Ammessi	In lista
2002/03	7	n.d.
2003/04	7	n.d.
2004/05	9	11

Nell'ultimo anno scolastico la disponibilità è stata incrementata di due unità a causa delle richieste in soprannumero pervenute.

Comune di Pomarance

4) CENTRO GIOCO EDUCATIVO “LA FRECCIA AZZURRA”

Posti disponibili: 18

Anno scolastico	Ammessi	In lista
2002/03	15	0
2003/04	14	0
2004/05	17	0

Comune di Castelnuovo di Val di Cecina

5) BABY HOUSE

Posti disponibili: 10

Anno scolastico	Ammessi	In lista
2002/03	10	0
2003/04	10	2
2004/05	12	2

Nell’anno scolastico 2003/04 i bambini in lista sono stati inseriti dopo alcune settimane dall’apertura del servizio perché altri bambini si sono ritirati.
Nell’anno scolastico 2004/05 la disponibilità della struttura è stata incrementata per due nuovi utenti; i bambini in lista sono comunque stati inseriti in un secondo momento.

SCUOLA E ISTRUZIONE

(fonti – Osservatorio Scolastico Provinciale, Istituti Comprensivi di Pomarance e Volterra, Istituti Superiori di Volterra)

SCUOLA dell'INFANZIA, PRIMARIE e SECONDARIE di 1° LIVELLO

Nella Comunità Montana Alta Val di Cecina sono presenti l'Istituto Comprensivo "M. Tabarrini" di Pomarance, che comprende gli istituti scolastici dei Comuni di Pomarance, Castelnuovo di Val di Cecina e Monteverdi Marittimo, e l'Istituto Comprensivo di Volterra, che comprende gli istituti scolastici di Volterra e Montecatini Val di Cecina.
Nell'intero territorio dell'Alta Val di Cecina per l'anno scolastico 2004/05 sono risultati iscritti alle scuole statali materne e dell'obbligo statali **1605** alunni, cioè il **13.6 %** dell'intera popolazione residente. Tale valore corrisponde al **5%** dell'intera popolazione scolastica della Provincia di Pisa.

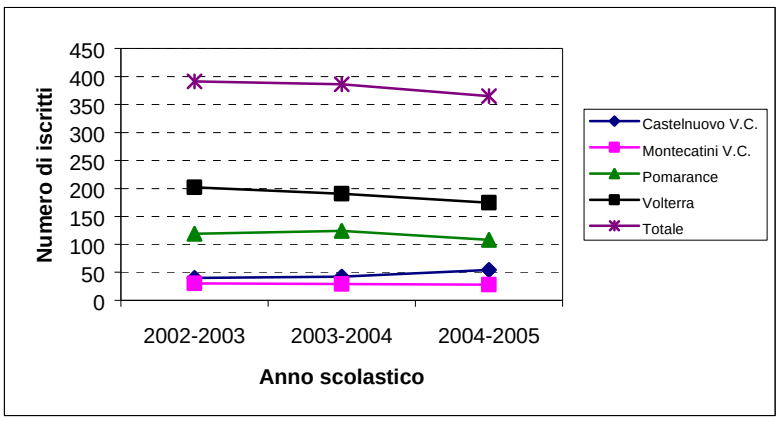
Tab 1 – Iscritti alle scuole dell'infanzia e dell'obbligo nell'anno scolastico 2004/05

	INFANZIA	PRIMARIE	SECONDARIE 1° LIVELLO
Castelnuovo V.C.	54	74	56
Montecatini V.C.	28	41	26
Pomarance	108	227	131
Volterra	175	412	273
TOTALE	**365**	**754**	**486**

L'indice di scolarizzazione per l'ultimo anno scolastico (n° residenti in età scolare/numero di iscritti*100) varia in funzione del livello scolastico considerato: è di 89% per la scuole dell'infanzia, 98% per le scuole primarie e di 100% per le scuole secondarie di 1° livello.

Negli ultimi tre anni è stato registrato il progressivo decremento del numero di iscrizioni scolastiche; fa eccezione il Comune di Castelnuovo di Val di Cecina, nel quale tale numero ha subito un incremento di 12 unità. Dal momento che il livello di scolarizzazione relativo all'ultimo anno scolastico sembra rimanere buono, questo fenomeno può essere interpretato come la conseguenza della progressiva diminuzione della popolazione residente in età scolare.

Graf 1 – Andamento delle iscrizioni alle scuole dell'infanzia e dell'obbligo dall'anno scolastico 2002/03 all'anno scolastico 2004/05



Di seguito sono riportati schematicamente i dati relativi all'andamento delle iscrizioni dal 2002 al 2004 per singolo Comune della Zona.

Tab 2 – Iscritti alle scuole del **Comune di Castelnuovo di Val di Cecina**

	2002/03	**2003/04**	**2004/05**
Infanzia	40	42	54
Primarie	80	81	74
Secondarie 1° liv.	60	57	56

Tab 3 – Iscritti alle scuole del **Comune di Montecatini di Val di Cecina**

	2002/03	**2003/04**	**2004/05**
Infanzia	30	29	28
Primarie	47	43	41
Secondarie 1° liv.	24	21	26

Tab 4 – Iscritti alle scuole del **Comune di Pomarance**

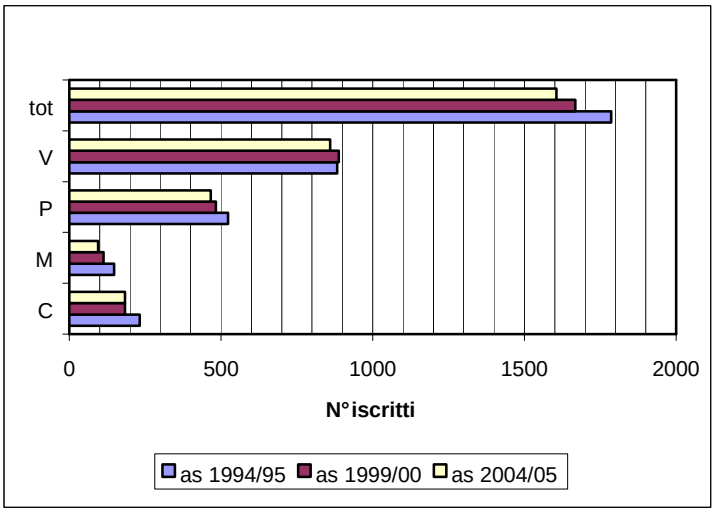
	2002/03	**2003/04**	**2004/05**
Infanzia	119	124	108
Primarie	232	223	227
Secondarie 1° liv.	120	126	131

Tab 5 – Iscritti alle scuole del **Comune di Volterra**

	2002/03	**2003/04**	**2004/05**
Infanzia	202	191	175
Primarie	429	435	412
Secondarie 1° liv.	275	271	273

Il dato delle scuole dell'infanzia del Comune del Volterra non comprende i bambini iscritti all'istituto privato "Savina Petrilli" , che ha registrato 49 iscritti sia per l'a.s. 2003/04 che per il 2004/05.
Confrontando il numero di iscrizioni alle scuole statali dell'infanzia e dell'obbligo relative agli anni scolastici 1995/96, 2000/01 e 2004/05, è possibile tacciare l'evoluzione temporale a lungo termine della popolazione scolastica della nostra zona.

Graf 2 – Evoluzione del numero di iscritti alle scuole statali dell'infanzia e dell'obbligo – confronto per quinquennio (1994, 1999, 2004)



Anche da questo confronto emerge il progressivo decremento delle iscrizioni in tutti i Comuni; ancora una volta per il Comune di Castelnuovo di Val di Cecina si osserva che il numero di iscritti nell'anno scolastico 1999/00 è lo stesso registrato nel 2004/05.
Questo dato ed il precedente possono essere interpretati come la conseguenza del forte tasso di immigrazione che, a partire dal 2000 ha caratterizzato il Comune di Castelnuovo Val di Cecina

STUDENTI STRANIERI

La Zona Alta Val di Cecina si è caratterizzata negli ultimi anni per la crescita della componente straniera della popolazione residente, con particolare riferimento a cittadini di paesi non appartenenti all'Unione Europea.
A livello provinciale, relativamente all'anno scolastico 2003/04, il maggior numero di alunni stranieri segue la consistenza demografica delle singole Aree (SEL) per cui la maggior parte si concentra nell'Area Pisana (804) seguita dalla Valdera (553), dal Valdarno inferiore (367) e dalla Valdicecina (165). L'incidenza di questi studenti sulla popolazione scolastica di tali Aree non è però uniforme, e segue un andamento pressoché inverso. Nella Valdicecina (quadrante interno) si ha infatti il maggior tasso di presenza sul totale degli alunni residenti in quell'Area (5,6%), seguita dal Valdarno inferiore (5,2%) poi dall'Area Pisana (3,9%) e dalla Valdera (3,8%).
Per quanto riguarda la Zona Alta Val di Cecina, come emerge dalle tabelle di seguito riportate, nell'anno 2003/04 il **7,5%** degli iscritti alle scuole dell'infanzia e dell'obbligo sono stranieri. I dati dei singoli comuni indicano che la concentrazione maggiore di studenti stranieri si ha nel Comune di Castelnuovo di Val di Cecina (13,3%) seguito da Pomarance (11,4%), Montecatini Val di Cecina (9,7%) e Volterra (4%).

Tab 6 – Numero di alunni stranieri e percentuale sul totale degli iscritti alle **scuole dell'infanzia** nell'anno scolastico 2003/04

	Stranieri	Tot iscritti	% stranieri
Castelnuovo di Val di Cecina	1	42	2,4
Montecatini di Val di Cecina	3	29	10,3
Pomarance	16	124	12,9
Volterra	6	191	3,1
TOTALE	**26**	**386**	**6,7**

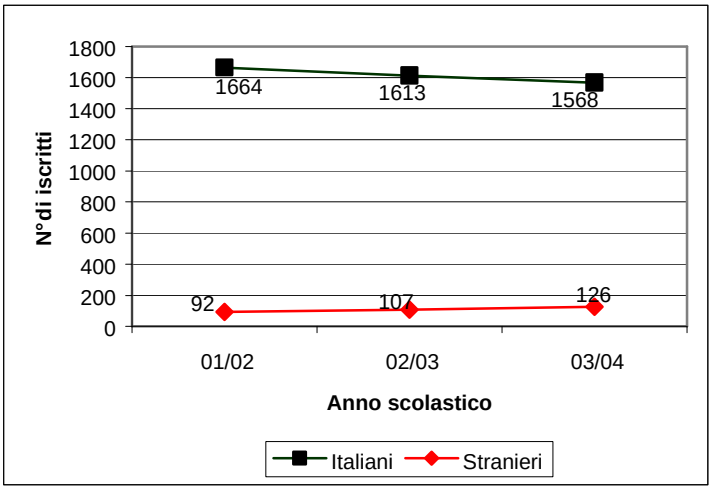
Tab 7 – Numero di alunni stranieri e percentuale sul totale degli iscritti alle **scuole primarie** nell'anno scolastico 2003/04

	Stranieri	Tot iscritti	% stranieri
Castelnuovo di Val di Cecina	15	81	18,5
Montecatini di Val di Cecina	3	43	7,0
Pomarance	25	223	11,2
Volterra	18	435	4,1
TOTALE	**61**	**782**	**7,8**

Tab 8 – Numero di alunni stranieri e percentuale sul totale degli iscritti alle **scuole secondarie di 1° livello** nell'anno scolastico 2003/04

	Stranieri	Tot iscritti	% stranieri
Castelnuovo di Val di Cecina	8	57	14,0
Montecatini di Val di Cecina	3	21	14,3
Pomarance	13	126	10,3
Volterra	12	271	4,4
TOTALE	**36**	**475**	**7,6**

Garf 3 – Numero di alunni italiani e stranieri iscritti alle scuole dell'infanzia e dell'obbligo – anni scolastici 2001/02, 2002/03, 2003/04

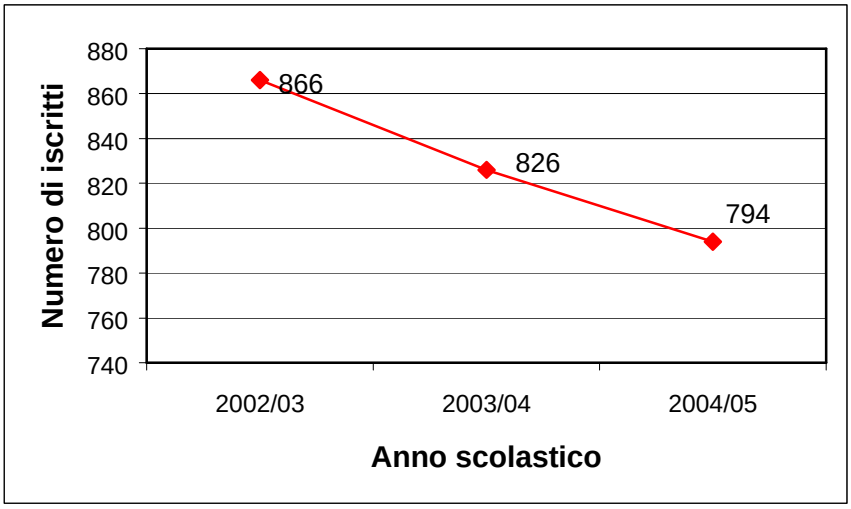


SCUOLE SECONDARIE di 2° LIVELLO

In Alta Val di Cecina sono presenti anche due Istituiti Superiori: l'Istituto Superiore "G. Carducci", comprendenti i licei scientifico, classico e pedagogico e la sezione staccata dell'Istituto d'Arte, e l'Istituto Tecnico Commerciale e per Geometri "F. Niccolini" , comprendente anche la sezione distaccata dell'Istituto Tecnico Industriale di Pomarance.
Nell'**anno scolastico 2004/05** sono stati registrati 794 iscritti, rispettivamente **377** per **l'Istituto "F. Niccolini"** e **417** per **l'Istituto "G. Carducci".**
Il grafico riportato di seguito mostra la ripartizione degli iscritti per tipologia di istituto. È importante sottolineare che parte degli studenti iscritti agli istituti superiori di Volterra sono residenti in Valdera (es. Lajatico, Orciatico, La Sterza,…)

Analizzando l'andamento delle iscrizioni a partire dall'a.s. 2002/03 si osserva una progressiva diminuzione complessiva del dato. Questo può essere motivato dalla costante diminuzione della popolazione residente relativamente alle fasce d'età che possono potenzialmente frequentare le scuole secondarie di 2° livello, nonostante alcuni dei ragazzi residenti nella zona siano iscritti ad istituti superiori di altre province (esempi: liceo linguistico di Cecina, istituto chimico e minerario e istituto professionale di Massa Marittima).

Garf 4 – Andamento delle iscrizioni alle **scuole secondarie di 2° livello**



Per quanto riguarda la scelta del tipo di istituto, si osserva un trend verso l'aumento della preferenza per i Licei, accompagnato dal calo delle iscrizioni agli altri istituti.
I dati in questione non includono gli iscritti detenuti della Casa Penale; tale dato negli ultimi anni è oscillato fra i 107 e 118 iscritti.

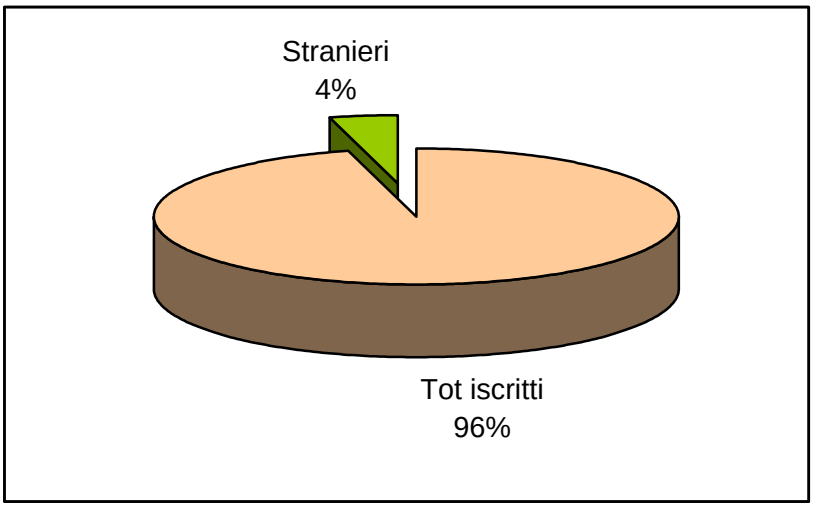
Tab 9 – Numero di studenti iscritti alle scuole superiori di 2° livello per tipologia di istituto – anno scolastico 2004/05

	2002/03	**2003/04**	**2004/05**
ITCG	286	263	251
ITI	143	114	126
LCSM	293	311	321
Istituto d'Arte	144	138	96
TOTALE	**866**	**826**	**794**

STUDENTI STRANIERI

La componente straniera degli iscritti alle scuole secondarie di 2° livello sembra non aver subìto sostanziali modifiche negli ultimi anni. La percentuale sulla popolazione scolastica relativa all'anno scolastico 2003/04 si è attestata intono al 4%, valore molto superiore a quello medio della Provincia di Pisa che risulta attestarsi intorno all'1,4%.

Graf 5 – Percentuale di stranieri sugli iscritti alle scuole superiori di 2° livello nell'anno scolastico 2003/04



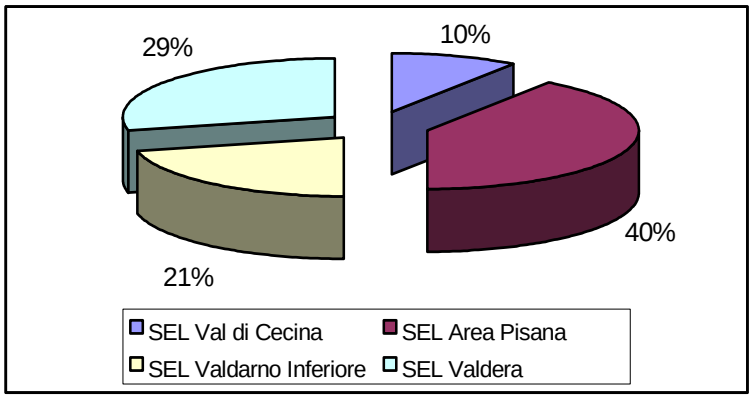
LAVORO

(fonti - Relazione "Analisi della struttura economica della Provincia di Pisa –anno 2004" CCIAA – Osservatorio per le Politiche Sociali – INPS - Centro Direzionale per l'Impiego della Provincia di Pisa)

ATTIVITÀ PRODUTTIVE

Già da alcuni anni per analizzare la situazione socio-economica di una zona si fa riferimento ad aggregazioni sub-provinciali, individuate dalla Regione Toscana, denominate Sistemi Economici Locali (SEL). I Comuni di Castelnuovo Val di Cecina, Montecatini Val di Cecina, Pomarance e Volterra fanno parte del SEL Val di Cecina – Quadrante Interno, insieme ai Comuni di Monteverdi Marittimo, Casale Marittimo, Castellina Marittima, Guardistallo, Montescudaio, Orciano Pisano, Riparbella e Santa Luce.
Dal rapporto sulla "Analisi della Struttura Economica della Provincia di Pisa" (giugno 2004), elaborata dalla Camera di Commercio di Pisa, nella Zona sono risultate **2489** unità attive. Queste rappresentano il 64% della aziende attive nell'intero SEL Val di Cecina – Quadrante Interno, ed il 6% di quelle della Provincia di Pisa.

Graf 1 - Percentuale di unità locali attive nei diversi Sistemi Economici Locali



La ripartizione di queste nei diversi settori produttivi è riportata schematicamente nella tabella che segue:

Tab 1 – Unità attive al 31/12/2004, suddivise secondo i principali settori produttivi

Settori produttivi	**Castelnuovo V.C.**	**Montecatini V.C.**	**Pomarance**	**Volterra**	**TOTALE**
Agricoltura	84	144	243	361	**832**
Estrazioni	2	1	7	7	**17**
Manifatturiero	7	10	45	170	**232**
Energia, Gas , acqua	1	0	1	2	**4**
Costruzioni	25	27	68	123	**243**
Commercio	55	41	137	317	**550**
Alberghi e ristoranti	16	23	27	134	**200**
Trasporti	4	8	15	40	**67**
Intermediazione	7	3	13	34	**57**
Informatica e ricerca	4	7	33	92	**136**
Istruzione	0	0	1	6	**7**
Sanità	0	0	3	2	**5**
Altri Servizi	11	7	19	55	**92**
Non classificate	4	1	13	27	**45**
TOTALE	**220**	**272**	**627**	**1370**	**2489**

Il settore primario (agricoltura) mostra una notevole incidenza nella composizione del tessuto produttivo e nella determinazione del modello di sviluppo economico; alcune importanti eccezioni nel settore estrattivo (17 aziende su 24 dell'intero SEL sono localizzate in questa zona) e, in ambito manifatturiero (che concentra il 9% delle aziende della zona), nel settore dei minerali non metalliferi (97 unità locali su 115 dell'intero SEL sono localizzate in zona), sono legate alla storica attività della lavorazione artistica dell'alabastro nell'area di Volterra. I Comuni di Volterra e Montecatini Val di Cecina sono interessati anche da un'intensa attività di estrazione di salgemma condotta da Solvay e da ETI Spa.
I settori non-manifatturieri che, esclusi il primario e l'estrattivo, mostrano una certa vitalità a livello di imprenditorialità locale, sono il commercio, in particolare per il comune di Volterra (22% delle imprese locali), le costruzioni (10%) e il turismo (8%).

Secondo i dati ISTAT relativi al Censimento delle Imprese del 2001, i principali settori non-manufatturieri della zona in termini di addetti sono: energia (879 addetti); commercio (827 addetti); sanità (818 addetti); costruzioni (641 addetti); istruzione (534); turismo (530).
Il settori in cui converge il maggior numero di occupati è quello legato alla produzione di energia elettrica, gas e acqua nell'ambito del quale gli occupati sono concentrati per lo più nel Comune di Pomarance, importante centro di produzione e distribuzione di energia elettrica.
I settori manifatturieri dominanti nella zona, in termini occupazionali, sono quelli della lavorazione dei minerali (18% sul totale addetti nel manifatturiero nella zona), chimico (18%), meccanico (18%) e della lavorazione dei metalli (17%).

LIVELLI OCCUPAZIONALI

L'analisi della situazione occupazionale della Zona è molto complessa in quanto non esistono fonti di dati sufficientemente completi da permettere la costruzione di un quadro esaustivo.
Abbiamo scelto di proporre i seguenti dati:

- iscrizioni INPS (forniti dall'Osservatorio per le Politiche Sociali della Provincia di Pisa): forniscono indicazioni sugli occupati nei Comuni della Zona ovunque residenti.
- iscrizioni ai Centri per l'Impiego (forniti dal Centro Direzionale dell'Impiego della Provincia di Pisa): forniscono informazioni relative agli iscritti ai Centro per l'Impiego di Volterra.

I dati relativi alle iscrizioni INPS forniscono informazioni sulle persone che lavorano nei Comuni della Zona, indipendentemente dalla loro residenza; danno quindi una dimensione di quelli che sono i settori che offrono maggiori opportunità di impiego ma non ci aiutano a capire quanta di questa occupazione sia coperta da persone residenti in Zona.
Il maggior numero di iscrizioni INPS come lavoratori subordinati si registrano nel terziario, nell'industria e nell'artigianato. I dati qui riportati non comprendono i lavoratori del settore pubblico per i quali è prevista l'iscrizione all'INPDAP.
Si sottolinea per il Comune di Volterra un rilevante numero di impiegati nel settore scolastico e negli istituti di credito; è infatti qui che si trovano le sedi degli istituti scolastici superiori e della Cassa di Risparmio di Volterra.

Tab 2 – Lavoratori subordinati iscritti all'INPS al 31/12/2004

	Industria	Enti	Scuole	Artigianato	Agricoltura	Credito	Terziario	Totale
Castelnuovo di Val di Cecina	92	2	0	20	4	0	66	**184**
Montecatini di Val di Cecina	24	7	0	25	4	0	43	**103**
Pomarance	351	8	16	90	2	1	435	**903**
Volterra	424	16	127	280	3	468	597	**1915**
Totale	**891**	**33**	**143**	**415**	**13**	**469**	**1141**	**3105**

Tab 3 – LAVORATORI PARASUBORDINATI: lavoratori autonomi che esercitano un'attività professionale o di co.co.co. che prevede iscrizione separata INPS al 31/12/2004

	Iscritti	Attivi	Ditte
Castelnuovo di Val di Cecina	45	39	17
Montecatini di Val di Cecina	36	24	18
Pomarance	220	177	57
Volterra	687	476	220
Totale	**988**	**716**	**312**

Tab 4 – COMMERCIANTI: titolari e collaboratori attivi al 31/12/2004

	Titolari attivi			Collaboratori attivi		
	maschi	femmine	totali	maschi	femmine	totali
Castelnuovo di Val di Cecina	20	35	55	6	3	9
Montecatini di Val di Cecina	35	30	65	5	5	10
Pomarance	63	67	130	4	14	18
Volterra	196	176	372	21	48	69
Totale	**314**	**308**	**622**	**36**	**70**	**106**

Tab 5 – ARTIGIANI: titolari e collaboratori attivi al 31/12/2004

	Titolari attivi			Collaboratori attivi		
	maschi	femmine	totali	maschi	femmine	totali
Castelnuovo di Val di Cecina	34	15	49	1	2	3
Montecatini di Val di Cecina	45	6	51	4	0	4
Pomarance	101	22	123	6	5	11
Volterra	301	98	399	19	24	43
Totale	**481**	**141**	**622**	**30**	**31**	**61**

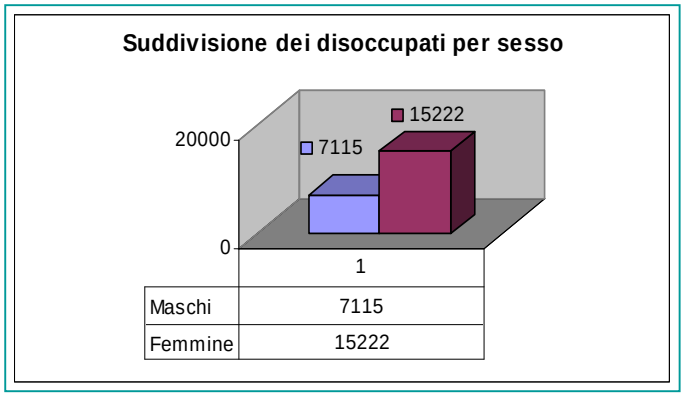
I **Centri per l'Impiego** della provincia di Pisa, nel quadro della normativa nazionale e regionale, hanno attivato i "servizi innovativi" (accoglienza, preselezione, orientamento, sportello tirocini) inserendoli in un modello organizzativo denominato "*Sistema Centro Impiego*" finalizzato all'Incontro tra "domanda e offerta di lavoro".
Forniscono quindi un ulteriore elemento di valutazione del livello occupazionale della Zona.

Classificazione dello stato di disoccupazione

- Disoccupato: chi ha avuto precedenti rapporti di lavoro;
- Inoccupato: chi non ha mai avuto rapporto di lavoro
- Precario: chi ha in essere un rapporto di lavoro il cui reddito annuo non supera i 7500 Euro;
- Sospeso: chi ha in essere un rapporto di lavoro a TD non superiore a 8 mesi o a 4 mesi fino a 25 anni, o 29 anni se laureato, con reddito superiore a 7500Euro.

Tab 6 e Graf 2 – DISOCCUPATI (ai sensi del D.l.vo 181/00 e 297/02) iscritti ai Centri per l'Impiego della Provincia al 30/06/2004 suddivisi per classi di sesso.

Centro	M	F	Totale
Pisa	3945	7887	11832
Pontedera	1574	3914	5488
S. Croce	1192	2561	3753
Volterra	404	860	1264
Totale	7115	15222	22337

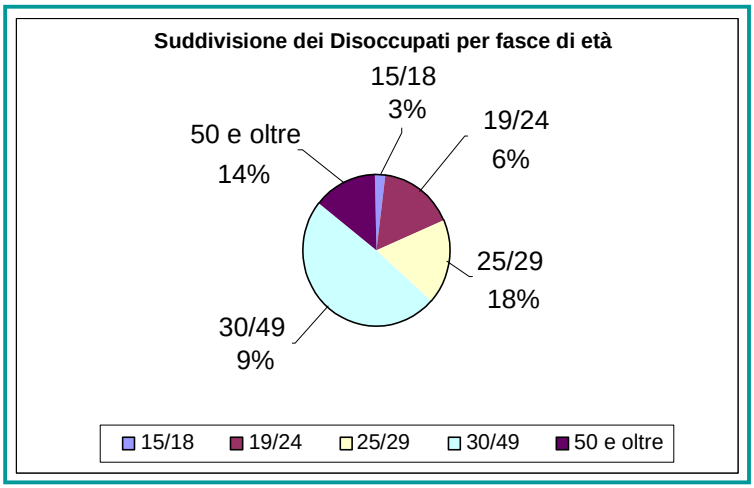


Tab 7 – DISOCCUPATI (ai sensi del D.l.vo 181/00 e 297/02) ai centri per l'Impiego della Provincia al 30/06/2004 suddivisi secondo le definizioni di stato di disoccupazione.

CENTRI	Totale	Disoccupati		Inoccupati		di cui Precari sul totale		di cui Sospesi sul totale	
		M	F	M	F	M	F	M	F
Pisa	11832	2574	4673	1371	3214	208	481	250	400
Pontedera	5488	1147	2614	427	1300	105	305	152	233
S. Croce	3753	985	1889	207	672	73	162	88	106
Volterra	1264	316	612	88	248	20	89	22	39
TOTALE	22337	5022	9788	2093	5434	406	1037	512	778

Tab 8 e Graf 3 – DISOCCUPATI iscritti ai Centri per l'Impiego della Provincia al 30 giugno 2004 suddivisi per classe d'età e sesso

CENTRI	Totale	15/18		19/24		25/29		30/49		=>50	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Pisa	11832	137	147	772	1166	836	1474	1728	4185	472	915
Pontedera	5488	72	56	328	565	249	630	625	2020	300	643
S. Croce	3753	95	64	166	352	159	375	527	1380	245	390
Volterra	1264	9	9	80	127	67	173	181	431	67	120
TOTALE	22337	313	276	1346	2210	1311	2652	3061	8016	1084	2068
		589 - (3%)		3556 - (16%)		3963 - (18%)		11077 - (49%)		3152 - (14%)	



Su 1264 disoccupati iscritti al Centro per l'Impiego di Volterra, il 68% sono donne (Tab 6) e le fasce d'età maggiormente interessate sono quelle comprese fra i 19 e 49 anni. Del totale dei disoccupati iscritti al Centro per l'Impiego di Volterra 45 sono extracomunitari e 54 (27 maschi e 27 femmine) sono iscritti alle liste di mobilità ai sensi della Legge 223/91 e della Legge 236/93.

Nel periodo compreso fra il 1° gennaio 2003 3d il 30 giugno 2004 le assunzioni effettuate da aziende nella Zona risultano essere in totale **6009**; di queste 977 hanno interessato cittadini extracomunitari. Il numero di cessazioni di rapporti di lavoro è stato di **4761**.
La tipologia contrattuale più diffusa è il contratto a tempo determinato (75% dei contratti) e parziale.

Tab 9 – Assunzioni di iscritti ai Centri per l'Impiego effettuate da aziende nel 2003 e 1° semestre 2004

Centri per l'impiego	2003			1° semestre 2004		
	M	F	Totale	M	F	Totale
Pisa	10913	14202	25115	6169	9067	15236
Pontedera	7622	7012	14634	4702	4540	9242
Santa Croce	6131	4855	10986	3262	2705	5967
Volterra	2098	2072	4170	991	848	1839
TOTALE	26764	28141	54905	15124	17160	32284

Tab 10 – Cessazioni di iscritti ai Centri per l'Impiego effettuate da aziende nel 2003 e 1° semestre 2004

Centri	2003			1° semestre 2004		
	M	F	Totale	M	F	Totale
Pisa	9893	12714	22607	5181	8253	13434
Pontedera	6544	6431	12975	2878	2661	5539
Santa Croce	6369	5051	11420	2726	2141	4867
Volterra	1695	1716	3411	777	573	1350
TOTALE	24501	25912	50413	11562	13628	25190

Tab 11 – Assunzioni di iscritti al Centro per l'Impiego di Volterra effettuate da aziende nel 2003 e 1° semestre 2004

TIPOLOGIA DI ASSUNZIONE	15/18		19/24		25/29		30/49		=>50		M	F	Totale
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			
Tempo Ind.to Pieno	9	1	119	21	172	40	460	131	87	31	847	224	1071
Tempo Ind.to Parziale	1	2	18	27	25	63	47	175	17	58	108	325	433
TOTALE TEMPO IND.TO	10	3	137	48	197	103	507	306	104	89	955	549	**1504**
Tempo Determinato Pieno	105	26	494	227	362	353	749	777	235	146	1945	1529	3474
Tempo Determinato Parziale	18	35	34	113	35	155	88	448	14	91	189	842	1031
TOTALE TEMPO DET.TO	123	61	528	340	397	508	837	1225	249	237	2134	2371	**4505**

Tab 12 – Assunzioni di iscritti al Centro per l'Impiego di Volterra appartenenti a categorie particolari

	15/18	19/24	25/29	30/49	=>50	TOTALE
extracomunitari	24	208	198	495	52	977
apprendistato	146	333	55	0	0	534
mobilità	0	1	1	15	11	28
C.F.L	0	17	37	0	0	54

Tabb 13 e 14– Assunzioni di iscritti al Centro per l'Impiego di Volterra effettuate da aziende nel 2003 e 1° semestre 2004, suddivise per settore economico, titolo di studio e classe di sesso

PER SETTORE ECONOMICO	M	F	TOTALE
Agricoltura	857	336	1193
Industria	1175	192	1367
Servizi	1001	2298	3299
Pubblica Amm.ne	56	94	150
Totale	**3089**	**2920**	**6009**

PER TITOLO DI STUDIO	M	F	TOTALE
Nessuno/inferiore	1811	1502	3313
obbligo	848	494	1342
diploma	367	765	1132
Laurea/master	63	159	222
Totale	**3089**	**2920**	**6009**

I dati dell'INPS e dei Centri per l'Impiego forniscono una quadro abbastanza esauriente della situazione imprenditoriale e occupazionale della nostra Zona. Rimangono comunque delle variabili di difficile monitoraggio che non permettono la costruzione di un panorama continuo.
Una interessante valutazione potrebbe emergere dall'analisi della realtà economica e lavorativa della Zona che prenda come riferimento principale i Sistemi Locali del Lavoro (SLL), unità territoriali costituite da più comuni contigui fra loro (appartenenti anche a province diverse), definite in base ai dati relativi agli spostamenti quotidiani per motivi di lavoro, rilevati in occasione del Censimento ISTAT 2001. Tale percorso necessita di maggiori approfondimenti.

PREVIDENZA

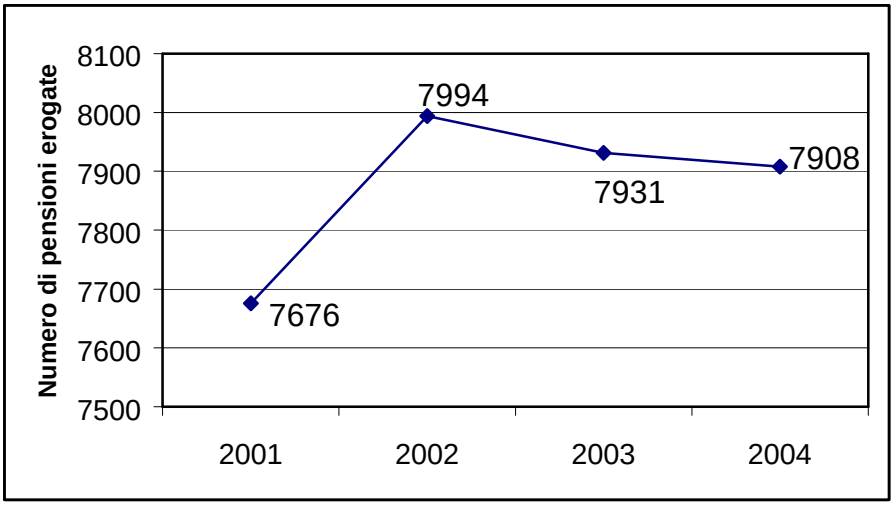
(fonti – Osservatorio per le Politiche Sociali della Provincia di Pisa, INPS)

Dall'analisi del quadro demografico è emerso che la comunità della Zona Alta Val di Cecina si caratterizza per il progressivo invecchiamento della popolazione; la componente anziana risulta essere quindi la principale. La lettura della situazione previdenziale fornisce ulteriori elementi di valutazione della situazione degli anziani nella Zona e indica il livello assistenziale attualmente raggiunto.
Nell'anno 2004 in Alta Val di Cecina sono state erogate dall'INPS **7908** pensioni; 86 in meno (corrispondenti all'1,1%) rispetto al 2002 e 23 in meno (corrispondenti allo 0,3%) rispetto al 2003.

Tab 1 – Numero di pensioni erogate per Comune

	2002	**2003**	**2004**	**Differenza 2002-2004**	**%**
Castelnuovo V.C.	929	926	932	3	0,3
Montecatini V.C.	773	804	781	8	1,0
Pomarance	2485	2461	2496	11	0,4
Volterra	3807	3740	3699	-108	-2,9
Totale	**7994**	**7931**	**7908**	**-86**	**-1,1**

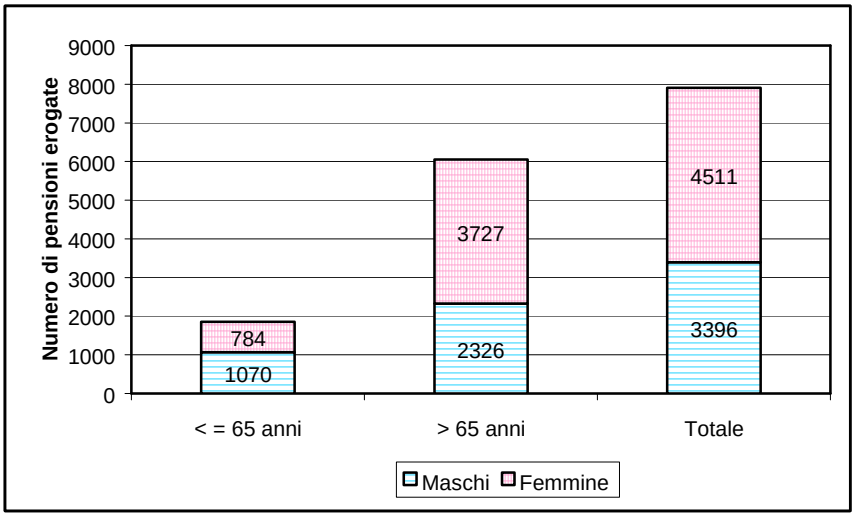
Graf 1 – Andamento del numero di pensioni erogate nella Zona negli ultimi anni



Tab 2 – Pensioni erogate in ogni Comune nel 2004 suddivise per classe di età e sesso e relativa incidenza sul totale

Comune	< = 65 anni			> 65 anni,			Tutte le età		
	Totale	**M**	**F**	**Totale**	**M**	**F**	**Totale**	**M**	**F**
Castelnuovo V.C.	**192**	113	78	**740**	299	441	**932**	412	519
		58,9%	40,6%		40,4%	59,6%		44,2%	55,7%
Montecatini V.C.	**210**	113	97	**571**	232	339	**781**	345	436
		53,8%	46,2%		40,6%	59,4%		44,2%	55,8%
Pomarance	**636**	400	236	**1860**	757	1103	**2496**	1157	1339
		62,9%	37,1%		40,7%	59,3%		46,4%	53,6%
Volterra	**817**	444	373	**2882**	1038	1844	**3699**	1482	2217
		54,3%	45,7%		36,0%	64,0%		40,1%	59,9%
TOTALE	**1855**	**1070**	**784**	**6053**	**2326**	**3727**	**7908**	**3396**	**4511**
		57,7%	**42,3%**		**38,4%**	**61,6%**		**42,9%**	**57,0%**

Graf 2 – Incidenza sul totale delle pensioni erogate a maschi e femmine nella Zona nell'anno 2004



Dai dati sopra riportati emerge che il 77% delle pensioni sono erogate in favore di soggetti di età superiore ai 65 anni. Inoltre mentre per le classi di età inferiore o uguale ai 65 anni sono gli uomini a percepire la maggior quota della pensioni erogate, per le classi di età superiori a 65 anni sono le donne ad essere le principali destinatarie dei servizi previdenziali.

Fra le varie tipologia di pensione di particolare interesse risultano essere le **"pensioni sociali"** erogate in favore di soggetti in condizioni di disagio economico e/o fisico:

- **Assegno Sociale / Pensione Sociale**: è una prestazione di natura assistenziale riservata ai cittadini italiani che abbiano 65 anni di età e un reddito pari a zero o di modesto importo. La riforma delle pensioni del 1995 ha introdotto, a partire dal 1° gennaio 1998, l'assegno sociale al posto della pensione sociale; quest'ultima continua però ad essere pagata a coloro che ne sono titolari.
- **Pensione di Invalidità**: è una prestazione di natura assistenziale a cui hanno diritto gli invalidi civili totali e parziali, i ciechi e i sordomuti che non hanno redditi personali o, se ne

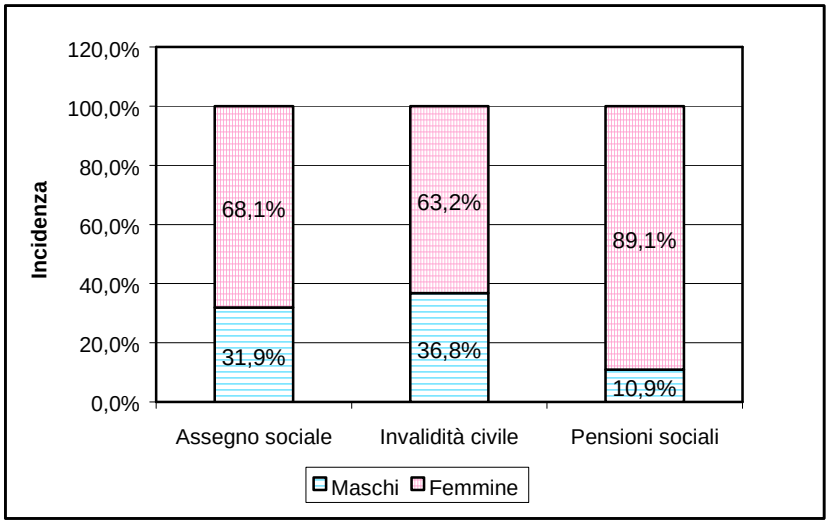
hanno, sono di modesto importo. Dal 1° gennaio 2001, il riconoscimento dell'invalidità è stato assegnato alle Regioni, che verificano i requisiti sanitari attraverso Commissioni mediche istituite presso le Aziende sanitarie locali (Asl). Fino al 31 dicembre 2000 il riconoscimento della pensione era affidato alle Prefetture.

Per l'anno 2003 le pensioni sociali hanno rappresentato l'**11%** sul totale delle pensioni erogate nella Zona; inoltre le donne risultano essere le principali destinatarie di questo tipo di prestazioni.

Tab 3 – Pensioni sociali erogate nella Zona nell'anno 2003 suddivise per classi di sesso e relativa incidenza sul totale

TIPO di PENSIONE	Totale	M	F
Assegno sociale	47	15	32
		31,9%	68,1%
Invalidità civile, ciechi civili, sordomuti	741	273	468
		36,8%	63,2%
Pensioni Sociali	110	12	98
		10,9%	89,1%

Graf 3 – Incidenza delle pensioni sociali erogate per l'anno 2003 per classe di sesso sul totale



CRIMINALITÀ

(fonte – Arma dei Carabinieri, Compagnia di Volterra)

Dai dati in possesso del Comando della Compagnia dei Carabinieri di Volterra relativi agli ultimi anni (2000-2004) il livello generale di criminalità della Zona può definirsi basso. Trattandosi di una area sottopopolata per la sua estensione territoriale è proporzionalmente sottoposta ad un minor numero di forze dell'ordine impiegate nella vigilanza del territorio. Allo stesso tempo la scarsa densità della popolazione permette un controllo più preciso e mirato, infatti il 90% dei reati commessi vengono risolti con successo.

La criminalità responsabile dei principali reati denunciati non è radicata nella popolazione residente nel territorio; **furti e rapine** sono più frequenti nella zona della Val di Cecina costiera dove la maggiore mobilità e le migliori condizioni di viabilità favoriscono questo tipo di reati. I casi di furto più rilevanti sono avvenuti in conseguenza dell'aumentata diffusione delle attività agrituristiche che, per il loro isolamento, rappresentano un obbiettivo appetibile. Nei primi 8 mesi del 2005 è stato registrato un calo di circa il 25 % dei furti e dei reati in genere; è importante sottolineare che i dati si riferiscono a furti di qualsiasi entità (anche minima). I rari casi di rapine che hanno avuto luogo negli ultimi due anni si sono conclusi con l'individuazione e l'arresto dei responsabili.

Non sono stati registrati casi di omicidio, usura, estorsione e prostituzione.

Per quanto riguarda l'attività **antidroga**, mentre nella zona costiera è diffuso il fenomeno del traffico di stupefacenti, in Alta Val di Cecina sono svariate le segnalazioni al prefetto per uso di tali sostanze (in particolare le cosiddette "droghe leggere") così come le segnalazioni e le sospensioni di patenti per guida in stato di ebbrezza. La fascia di età maggiormente interessata è quella compresa fra i 18 e i 28 anni; questi fenomeni sono da associarsi alla scarsa informazione sulle conseguenze a lungo termine dell'uso di tali sostanze, speso ritenute innocue. Si delinea quindi la necessità di incrementare l'impegno nella prevenzione di questi fenomeni.

Mentre si parla di "criminalità non stanziale" per i fenomeni sopra descritti, la Zona si caratterizza invece per il fenomeno dell'**immigrazione clandestina**, particolarmente presente nei Comuni di Castelnuovo Val di Cecina e Pomarance. L'ampia dimensione del fenomeno è essenzialmente legata all'elevata domanda di manodopera clandestina da parte di titolari di aziende che operano principalmente nei settori agricoli (in particolare pastorizia, allevamento e taglio del bosco). Si tratta di lavori comunemente ritenuti di "basso livello" per le condizioni di lavoro stesse e per il compenso economico corrisposto. In relazione alle denunce per immigrazione clandestina si registrano quindi anche denunce per sfruttamento di manodopera clandestina e favoreggiamento dell'immigrazione clandestina.

Per fronteggiare il fenomeno si rileva quindi la necessità di una collaborazione attiva fra le diverse forze dell'ordine operanti nel territorio.

STILI DI VITA

ALIMENTAZIONE

(fonti – U.F. ISSPAN zona Alta Val di Cecina)

L'esplosione epidemica dell'obesità è pervenuta a una dimensione tale da costituire per l'Oms uno dei più importanti settori di intervento per la tutela della salute pubblica. L'obesità incide profondamente sullo stato di salute in quanto si accompagna a importanti malattie che in varia misura peggiorano la qualità di vita e ne riducono la durata. Per le sue conseguenze e per la sua vasta diffusione l'obesità comporta un altissimo costo sociale. Elementi fondamentali nell'insorgenza e nel mantenimento dell'obesità sono lo scarso esercizio fisico e le incongrue abitudini alimentari.
In Italia il 33% degli adulti è sovrappeso e il 9% obeso. Per quanto riguarda la prevalenza dell'obesità in età evolutiva, benché non sia ancora stato attivato un sistema di sorveglianza nazionale in grado di fornire informazioni attendibili, si stima che il 30-35% dei bambini risulti essere soprappeso e il 10-12% obeso, con valori percentuali inferiori a 10 al di sotto degli 8 anni, che salgono a 14-16 tra i 9 e i 13 anni (Istituto auxologico italiano 2000-2001). Nel biennio 2000-2002 è stata condotta a livello nazionale un'indagine multiregionale, rivolta in particolare ai bambini di terza elementare (8-9 anni), alla quale ha partecipato anche la Regione Toscana. Nell'anno 2003 tale indagine è stata effettuata per gli alunni iscritti alle suole dell'infanzia e dell'obbligo dei Comuni di Volterra e Montecatini Val di Cecina. Riportiamo di seguito il confronto dei risultati emersi dalle due indagini

	NORMOPESO	SOVRAPPESO	OBESI
Italia	64%	24%	12%
Toscana	67,7%	22,5%	8,8%
Volterra e Montecatini V.C.	60,80%	20,1%	11,6%

Anche se i dati della Zona non sono completi e si riferiscono agli alunni di tutte le classi delle scuole elementari, sono indicativi di una situazione che conferma, anche per la Zona, l'importanza degli interventi di prevenzione in età pediatrica del fenomeno obesità.
Sono già molte le Aziende che stanno mettendo in atto strategie mirate per combattere il problema; anche nelle diverse Zone dell'Azienda U.S.L. 5 sono state attivate vari interventi.
Per quanto riguarda la Zona Alta Val di Cecina è proseguito il lavoro sulle refezioni scolastiche. Sono stati valutati gli indici di gradimento dei menù proposti e sono state intraprese iniziative di formazione e di educazione alimentare riservate a tutte le figure interessate: alunni, docenti, genitori, Amministrazioni Comunali, ditte di ristorazione e personale di cucina. Si prevede che tutta l'attività inerente la ristorazione scolastica venga formalizzata attraverso la redazione di "carte dei servizi" che disciplinino il settore negli aspetti più critici: commissioni mensa, diete speciali,capitolati, ecc.

Tabb 1 e 2 – Dati relativi allo studio effettuato nel 2003 nelle scuole dell'infanzia e dell'obbligo dei Comuni di Volterra e Montecatini Val di Cecina

Comune di : **VOLTERRA**

TIPO DI SCUOLA	RILEVAZIONI	RIFIUTI	FEMMINE	MASCHI	NORMOPESO	SOTTOPESO	SOVRAPPESO	OBESITA'
Materne	103	0	40	63	66 64,1%	24 23.3%	10 9.7%	3 2.9%
Elementari	376	0	175	201	234 62.2%	25 6.6%	76 20.2%	41 10.9%
Medie	215	70	68	147	178 82.8%	4 1.9%	22 10.2%	11 5.1%
TOTALI	694	70	283	411	478 68.9%	53 7.6%	108 15.6%	55 7.9%

Comune di : **MONTECATINI VC**

TIPO DI SCUOLA	RILEVAZIONI	RIFIUTI	FEMMINE	MASCHI	NORMOPESO	SOTTOPESO	SOVRAPPESO	OBESITA'
Materne	21	0	12	9	14 66.7%	5 23.8%	1 4.8%	1 4.8%
Elementari	37	0	13	24	17 45.9%	6 16.2%	7 18.9%	7 18.9%
Medie	24	3	9	15	15 62.5%	0 0%	5 20.8%	4 16.7%
TOTALI	82	3	34	48	46 56.1%	11 13.4%	13 15.9%	12 14.6%

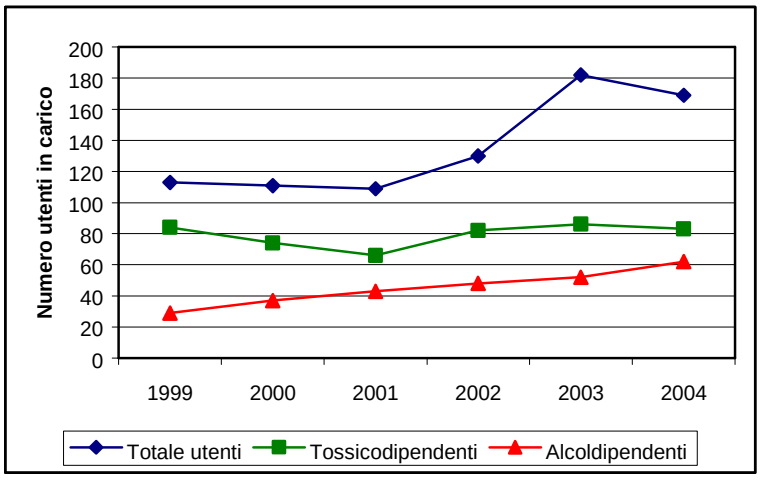
TOTALE	**776**	**73**	**317**	**459**	**524** **67,5%**	**64** **8,2%**	**121** **15,6%**	**67** **8,6%**

ALCOL, FUMO e SOSTANZE STUPEFACIENTI

(fonte – Servizio Tossicodipendenze zona Alta Val di Cecina)

Il fenomeno della tossicodipendenza si è profondamente modificato negli ultimi anni; dieci anni fa il problema era fondamentalmente quello dell'utilizzo di eroina ed i Servizi per le tossicodipendenze sono stati creati sul modello del "paziente eroinomane".
Oggi le cose sono cambiate: assistiamo al riemergere di "Vecchie droghe" (cocaina, MDMA ecc) usate in maniera nuova (fumo, inalazione, ecc.) e ridefinite "Nuove droghe". Si parla di Politossicodipendenza, cioè abuso di molte sostanze contemporaneamente: il tossicodipendente oggi è integrato nel tessuto sociale e lavorativo di riferimento, di solito ha famiglia, usa le sostanze di preferenza nei week-end ed il tutto è tenuto insieme dall'abuso di alcol. L'utilizzo endovenoso è sempre meno utilizzato e il poliassuntore non si sente tossicodipendente, non riconosce i Servizi come luoghi di cura per lui e li percepisce come strumenti rivolti esclusivamente alla cura della dipendenza da eroina per via endovenosa.
I Servizi hanno modificato la loro strutturazione per poter dare una risposta a questo nuovo tipo di utenza; nel caso dell'Azienda USL 5 di Pisa sono stati creati dei Centri di Ascolto (uno in ciascuna Zona), strutture esterne al Ser.T. a cui ci si può rivolgere liberamente in orari dedicati (si veda foglio di accoglienza).
I problemi della Zona Alta Val di Cecina e la loro entità non differiscono sostanzialmente da quelli del resto di Italia. Da una ricerca effettuata nel 2003 è emerso che circa il 50% dei ragazzi delle scuole superiori scelti come campione nell'indagine hanno fatto uso di sostanze stupefacenti almeno una volta.
Gli interventi di prevenzione da attuare non devono essere utopistici; non è possibile impedire ai ragazzi di venire a contatto con le diverse sostanze ma si deve lavorare per prevenirne l'abuso.
In Regione Toscana il consumo di alcolici è in aumento sopratutto nelle donne e, contemporaneamente alla diminuzione nel consumo di vino intorno al 50%, si registra l'aumento del 374% nel consumo di birra.
In particolare il consumo di alcolici è aumentato fra i giovani perché sembra che l'alcol abbia per loro la funzione di "collante sociale".
Dalla ricerca effettuata nel 2003 è emerso inoltre che nella nostra Zona il 13% dei giovani presenta problemi alcol-correlati.
Una buona indicazione dei principali fenomeni di dipendenza relativi alla Zona può essere ottenuta analizzando i dati di attività del SerT (Servizio Tossicodipendenza). Da questi emerge un aumento del carico di lavoro per il servizio in particolare dal 2002 al 2003; mentre gli utenti alcoldipendenti sembrano essere aumentati progressivamente, il numero di tossicodipendenti ha subito piccole oscillazioni lasciando il dato sostanzialmente costante.

Graf 1 – Andamento temporale del numero di utenti in carico al SerT.



Al 30/09/05 gli utenti in carico al Ser.T. risultavano essere:

- 76 tossicodipendenti (6 femmine e 70 maschi dei quali 19 detenuti nella Casa di Reclusione di Volterra) e di questi il 42% è rappresentato da residenti nella zona;
- 56 alcoldipendenti (11 femmine e 45 maschi dei quali 5 detenuti nella Casa di Reclusione di Volterra) e di questi il 65% è rappresentato da residenti nella zona.

GIOVANI e SOSTANZE di ABUSO

Nel 2003 è stata condotta un'indagine sulla popolazione giovanile dell'Alta Val di Cecina al fine di analizzare l'uso di alcol e di altre sostanze d'abuso e di valutare la percezione della pericolosità delle medesime.

Il campione[1], composto da 721 soggetti (389 maschi e 332 femmine) di età tra i 15 ed i 20 anni, corrisponde al 67% della popolazione di pari fascia di età residente nell'area oggetto dello studio e ne condivide il medesimo rapporto tra sesso maschile e femminile.

Il campione, altamente rappresentativo della popolazione da cui è stato estratto, è stato reclutato nelle Scuole Medie Superiori cointeressando tutti gli Istituti scolastici della Zona:

- N. 3 Istituti Tecnici (Commerciale, Industriale, per Geometri).
- N. 1 Istituto Statale d'Arte.
- N. 3 Licei (Classico, Scientifico, Psicopedagogico).

Comune	15-19	20-24	Totale
Castelnuovo V.C.	114	119	233
Montecatini V.C.	91	112	203
Pomarance	240	330	570
Volterra	408	537	945
Totale	**853**	**1098**	**1951**

Su di un totale di 801 iscritti, 721 hanno partecipato allo studio mentre 80 soggetti sono risultati assenti il giorno previsto per la somministrazione del questionario[1] .

L'utilizzo di bevande alcoliche è risultato molto diffuso nel campione studiato: 590 soggetti (81,9%) avevano assunto almeno una volta bevande alcoliche nell'ultimo mese, con la preferenza per la birra, quindi per il vino ed infine, più saltuariamente, per i superalcolici (tabella 4). Inoltre, anche se 468 soggetti (65,5%) riferiscono di non essersi mai ubriacati nell'ultimo mese, escludendo i soggetti che non hanno mai bevuto, ben 246 dei ragazzi che hanno bevuto alcolici (41,6%) riferiscono di essersi ubriacati almeno una volta.

Il consumo di bevande alcoliche è risultato in significativo aumento rispetto ai dati di Meini (1994). Infatti nel 1993 l'assunzione di bevande alcoliche era stata riferita dal 75,2% degli studenti, contro l'**81,9%** del presente studio inoltre, se il consumo di birra rimane pressoché invariato in prima posizione (67% vs 69,2% attuale), il vino appare in lieve crescita (53% vs 58,3% attuale) mentre i superalcolici risultano in netto aumento.

Per quanto riguarda invece la presenza di bevitori problematici, questa appare in lieve diminuzione (non significativa), maggiormente accentuata nel sesso femminile.

Sebbene le **modalità del bere** siano abbastanza variegate, con una prevalenza comunque del consumo nel fine settimana, è importante sottolineare come il controllo sulle bevande alcoliche sia assai scarso anche da parte di coloro che non risultano affetti da un problema alcol-correlato secondo il CAGE. Ben il 46,1% di coloro che hanno bevuto alcolici almeno una volta nella vita riferisce infatti di essersi

ubriacato e ben il 16,6% riferisce di ubriacarsi regolarmente almeno 2-3 volte al mese. Di fianco ad una simile diffusione delle bevande alcoliche nel panorama giovanile, appare assai scarsa la percezione del problema. Le opinioni sull'eccessivo consumo di alcol si manifestano con un modello quasi bimodale: si hanno due picchi, il primo, che si colloca tra i 3 ed i 6 bicchieri quotidiani per birra e vino e tra i 2 ed i 4 per i superalcolici, sta ad indicare che circa il 45% dei ragazzi ritiene che questi valori rappresentino una "soglia" al di sotto della quale si può configurare un fantomatico "bere sicuro". Inoltre, dato ancora più allarmante, il 38% (relativamente alla birra), il 36% (relativamente al vino) ed il 30% (relativamente ai superalcolici) ritiene che si configuri un eccesso nell'assunzione delle bevande alcoliche soltanto qualora questa sfoci nella manifestazione comportamentale dell'ubriacatura. L'alcol è pertanto percepito come una bevanda "sicura", dato che oltre l'80% dei ragazzi ritiene che lo si possa assumere "senza problemi al di sotto di una dose soglia", e le differenze compaiono soltanto relativamente a quanto in alto tale soglia debba essere collocata. Possiamo infine sottolineare come la percezione dei propri legami familiari come fragili e del proprio temperamento come "irritabile", "aggressivo" o "disobbediente" si associ ad una maggiore frequenza di problemi alcol-correlati. Dall'analisi del campione in oggetto risulta evidente come le problematiche alcol-correlate siano piuttosto diffuse nella popolazione giovanile italiana e, probabilmente, tendano ad un ulteriore aumento. La modalità di utilizzo è prevalentemente saltuaria: settimanale per le bevande alcoliche. Concordemente al reperto di un così largo uso, la percezione della pericolosità delle bevande alcoliche è assai scarsa: i risultati dello studio indicano come quasi la metà dei ragazzi ritenga che si possano stabilire dei valori soglia al di sotto dei quali l'assunzione di alcolici non sia pericolosa.

1 Le caratteristiche socio demografiche del campione in studio sono sovrapponibili a quelle della popolazione da cui è stato estratto e di cui rappresenta circa il 67%. Il campione in studio è risultato per la gran parte residente nella zona della Alta Val di Cecina (602 soggetti – 83,5%), mentre solo 119 soggetti (16,5%) provenivano da comuni esterni alla zona. La distribuzione nelle diverse scuole, rappresenta quella predominante nella popolazione giovanile italiana, ed il numero dei soggetti è risultato omogeneamente distribuito nelle diverse classi, di modo che tutte le fasce di età in studio sono state adeguatamente rappresentate.

2 Il questionario utilizzato per l'indagine è la versione italiana modificata dell'*European Model Questionnaire*, strumento di rilevazione proposto dall'Osservatorio Europeo (EMCDDA, 2002).

I soli dati personali richiesti sono stati il sesso, l'anno di nascita, la scuola e la classe frequentate ed il comune di residenza ed i dati sono stati trattati in modo anonimo. Il questionario si compone di 26 *item*s strutturati in 6 sezioni; la **sezione C** analizza il rapporto del soggetto con le bevande alcoliche in termini di frequenza ed entità dell'uso. All'interno di questa sezione è stato anche inserito il test CAGE strumento ampiamente utilizzato e validato per la diagnosi del bere problematico. Quando utilizzato con la soglia di 2 items positivi su 4, il questionario permette di individuare i bevitori "a rischio". Il test consente inoltre di fare diagnosi di dipendenza da alcol con un valore predittivo per risultato positivo del 45%

STATO DI SALUTE

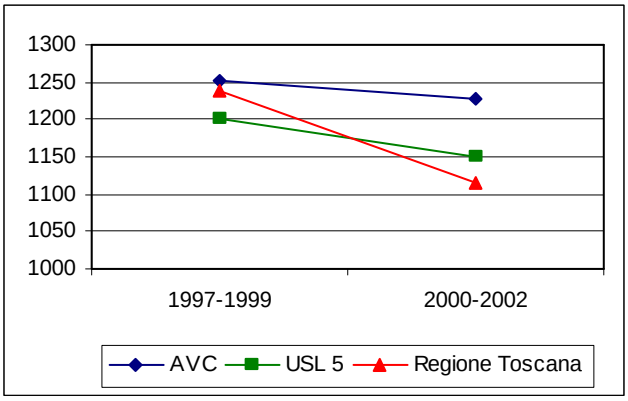
I dati di seguito riportati sono stati ricavati dal portale dell'ARS (Agenzia Regionale di Sanità). I tassi di mortalità si riferiscono al triennio 2000-2002, quelli sull'uso dell'ospedale sono relativi all'anno 2003. Poiché spesso vengono effettuati confronti fra diverse aree geografiche sono state scelte misure, **tassi standardizzati diretti**, in grado di eliminare l'influenza di una differente distribuzione per età tra le diverse aree territoriali.
Una ulteriore fonte di dati è stata la Relazione Sanitaria 2005 della Azienda U.S.L. 5.

I GRANDI INDICATORI DI SALUTE

LA MORTALITÀ GENERALE

La mortalità generale in Toscana è in costante diminuzione. Confrontando i tassi standardizzati di mortalità relativi ai trienni 1997/1999 e 2000/2002 per la Zona Alta Val di Cecina si osserva una diminuzione complessiva della mortalità (1228,46 vs 1250,54), anche se meno accentuata rispetto al resto della U.S.L. 5 (1150,9) e alla Regione (1114,76).

Garf 1 – Confronto della mortalità relativa ai trienni 1997-1999 e 2000-2002



I tassi di mortalità della Zona Alta Val di Cecina relativi al triennio 2000-2002 risultano comunque superiori a quelli aziendali e regionali.
Ovunque la mortalità maschile è marcatamente maggiore di quella femminile.

Tab 1 – Mortalità generale

Residenza	Maschi	Femmine
AVC	**1550,33**	**987,86**
USL 5	1469,06	930,78
Regione Toscana	1443,53	890,19

LA MORTALITÀ PREMATURA

Con la crescita della speranza di vita, si considerano come "prematuri" tutti i decessi che avvengono prima dei 65 anni di età. Molto più che nel caso della mortalità in età avanzata, un numero sempre maggiore di decessi prematuri può essere evitato con gli interventi di prevenzione, diagnosi e cura.
In Alta Val di Cecina la mortalità prematura risulta essere maggiore rispetto ai valori della U.S.L. 5 (200,03 vs 183,99) e a quelli della Regione (200,03 vs 185,10). La quota maggiore di decessi prematuri interessa i maschi (maschi=267, 02; femmine=134,85).

LA MORTALITÀ INFANTILE

Per mortalità infantile si intende la mortalità nel primo anno di vita. Si tratta di un indicatore molto importante per valutare lo stato di salute di una popolazione, che incide profondamente sulla speranza di vita alla nascita.
Per il triennio 2000-2002 il tasso regionale risulta pari a 3,37, quello della U.S.L. 5 è 4,77 (il più elevato in ambito regionale), mentre nella Zona Alta Val di Cecina è addirittura pari a 0.

USO DELL'OSPEDALE

L'uso dell'ospedale può essere descritto in termini di soggetti che in un anno si ricoverano indipendentemente dal numero di ricoveri effettuati da ognuno di essi (**primo ricovero**) e in termini di numero di ricoveri che hanno avuto luogo in un anno (**ospedalizzazione**). Il primo indicatore fornisce l'immagine della quantità di "malati" in una popolazione mentre il secondo è legato all'uso che le persone fanno dell'ospedale.
Per quanto riguarda la Zona Alta Val di Cecina, nel 2003 il tasso di primo ricovero totale è stato leggermente inferiore a quello regionale; confrontando i valori delle classi di sesso si osserva che questi sono maggiori per i maschi.
Come emerge dalla Relazione Sanitaria 2005 il tasso specifico di ospedalizzazione della Zona per il 2004 è leggermente aumentato rispetto a quello del 2003 (191,40 vs 189,36).
Il livello di ospedalizzazione risulta invece maggiore in Alta Val di Cecina e questo suggerisce un maggiore ricorso a ricoveri ripetuti da parte dei residenti.

Tab 2A – Primo ricovero per tutte le cause suddiviso per classi di sesso

RESIDENZA	**Numero casi M**	**Tasso standard M**	**Numero casi F**	**Tasso standard F**	**Numero casi (Tot.)**	**Tasso standard (Tot.)**
AVC	1504	134,83	1481	124,06	2985	127,45
U.S.L. 5	18036	123,38	21190	125,27	39226	122,79
Regione Toscana	206405	126,83	250379	132,06	456784	128,01

Tab 2B - Ospedalizzazione per tutte le cause suddiviso per classi di sesso

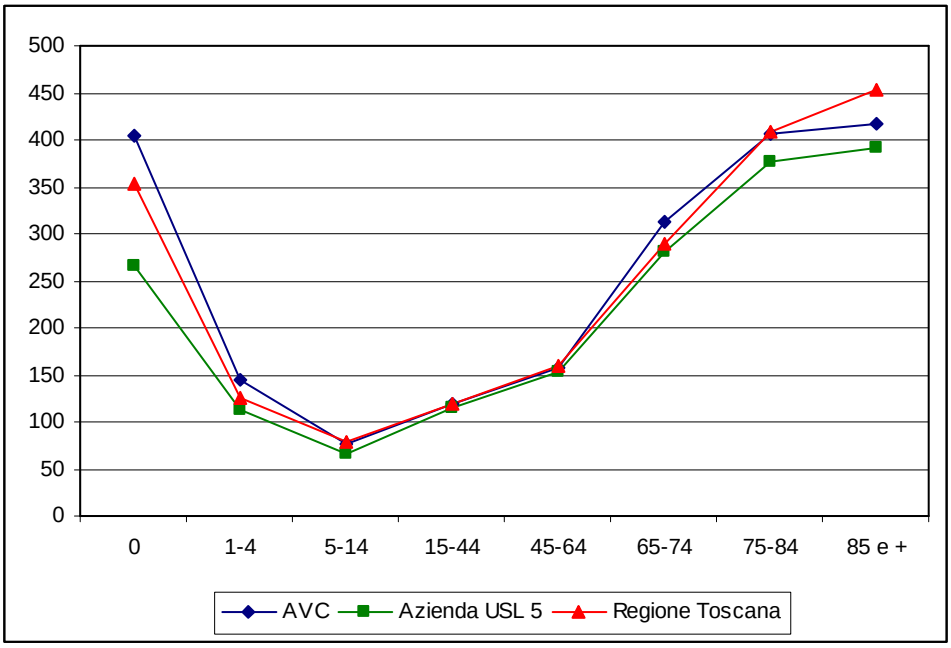
RESIDENZA	Numero casi M	**Tasso standard M**	Numero casi F	**Tasso standard F**	Numero casi (Tot.)	**Tasso standard (Tot.)**
AVC	2247	199,56	2055	169,66	4302	**181.02**
U.S.L. 5	25684	176,96	28173	165,19	53857	168,28
Regione Toscana	300145	185,44	341858	178,54	642003	179,26

Analizzando il tasso di ospedalizzazione in funzione delle diverse classi di età emerge che per i bambini in età perinatale questo è sensibilmente maggiore in Alta Val di Cecina rispetto al valore aziendale e a quello regionale. L'uso dell'ospedale risulta inoltre molto elevato nelle fasce di età superiori ai 65 anni, anche se il dato di Zona non si discosta significativamente da quello dell'intera U.S.L. e da quello della Regione.

Tab 3 – Tassi di ospedalizzazione per classi di età

RESIDENZA	0	1-4	5-14	15-44	45-64	65-74	75-84	85 e +
AVC	404,76	143,93	77,42	119,91	157,84	311,8	406,56	418,06
U.S.L. 5	266,85	112,79	66,63	114,73	153,82	279,86	376,67	391,58
Regione Toscana	353,89	125,71	78,41	120,13	159,58	289,34	408,4	454,16

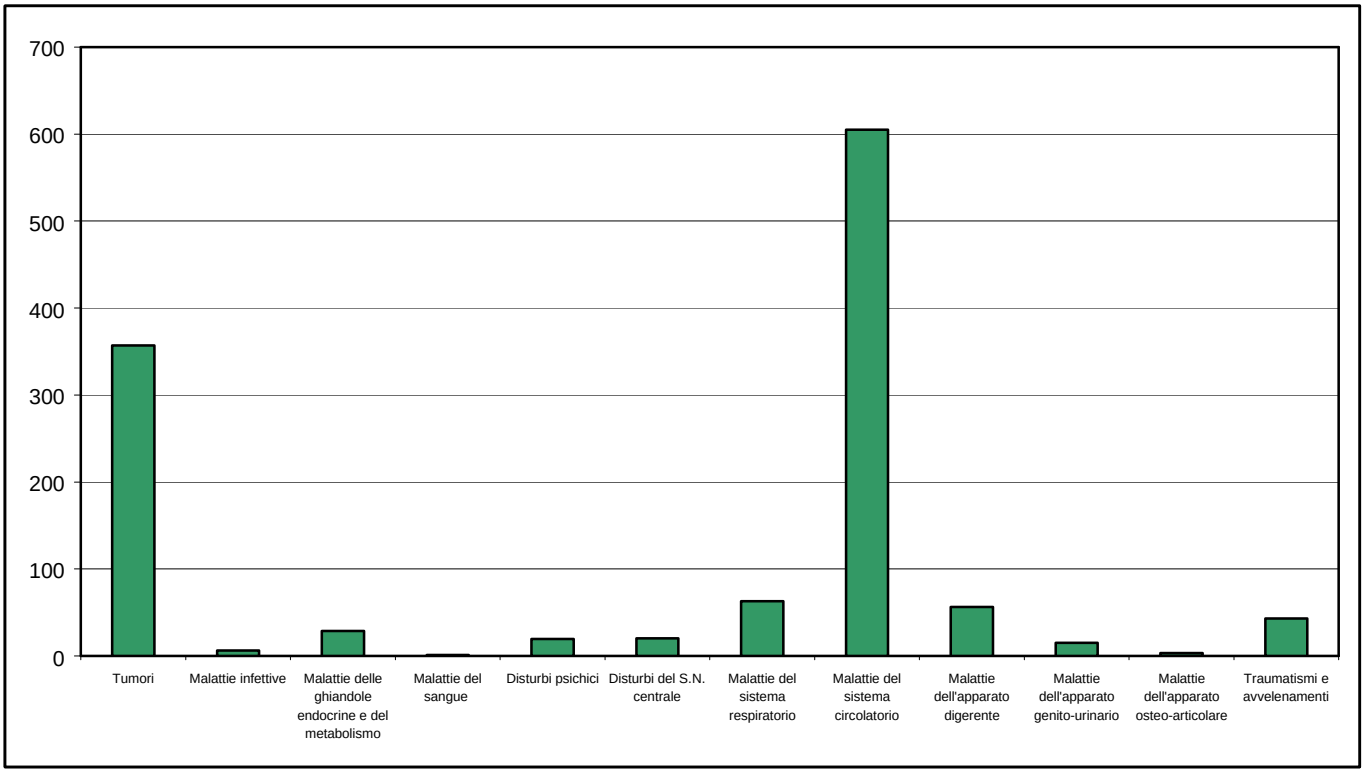
Garf 2 – Confronto dei livelli di ospedalizzazione suddivisi per classi di età



LE PIÙ IMPORTANTI MALATTIE E CAUSE DI MORTE

Fra tutte le cause di morte e di ospedalizzazione alcune risultano avere un'incidenza sensibilmente maggiore rispetto alle altre, meritando quindi un'attenzione specifica. Nel presente paragrafo sono riportati i dati di mortalità primo ricovero e ospedalizzazione per singole patologie o gruppi di patologie, relativamente all'anno 2003.

Graf 3 – Mortalità per singola causa Zona Alta Val di Cecina



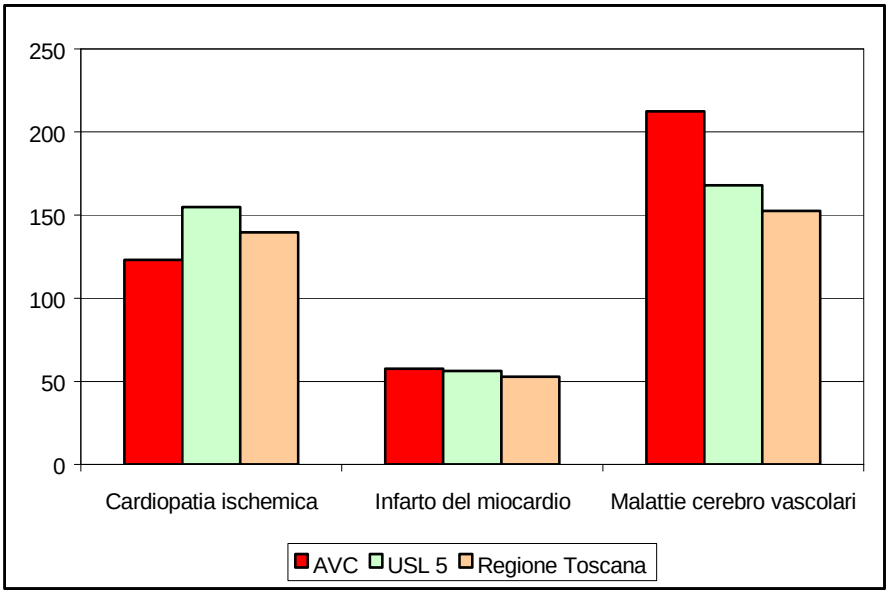
MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO

Come ovunque in Italia, questo gruppo di patologie rappresenta una delle principali cause di morte anche per i residenti in Alta Val di Cecina. I valori della U.S.L. 5 e più in particolare quelli della Zona risultano, nel triennio di riferimento, i più alti di tutta la Regione. Nella Zona la mortalità legata a questo gruppo di patologie risulta comunque in diminuzione rispetto al triennio 1997-1999 (638,11 vs 605,12). Nei maschi la diminuzione della mortalità risulta più modesta (688,72 vs 688,04) rispetto alle femmine (586,03 vs 534,32).
Fra queste patologie quelle che nella Zona presentano tassi di mortalità marcatamente più elevati (addirittura i maggiori a livello regionale) sono le malattie cerebrovascolari (es: ictus cerebrale).
Dall'analisi dei tassi di primo ricovero e ospedalizzazione non emergono sostanziali differenze rispetto ai tassi aziendali e regionali

Tab 4 - Mortalità per malattie del sistema circolatorio

Residenza	Maschi	Femmine	Totale
AVC	688,04	534,32	605,12
U.S.L. 5	645,07	456,90	534,43
Regione Toscana	585,31	409,53	481,38
CARDIOPATIA ISCHEMICA			
AVC	168,03	86,04	123,06
U.S.L. 5	212,63	114,57	154,81
Regione Toscana	195,66	102,03	139,57
INFARTO DEL MIOCARDIO			
AVC	81,11	38,26	57,68
U.S.L. 5	81,17	38,56	56,44
Regione Toscana	76,01	36,34	52,84
MALATTIE CEREBRO VASCOLARI			
AVC	246,02	189,65	212,37
U.S.L. 5	185,23	156,80	167,93
Regione Toscana	170,00	140,52	152,59

Graf 4 – Mortalità per malattie del sistema circolatorio – confronto tassi Zona Alta Val di Cecina, Azienda U.S.L. 5 e Regione Toscana



Tab 5A – Primo ricovero per malattie del sistema circolatorio

RESIDENZA	Numero casi M	Tasso standard M	Numero casi F	Tasso standard F	Numero casi (Tot.)	Tasso standard (Tot.)
AVC	326	28,09	270	18,46	596	22,72
U.S.L. 5	3766	27,05	3074	16,23	6840	21,11
Regione Toscana	44230	28,47	38867	18,10	83097	22,68
INFARTO AL MIOCARDIO						
AVC	32	2,69	22	1,30	54	1,94
U.S.L. 5	414	3,07	245	1,25	659	2,03
Regione Toscana	4670	2,99	2842	1,28	7512	2,04
CARDIOPATIA ISCHEMICA						
AVC	85	7,09	42	2,73	127	4,76
U.S.L. 5	1008	7,21	504	2,64	1512	4,67
Regione Toscana	12032	7,64	6782	3,12	18814	5,15
MALATTIE CEREBROVASCOLARI						
AVC	66	5,57	65	4,04	131	4,78
U.S.L. 5	842	6,29	867	4,40	1709	5,26
Regione Toscana	9997	6,67	10302	4,54	20299	5,46

Tab 5B – Ospedalizzazione per malattie del sistema circolatorio

RESIDENZA	Numero casi M	Tasso standard M	Numero casi F	Tasso standard F	Numero casi (Tot.)	Tasso standard (Tot.)
AVC	476	40,78	337	23,09	813	30,87
U.S.L. 5	5064	36,38	3812	20,07	8876	27,39
Regione Toscana	60603	38,92	49519	22,98	110122	30,03
INFARTO AL MIOCARDIO						
AVC	44	3,79	25	1,46	69	2,53
U.S.L. 5	518	3,79	279	1,42	797	2,46
Regione Toscana	5897	3,76	3351	1,51	9248	2,52
CARDIOPATIA ISCHEMICA						
AVC	147	12,29	63	4,32	210	7,95
U.S.L. 5	1481	10,53	675	3,57	2156	6,67
Regione Toscana	17729	11,18	9004	4,18	26733	7,33
MALATTIE CEREBROVASCOLARI						
AVC	81	6,89	70	4,37	151	5,57
U.S.L. 5	1014	7,57	966	4,92	1980	6,11
Regione Toscana	11884	7,90	11826	5,23	23710	6,38

TUMORI

Dalla Relazione Sanitaria 2005 emerge che in Italia l'incidenza dei tumori è in costante aumento. Il fenomeno è legato a vari fattori, come l'invecchiamento e l'allungamento della vita media, ma anche all'esposizioni sempre maggiore a sostanze cancerogene (fumo di sigaretta, diffusione di inquinanti nell'ambiente).
I tumori rappresentano la seconda causa di morte in Alta Val di Cecina; contrariamente alla tendenziale diminuzione registrata negli ultimi anni in Toscana e nel territorio della U.S.L. 5, nella Zona in oggetto il tasso di mortalità per tumore relativo al triennio 1997-1999 risulta minore rispetto al triennio 2000-2002 (289,44 vs 314,33). Il tasso di mortalità maschile (386,94 vs 432,96) è aumentato di più rispetto a quello femminile (204,19 vs 222,76).
I livelli di primo ricovero e ospedalizzazione sono in linea con quelli del resto della U.S.L. e della Regione.

Tab 6 – Mortalità per tumori

RESIDENZA	Maschi	Femmine	Totale
AVC	432,96	222,76	**314,33**
U.S.L. 5	389,80	205,58	282,72
Regione Toscana	403,60	212,12	291,50

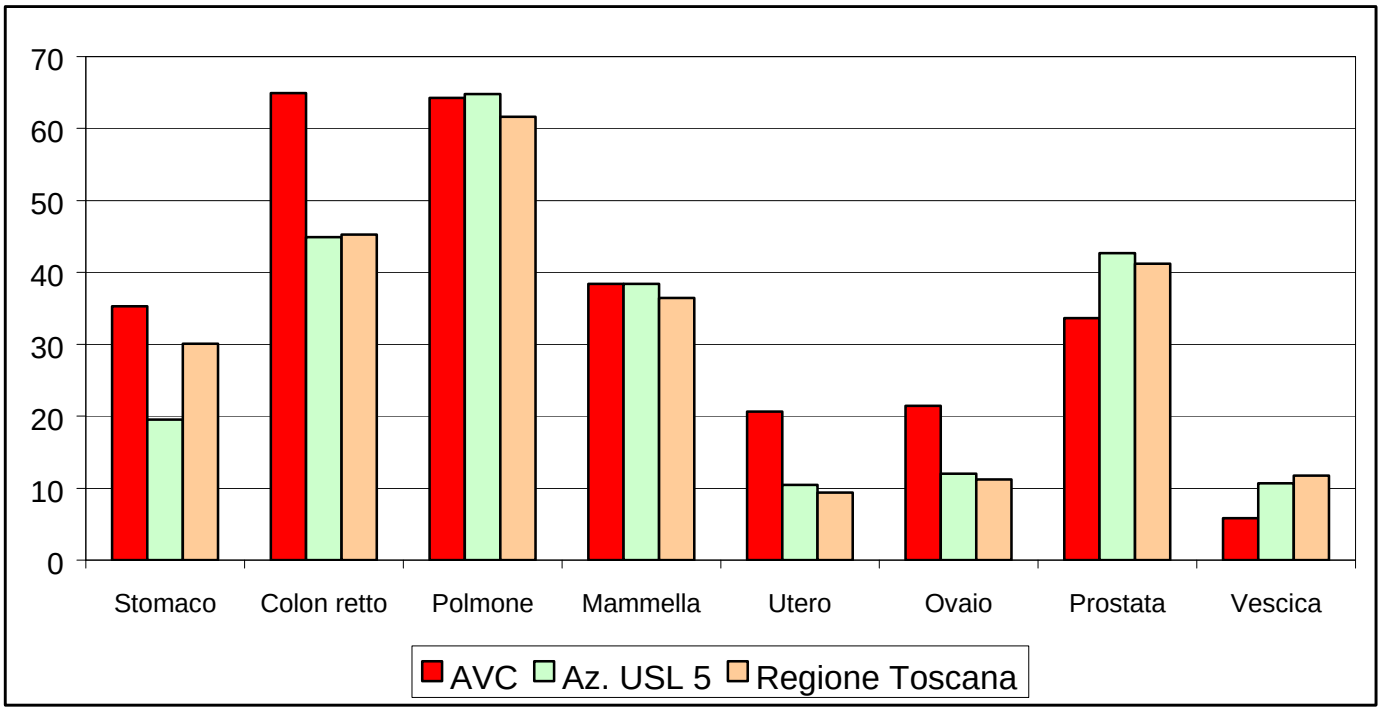
Tab 7A – Primo ricovero per tumori

RESIDENZA	Numero casi M	Tasso standard M	Numero casi F	Tasso standard F	Numero casi (Tot.)	Tasso standard (Tot.)
AVC	208	17,64	194	15,04	402	**15,92**
U.S.L. 5	2454	17,34	2462	14,24	4916	15,34
Regione Toscana	26480	16,68	28365	14,67	54845	15,21

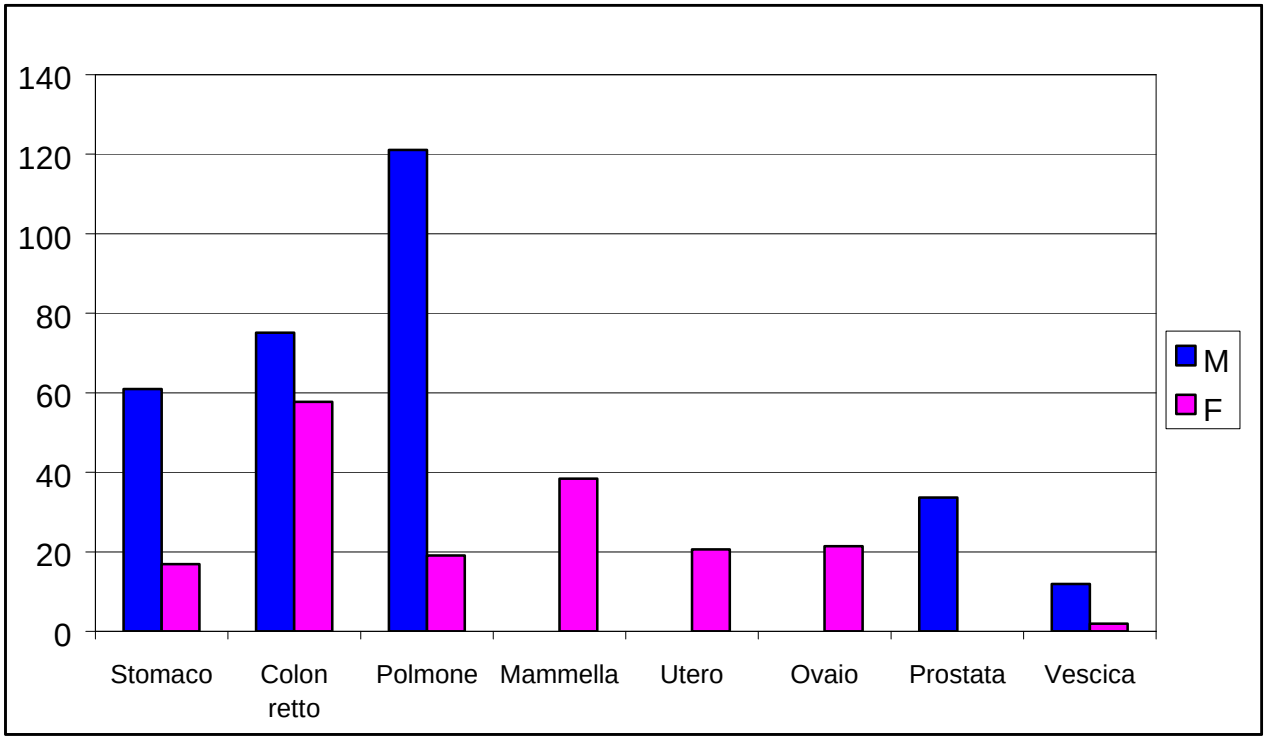
Tab 7B – Ospedalizzazione per tumori

RESIDENZA	Numero casi M	Tasso standard M	Numero casi F	Tasso standard F	Numero casi (Tot.)	Tasso standard (Tot.)
AVC	309	26,35	268	21,30	577	23,16
U.S.L. 5	3706	26,05	3340	19,93	7136	22,29
Regione Toscana	42029	26,33	41943	21,79	83972	23,33

Graf 5 – Mortalità per singola tipologia di tumore – confronto Zona Alta Val di Cecina, Azienda USL 5 e Regione Toscana



Graf 6 – Mortalità per tumore – classi di sesso



In generale si può osservare che il livello di mortalità per patologie tumorali è più elevato rispetto ai valori regionali (fatta eccezione per tumore alla prostata e alla vescica). Emerge che alcuni tipi di tumore presentano tassi standardizzati significativamente più elevati rispetto sia ai valori regionali che a quelli aziendali. In particolare si tratta di tumore allo stomaco, al colon retto, all'utero e all'ovaio.
Andando ad analizzare i dati della Zona relativi alla mortalità per i diversi tipi di tumore nelle due classi di sesso emerge che per i maschi la principale causa di morte fra le patologie tumorali è il tumore al polmone mentre per le femmine è il tumore al colon retto.

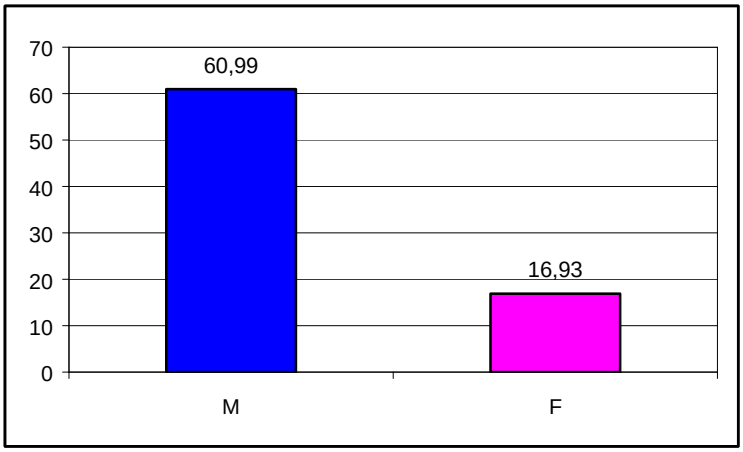
TUMORE ALLO STOMACO

La mortalità per tumore allo stomaco nella zona oggetto del presente studio risulta significativamente maggiore rispetto al resto del territorio della U.S.L. 5 e anche (sebbene non così marcatamente) a quella regionale.
I tassi di primo ricovero e ospedalizzazione risultano comparabili a quelli aziendali e sono addirittura inferiori a quelli regionali; sembrano quindi non essere proporzionati alla mortalità per questa patologia. I maschi presentano tassi di mortalità sensibilmente più elevati di quelli delle femmine.

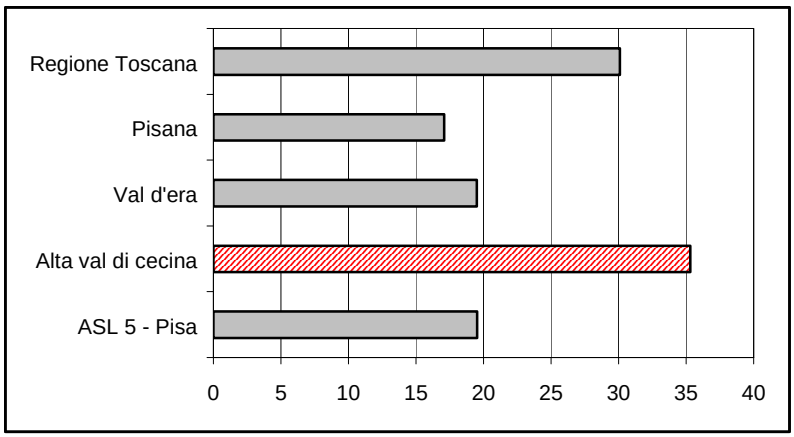
Tab 8 – Mortalità per tumore allo stomaco

RESIDENZA	Maschi	Femmine	Totale
AVC	60,99	16,93	**35,31**
U.S.L. 5	29,00	13,25	19,53
Regione Toscana	43,68	20,61	30,09

Graf 7 – Mortalità per tumore allo stomaco – classi di sesso



Graf 8 – Mortalità per tumore allo stomaco - confronto zone socio-sanitarie, USL 5 e Regione Toscana.



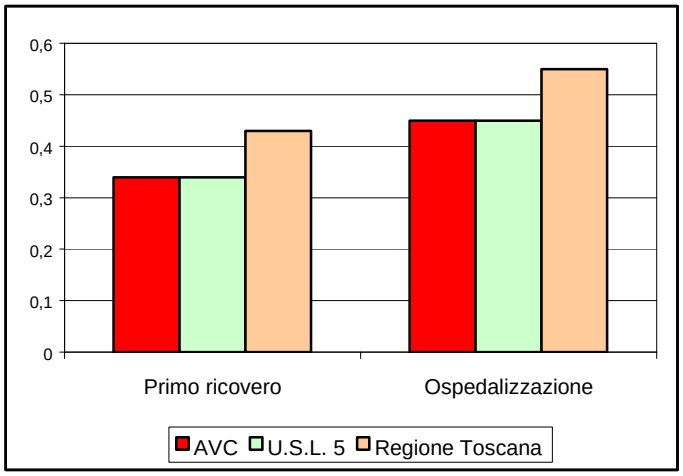
Tab 9A – Primo ricovero per tumore allo stomaco

RESIDENZA	Numero casi M	Tasso standard M	Numero casi F	Tasso standard F	Numero casi (Tot.)	Tasso standard (Tot.)
AVC	5	0,45	4	0,28	9	0,34
U.S.L. 5	63	0,48	47	0,26	110	0,34
Regione Toscana	960	0,64	636	0,29	1596	0,43

Tab 9B - Ospedalizzazione per tumore allo stomaco

RESIDENZA	Numero casi M	Tasso standard M	Numero casi F	Tasso standard F	Numero casi (Tot.)	Tasso standard (Tot.)
AVC	7	0,66	5	0,34	12	0,45
U.S.L. 5	84	0,64	58	0,32	142	0,45
Regione Toscana	1239	0,82	771	0,35	2010	0,55

Graf 9 – Primo ricovero e ospedalizzazione per tumore allo stomaco – confronto Zona Alta Val di Cecina, Azienda USL 5 e Regione Toscana

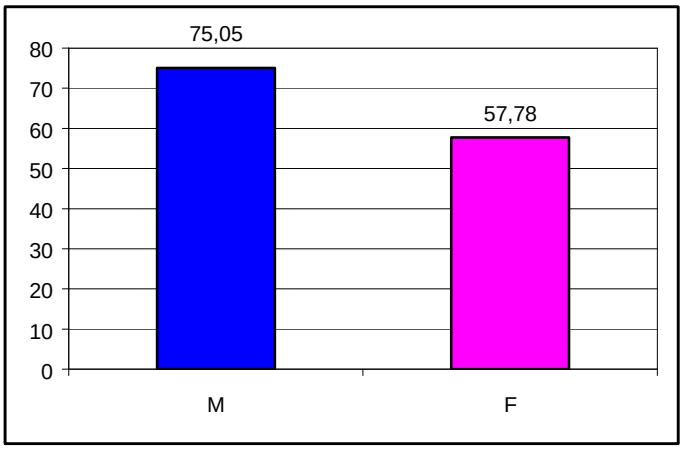


A livello regionale negli ultimi anni la mortalità per tumore al colon retto è in leggera diminuzione; in Alta Val di Cecina questo dato risulta comunque nettamente superiore alle medie aziendale (64,91 vs 44,89) e regionale (64,91 vs 45,24).
Il tumore al colon retto risulta essere, fra le patologie tumorali, la principale causa di morte fra le femmine.
Mentre il tasso di primo ricovero per questa patologia risulta leggermente maggiore rispetto alle medie provinciali e regionali, quello di ospedalizzazione e addirittura inferiore rispetto al valore aziendale.

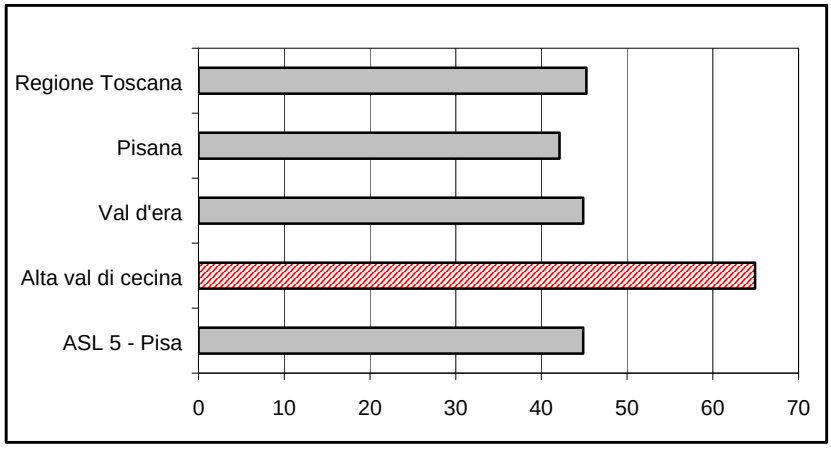
Tab 10 – Mortalità per tumore al colon retto

RESIDENZA	Maschi	Femmine	Totale
AVC	75,05	57,78	64,91
U.S.L. 5	55,51	37,30	44,89
Regione Toscana	59,57	35,48	45,24

Graf 10 – Mortalità per tumore al colon retto – classi di sesso



Graf 11 – Mortalità per tumore allo stomaco confronto zone socio-sanitarie, USL 5 e Regione Toscana.



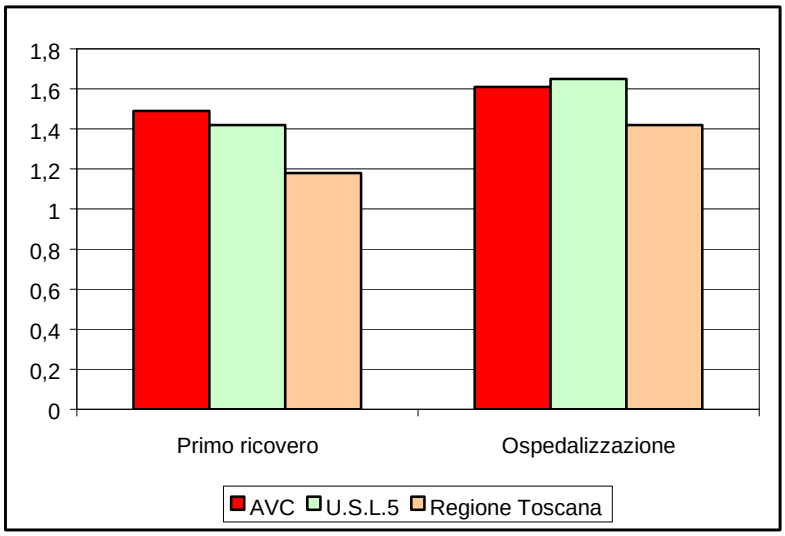
Tab 11A – Primo ricovero per tumore al colon retto

RESIDENZA	Numero casi M	Tasso standard M	Numero casi F	Tasso standard F	Numero casi (Tot.)	Tasso standard (Tot.)
AVC	20	1,73	19	1,40	39	1,49
U.S.L.5	251	1,82	205	1,12	456	1,42
Regione Toscana	2359	1,51	1956	0,93	4315	1,18

Tab 11B - Ospedalizzazione per tumore al colon retto

RESIDENZA	Numero casi M	Tasso standard M	Numero casi F	Tasso standard F	Numero casi (Tot.)	Tasso standard (Tot.)
AVC	21	1,81	21	1,33	42	1,61
U.S.L. 5	286	2,07	242	1,56	528	1,65
Regione Toscana	2880	1,84	2315	1,11	5195	1,42

Graf 12 – Primo ricovero e ospedalizzazione per tumore al colon retto – confronto Zona Alta Val di Cecina, Azienda USL 5 e Regione Toscana



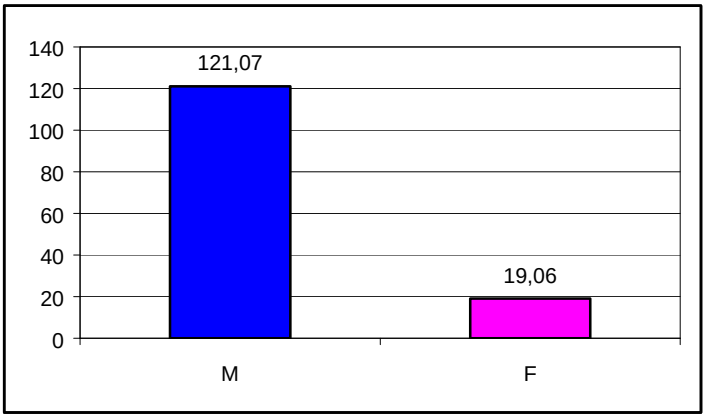
TUMORE AL POLMONE

Il tasso di mortalità per tumore al polmone in Alta Val di Cecina risulta essere leggermente inferiore a quello del resto della U.S.L. 5 ma sempre superiore alla media regionale.
Andando ad analizzare il fenomeno per classi di sesso, per i maschi emergono considerazioni simili a quelle dell'andamento globale mentre per le femmine il tasso di mortalità è inferiore sia a quello della U.S.L.5 che a quello regionale.
Il tumore al polmone risulta essere la tipologia tumorale causa di morte più frequente nei maschi.
Per quanto riguarda i tassi di primo ricovero questi sono superiori a quelli aziendali e regionali.
I tassi di primo ricovero e di ospedalizzazione dei residenti nella zona Alta Val di Cecina non sembrano discostarsi significativamente da quelli aziendali e regionali.

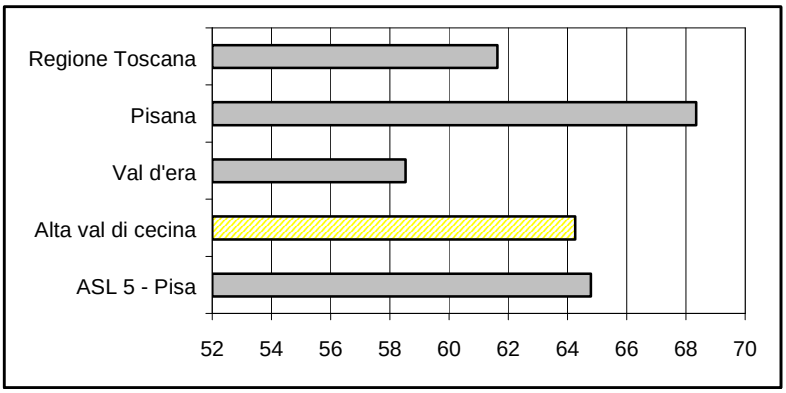
Tab 12 – Mortalità per tumore al polmone

RESIDENZA	Maschi	Femmine	Totale
AVC	121,07	19,06	64,26
U.S.L. 5	124,95	20,79	64,79
Regione Toscana	117,96	20,68	61,63

Graf 13 - Mortalità per tumore al polmone – classi di sesso



Graf 14 – Mortalità per tumore al polmone confronto zone socio-sanitarie, USL 5 e Regione Toscana.



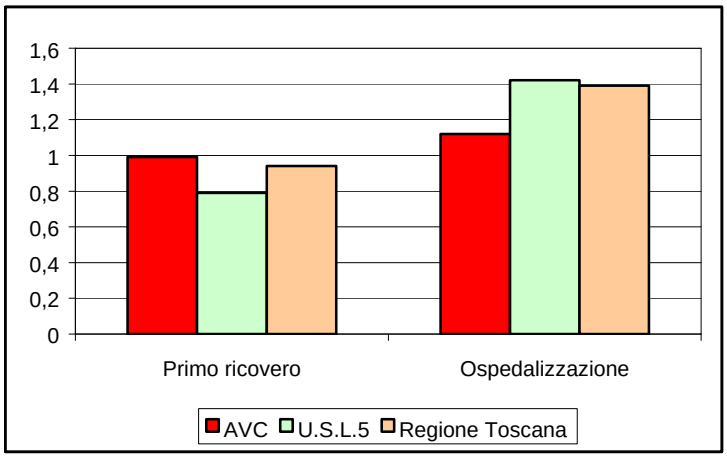
Tab 13A - Primo ricovero per tumore al polmone

RESIDENZA	Numero casi M	Tasso standard M	Numero casi F	Tasso standard F	Numero casi (Tot.)	Tasso standard (Tot.)
AVC	266	1,90	54	0,31	320	**0,99**
U.S.L.5	17	1,42	4	0,27	21	0,79
Regione Toscana	2665	1,69	742	0,37	3407	0,94

Tab 13B - Ospedalizzazione per tumore al polmone

RESIDENZA	Numero casi M	Tasso standard M	Numero casi F	Tasso standard F	Numero casi (Tot.)	Tasso standard (Tot.)
AVC	25	2,13	4	0,27	29	1,12
Azienda	378	2,69	77	0,45	455	1,42
Regione Toscana	3948	2,5	1101	0,56	5049	1,39

Graf 15 - Primo ricovero e ospedalizzazione per tumore al polmone – confronto Zona Alta Val di Cecina, Azienda USL 5 e Regione Toscana



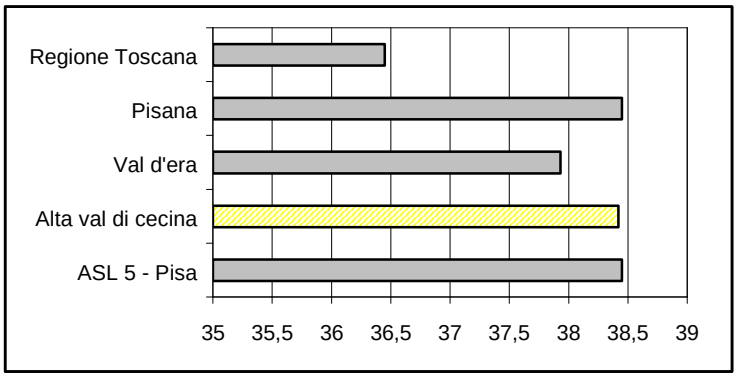
TUMORE ALLA MAMMELLA

A livello nazionale la mortalità per tumore alla mammella femminile, che aveva avuto una riduzione all'inizio degli anni '90, tende negli ultimi anni a stabilizzarsi. Occorrerà osservare il fenomeno per alcuni ulteriori anni per comprendere se si tratta di oscillazioni casuali o di un effettivo rallentamento del fenomeno e della correlazione di questo con l'attività di screening oncologico effettuata dalle aziende U.S.L.
In Alta Val di Cecina la mortalità per tumore alla mammella (38,42) risulta essere leggermente inferiore a quella che si registra per la U.S.L.5 (38,45), rimanendo comunque superiore rispetto ai livelli regionali (36,45).
I livelli di primo ricovero risultano invece i più bassi.

Tab 14 – Mortalità per tumore alla mammella

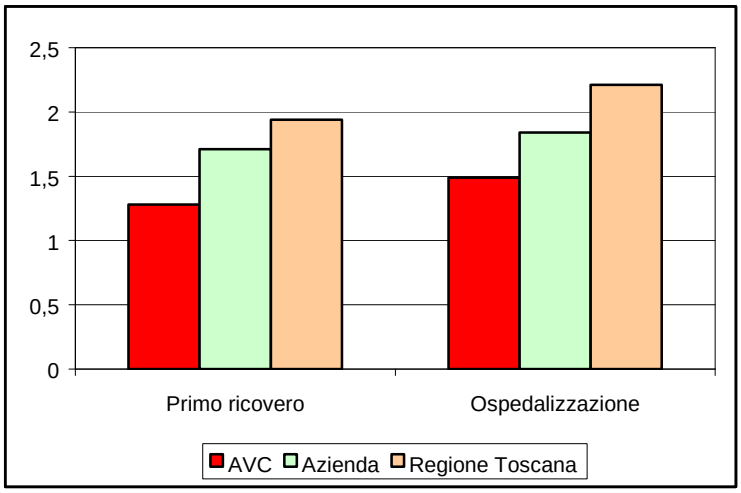
RESIDENZA	Tasso std
AVC	38,42
ASL 5 – Pisa	38,45
Regione Toscana	36,45

Graf 16 - Mortalità per tumore alla mammella confronto zone socio-sanitarie, USL 5 e Regione Toscana.



Tab 15 e Graf 17– Primo ricovero e ospedalizzazione per tumore alla mammella

RESIDENZA	Primo ricovero	Ospedalizzazione
AVC	1,28	1,49
USL 5	1,71	1,84
RegioneToscana	1,94	2,21



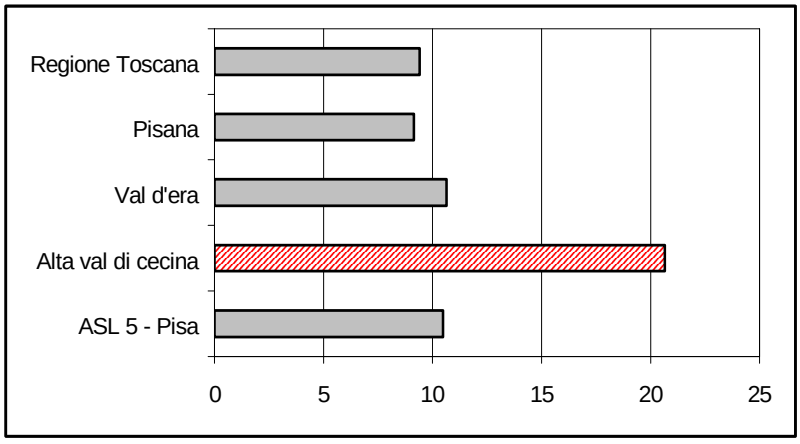
TUMORE all'UTERO

Il tasso di mortalità per tumore all'utero risulta essere sensibilmente più elevato nella zona Alta Val di Cecina (20,65) se confrontato con quelli dell'Azienda U.S.L. 5 (10,48) e della Regione Toscana(9,41).
Analoghe considerazioni possono essere fatte per quanto riguarda i livelli di primo ricovero e ospedalizzazione.

Tab 16 – Mortalità per tumore all'utero

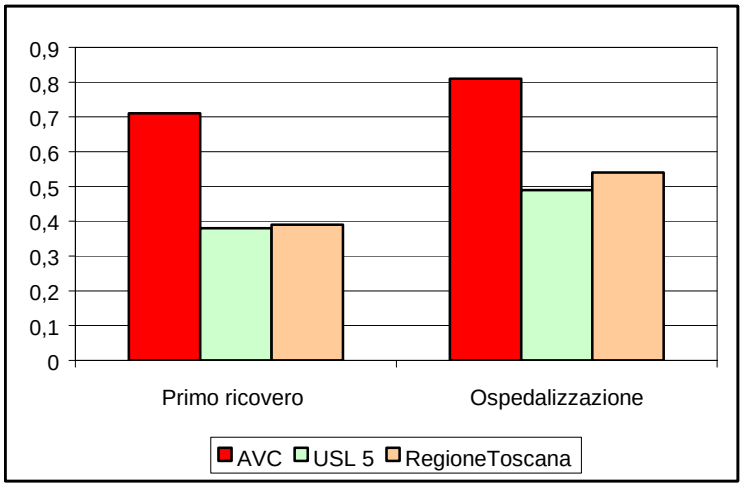
RESIDENZA	Tasso std
AVC	20,65
ASL 5 – Pisa	10,48
Regione Toscana	9,41

Graf 18 – Mortalità per tumore all'utero confronto zone socio-sanitarie, USL 5 e Regione Toscana.



Tab 17 e Graf 19 – Primo ricovero e ospedalizzazione per tumore all'utero

RESIDENZA	Primo ricovero	Ospedalizzazione
AVC	0,71	0,81
USL 5	0,38	0,49
RegioneToscana	0,39	0,54



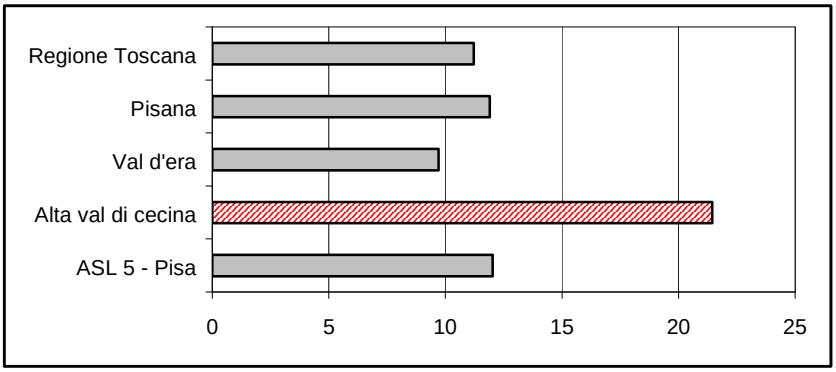
TUMORE all'OVAIO

Nella zona Alta Val di Cecina il tasso di mortalità per tumore all'ovaio (21,45) è sensibilmente maggiore di quella del resto della USL 5 e della Regione.
Al contrario i tassi di primo ricovero e ospedalizzazione, sebbene leggermente superiori a quelli provinciali, risultano inferiori a quelli regionali.

Tab 18 – Mortalità per tumore all'ovaio

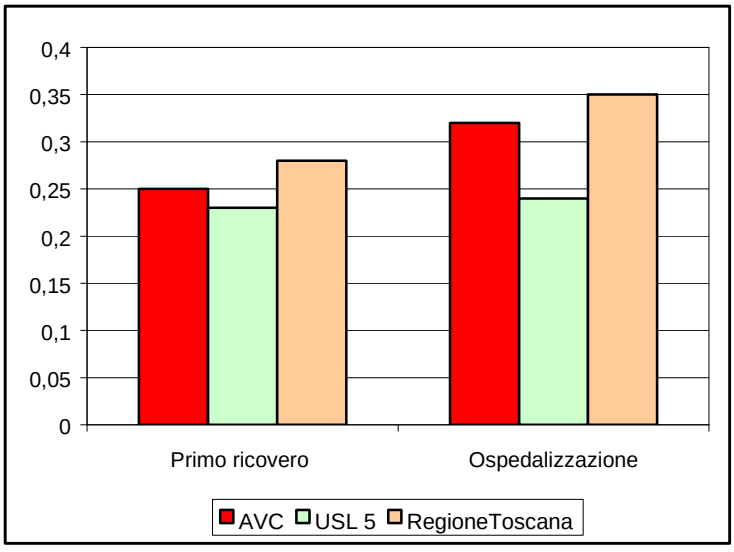
RESIDENZA	Tasso std
AVC	21,45
ASL 5 – Pisa	12,02
Regione Toscana	11,22

Graf 20 – Mortalità per tumore all'ovaio confronto zone socio-sanitarie, USL 5 e Regione Toscana



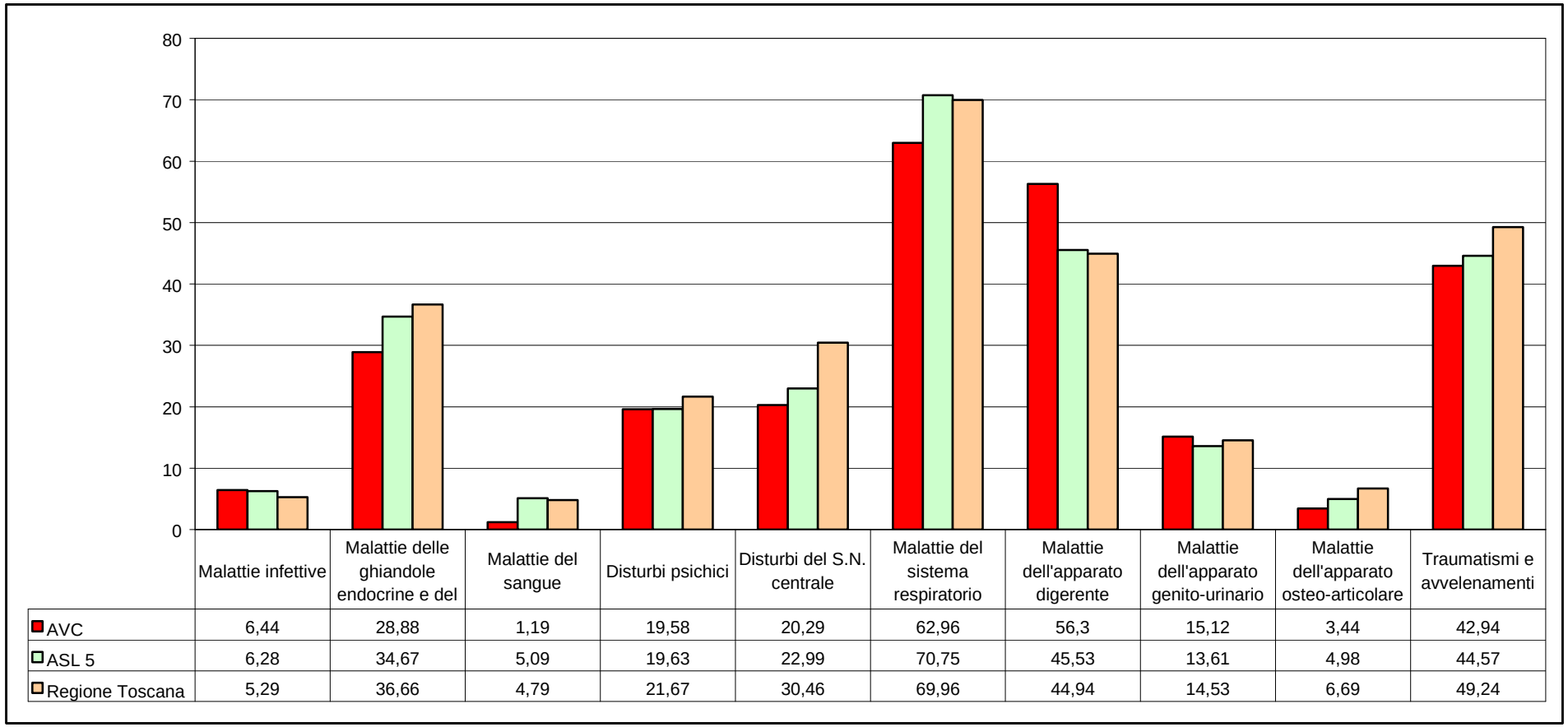
Tab 19 e Graf 21 – Primo ricovero e ospedalizzazione per tumore all'utero

RESIDENZA	Primo ricovero	Ospedalizzazione
AVC	0,25	0,32
USL 5	0,23	0,24
RegioneToscana	0,28	0,35



Procediamo adesso all'analisi delle altre cause di morte e di ricovero (escluse cioè le malattie del sistema circolatorio e i tumori) per verificare quali di esse abbiano un'incidenza elevata nella Zona e se questa sia o meno superiore a quella del resto della USL 5 e della Regione Toscana.
Dall'analisi del grafico sottostante emerge che per alcune patologie i tassi di mortalità della Zona Alta Val di Cecina sono maggiori di quelli della USL5 e della Regione Toscana.

Graf 22 – Mortalità per le diverse cause, escluse le malattie del sistema circolatorio e i tumori – confronto fra Zona Alta Val di Cecina, USL 5 e Regione Toscana.



	Malattie infettive	Malattie delle ghiandole endocrine e del	Malattie del sangue	Disturbi psichici	Disturbi del S.N. centrale	Malattie del sistema respiratorio	Malattie dell'apparato digerente	Malattie dell'apparato genito-urinario	Malattie dell'apparato osteo-articolare	Traumatismi e avvelenamenti
AVC	6,44	28,88	1,19	19,58	20,29	62,96	56,3	15,12	3,44	42,94
ASL 5	6,28	34,67	5,09	19,63	22,99	70,75	45,53	13,61	4,98	44,57
Regione Toscana	5,29	36,66	4,79	21,67	30,46	69,96	44,94	14,53	6,69	49,24

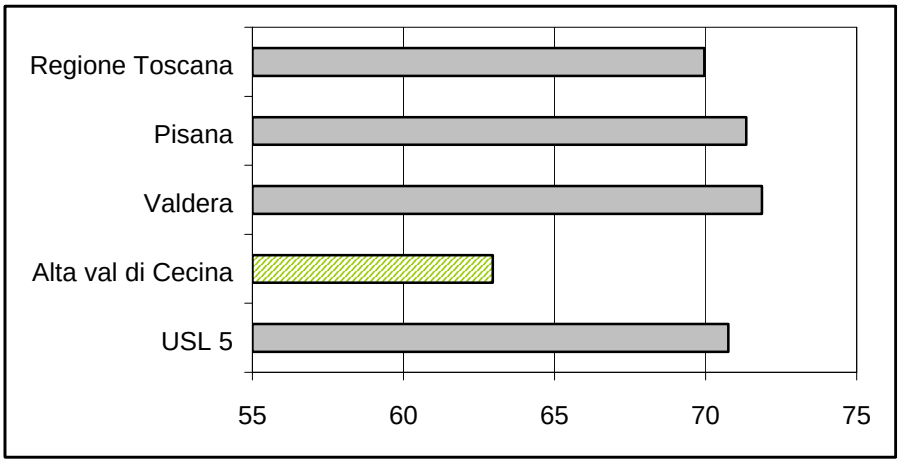
MALATTIE DEL SISTEMA RESPIRATORIO

La mortalità per questo gruppo di patologie nella zona è di poco inferiore rispetto a quella causata da tumore al polmone. Questi tassi di mortalità risultano comunque inferiori a quelli provinciali e regionali. Considerazioni analoghe possono essere fatte per la mortalità nelle due classi di sesso.
I livelli di primo ricovero e ospedalizzazione per la zona in oggetto sono superiori a quelli aziendali e regionali.

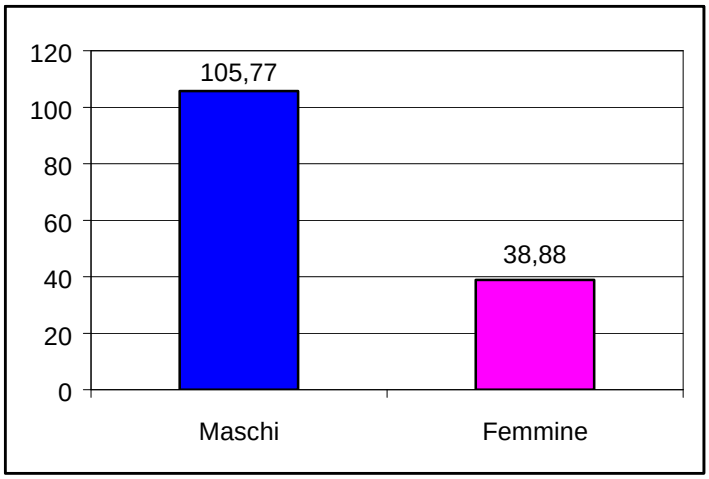
Tab 20 – Mortalità per malattie del sistema respiratorio

RESIDENZA	Maschi	Femmine	Totale
AVC	105,77	38,88	62,96
U.S.L. 5	112,25	47,99	70,75
Regione Toscana	115,37	44,17	69,96

Graf 22 – Mortalità per malattie del sistema respiratorio



Graf 23 – Mortalità per malattie del sistema respiratorio – classi di sesso



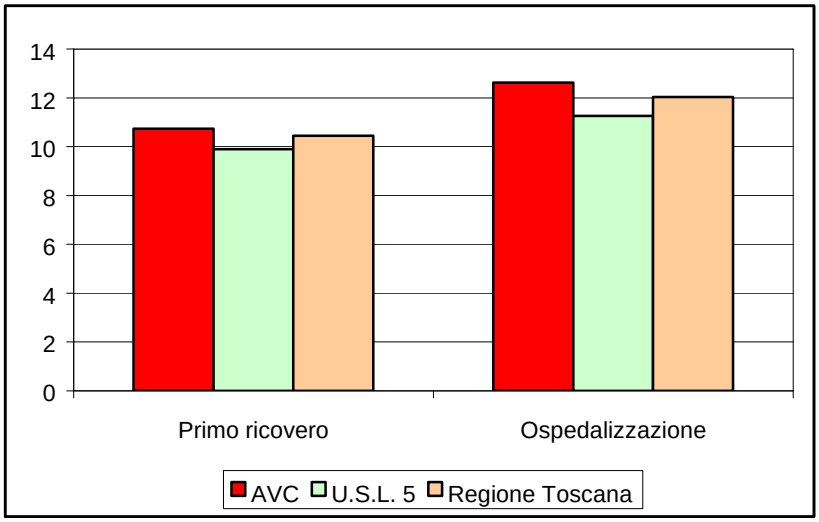
Tab 21A – Primo ricovero per malattie del sistema respiratorio

RESIDENZA	Numero casi M	Tasso standard M	Numero casi F	Tasso standard F	Numero casi (Tot.)	Tasso standard (Tot.)
AVC	146	13,13	117	8,95	263	10,73
U.S.L. 5	1800	12,50	1370	7,91	3170	9,90
Regione Toscana	21767	13,57	15999	8,08	37766	10,45

Tab 21B - Ospedalizzazione per malattie del sistema respiratorio

RESIDENZA	Numero casi M	Tasso standard M	Numero casi F	Tasso standard F	Numero casi (Tot.)	Tasso standard (Tot.)
AVC	179	15,99	134	10,06	313	12,63
U.S.L. 5	2095	14,69	1509	8,69	3604	11,26
Regione Toscana	25516	15,96	18070	9,09	43586	12,04

Graf 24 – Primo ricovero e ospedalizzazione per malattie del sistema respiratorio



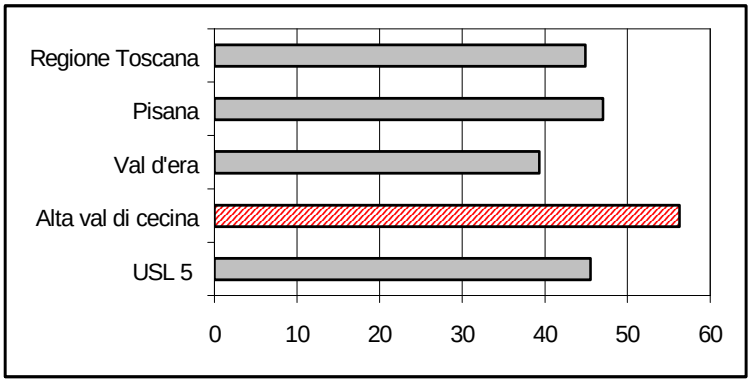
MALATTIE DEL SISTEMA DIGERENTE

Questo raggruppamento di malattie comprende, oltre alla cirrosi epatica, anche le patologia (esclusi i tumori) dell'esofago, stomaco, cistifellea, colon e retto.
La mortalità per queste patologie è superiore in Alta Val di Cecina rispetto alle medie provinciali e regionali e sembra riguardare prevalentemente gli uomini; anche i tassi di primo ricovero risultano maggiori, in linea con l'andamento della mortalità.
La cirrosi epatica è una grave malattia cronica che trae origine soprattutto dall'evoluzione dell'epatite (B e C) e dall'uso eccessivo di alcol. Focalizzando l'attenzione su questa patologia (sulla quale può efficacemente agire la prevenzione primaria), la mortalità nella zona ha valori intermedi a quelli registrati nel resto della U.S.L. e nella Regione. I maschi risultano comunque avere i livelli di mortalità maggiori.

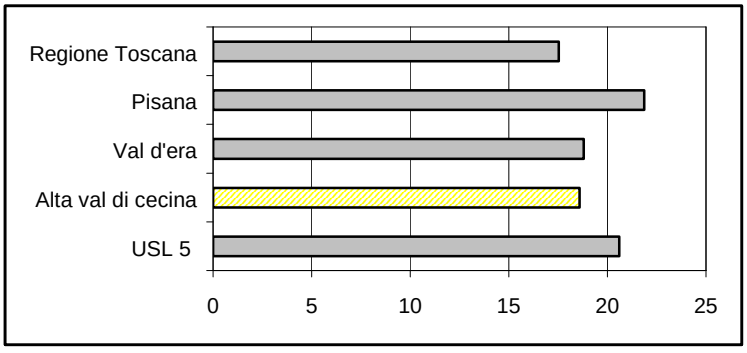
Tab 22 – Mortalità per malattie del sistema digerente con specificazione per cirrosi epatica

RESIDENZA	Maschi	Femmine	Totale
AVC	78,30	44,57	56,30
U.S.L. 5	56,17	39,08	45,53
Regione Toscana	55,13	37,32	44,94
CIRROSI EPATICA			
AVC	24,01	15,11	18,58
U.S.L. 5	21,39	19,91	20,60
Regione Toscana	22,29	13,59	17,54

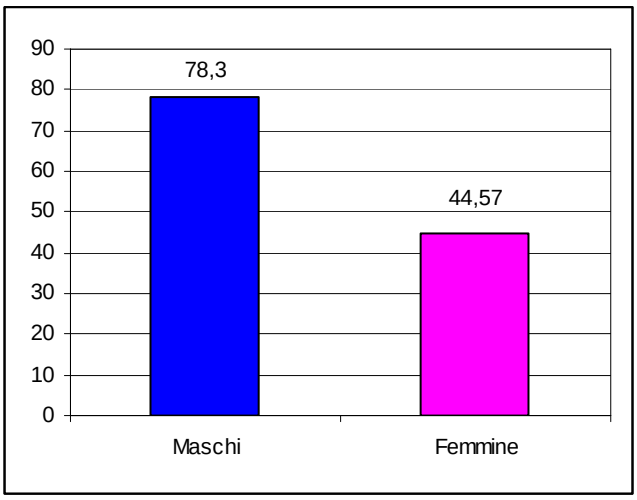
Graf 25– Mortalità per malattie del sistema digerente



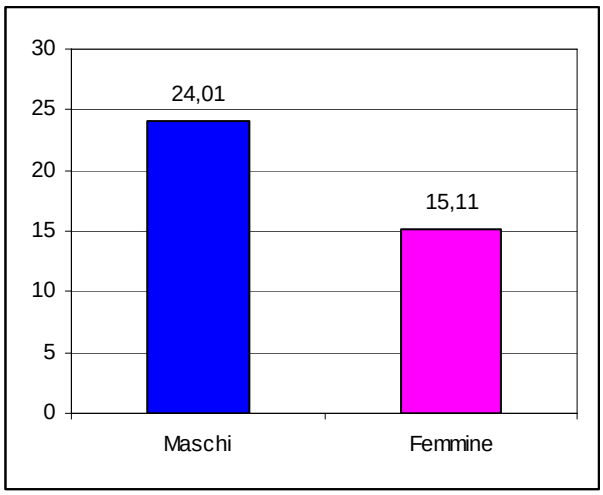
Graf 26 – Mortalità per cirrosi epatica



Graf 27 - Mortalità per malattie del sistema digerente –classi di sesso



Graf 28- Mortalità per cirrosi epatica –classi di sesso



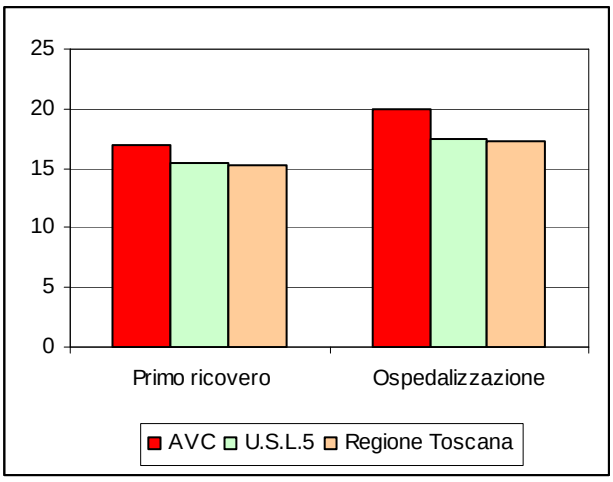
Tab 23A – Primo ricovero per malattie del sistema digerente con specificazione per cirrosi epatica

RESIDENZA	Numero casi M	Tasso standard M	Numero casi F	Tasso standard F	Numero casi (Tot.)	Tasso standard (Tot.)
AVC	247	21,95	157	12,72	404	17,02
U.S.L.5	2883	19,70	2064	12,09	4947	15,50
Regione Toscana	31209	19,09	23418	12,15	54627	15,28
CIRROSI EPATICA						
AVC	13	1,09	5	0,37	18	0,71
U.S.L.5	179	1,23	130	0,73	309	0,96
Regione Toscana	1845	1,11	1360	0,69	3205	0,89

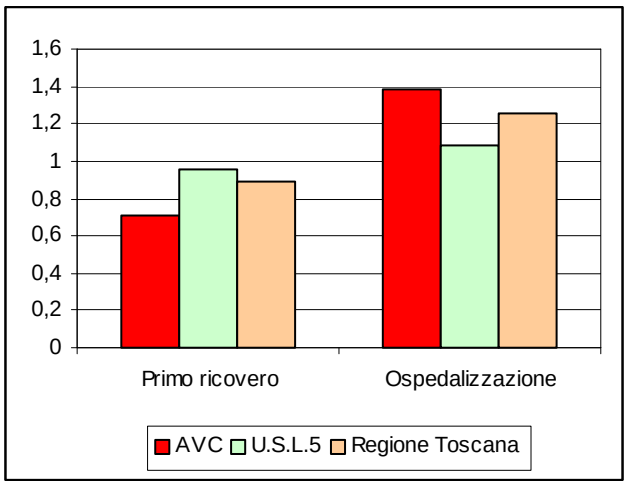
Tab 23B - Ospedalizzazione per malattie del sistema digerente con specificazione per cirrosi epatica

RESIDENZA	Numero casi M	Tasso standard M	Numero casi F	Tasso standard F	Numero casi (Tot.)	Tasso standard (Tot.)
AVC	287	25,26	188	15,23	475	19,99
U.S.L. 5	3252	22,22	2310	13,50	5562	17,42
Regione Toscana	35275	21,59	26745	13,85	62020	17,33
CIRROSI EPATICA						
AVC	20	1,69	7	0,53	27	1,39
U.S.L. 5	269	1,8	176	0,98	445	1,08
Regione Toscana	2644	1,59	1896	0,95	4540	1,26

Graf 29- Primo ricovero e ospedalizzazione per malattie del sistema digerente



Graf 30- Primo ricovero e ospedalizzazione per cirrosi epatica



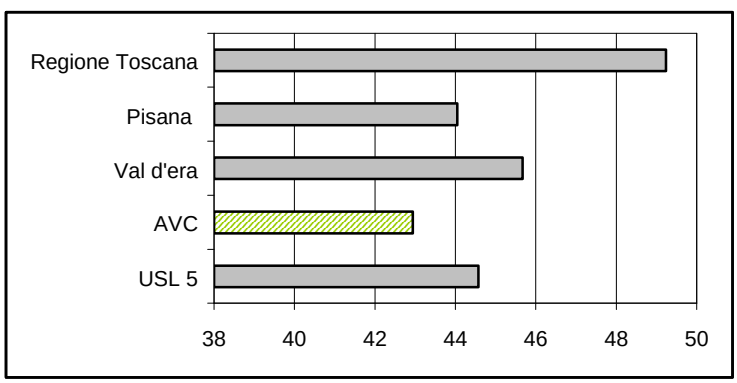
TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI

Come è possibile osservare dal Graf 20 il tasso di mortalità per queste cause è abbastanza elevato nella Zona, sebbene inferiore rispetto ai livelli provinciali e regionali. Fra queste cause le morti per incidenti stradali risultano avere, per l'Alta Val di Cecina, tassi più elevati rispetto ad Azienda U.S.L. 5 e Regione Toscana. La classe di sesso maggiormente colpita è quella maschile.

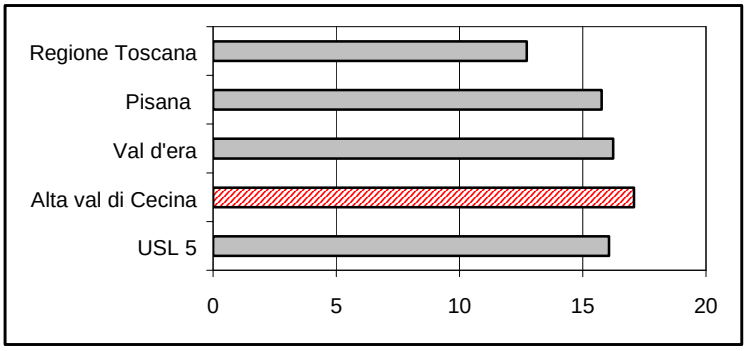
Tab 24 – Mortalità per traumatismi e avvelenamenti

RESIDENZA	Maschi	Femmine	Totale
AVC	82,85	12,73	42,94
U.S.L. 5	68,47	25,25	44,57
Regione Toscana	69,08	33,07	49,24
INCIDENTI STRADALI			
AVC	30,3	5,54	17,08
U.S.L. 5	28,01	6,11	16,06
Regione Toscana	20,82	5,77	12,73

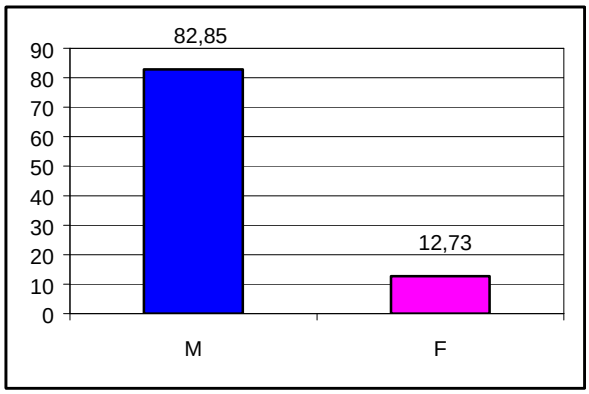
Graf 31 – Mortalità per traumatismi e avvelenamenti



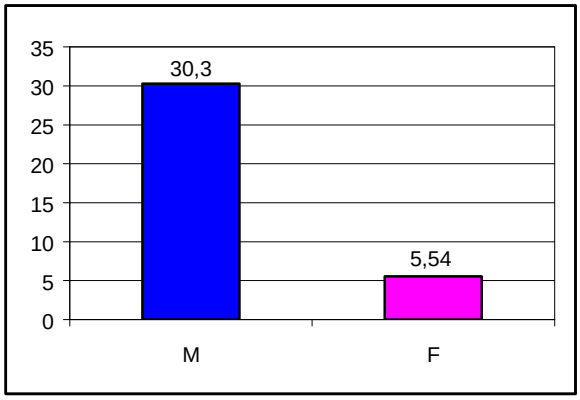
Graf 32 – Mortalità per incidenti stradali



Graf 33– Mortalità per traumatismi e avvelenamenti – classi di sesso



Graf 34– Mortalità per incidenti stradali – classi di sesso



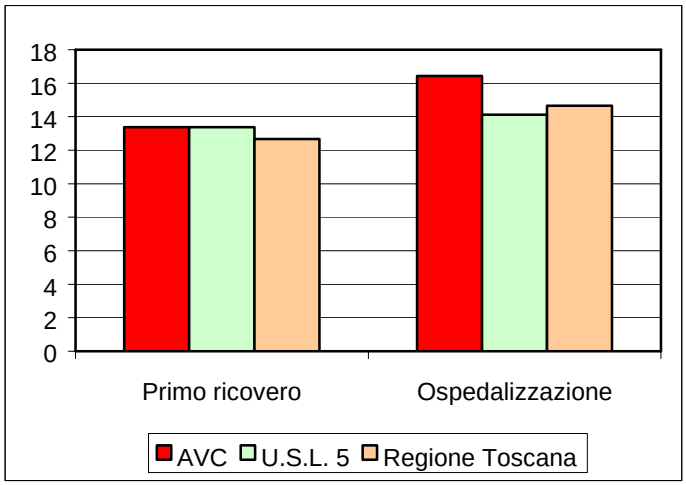
Tab 25 A – Primo ricovero per traumatismi e avvelenamenti

RESIDENZA	Numero casi M	Tasso standard M	Numero casi F	Tasso standard F	Numero casi (Tot.)	Tasso standard (Tot.)
AVC	166	15,5	146	10,41	312	13,37
U.S.L. 5	2056	13,65	1799	10,07	3855	13,37
Regione Toscana	23572	14,31	21527	10,65	45099	12,67

Tab 25 B – Ospedalizzazione per traumatismi e avvelenamenti

RESIDENZA	Numero casi M	Tasso standard M	Numero casi F	Tasso standard F	Numero casi (Tot.)	Tasso standard (Tot.)
AVC	201	18,6	188	13,15	389	16,44
U.S.L. 5	2421	16,04	2087	11,65	4508	14,13
Regione Toscana	27178	16,52	25013	12,32	52191	14,65

Graf 35 - Primo ricovero e ospedalizzazione per traumatismi e avvelenamenti



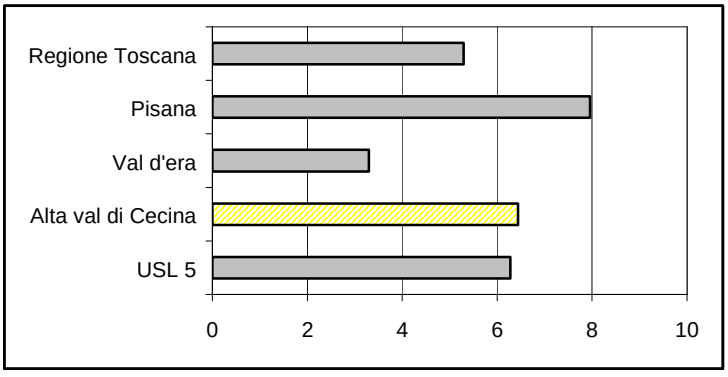
MALATTIE INFETTIVE

Sebbene le malattie infettive siano meno rilevanti delle patologie cronico-degenerative, è importante fornire un'immagine del fenomeno soprattutto perché molte malattie infettive sono prevenibili, o quantomeno curabili a domicilio.
In Alta Val di Cecina la mortalità per questo gruppo di patologie risulta leggermente superiore a quella media aziendale e decisamente maggiore a quella regionale. Andando a confrontare i tassi delle zone socio-sanitarie della U.S.L. 5 emerge che il più elevato è quello della Zona Pisana seguito dall'Alta Val di Cecina.
I soggetti più colpiti da questo tipo di malattie risultano essere le donne; i tassi di primo ricovero sono invece maggiori per i maschi.

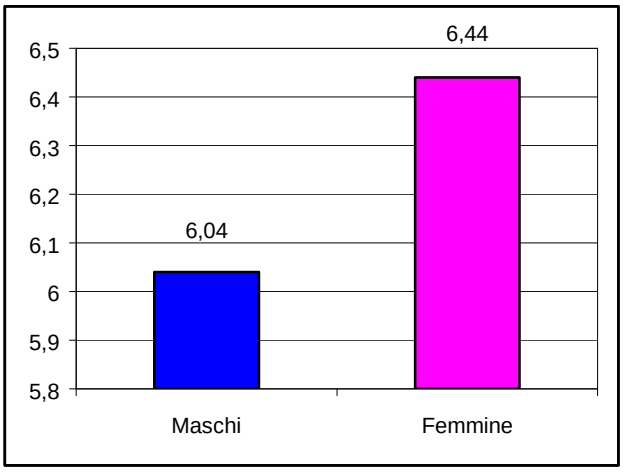
Tab 26 – Mortalità per malattie infettive

Residenza	Maschi	Femmine	Totale
AVC	6,04	6,44	6,44
U.S.L. 5	7,31	5,28	6,28
Regione Toscana	6,97	4,2	5,29

Graf 36 – Mortalità per malattie infettive



Graf 37– Mortalità per malattie infettive Zona Alta Val di Cecina – classi di sesso



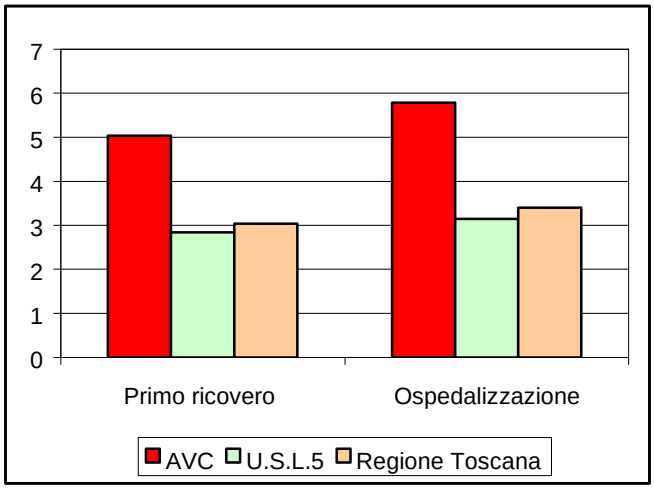
Tab 27A – Primo ricovero per malattie infettive

RESIDENZA	Numero casi M	**Tasso standard M**	Numero casi F	**Tasso standard F**	Numero casi (Tot.)	**Tasso standard (Tot.)**
AVC	71	**6,35**	52	**3,94**	123	**5,03**
U.S.L.5	519	**3,47**	391	**2,30**	910	**2,84**
Regione Toscana	6010	**3,52**	4861	**2,59**	10871	**3,04**

Tab 27B - Ospedalizzazione per malattie infettive

RESIDENZA	**Numero casi M**	**Tasso standard M**	**Numero casi F**	**Tasso standard F**	**Numero casi (Tot.)**	**Tasso standard (Tot.)**
AVC	87	7,82	55	4,15	142	**5,78**
U.S.L. 5	579	3,88	429	2,54	1008	3,15
Regione Toscana	6832	4,00	5331	2,84	12163	3,40

Graf 38 - Primo ricovero e ospedalizzazione per malattie infettive



Dai dati in possesso del Dipartimento della U.F. ISSPAN della Zona Alta Val di Cecina emerge un aumento, per l'anno 2004, del numero complessivo di notifiche di malattie infettive pervenute rispetto al 2003 (74 vs 44); sono aumentate le notifiche di casi di varicella (49) e le segnalazioni per pediculosi, soprattutto nelle scuole di Pomarance e Castelnuovo Val di Cecina.
In linea generale nella zona non si osservano comunque episodi di malattie infettive che destino particolare allarme, né per tipo di patologia né per dimensione del fenomeno.

Tab 28 – Casi registrati nella Zona dal 2002 al 2004 di patologie di interesse

	2002	**2003**	**2004**
TOTALE di cui:	**59**	**44**	**74**
Varicella	27	24	49
TBC	4	2	1
Salmonellosi	5	11	12

Poiché la base dell'intervento di sanità pubblica è la conoscenza della realtà epidemiologica, permane per ogni medico che nell'esercizio della sua professione venga a conoscenza di un caso di malattia infettiva e diffusiva (o sospetta di esserlo), l'obbligo di notificarla all'autorità sanitaria competente (artt. 253 e 254 TULLSS).
Ad oggi non tutti medici notificano le malattie infettive; si osserva infatti che rispetto alla popolazione residente le patologie denunciate sono sempre troppo poche. Un altro elemento di notevole importanza è la tempestività della notifica; purtroppo molto spesso il servizio competente viene a conoscenza dei casi affetti dopo molti giorni dall'inizio dei sintomi, rendendo molto più difficile effettuare l'indagine epidemiologica.

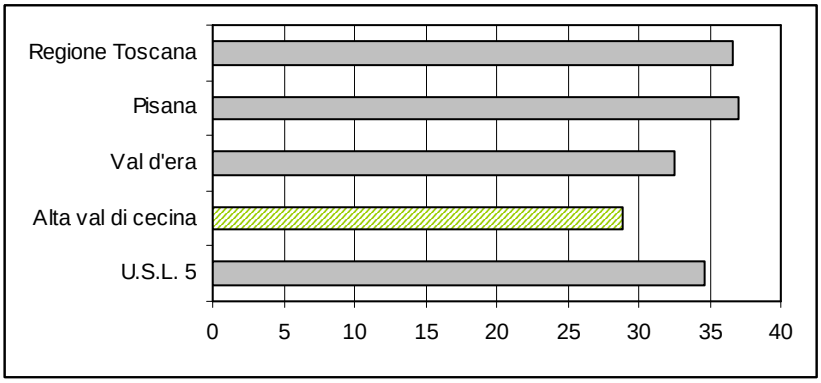
MALATTIE DELLE GHIANDOLE ENDOCRINE E DEL METABOLISMO

Nella zona Alta Val di Cecina questo gruppo di patologie registra un tasso di mortalità generale abbastanza elevato, che risulta essere comunque inferiore sia a quello aziendale che regionale. Anche i tassi di primo ricovero ed ospedalizzazione risultano essere inferiori a quelli dei territori di riferimento. Ancora una volta il sesso maschile risulta essere quello maggiormente interessato da queste malattie.

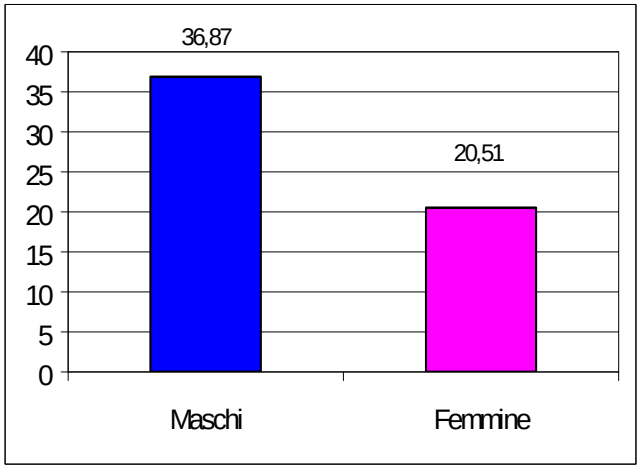
Tab 29 – Mortalità per malattie del sistema endocrino e del metabolismo

Residenza	Maschi	Femmine	Totale
AVC	36,87	20,51	28,88
U.S.L. 5	33,41	34,17	34,67
Regione Toscana	40,69	32,81	36,66

Garf 39 - Mortalità per malattie del sistema endocrino e del metabolismo



Graf 40 – Mortalità per malattie del sistema endocrino e del metabolismo – classi di sesso



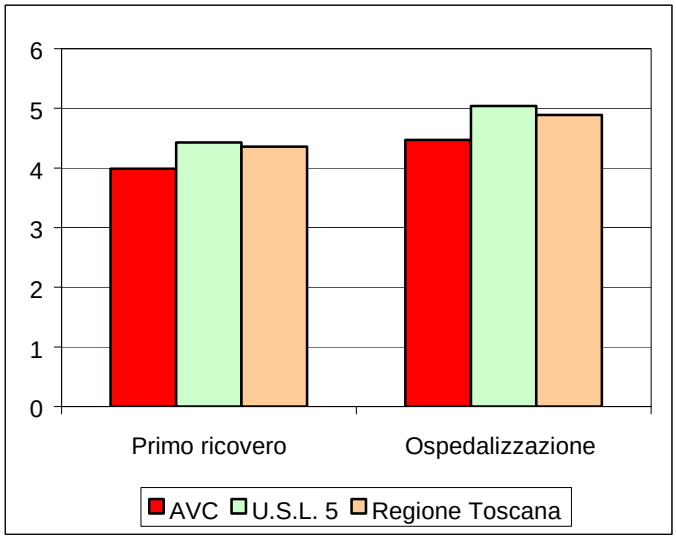
Tab 30 A – Primo ricovero per malattie del sistema endocrino e del metabolismo

RESIDENZA	Numero casi M	Tasso standard M	Numero casi F	Tasso standard F	Numero casi (Tot.)	Tasso standard (Tot.)
AVC	36	3,43	50	4,65	86	3,99
U.S.L. 5	526	3,56	887	5,30	1413	4,43
Regione Toscana	6135	3,68	9432	5,02	15567	4,36

Tab 30 B – Ospedalizzazione per malattie del sistema endocrino e del metabolismo

RESIDENZA	Numero casi M	Tasso standard M	Numero casi F	Tasso standard F	Numero casi (Tot.)	Tasso standard (Tot.)
AVC	41	3,90	56	5,18	97	4,47
U.S.L. 5	578	3,91	1029	6,16	1607	5,04
Regione Toscana	6877	4,12	10551	5,63	17428	4,89

Graf 41 - Primo ricovero e ospedalizzazione per malattie del sistema endocrino e del metabolismo



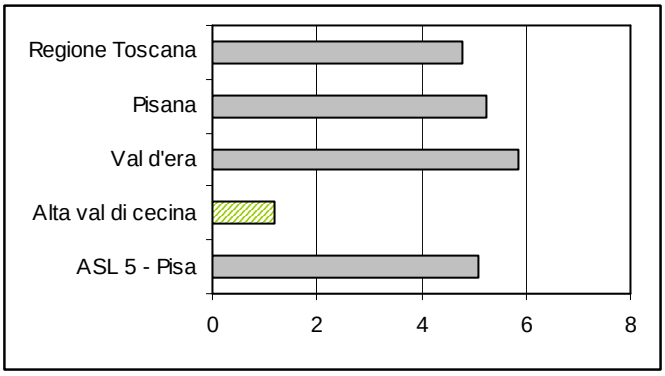
MALATTIE DEL SANGUE

Per questo gruppo di patologie si registra il tasso di mortalità più basso in assoluto per l'Alta Val di Cecina (la mortalità femminile è addirittura pari a 0); otteniamo lo stesso risultato dal confronto con le altre zone socio-sanitarie e con la media regionale.
I tassi di primo ricovero e ospedalizzazione sono invece superiori alla media aziendale e inferiore a quella regionale.

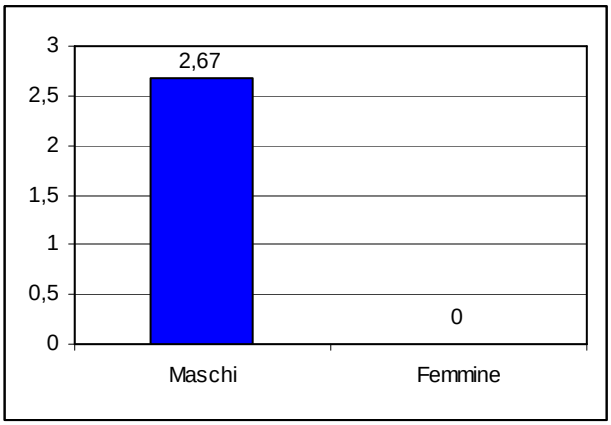
Tab 31 – Mortalità per malattie del sangue

RESIDENZA	Maschi	Femmine	Totale
AVC	2,67	0,00	1,19
U.S.L. 5	6,11	4,59	5,09
Regione Toscana	5,79	4,18	4,79

Graf 42 – Mortalità per malattie del sangue



Graf 43 – Mortalità per malattie del sangue – classi di sesso



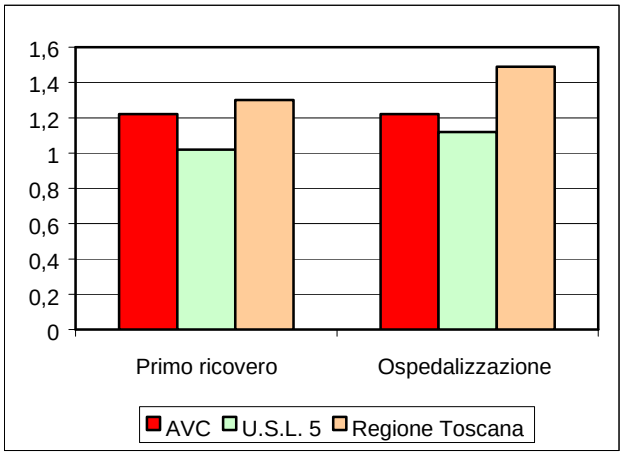
Tab 32 A – Primo ricovero per malattie del sangue

RESIDENZA	Numero casi (Maschi)	Tasso standard (Maschi)	Numero casi (Femm.)	Tasso standard (Femm.)	Numero casi (Tot.)	Tasso standard (Tot.)
AVC	16	1,44	12	1,06	28	1,22
U.S.L. 5	128	0,93	203	1,13	331	1,02
Regione Toscana	2026	1,29	2719	1,35	4745	1,30

Tab 32 B – Ospedalizzazione per malattie del sangue

RESIDENZA	Numero casi (Maschi)	Tasso standard (Maschi)	Numero casi (Femm.)	Tasso standard (Femm.)	Numero casi (Tot.)	Tasso standard (Tot.)
AVC	16	1,44	12	1,06	28	1,22
U.S.L. 5	147	1,06	216	1,20	363	1,12
Regione Toscana	2347	1,49	3063	1,52	5410	1,49

Graf 44 - Primo ricovero e ospedalizzazione per malattie del sangue



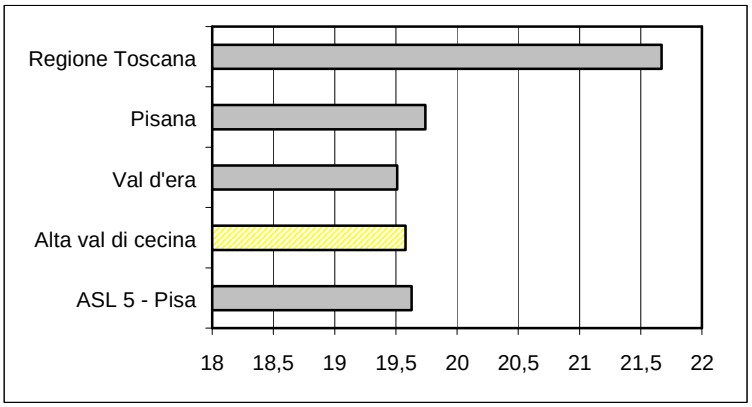
DISTURBI PSICHICI

Le malattie legate alla salute mentale rivestono un ruolo importante in quanto rappresentano spesso indicatori di disagio sociale. Nella zona oggetto del presente studio la mortalità per questi disturbi presenta valori comperabili a quelli aziendali e marcatamente inferiori a quelli regionali. Nell'analisi della mortalità per classi di sesso è interessante osservare che le femmine risultano essere le principali vittime di questo gruppo di patologie.
I tassi di primo ricovero risultano superiori sia ai valori aziendali che regionali mentre quelli di ospedalizzazione sono i più bassi.

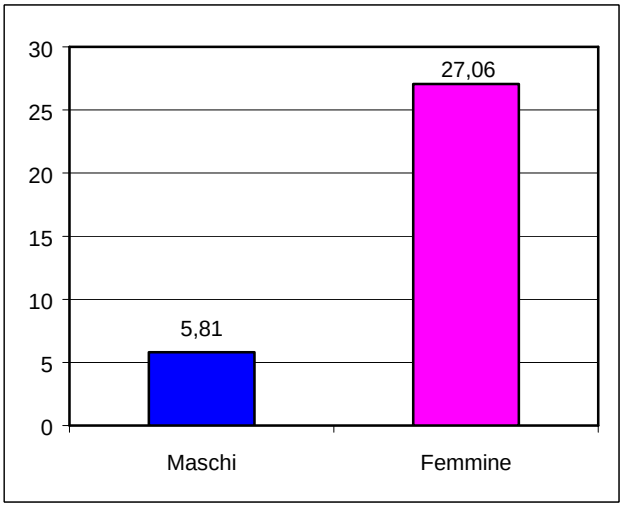
Tab 33 – Mortalità per disturbi psichici

RESIDENZA	Maschi	Femmine	Totale
AVC	5,81	27,06	19,58
U.S.L. 5	16,39	20,04	19,63
Regione Toscana	19,35	22,07	21,67

Graf 45 – Mortalità per disturbi psichici



Graf 46 – Mortalità per disturbi psichici – classi di sesso



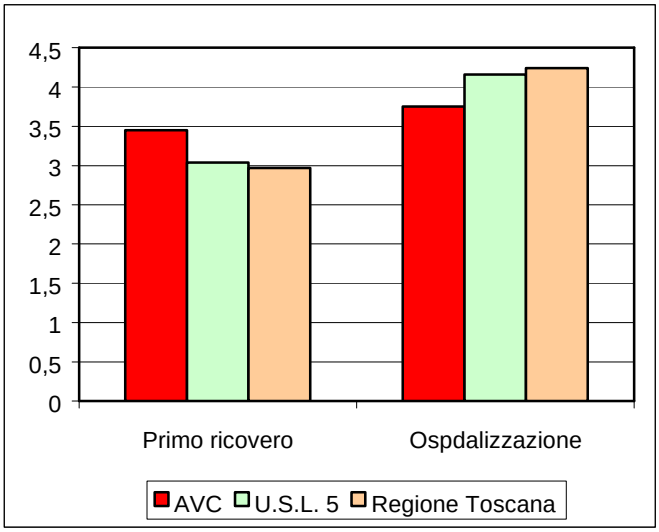
Tab 34 A – Primo ricovero per disturbi psichici

RESIDENZA	Numero casi (Maschi)	Tasso standard (Maschi)	Numero casi (Femm.)	Tasso standard (Femm.)	Numero casi (Tot.)	Tasso standard (Tot.)
AVC	44	4,11	35	2,87	79	3,45
U.S.L. 5	440	2,86	525	3,22	965	3,04
Regione Toscana	4795	2,83	5689	3,06	10484	2,97

Tab 34 B – Ospedalizzazione per disturbi psichici

RESIDENZA	Numero casi (Maschi)	Tasso standard (Maschi)	Numero casi (Femm.)	Tasso standard (Femm.)	Numero casi (Tot.)	Tasso standard (Tot.)
AVC	45	4,22	40	3,37	85	3,75
U.S.L. 5	624	4,01	699	4,30	1323	4,16
Regione Toscana	6993	4,10	7963	4,34	14956	4,24

Graf 47 - Primo ricovero e ospedalizzazione per malattie del sistema endocrino e del metabolismo



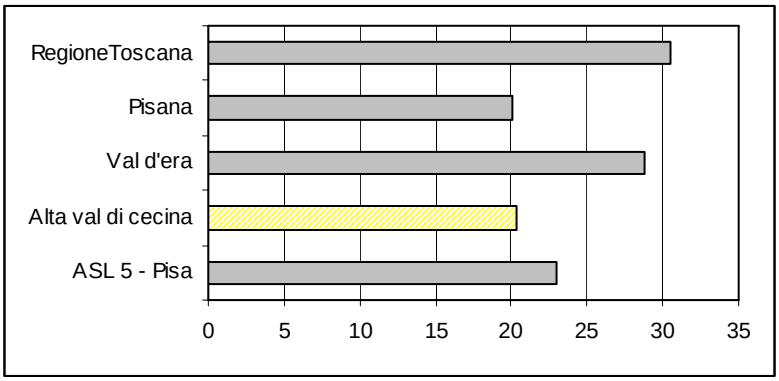
MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO

Nella zona Alta Val di Cecina il tasso di mortalità per malattie del sistema nervoso risulta essere inferiore sia ai valori medi della Azienda U.S.L. 5 che a quelli della Regione Toscana.
La classe di sesso per la quale si registrano tassi di mortalità più elevati è quella maschile.
I tassi di primo ricovero e ospedalizzazione sono i più bassi nei confronti effettuati.

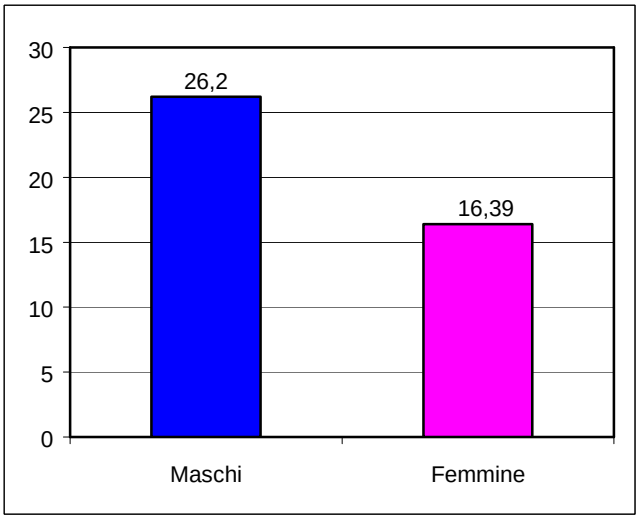
Tab 35 – Mortalità per malattie del sistema nervoso

RESIDENZA	Maschi	Femmine	Totale
AVC	26,20	16,39	20,29
U.S.L. 5	23,55	22,42	22,99
Regione Toscana	32,87	28,70	30,46

Graf 48 – Mortalità per malattie del sistema nervoso



Graf 49 – Mortalità per malattie del sistema nervoso – classi di sesso



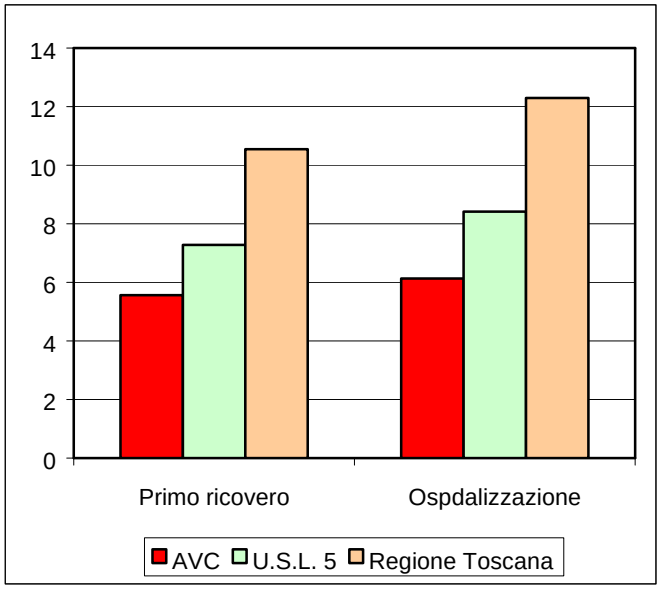
Tab 36 A – Primo ricovero per malattie del sistema nervoso

RESIDENZA	Numero casi (Maschi)	Tasso standard (Maschi)	Numero casi (Femm.)	Tasso standard (Femm.)	Numero casi (Tot.)	Tasso standard (Tot.)
AVC	73	6,40	59	4,94	132	5,56
U.S.L. 5	1041	7,09	1301	7,50	2342	7,28
Regione Toscana	16445	10,24	21874	10,90	38319	10,55

Tab 36 B – Ospedalizzazione per malattie del sistema nervoso

RESIDENZA	Numero casi (Maschi)	Tasso standard (Maschi)	Numero casi (Femm.)	Tasso standard (Femm.)	Numero casi (Tot.)	Tasso standard (Tot.)
AVC	79	6,92	67	5,54	146	6,13
U.S.L. 5	1202	8,16	1501	8,69	2703	8,41
Regione Toscana	19412	12,06	25242	12,60	44654	12,30

Graf 50 - Primo ricovero e ospedalizzazione per malattie del sistema nervoso



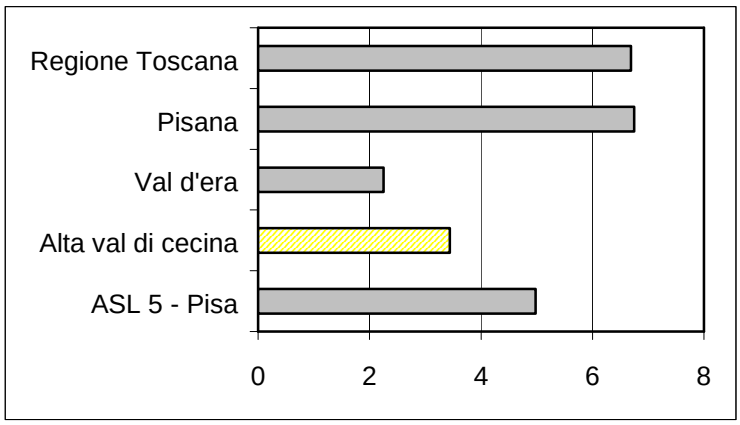
MALATTIE DELL'APPARATO OSTEO-ARTICOLARE

Questo gruppo di patologie presenta tassi di mortalità poco rilevanti se confrontato con altre malattie che nella Zona risultano avere un'incidenza maggiore. Anche dal confronto con i tassi aziendali e regionali non emergono evidenze particolari.

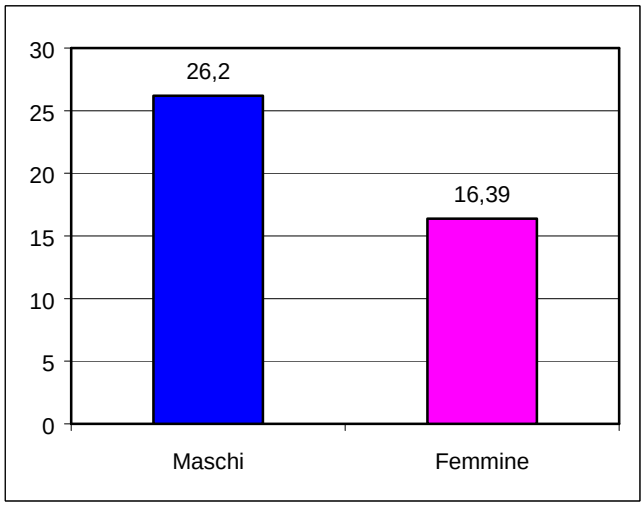
Tab 37 – Mortalità per malattie dell'apparato osteo-articolare

RESIDENZA	Maschi	Femmine	Totale
AVC	26,2	16,39	20,29
U.S.L. 5	23,55	22,42	22,99
Regione Toscana	32,87	28,7	30,46

Graf 51 – Mortalità per malattie dell'apparato osteo-articolare



Graf 52 – Mortalità per malattie dell'apparato osteo-articolare – classi di sesso



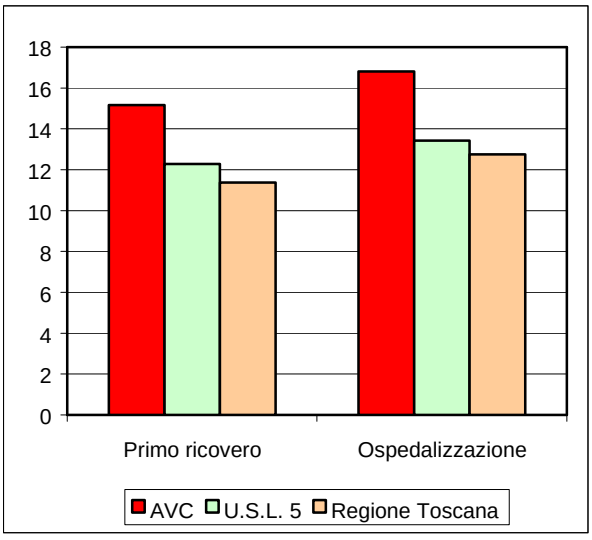
Tab 38 A – Primo ricovero per malattie dell'apparato osteo-articolare

RESIDENZA	Numero casi (Maschi)	Tasso standard (Maschi)	Numero casi (Femm.)	Tasso standard (Femm.)	Numero casi (Tot.)	Tasso standard (Tot.)
AVC	183	16,59	166	13,49	349	15,16
U.S.L. 5	1807	11,82	2094	12,40	3901	12,28
Regione Toscana	18035	10,75	22274	11,72	40309	11,37

Tab 38 B – Primo ricovero per malattie dell'apparato osteo-articolare

RESIDENZA	Numero casi (Maschi)	Tasso standard (Maschi)	Numero casi (Femm.)	Tasso standard (Femm.)	Numero casi (Tot.)	Tasso standard (Tot.)
AVC	203	18,43	184	14,93	387	16,81
U.S.L. 5	1946	12,74	2318	13,72	4264	13,43
Regione Toscana	19844	11,84	25379	13,32	45223	12,75

Graf 53 - Primo ricovero e ospedalizzazione per malattie dell'apparato osteo-articolare



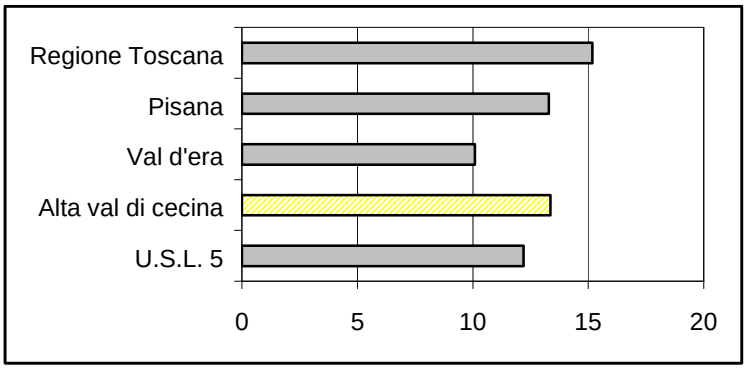
MALATTIE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO

Questo gruppo di patologie presenta tassi di mortalità poco rilevanti se confrontato con altre malattie che nella zona risultano avere un'incidenza maggiore, sebbene il tasso di mortalità risulti leggermente superiore a quello medio aziendale.
I tassi di primo ricovero

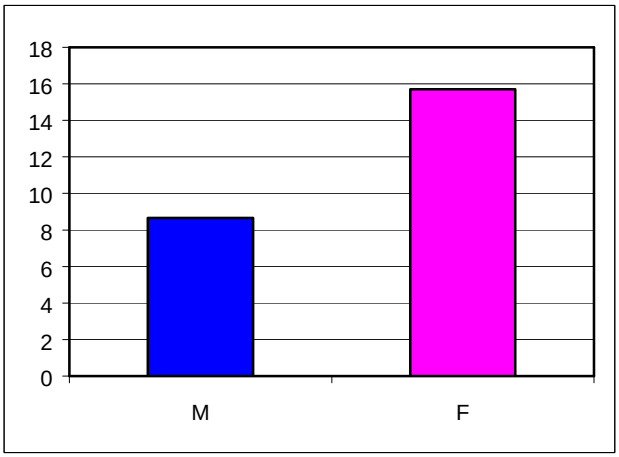
Tab 39 – Mortalità per malattie dell'apparato genito-urinario

RESIDENZA	Maschi	Femmine	Totale
AVC	8,66	15,71	13,36
U.S.L. 5	12,93	11,93	12,20
Regione Toscana	20,69	12,02	15,18

Graf 54 – Mortalità per malattie dell'apparato genito-urinario



Graf 55 – Mortalità per malattie dell'apparato genito-urinario – classi di sesso



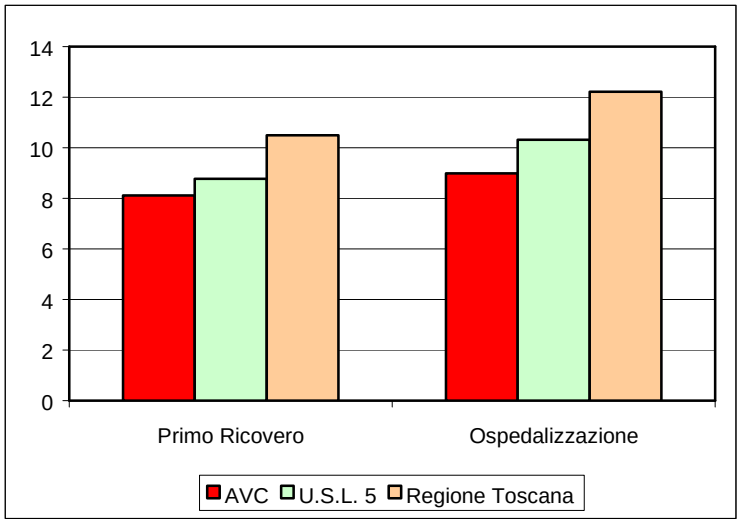
Tab 40 A – Primo ricovero per malattie dell'apparato genito-urinario

RESIDENZA	Numero casi (Maschi)	Tasso standard (Maschi)	Numero casi (Femm.)	Tasso standard (Femm.)	Numero casi (Tot.)	Tasso standard (Tot.)
AVC	105	9,38	85	7,57	190	8,12
U.S.L. 5	1230	8,52	1574	9,48	2804	8,77
Regione Toscana	15691	9,67	21643	11,72	37334	10,49

Tab 40 B – Primo ricovero per malattie dell'apparato genito-urinario

RESIDENZA	Numero casi (Maschi)	Tasso standard (Maschi)	Numero casi (Femm.)	Tasso standard (Femm.)	Numero casi (Tot.)	Tasso standard (Tot.)
AVC	117	10,49	93	8,15	210	8,99
U.S.L. 5	1489	10,29	1816	10,86	3305	10,32
Regione Toscana	18939	11,66	24582	13,28	43521	12,21

Graf 56 - Primo ricovero e ospedalizzazione per malattie dell'apparato genito-urinario



LA SALUTE NELLE FASCE VULNERABILI

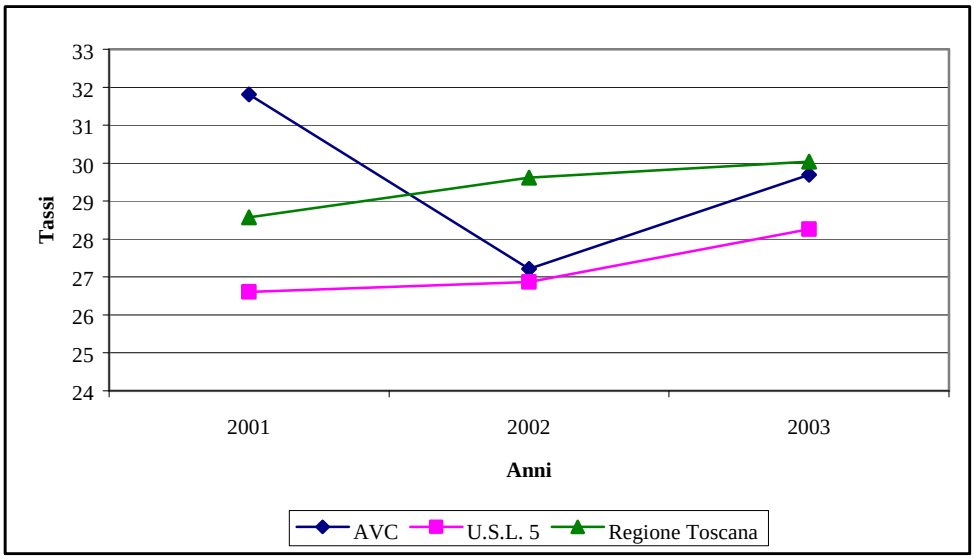
LA GRAVIDANZA E IL PARTO

Per valutare l'assistenza in gravidanza e al momento del parto la principale fonte disponibile è il certificato di assistenza al parto, dal quale emerge che in Toscana la quasi totalità dei parti vengono effettuati in strutture pubbliche (solo il 2% dei parti sono effettuati in strutture private o private accreditate).
Osservando l'andamento dei tassi di ospedalizzazione per il trend 2001-2003, relativo ai ricoveri per gravidanza, parto e puerperio, si nota una certa tendenza all'aumento per azienda USL e Regione, mentre per la Zona Alta Val di Cecina, i tassi di ospedalizzazione sono in lieve diminuzione.

Tab 1 – Tasso standard di ospedalizzazione per **gravidanza e puerperio,** anni 2001-2003

RESIDENZA	Tasso standard 2001	Tasso standard 2002	Tasso standard 2003
AVC	31,81	27,21	29,69
U.S.L. 5	26,61	26,87	28,26
Regione Toscana	28,57	29,62	30,04

Graf 1 – Tassi standardizzati di ospedalizzazione per gravidanza parto e puerperio (anni 2001-2003)



La percentuale di parti cesarei in donne residenti nell'ambito territoriale della U.S.L. 5 nell'anno 2003 è stata pari a 28,44, con una lieve flessione rispetto al 2002, mentre a livello regionale si registra un aumento.

Tab 2 - **Parti cesarei** anni 2000 - 2003

RESIDENZA	**Percentuale di parti cesarei**			
	Anno 2000	Anno 2001	Anno 2002	Anno 2003
U.S.L. 5 - Pisa	27,72	21,92	30,05	28,44
Regione Toscana	24,39	23,41	24,97	26,04

La percentuale dei parti cesarei effettuati da donne residenti in Alta Val di Cecina per l'anno 2004 si attesta al 34,2%. Questo valore si discosta molto dall'obiettivo del 20% individuato dal Piano Sanitario Nazionale ed è molto più alto del valore riscontrato a livello di Azienda U.S.L. 5 che risulta 21,8%. E' evidente quindi che i margini di riduzione di tale pratica nella Zona Alta Val di Cecina sono ancora piuttosto ampi.

Tab 3 - Parti cesarei anno 2004

RESIDENZA	**Percentuale parti cesarei 2004**
AVC	**34,2**
U.S.L. 5	**21,9**

Interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) e aborti spontanei

Il tasso di ospedalizzazione per interruzione volontaria di gravidanza indica il numero di ricoveri (regionali ed extraregionali) per IVG ogni 1.000 donne in età feconda.
Nella tabella sottostante sono riportati i tassi di ospedalizzazione relativi agli anni 2002-2003 per Azienda U.S.L. 5 e Regione.

Tab 3 - Interruzioni volontarie di gravidanza Regione Toscana anni 2000-2003

RESIDENZA	**Tasso di ospedalizzazione per I.V.G. in donne tra 15 e 49 anni**			
	Anno 2000	Anno 2001	Anno 2002	Anno 2003
U.S.L. 5 - Pisa	9,39	9,23	8,83	9,59
Regione Toscana	10,15	9,65	9,56	9,86

Si nota come a livello regionale il tasso nel 2003 è risultato in lieve aumento rispetto ai due anni precedenti; anche nella U.S.L. 5 esso è aumentato passando da 8,93 nel 2002 a 9,59 nel 2003.
Per la zona Alta Val di Cecina è disponibile il tasso specifico (relativo al 2004) che risulta 5,45, valore più elevato rispetto a quello di Azienda U.S.L. 5 che è pari a 4,79.

Tab 4 – Tasso specifico per **IVG**, anno 2004

RESIDENZA	**Tasso Specifico 2004**
AVC	5,25
U.S.L. 5	4,79

Contemporaneamente il tasso di ospedalizzazione per aborto spontaneo nel 2003 si è rivelato in leggero aumento sia a livello Regionale che di U.S.L. 5.

Tab 5 – Tasso standard di ospedalizzazione per **aborto spontaneo -** anni 2001-2003

RESIDENZA	**Tasso di ospedalizzazione per aborto spontaneo in donne tra 15 e 49 anni**			
	Anno 2000	Anno 2001	Anno 2002	Anno 2003
U.S.L. 5 - Pisa	6,01	5,86	6,02	6,65
Regione Toscana	6,08	5,91	6,21	6,46

Anche per l'abortività spontanea il dato a disposizione relativo alla nostra Zona si riferisce al tasso specifico che risulta pari a 2,84, quindi sensibilmente inferiore a quelli aziendale e regionale.

Le nascite

Dal Certificato di Assistenza al Parto si rilevano numerose informazioni, tra le quali i dati relativi alla nati-mortalità, al peso alla nascita, all'età gestazionale.
Ad oggi sono disponibili i dati relativi al triennio 2001-2003, che vengono confrontati nelle tabelle seguenti con quelli del triennio 2000-2002.

Tab 6 – Tasso di **nati-mortalità,** anni 2000-2002, 2001-2003

Residenza	Anni 2000-2002			Anni 2001-2003		
	Nati vivi CAP	Nati morti CAP	Nati morti per 1.000 nati vivi	Nati vivi CAP	Nati morti CAP	Nati morti per 1.000 nati vivi
AVC	358	1	2,79	373	1	2,68
U.S.L. 5 - Pisa	7.433	29	3,90	7.578	27	3,56
Regione Toscana	79.058	271	3,43	80.076	288	3,60

In tutti i casi il numero di bambini nati vivi sono aumentati, mentre per quanto riguarda il rapporto di nati-mortalità, a livello di USL 5 e di Zona Alta Val di Cecina si è verificata una riduzione passando dal biennio 2000-2002 al triennio 2001-2003.
Anche il numero di bambini nati vivi di peso inferiore a 1.500 grammi è diminuito nella U.S.L. 5. Nel triennio 2001-2003 sono stati 60, pari a 0,79 % dei nati vivi; tale percentuale è simile a quella regionale. A livello di Zona alta Val di Cecina si ha situazione stazionaria sia per quanto riguarda il numero dei bambini nati vivi di peso inferiore a 1.500 grammi, sia in termini percentuali.
I nati vivi di peso inferiore ai 2.500 grammi sono aumentati a livello di Zona Alta Val di Cecina ed anche il valore in percentuale sui nati vivi (6,18 %) è aumentato, risultando intermedio tra quello di USL 5 e quello regionale.

Tab. 7 - Peso alla nascita nella Regione Toscana

RESIDENZA	Nati vivi peso < 1.500 gr				Nati vivi peso < 2.500 gr.			
	2000-2002		2001-2003		2000-2002		2001-2003	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
AVC	1	0,28	1	0,27	20	5,62	23	6,18
U.S.L. 5 - Pisa	72	0,97	60	0,79	480	6,46	488	6,44
Regione Toscana	618	0,78	616	0,77	4.748	6,01	4.969	6,24

I nati vivi con un periodo di gestazione inferiore alle 32 settimane nel triennio 2001-2003 nella Zona alta Val di Cecina è risultato pari ad una unità, mentre non è stato rilevato nessun caso nel triennio 2000-2002; la percentuale sui nati vivi è risultata pari a 0,30, valore molto più ridotto rispetto a quello di USL 5 e regionale.
I nati vivi con periodo di gestazione inferiore alle 37 settimane sono invece aumentati, passando da 10 nel triennio 2000-2002 a 15 nel triennio 2001-2003, con un valore in percentuale pari a 4,04, che rimane comunque inferiore a quello di USL 5 e a quello regionale.

Tab.8 - Età gestazionale nella Regione Toscana

RESIDENZA	Nati vivi < 32 settimane				Nati vivi < 37 settimane			
	2000-2002		2001-2003		2000-2002		2001-2003	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
AVC	1	0,30	0	0	10	3,01	15	4,04
U.S.L. 5 - Pisa	70	0,94	56	0,74	485	6,52	497	6,57
Regione Toscana	607	0,77	558	0,73	5. 067	6,41	4.954	6,46

I nati da parto plurimo nel triennio 2001-2003 nella Zona Alta Val di Cecina sono stati 4, con un valore in percentuale pari a 1,07 dei nati, contro il 1,11 % rilevato nel triennio 2000-2002.

ANZIANI

La Toscana è una delle Regioni con il maggior numero di anziani, in rapporto sia alla popolazione generale che ai giovani; anche nella zona Alta Val di Cecina è presente tale situazione e poiché per la popolazione compresa nelle fasce di età oltre i settantaquattro anni si concentrano i maggiori problemi di salute e in particolare la disabilità, i bisogni assistenziali e la domanda di salute della popolazione anziana rappresentano temi centrali da affrontare.

Dal punto di vista sanitario per l'Alta Val di Cecina sono disponibili i tassi specifici per il 2004, calcolati per i soggetti di età superiore ai 74 anni, per tipologie di intervento più ricorrenti in questa fascia di età. I tassi specifici totali per by-pass coronario, sostituzione del ginocchio e dell'anca risultano notevolmente superiori a quelli della U.S.L. 5.

Tab 9 - Tassi specifici per alcune tipologie di intervento

Tipo di intervento	**Tasso specifico**	
	Residenti AVC	**Residenti USL 5**
Cataratta	0,14	0,36
By-pass coronarico	0,37	0,08
Angioplastica	0,27	0,38
Sostituzione dell'anca	0,86	0,64
Sostituzione del ginocchio	0,82	0,33

Nel 2004 i tassi specifici per influenza e polmonite in soggetti di età superiore ai 74 anni residenti nella alta Val di Cecina sono più elevati rispetto a quelli dei soggetti residenti nell'ambito della U.S.L. 5.

Tab. 10 – Tasso specifico per influenza e polmonite in anziani

Tipo di patologia	**Residenti AVC**	**Residenti U.S.L. 5**
Influenza e polmonite	1,36	0,69
Malattie del sistema respiratorio	14,70	8,42

INFORTUNI SUL LAVORO e MALATTIE PROFESSIONALI

(fonte – U.F. PSLL zona Alta Val di Cecina)

INFORTUNI SUL LAVORO

Nell'anno 2004, sul territorio dell'Azienda USL 5 di Pisa si sono verificati complessivamente 4.950 infortuni sul lavoro, al netto degli infortuni "scolastici" ed "in itinere", con la diminuzione di 57 casi (- 1%) rispetto all'anno 2003. Dei 419 infortuni che hanno avuto luogo in Alta Val di Cecina 56 hanno interessato cittadini extracomunitari.

Nell'anno 2004 si sono verificati 2 casi mortali, rispetto ai 3 dell'anno precedente; nessuno di questi è avvenuto in Alta Val di Cecina. Nel 2004 per la prima volta, a partire dal 1995, il numero degli infortuni è sceso al di sotto dei 5000. Tale decremento è però da mettere in relazione sia al miglioramento delle condizioni di lavoro che alla diminuzione del numero di addetti impegnati. Per una valutazione effettiva dell'andamento del fenomeno infortunistico sarebbe utile avere il rapporto fra numero di infortuni e numero di ore lavorate (indice di frequenza), ma tale dato non è disponibile.

Tab 1 – Infortuni sul lavoro zone-distretto U.S.L. 5 anno 2004 e confronto con anno 2003

Zona	2003		2004		Δ (2004-2003)	
	Totale Infortuni	Infortuni Mortali	Totale Infortuni	Infortuni Mortali	Totale Infortuni	Infortuni Mortali
Pisana	2.776	2	2.862	1	+ 86 (+3%)	-1
Val d'Era	1.871	1	1.669	1	-202 (- 11%)	-
Alta Val di Cecina	**360**	**0**	**419**	**0**	**+ 59 (+16%)**	**-**
Totale	5.007	3	4.950	2	-57 (- 1%)	-1

I dati relativi agli infortuni non comprendono gli infortuni "in itinere" (24 casi nella Zona Alta Val di Cecina) e quelli scolastici (23 casi nella Zona).

La maggior parte di infortuni sono avvenuti nel settore agricolo (30,8%), seguito dall'edilizia (11,0%) e dalla sanità (10,7%).

Il Comune maggiormente interessato dal fenomeno è quello di Volterra; questo può essere giustificato dalla forte presenza di aziende appartenenti alle tipologie sopra citate (vedi cap. "Lavoro").

Le principali vittime di infortunio risultano essere i lavoratori subordinati (77,3%), seguiti dai lavoratori autonomi (16,5%).

Tab 2 – Ripartizione degli infortuni per Comune – anno 2004

COMUNE	N° infortuni
Castelnuovo V.C.	40
Montecatini V.C.	35
Pomarance	123
Volterra	220

Tab 3 – Ripartizione degli infortuni per tipologia contrattuale – anno 2004

Tipo di lavoratore	N° infortuni	%
Apprendista	3	0,7%
Datore di lavoro	10	2,4%
Lavoratore autonomo	69	16,5%
Lavoratore subordinato	324	77,3%
Non definito	3	0,7%
Socio	10	2,4%

I tecnici del dipartimento PISLL (Prevenzione Igiene e Sicurezza sui Luoghi di Lavoro) effettuano anche attività di prevenzione attraverso la vigilanza e controllo dei cantieri, l'informazione e la formazione degli addetti.

I principali fattori di rischio a cui sono esposti i lavoratori dell'Alta Val di Cecina possono essere individuati in :

- agenti chimici (amianto e fibre sostitutive, mercurio, fumi di saldatura)
- agenti fisici (rumore, vibrazioni, campi elettromagnetici)
- incidente rilevante
- infortunistico (in agricoltura, enti pubblici, edilizia e costruzioni stradali, industria meccanica e servizi)

L'attività **edilizia**, prevalentemente caratterizzata da interventi di ristrutturazione del patrimonio edilizio esistente, per lo più in aree decentrate, si presta alla facile inosservanza delle norme di sicurezza (il fenomeno può e deve essere prevenuto con una pressante azione di vigilanza).

Nel **comparto chimico** opera nel Comune di Volterra l'ALTAIR S.p.a., un'azienda che ricade nell'applicazione del D.L.gs 334/99. Per essa la Prefettura ha predisposto il Piano di Emergenza Esterno da attivare in occasione della rottura di una tubazione contenente gas cloro. Tale Piano prevede l'intervento sia di tecnici del Settore PISLL che del Settore ISPAN.

Nell'anno 2004 l'attività di prevenzione del settore PISLL si è concentrata prevalentemente nel **controllo del rischio amianto**, soprattutto in geotermia. La U.F.è stata impegnata, in collaborazione con il Dipartimento ARPAT di Pisa, in un piano mirato finalizzato al controllo del rischio amianto nell'area geotermica di Larderello. Dall'inizio dell'anno 2001 è in attuazione il programma quinquennale dell'ENEL GREEN POWER (oggi ENEL PRODUZIONE) per la bonifica ambientale delle aree geotermiche (investimento complessivo di oltre 20 milioni di euro) (vedi capitolo AMBIENTE).
I tecnici sono quindi costantemente impegnati nel controllo dell'esecuzione del programma, attraverso monitoraggi ambientali e personali al fine di valutare l'esposizione degli addetti alle rimozioni e di verificare l'efficacia delle procedure di rimozione dell'amianto.
Attualmente le competenze sulla **vigilanza dell'applicazione delle norme per la tutela della sicurezza e della salute nella geotermia** sono attribuite alla Regione, che le esercita tramite una Unità Operativa, denominata "Autorità di vigilanza sulle attività minerarie e sulla geotermia", costituita all'interno dell'area Energia della Direzione Generale delle Politiche Territoriali ed Ambientali. Nell'autunno del 2002 il Comitato Tecnico della Programmazione della Giunta Regionale affidò ad un gruppo interdipartimentale il compito di predisporre un documento finalizzato ad individuare, nell'ambito della geotermia, le attività "proprie del ciclo minerario" e quelle da non considerare connesse al ciclo minerario. Quanto sopra al fine di ripartire le competenze fra la U.O. Regionale e la U.F. dell'Azienda U.S.L. territorialmente competente.
Il gruppo licenziò il testo definitivo di protocollo, da sottoporre al Comitato Tecnico per la ufficializzazione, nella seduta del 15 luglio 2003. Ad oggi non sono state assunte determinazioni conseguenti. Sempre nel 2002 l'Azienda USL5, d'intesa con le altre territorialmente interessate (la 6, la 7 e la 9), presentò alla Regione Toscana un piano mirato finalizzato a tutelare, in maniera efficace, la salute e la sicurezza dei lavoratori impiegati nell'attività geotermica. Nelle more della definizione delle competenza il piano risulta a tutt'oggi inattuabile.

MALATTIE PROFESSIONALI

Il Settore PISLL ha effettuato il monitoraggio della situazione delle Malattie Professionali per le quali è stata effettuata la segnalazione.
Andando ad osservare l'andamento del fenomeno a partire dal 2000 si osserva che le patologie più frequenti sono quelle asbesto-correlate. Questo non significa necessariamente che l'incidenza di queste patologie sia in crescita, ma può essere il risultato della maggiore attenzione che il "problema amianto" sta assumendo negli ultimi anni in questa Zona.

Tab 2 – Malattie professionali relative alla Zona

	Patologia	2000	2001	2002	2003	2004
Patologie asbesto correlate	Mesotelioma pleurico	2	2	*	1	*
	Cancro polmonare	*	1	*	*	*
	Asbestosi pleurica	1	*	*	*	*
	Asbestosi polmonare	*	*	*	*	2
	Asbestosi con placche pleuriche	*	*	*	1	*
	Placche pleuriche	*	1	*	1	1
	Asma bronchiale	1	*	*	*	1
	Carcinoma indifferenziato della faringe	*	1	*	*	
	Silicosi	*	*	*	1	*
	Dermatite da contatto	*	1	*	1	*
	Sindrome "Burn out"	*	*	1	*	*
	Sindrome anzioso-depressiva	*	*	1	*	*
	Ipoacusia	*	*	1	1	8
	TOTALE	**4**	**6**	**3**	**6**	**12**

Il **mesotelioma maligno** è considerato neoplasia "sentinella" di esposizioni ad amianto; è una patologia tumorale a breve sopravvivenza, osservata nella grande maggioranza dei casi in esposti ad amianto durante l'attività lavorativa e pertanto deve sempre essere considerata inizialmente come sospetta patologia di origine professionale. Dal 1994 il mesotelioma insorto in esposti lavorativamente ad amianto è indennizzato come malattia professionale (DPR 336/1994). L'attribuzione dell'esposizione professionale ad amianto rappresenta un ausilio indispensabile per il riconoscimento assicurativo.
Il CSPO (Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica) rappresenta una preziosa fonte di informazioni per questa patologia perché, a partire dagli anni '80 è stato istituito un apposito registro per i decessi conseguenti allo sviluppo del mesotelioma pleurico.
L'Archivio dei Mesoteliomi Maligni della Toscana è un sistema di sorveglianza epidemiologica attivo dal 1988 che lavora in stretto contatto con i Servizi di Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PISLL) delle Aziende USL per l'espletamento dei compiti medico-assicurativi, e per la definizione dell'esposizione ad amianto.
Dal 1988 al 2004 sono stati 20 i casi di mesotelioma maligno sviluppati in seguito ad esposizione avvenuta nel territorio dell'Alta Val di Cecina; 15 sono relativi a residenti in zona e 5 a non residenti. Nel 55% di questi casi lo sviluppo della malattie è stato conseguente ad una esposizione occupazionale nell'area geotermica di Larderello, per la quale sono state investite (come sopra ricordato) molte risorse nelle operazioni di bonifica.

Tab 3 – Casi di MM con esposizione professionale. Distribuzione per settore produttivo (classificazione ATECO91). Sono stati indicati solo i settori produttivi con almeno 2 casi per ASL.

Categorie ATECO91	**Settore produttivo**	**Totale**
40100	Produzione e distribuzione di energia elettrica	6
24130	Fabbricazione di prodotti chimici	2
26110	Fabbricazione di vetro piano	2
35203	Riparazione di materiale rotabile	2

HANDICAP

(fonte – Responsabile G.O.I.F - U.F. Riabilitazione Funzionale)

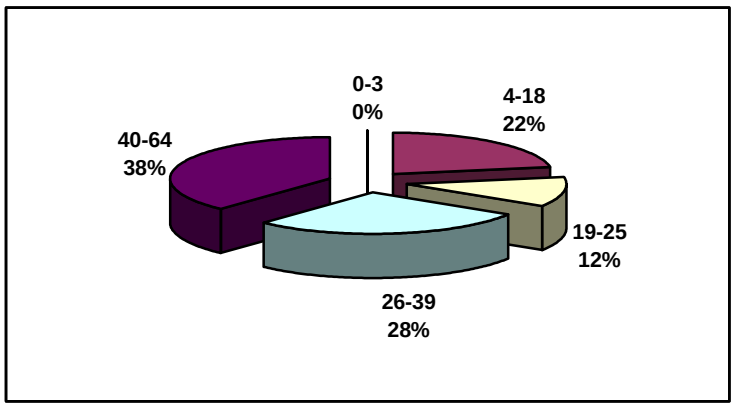
Lo stato di handicap consiste in una minorazione che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale e di emarginazione.
Lo stato di handicap viene riconosciuto in seguito all'analisi, da parte di un'apposita commissione di valutazione, dei singoli casi che abbiano inoltrato domanda di riconoscimento; tale condizione dà diritto ad ottenere le prestazioni (cura e riabilitazione, inserimento ed integrazione sociale, scolastica o lavorativa della persona handicappata, ecc.) erogate dai servizi sanitari e socio-assistenziali previste dalla **legge 104/92** (legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate).

Grazie alla collaborazione di Giovanna Marini della U.F. Riabilitazione Funzionale è stato possibile ricostruire il quadro completo di tutti i soggetti della Zona che sono stati riconosciuti come portatori di handicap. Questo dato è molto importante in quanto comprende sia coloro che sono in carico al servizio, cioè per i quali sono stati attivati programmi riabilitativi (PARG = Progetto Abilitativo Riabilitativo Globale), sia coloro che non lo sono ma che rappresentano l'utenza potenziale.
Dai dati emerge che il 34,5% del totale dei soggetti riconosciuti sono in stato di gravità; inoltre i soggetti in carico rappresentano il 59% del totale.

Tab 1 – Soggetti che sono stati riconosciuti portatori di handicap ai sensi dell'articolo 4 della legge 104/92 , suddivisi per comune di residenza e per classi di età.

Comuni	**Classi di età**					
	0-3	**4-18**	**19-25**	**26-39**	**40-64**	**Totale**
Castelnuovo V.C.	0	8	1	2	9	20
Montecatini V.C.	0	3	3	5	5	16
Pomarance	0	6	4	15	13	38
Volterra	0	25	14	31	45	115
TOTALE	**0**	**42**	**22**	**53**	**72**	**189**

Graf 1 – Ripartizione dei soggetti portatori di handicap per classi di età



Tab 2 – Riepilogo accertamenti effettuati nella Zona

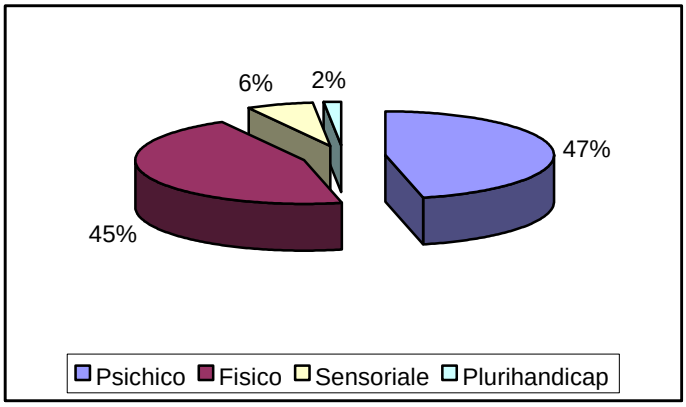
L.104/92	DPR/94	Stato di gravità	PARG
177	10	61	105

Per quanto riguarda le tipologie di handicap che hanno maggiore incidenza riportiamo di seguito una tabella:

Tab 3 – Ripartizione dei soggetti portatori di handicap per tipologia di handicap

TIPOLOGIA	CLASSI DI ETA'					TOTALE
	0-3	4-18	19-25	26-39	40-64	
Psichico		12+10	14	34	17	87
Fisico		17	6	16	46	85
Sensoriale		1	1	3	7	12
Plurihandicap			2		1	3
TOTALE		40	23	53	71	187

Graf 2 - Ripartizione dei soggetti disabili per tipologia di handicap



DISABILITÀ e SCUOLA

Il riconoscimento di disabilità conferito ai sensi del **DPR/94** accerta la condizione di "alunno" portatore di handicap riguarda quindi solo il percorso di studi e non è necessariamente vincolato al riconoscimento ai sensi della legge 104.

I dati relativi agli alunni portatori di handicap comprendono sia i soggetti riconosciuti ai sensi della legge 104 sia quelli riconosciuti ai sensi del DPR 92/94. In caso di entrambe i tipi di riconoscimento è prevista la figura dell'insegnante di sostegno.

Tab 3 – Alunni portatori di handicap (ai sensi della legge 104 e del DPR 92/94) suddivisi per livello scolastico – Anno 2004

- Asili nido – scuole materne 2
- Scuola dell'obbligo 26
- Scuola superiore 15

DISABILITÀ e LAVORO

Al fine di favorire l'inserimento lavorativo di soggetti portatori di handicap la **legge 68/99** prevede la costituzione, da parte delle Agenzia per l'Impiego, di un "collocamento mirato" definito come l'insieme di strumenti tecnici e di supporto che permettono la valutazione del disabile nella sua capacità lavorativa e il suo inserimento più idoneo attraverso:

- l'analisi dei posti di lavoro
- forme di sostegno
- azioni positive
- soluzione dei problemi connessi con gli ambienti, agli strumenti e le relazioni interpersonali sui luoghi quotidiani di lavoro e di relazione.

Nell'anno 2003 sono stati riconosciuti 25 soggetti come lavoratori portatori di handicap ai sensi della legge 68/99.

ACCERTAMENTI di INVALIDITÀ[1]

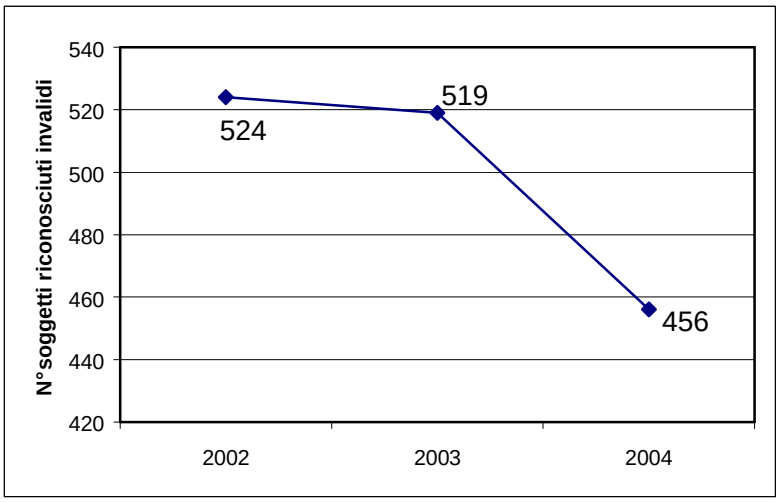
I dati relativi agli accertamenti di invalidità effettuati dalla U.F. Medicina Legale per la Zona Alta Val di Cecina negli ultimi anni evidenziano la progressiva diminuzione dei soggetti riconosciuti invalidi; fra i riconoscimenti effettuati sono diminuiti quelli per invalidità civile mentre sono aumentati quelli per portatori di handicap.

Anno 2002: invalidi civili n° 445
portatori di handicap n° 71
ciechi civili n° 8
sordomuti n° 0

Anno 2003	**invalidi civili**	**handicap**	**ciechi civili**	**sordomuti**
Castelnuovo V.C.	61	10	0	0
Montecatini V.C.	48	16	0	0
Pomarance	101	15	5	0
Volterra	193	65	5	0
TOTALE	**403**	**106**	**10**	**0**

Anno 2004	**invalidi civili**	**handicap**	**ciechi civili**	**sordomuti**
Castelnuovo V.C.	48	6	1	0
Montecatini V.C.	36	7	1	0
Pomarance	84	16	1	0
Volterra	172	80	4	0
TOTALE	**340**	**109**	**7**	**0**

Graf 3 – Numero di soggetti riconosciuti invalidi negli anni 2002, 2003 e 2004



È importante precisare che i dati sopra riportati sono riferiti agli esiti delle nuove valutazioni definite dalle commissioni invalidi nell'anno indicato e, pertanto, potrebbero in discreta percentuale, riguardare situazioni di aggravamento di stati di invalidità precedentemente riconosciuti.
I dati numerici del 2003 e del 2004, grazie all'introduzione di un programma gestionale informatizzato, sono stati suddivisi per comune; lo stesso non è stato possibile per l'anno 2002 per disponibilità dei soli dati di Zona.

[1] L'**invalidità civile** consiste nel riconoscimento di uno stato invalidante,indipendente da causa di servizio, lavoro o di guerra, in base al quale l'interessato può ottenere i benefici economici e/o socio-sanitari previsti dalla legge. L'art. 2 della legge 30 marzo 1971, n.118 definisce invalidi civili i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite che abbiano subito una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore ad un terzo o, se minori di diciotto anni, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età. Sono considerati invalidi civili anche i soggetti ultrasessantacinquenni che si trovino nella situazione di difficoltà prevista per i minorenni.(art.6 del decreto legislativo 23 novembre 1988,n.509).
Il grado di invalidità è determinato in base ad apposita tabella approvata con decreto del Ministro della sanità 5 febbraio 1992. La legge considera diverse soglie di invalidità, in corrispondenza delle quali prevede diversi benefici.

- la soglia minima è quella di un terzo (34%). Con tale grado di invalidità si ha diritto alle prestazioni protesiche e ortopediche;
- la soglia del 46 % è prevista per l'iscrizione nelle liste speciali per l'assunzione obbligatoria al lavoro;
- almeno il 74% per il diritto all'assegno mensile in qualità di INVALIDO PARZIALE;
- il 100% per il diritto alla pensione di inabilità in qualità di INVALIDO TOTALE e, per i soggetti non deambulanti e non autosufficienti, per il diritto all'indennità di accompagnamento.

Il riconoscimento di invalidità civile non implica automaticamente anche il riconoscimento dello stato di handicap, né viceversa.

ZOONOSI

(fonte – U.O. Sanità Pubblica Veterinaria zona Alta Val di Cecina)

Le zoonosi che la Sanità Pubblica Veterinaria tiene istituzionalmente sotto controllo si suddividono in:

1-**Zoonosi classiche** quali: Tubercolosi , Brucellosi , Salmonellosi , Rabbia , Meningo Encefalite (West-Nile) che vengono monitorate sulle popolazioni di animali vivi o Echinococcosi, Cisticercosi, Trichinellosi , Listeriosi che vengono vigilate sugli alimenti di origine animale insieme a Tossinfezioni alimentari da vari agenti.

Tab1 - Zoonosi Classiche

<table>
<tr><td colspan="4">Zoonosi Classiche</td></tr>
<tr><td colspan="2">Monitorate su popolazioni di animali vivi</td><td colspan="2">Monitorate su alimenti di origine animale insieme a Tossinfezioni alimenteari</td></tr>
<tr><td>Tubercolosi</td><td>Meningo Encefalite</td><td>Echinococcosi</td><td>Listeriosi</td></tr>
<tr><td>Brucellosi</td><td>Rabbia</td><td rowspan="2">Cistecircosi</td><td rowspan="2">Trichinellosi</td></tr>
<tr><td colspan="2">Salmonellosi</td></tr>
</table>

2-**Zoonosi considerate recentemente come emergenti**, quali: Leishmaniosi, Leptospirosi, Toxoplasmosi , Bartonellosi , Chlamidiosi che vedono in causa animali domestici o sinantropi.

Tab2 - Zoonosi Emergenti

<table>
<tr><td colspan="2">Zoonosi Emergenti</td></tr>
<tr><td>Leishmaniosi</td><td>Leptospirosi</td></tr>
<tr><td>Toxoplasmosi</td><td>Bartonellosi</td></tr>
<tr><td colspan="2">Chlamidiosi</td></tr>
</table>

Situazione attuale

Nella nostra Zona non vi è stato più, ormai da anni, alcun caso di zoonosi classica quale Tubercolosi, Brucellosi , Rabbia e possiamo anche dare rassicuranti valutazioni per Echinococcosi, Cisticercosi, Trichinellosi per le quali non abbiamo più visto positività.

Per le Salmonellosi animali riscontriamo al contrario una persistente incidenza che ha visto due focolai in ovini ed un focolaio in avicoli, tutti comunque contrastati e risolti nel 2004.

Per la Listeriosi non abbiamo avuto allerte nate nel nostro territorio, ma abbiamo comunque operato su prodotti alimentari giunti da altre regioni; così come non abbiamo avuto alcun caso di altre Tossinfezioni alimentari.

In dettaglio:

1. Per le emergenti dobbiamo denunciare una vasta diffusione di Leishmaniosi e di Leptospirosi nei cani della nostra Zona, diffusione che comunque contrasta con una scarsità di casi documentati di trasmissione all'uomo;
2. abbiamo avuto notizia di casi di Bartonellosi (Malattia da graffio del gatto) e di elevata diffusione di elevati titoli anticorpali nell'uomo verso la Toxoplasmosi;
3. non ci risultano casi di Chlamidiosi nell'uomo anche se nel nostro ambiente, negli ovini, tale forma morbosa è molto diffusa.
4. l'ultimo focolaio sporadico di Brucellosi ovi-caprina risale al 2000 nel Comune di Volterra;
5. l'ultimo focolaio sporadico di T.B.C. bovina risale al 1994 nel Comune di Montecatini;
6. l'ultimo caso di Echinicoccosi negli animali regolarmente macellati nel mattatoio di Volterra risale al 2002 .

7. l’incidenza di Salmonellosi si mantiene costante con 2-3 focolai per anno; non tutti sono sostenuti da Salmonelle altamente patogene per l’uomo e quindi non tutti danno come conseguenza casi clinici di malattia zoonosica .
8. la Leishmaniosi ha un’elevatissima incidenza nei cani della nostra Zona, tanto è vero che il nostro territorio è stato considerato dall’Istituto Superiore di Sanità come territorio panendemico; anche se in misura ridotta, è presente diffusamente la Leptospirosi che vediamo meno come casi clinici grazie alla ampia copertura vaccinale che viene data ai cani allevati. Il Servizio Veterinario non conosce l’incidenza nella casistica umana di tali patologie, sicuramente zoonosi, ma, proprio per questo, potrebbero essere maggiormente studiate.
9. per Bartonellosi ed a Toxoplasmosi che vedono il gatto eventualmente incriminato non portatore di malattia clinica e quindi misconosciuto, sicuramente risultano esserci stati casi recenti: i casi umani dovrebbero devono essere ricercati dal settore di epidemiologia umana
10. la Chlamidiosi vede ampia diffusione negli ovini della nostra zona dove determina grave patologia ed aborto e dove gli allevatori si difendono con l’uso di vaccinazioni di massa; per questa patologia è minore il rischio per l’uomo, ma la sua presenza così ubiquitaria ed abbondante dovrebbe far analizzare meglio il rischio zoonosico.
11. Negli uccelli, dove più grave sarebbe il pericolo per un trasmissione all’uomo, le indagini che negli ultimi anni sono state effettuate nei volatili delle nostre cittadine (soprattutto piccioni) sono state invece rassicuranti.

Fonti informative e riferimenti bibliografici

1. Dati ISTAT – Demo - Demografia in cifre
2. Dati Anagrafi comunali
3. Quadro conoscitivo Alta Val di Cecina - Volterra, Castelnuovo Val di Cecina, Montecatini Val di Cecina (Osservatorio per le Politiche Sociali della Provincia di Pisa)
4. Rapporto sullo Stato dell'Ambiente 2003 della Provincia di Pisa
5. Piano di Sviluppo Socio-Economico 2004-2006 (Comunità Montana Alta Val di Cecina)
6. Materiale fornito da ARPAT- Dipartimento Provinciale di Pisa
7. Materiale fornito da A.S.A S.p.a
8. Dati Agenzia Regione Recupero Risorse (A.R.R.R)
9. Dati Autorità di Ambito Ambientale (ATO 5)
10. Dati Osservatorio Scolastico Provinciale
11. Dati forniti dall'Istituto superiore "G. Carducci"
12. Analisi della Struttura Economica della Provincia di Pisa (giugno 2004) - Camera di Commercio di Pisa
13. Dati forniti dal Centro Direzionale per l'Impiego della Provincia di Pisa
14. Relazione Sanitaria 2005 – U.S.L 5 Pisa
15. Dati forniti dalla U.O. Sistema Informativo dell'Azienda U.S.L. 5
16. Dati Agenzia Regionale di Sanità
17. Dati forniti dalle U.F. PISSL e ISPAN, Dipartimento Prevenzione Zona Alta Val di Cecina
18. Dati forniti dalla U.O. Riabilitazione Funzionale Zona Alta Val di Cecina
19. Dati forniti dalla U.F. Medicina Legale e dello Sport dell'Azienda U.S.L. 5
20. Dati forniti dalla U.O. Sanità Pubblica Veterinaria

Società della Salute
ALTA VAL DI CECINA

IMMAGINE di SALUTE

Una prima rappresentazione dei problemi di salute percepiti

Presa d'atto del documento nella Giunta del 16.12.2005

1. INTRODUZIONE

L'Immagine di Salute rappresentata in questo documento è, in estrema sintesi, l'interpretazione dello stato di salute percepita dalla popolazione che vive nel territorio dell'Alta Val di Cecina. Il lavoro pur essendo realizzato in tempi rapidi ha visto il coinvolgimento diretto di oltre 120 persone che hanno lavorato nei gruppi di lavoro appositamente costituiti, di tutte le componenti presenti nella Consulta del 3° settore e del Comitato di Partecipazione, pari rispettivamente a 47 e 13 rappresentanti, che hanno in forma collegiale integrato il lavoro dei gruppi, e di tutti i cittadini che hanno partecipato alle assemblee pubbliche organizzate nei diversi comuni della zona.
Pur consapevoli che il lavoro non è esaustivo, esso costituisce una buona base su cui la Società della Salute dell'Alta Val di Cecina deve sviluppare la programmazione delle attività per il 2006.
L'Immagine di Salute integra i dati oggetti rilevati nel Profilo di Salute (che è una fotografia sulla stato di salute della popolazione costruita a partire da una serie di dati oggettivi di natura statistica sulla demografia, ambiente, condizioni socio-economiche, stili di vita, stato salute ecc...) con informazioni relative "alla salute percepita" ossia cerca di rappresentare quali problemi di salute sono percepiti come maggiormente sentiti dalle persone che vivono in questo territorio.
La conoscenza dei problemi oggettivi sulla stato di salute (profilo) e di quelli percepiti dalla popolazione che vive sul territorio (immagine) costituiscono elementi essenziali del Piano Integrato di Salute, che è l'atto di programmazione attraverso il quale la comunità locale è chiamata a governare la salute, intesa nel senso di benessere fisico, psichico e sociale dei cittadini.

2. METODOLOGIA di LAVORO

La metodologia di lavoro seguita è stata quella di individuare 7 aree tematiche rappresentative di tutte le categorie sociali, con particolare attenzione a quelle che presentano problematiche specifiche:

1. Infanzia, adolescenza e famiglia
2. Disabilità
3. Salute Mentale
4. Dipendenze
5. Adulti e categorie a rischio di esclusione sociale
6. Anziani
7. Immigrazione

e per ogni area tematica realizzare una serie di analisi di gruppo, che raccogliessero la visione delle diverse componenti del "sistema salute " attraverso la presenza di alcuni testimoni chiave di tale sistema: politici e tecnici dei comuni e della Provincia, rappresentanti del terzo settore e dell' utenza, tecnici dei servizi dell'Azienda USL, MMG e PLS.
In ciascun gruppo erano rappresentati sia operatori che dirigenti dei servizi in modo da integrare una visione strategica con una visione sul campo dei problemi. Ogni gruppo aveva il compito di individuare, per la tipologia di popolazione di riferimento, le problematiche di salute prioritarie ed emergenti sul territorio dell'Alta Val di Cecina.
Ogni gruppo tecnico era composto da:

Un rappresentante del Servizio Sanitario Territoriale
Un rappresentante del Servizio Sociale
Un rappresentante dei Dipartimenti interessati all'area di lavoro
Un medico di medicina generale o un pediatra
Un funzionario in rappresentanza di tutti i Comuni
Un amministratore in rappresentanza di tutti i Comuni
Un rappresentante della Provincia

Un rappresentante delle associazioni di categoria
Un rappresentante di altre istituzioni interessate all'area di lavoro
Fino a cinque rappresentanti della Consulta del Terzo Settore
Un rappresentante Comitato di Partecipazione
Un membro della Segreteria Tecnica

I risultati del lavoro dei 7 gruppi tecnici è stato successivamente confrontato e presentato sul territorio attraverso consultazioni con i cittadini (sono state fatte 4 assemblee pubbliche, una per ogni comune) e con gli organi di partecipazione previsti nello statuto: Consulta del 3° settore, Comitato di Partecipazione e Conferenza dei Capigruppo. In questi incontri sono stati forniti ulteriori importanti e preziosi contributi che hanno integrato il lavoro dei gruppi. Di seguito quindi viene riportato una sintesi del lavoro prodotto dai gruppi tecnici integrato con le osservazioni emerse nelle diverse consultazioni.
I contributi tratti dall'Immagine di Salute completano quindi il quadro del Profilo di Salute che, insieme, consentono di raggiungere l'obiettivo di fondare la programmazione su una base di criticità e punti d forza delineati in maniera oggettiva ma anche partecipata e condivisa con un ampio numero di cittadini, testimoni del territorio.
Siamo tuttavia consapevoli che gli elementi del Profilo e dell'Immagine di Salute possono dare un quadro sicuramente sintetico e ancora imperfetto ma in ogni caso rappresentano una base di partenza attendibile per ulteriori approfondimenti e linee di ricerca, per un più ampio e consapevole confronto con l'intera comunità e per l'impostazione di un sistema di programmazione dei servizi maggiormente rispondente ai bisogni dei cittadini.

3. L'IMMAGINE DI SALUTE

L'Immagine di Salute è uno strumento che integra il Profilo di Salute in maniera originale e che caratterizza l'analisi sulla stato di salute a livello territoriale. Viene presentato suddiviso per le 7 aree tematiche, su cui è stato lavorato per analizzare le problematiche emergenti sul territorio, mettendo nello stesso tempo in evidenza gli aspetti comuni e trasversali alle diverse aree d'intervento.

3.1 I PROBLEMI TRASVERSALI

Da una lettura dei problemi emersi nelle diverse aree di intervento individuate emergono una serie di problemi trasversali che riportiamo di seguito:

1. Integrazione dei Servizi

Questo problema viene evidenziato nelle sue diverse sfumature e implicazioni nei vari gruppi di lavoro, negli incontri con gli organismi della partecipazione e nelle assemblee pubbliche. Non si tratta di un vero problema di salute quanto piuttosto della necessità di una diversa modalità di organizzazione dei servizi finalizzata al miglioramento della qualità e appropriatezza delle prestazioni.
Viene infatti evidenziato la necessità di migliorare l'integrazione tra:

- ✓ Servizi Sociali e Servizi Socio-Sanitari
- ✓ Ospedale e Territorio
- ✓ Medici di Medicina Generale e Servizi

2. Informazione e Comunicazione
Spesso è stata segnalata l'esigenza di potenziare tutte le forme di informazione e comunicazione, mettendo in evidenza la necessità di creare un Punto Unico di Accesso (PUA) e di migliorare la diffusione delle Carte dei Servizi già presenti.

3. Sostegno alla genitorialità e alle famiglie
La famiglia è stata vista come l'anello debole della società: nodo centrale verso cui dirigere i servizi e le azioni di sostegno. Sono stati infatti evidenziati nelle diverse aree di intervento problematiche legate a:

- ✓ Aumento famiglie monoparentali
- ✓ Aumento dei casi di famiglie in carico al servizio sociale, con situazioni di disagio (minori, anziani, disabili ecc..)
- ✓ Difficoltà economiche per le famiglie, con particolare riferimento alle famiglie immigrate
- ✓ "Immaturità" nell'educazione dei figli: difficoltà dei genitori a trasmettere ai propri figli le "certezze" di cui hanno bisogno per poter crescere
- ✓ tendenza all'isolamento e alla chiusura nell'affrontare i grandi problemi legati alla disabilità, salute mentale e dipendenze.

4. Problemi connessi alla casa e al lavoro
Il problema della "casa" e del "lavoro" emerge in tutte le aree tematiche. In particolare viene evidenziato:

- ✓ Emergenza abitativa generale: prezzi troppo elevati
- ✓ Pregiudizi evidenti nei confronti degli immigrati e ex-detenuti nel dare case in affitto, oppure richieste di affitto elevate
- ✓ Precarietà del lavoro: contratti a termine e senza tutela che non forniscono certezze future
- ✓ Difficoltà a realizzare inserimenti lavorativi per disabili, persone con disturbi mentali, ex-detenuti …

Una proposta emersa nelle consultazioni per muoversi verso la risoluzione del problema abitativo è quella del "contratto concordato", sul modello dell'esperienza effettuata dal Comune di Firenze, che prevede agevolazioni contributive (es. riduzione delle aliquote ICI) a coloro che affittano i propri appartamenti sfitti con questa metodologia.
Per il Comune di Volterra un utile strumento conoscitivo sulla disponibilità attuale di appartamenti è rappresentato dal piano strutturale.

5. Stili di vita
In modo trasversale viene evidenziata la necessità di avviare campagne informative sui corretti stili di vita riguardanti l'alimentazione, dipendenze da fumo, alcol e farmaci.

6. Trasporti pubblici
Il problema dei trasporti, date anche le caratteristiche del territorio dell'Alta Val di Cecina, è molto sentito sulla zona. In particolare vengono evidenziate le seguenti criticità:

- ✓ Difficoltà generale di mobilità sul territorio per coloro che non dispongono di un proprio mezzo o che non hanno la patente di guida (anziani, disabili, immigrati …) tenuto conto della parziale risposta del servizio pubblico
- ✓ Difficoltà nell'accesso ai servizi
- ✓ Difficoltà legati al sistema di viabilità e alla distanze.

7. Ambiente e ruralità del territorio dell'Alta Val di Cecina
Nell'ottica di un miglioramento della qualità della vita il ruolo dell'ambiente (naturale, culturale, sociale …) diviene prioritario. A tale proposito si rende necessaria la promozione di uno Sviluppo

Sostenibile della Zona attraverso la diffusione dell'educazione ambientale (anche grazie al Centro di Educazione Ambientale) e costruendo percorsi di valorizzazione della ruralità che caratterizza gran parte del nostro territorio.
Si sottolinea quindi l'importanza di "luoghi per servizi accentrati" che siano pensati per coloro che in questa zona così caratterizzata vivono e che garantiscono la permanenza di servizi essenziali (anche quindi nelle località più decentrate) gestiti secondo criteri di integrazione (es. servizi di prossimità, aree poli-funzionali destinate a momenti di socializzazione).

8. Il ruolo del volontariato

I Servizi Socio-Sanitari gravano sempre di più sul volontariato, ma la loro somministrazione non si può basare prevalentemente sul volontariato perché così facendo tende alla precarizzazione totale. Molte Associazioni offrono servizi che non sono di loro diretta competenza ma che sono finalizzati a colmare la lacune del Enti preposti, che non sempre hanno le risorse sufficienti. Al contempo ci sono azioni che invece non sono effettuate ma che potrebbero essere attivate.
Per queste ragioni si rende necessaria una indagine conoscitiva sull'associazionismo della Zona, che abbia lo scopo di verificare:

- ✓ La reale consistenza numerica dei volontari che operano nelle associazioni
- ✓ La capacità e la professionalità che i volontari possono mettere in campo e la loro tipologia
- ✓ L'età media dei volontari, connessa alle difficoltà vissuta oggi delle associazioni di integrare le risorse umane con nuove energie.

3.2 INFANZIA, ADOLESCENZA E FAMIGLIA

3.2.1 ALCUNI DATI SINTETICI

Per un analisi dei dati oggettivi si rimanda al documento sul Profilo di Salute.

3.2.2 PUNTI DEBOLI E PROBLEMI RILEVATI

1. **Problematiche legate all'alimentazione**

a. Necessità di promuovere campagne di educazione alimentare, coinvolgendo in primo luogo le famiglie.
b. Pesante influenza negativa della pubblicità sulle abitudini alimentari dei bambini.
c. Difficoltà nel creare occasioni di collaborazione fra il Dipartimento della Prevenzione ed i Pediatri di Libera Scelta, per un impegno congiunto in campagne di prevenzione sull'alimentazione.
d. Percezione "negativa" della mensa scolastica da parte dei bambini.

2. **Problematiche legate agli stili di vita**

a. Stili di vita sedentari anche per bambini ed adolescenti.

3. **Disagio delle famiglie**

a. Aumento dei casi di famiglie in carico al servizio sociale, con situazioni di disagio che vedono coinvolti anche minori (casi di abuso e maltrattamento).
b. Difficoltà economiche per le famiglie, con particolare riferimento alle famiglie immigrate.
c. Molte giovani coppie devono confrontarsi con la precarietà e l'incertezza dovute alla instabilità lavorativa (contratti a termine e senza tutele).
d. Accelerazione dei tempi di vita e difficoltà delle famiglie nel sostenerli.
e. Difficoltà dei genitori a trasmettere ai propri figli le "certezze" di cui hanno bisogno per poter crescere.
f. Le modalità di comunicazione adottate fino ad oggi per arrivare alle famiglie si rivelano spesso inadeguate (incontri deserti, convegni senza partecipazione…).
g. Per le famiglie monoparentali emerge il problema del sostegno economico derivante dalla eventuale unicità e limitatezza della fonte di reddito familiare. Le difficoltà non sono legate solo alla presenza di figli minorenni ma anche a quella di figli maggiorenni che hanno necessità di risorse per gli studi universitari.

4. **Difficoltà rilavate per l'infanzia**

a. Mancanza di servizi per bambini di età inferiore ai 18 mesi.
b. Non sufficiente disponibilità di posti presso l'asilo nido: necessità di aumentare i tempi di permanenza dei bambini in orario pomeridiano.
c. Eccessivo sovraccarico di impegni durante il tempo libero per i bambini dai 6 agli 11 anni. Questo porta i bambini a convivere con ritmi frenetici, difficili da sostenere anche da persone adulte, ed a perdere velocemente interesse verso le attività svolte.
d. Eccessiva parcellizzazione del tempo libero dei bambini: sensazione di vivere secondo regole imposte da altri anche durante il tempo libero.
e. Difficoltà per i bambini a ri/scoprire il gusto del gioco libero e della "sana" noia.
f. Tendenza delle famiglie a condizionare i bambini nel vivere l'attività sportiva con forte senso di competitività e aggressività.
g. Rilevazione da parte degli insegnanti di educazione fisica di problematiche fisiche conseguenti all'eccessivo accanimento sportivo cui i bambini/ragazzi sono stati sottoposti.

5.Problematiche adolescenziali

a. Aumento di comportamenti antisociali fra i ragazzi della scuola media: rilevazione di fenomeni di bullismo.
b. Uso di bevande alcoliche (talvolta anche assunte nell'inconsapevolezza della presenza di alcool) da parte di adolescenti.
c. Mancata percezione nei giovani dei danni legati al consumo dell'alcool.
d. Assenza di luoghi e attività per l'aggregazione giovanile (dai 14 anni in poi).
e. Assenza di servizi specifici rivolti all'adolescenza.
f. Incapacità di raggiungere i potenziali utenti del "consultorio adolescenti" (in particolare i ragazzi).
g. Precocità dei primi rapporti sessuali: il rapporto con il sesso viene vissuto più liberamente ma meno consapevolmente.
h. La Sessualità è un argomento che è stato molto poco discusso ma che ora è il momento di affrontare. Le forme di comunicazione adottate oggi dai giovani sono più virtuali che fisiche. La tendenza alla violenza in relazione alla sessualità è il risultato dell'esplosione di un cattivo orientamento.
i. Partecipazione e cittadinanza attiva dei giovani: l'assenza di percorsi di auto-educazione, rivolti all'adolescenza, che incentivino la cittadinanza attiva implica la necessità della realizzazione di progetti mirati alla riacquisizione di un ruolo attivo nella comunità di appartenenza.

6. Problematiche legate a disturbi del comportamento – apprendimento – patologie congenite

a. Costante e progressivo aumento degli accessi alla U.F. Salute Mentale Infanzia e Adolescenza. L'indicatore di prevalenza è di circa il 4% della popolazione. Gli accessi riguardano prevalentemente (40-50% dei casi) patologie neuropsicologiche (quali disturbi specifici del linguaggio, disturbi specifici, dell'apprendimento, ritardo mentale), ma anche patologie psichiatriche (30-40% dei casi) e patologie neurologiche (10-20% dei casi).
b. Scarsa frequenza e continuità nella presa in carico delle famiglie.
c. Carenza di attività di prevenzione secondaria per alcuni tipi di disturbo: il riconoscimento e il trattamento precoci di una patologia o di una distorsione dello sviluppo risultano più efficaci di quelli tardivi, sia in campo neuroevolutivo che psicopatologico e sono in grado di ridurre sia la disabilità residua che il carico assistenziale a lungo termine.
d. Necessità di una maggiore integrazione della rete dei servizi, in specifico: UF.Salute Mentale Infanzia e Adolescenza –UF.Salute Mentale Adulti, altri segmenti organizzativi della Az.USL (Servizio di Assistenza Sociale, MMG, Pediatri di Libera Scelta, Riabilitazione adulti, Laboratorio Ausili, GOIF) ed enti esterni della AUSL (scuole e associazionismo).
e. Necessità di una maggiore stabilità e continuità del personale della Zona, in specifico la figura del Neuropsichiatra Infantile.
f. Necessità di una riflessione puntuale sulle problematiche legate all'età evolutiva individuando risposte alle problematiche emergenti che evitino deleghe incrociate tra genitori, scuola ed altre istituzioni e premino atteggiamenti responsabili e coerenti ai rispettivi ruoli.

7. Problematiche riguardanti l'assistenza pediatrica

a. Necessità di prevedere percorsi integrati fra pediatria di base e pediatri ospedalieri, per garantire una maggiore e migliore risposta di assistenza ai bambini in età pediatrica presenti sul territorio. La criticità rilevata discende dalla impossibilità, imposta dalla normativa vigente, di poter avere per gli ambiti territoriali accorpati (Volterra – Montecatini e Pomarance – Castelnuovo V.C.) un secondo pediatra di libera scelta. Ad oggi le uniche

alternative attuabili (scelta in deroga Comune limitrofo, scelta del MMG, scelta 00) non rappresentano soluzioni che possano rispondere alle effettive esigenze dei bambini e delle loro famiglie.

b. Visti i problemi per la copertura del posto del PLS nelle zone periferiche del territorio, sarebbe utile la creazione di una rete di collaborazione fra PLS e MMG per sopperire all'assenza del pediatra durante i periodi di vacanza del servizio.
c. Necessità di garantire il "percorso nascita" durante tutto il primo anno di vita del bambino: fornire alla neo-mamma informazioni e consulenze, oltre che occasioni di confronto con altre madri con bambini della stessa età.

8. <u>Altre problematiche rilevate</u>

a. Problemi di integrazione e di inserimento dei bambini immigrati, soprattutto nel primo periodo di permanenza in Italia, per le difficoltà di comprensione della lingua e per la non conoscenza reciproca della cultura di appartenenza.
b. Tendenza ad attribuire alla scuola un carico di competenze che questa non può sostenere da sola. Molte funzioni potrebbero essere espletate dai genitori che spesso non si sentono sufficientemente preparati (es: educazione sessuale).
c. La socializzazione non rappresenta più un valore in sé; si esce solo con uno scopo. Tendenza delle famiglie all'isolamento.
d. Necessità di un' indagine sociologica più approfondita sui cambiamenti che hanno interessato in questi anni la famiglia.
e. Tutela del "Punto Nascita".
f. Potenziare l'attività dei Consultori Familiari, luoghi essenziali, integrati con le scuole e le famiglie, per la prevenzione dei disagi e la promozione della salute sulle tematiche dell'alimentazione, della sessualità e affettività ed attuare una capillare azione di informazione sull'esistenza e sulle funzioni di tali servizi, per rivitalizzare l'attività di prevenzione e di sostegno alle famiglie.
g. Necessità di conoscere l'avanzamento dei lavori di ristrutturazione del Presidio Ospedaliero, relativamente al reparto materno/infantile, e soprattutto la loro corrispondenza con gli impegni presi pubblicamente dalla Direzione dell'Azienda USL n.5. In particolare viene richiesto che alla fine dei lavori siano garantiti gli spazi da destinare alla degenza (pediatrica, ostetrica e ginecologica), la nursery, oltre ad un "blocco parto" ampliato e rispondente alle caratteristiche tecniche richieste per l'accreditamento. Altre soluzioni logistiche già prospettate prima dell'inizio della ristrutturazione in riferimento al progetto "Casa del Parto" (accorpamento Pediatria-Medicina, Ginecologia-Chirurgia) non vengono ritenute, a giudizio della Commissione Pari Opportunità di Volterra, rispondenti alle esigenze degli utenti.
h. Incentivare forme di educazione e promozione alla salute tra soggetti nell'età evolutiva, tra gli adulti (e genitori) e gli anziani che ponga in primo luogo l'idea di cittadino come soggetto attivo e partecipante rifuggendo qualsiasi progetto che consideri le persone quali meri fruitori di servizi induttori di bisogni.
i. Favorire la ritenzione e l'aumento di popolazione giovane si attraverso possibilità di lavoro al termine dei percorsi di studio sia attraverso la garanzia di una ottima qualità di vita.
j. Si rilevano difficoltà occupazionali che portano molti giovani a stabilirsi in altre zone, contribuendo in tal modo al decremento demografico del nostro territorio. Occorre quindi promuovere forme di lavoro stabile con diano soprattutto sicurezza e non precarietà.
k. Formazione professionale e orientamento al lavoro: il potenziamento degli sportelli informativi per l'orientamento professionale e formativo potrebbero sopperire alla mancanza di servizi che offrono percorsi specifici.

3.2.3 POSSIBILI SOLUZIONI PROPOSTE

1.<u>Problematiche legate all'alimentazione</u>

- Coinvolgere l'Az. USL 5, attraverso la U.O. Educazione Sanitaria, in progetti mirati di educazione alimentare.
- Individuare strumenti di comunicazione "nuovi" per raggiungere i bambini e le famiglie in modo più efficace.
- Sperimentare nuove forme di educazione alimentare (test di assaggio, creazione di uno slogan, un'agenda, un calendario,…). Abituare i bambini a sapori nuovi introducendo nei menù scolastici pietanze multietniche.
- Proporre giornate tematiche legate al tema dell'alimentazione, coinvolgendo anche le figure di riferimento dei bambini (mamme, nonne..) per la riscoperta di piatti tipici di sano ed equilibrato contenuto nutritivo.
- Investire sulla "controinformazione" rispetto a quanto viene proposto dalla pubblicità.

2.<u>Problematiche legate agli stili di vita</u>

- Coinvolgere l'Az. USL 5, attraverso la U.O. Educazione Sanitaria, in progetti da attivare sul territorio volti a promuovere corretti stili di vita.
- Creare occasioni di attività sportive che coinvolgano l'intera famiglia, in modo che, soprattutto le donne, possano conciliare meglio i tempi di vita (il tempo dedicato all'attività fisica viene vissuto come "sottratto" alla famiglia: creare occasioni di co-presenza in palestra o in piscina potrebbe incentivare la partecipazione).
- Promuovere incontri informativi con le famiglie, per "gettare i semi" di una corretta informazione (alcool, alimentazione, fumo, attività sportiva..).
- Necessità di sperimentare nuove forme di comunicazione anche sui corretti stili di vita: eventuale coinvolgimento di televisioni locali e stampa.

3.<u>Disagio delle famiglie</u>

- Creazione di gruppi per la genitorialità per portare più famiglie ad affrontare insieme problemi comuni.
- Ricostruire una "genitorialità condivisa": i bambini/ragazzi hanno bisogno di certezze, e spesso famiglia e scuola danno messaggi contraddittori.
- Attivare parallelamente interventi che coinvolgano i genitori ed i figli: agire solo su un versante non produce risultati positivi.
- Ripensarsi come società adulta: uscire dalla logica che vede gli adulti solo come possibili "consumatori" di prodotti. Uscire dalla logica del "consumo" anche nel rapporto con i figli: non ricoprirli di beni "materiali", ma trovare più tempo per parlare e per giocare con loro.
- Creare "sinergia di azioni" intorno alla famiglia (coinvolgimento servizi, istituzioni...) per ricreare principi comuni condivisi su cui fondare l'educazione dei figli.
- Investire nella continuità degli interventi a favore della famiglia: qualsiasi intervento (auto-aiuto, incontri formativi..), se è sporadico e non inserito dentro un percorso, non è efficace. Occorre programmare, casomai, pochi interventi, ma mirati, valutabili e misurabili.
- Progettare interventi nell'ottica di promuovere "Città Sostenibili", usufruendo di risorse che saranno messe a disposizione dalla Provincia di Pisa.

4. <u>Difficoltà rilevate per l'infanzia</u>

-

5. <u>Problematiche adolescenziali</u>

- Cambiare nome al Consultorio Adolescenti ed inserirlo nella scuola, dando la possibilità ai ragazzi di accedervi anche in orario di lezione. Il Consultorio potrebbe diventare, in questo

contesto, un punto di ascolto per gli adolescenti, che veda coinvolti docenti e specialisti della Az. USL (psicologo, ginecologo, assistente sociale..) all'interno del quale affrontare con tempestività i problemi in cui i ragazzi si trovano coinvolti. Auspicabile anche il coinvolgimento dei genitori, più pronti ad intervenire sul problema "vissuto" che non su problematiche di carattere generale.

- Coinvolgere nei progetti di prevenzione primaria rivolti agli adolescenti gli operatori sportivi, le scuole di musica ed ogni altra organizzazione ritenuta significativa dai/le ragazzi/e.
- Coinvolgere gli "opinion leader" dei/delle ragazzi/e delle scuole medie nella programmazione che li riguarda.
- Collaborare con il mondo dell'associazionismo per creare occasioni di socializzazione per i/le ragazzi/e.

6. <u>Problematiche legate a disturbi del comportamento – apprendimento – patologie congenite</u>

- Sono in fase di realizzazione alcuni protocolli di intesa con il Servizio di Assistenza Sociale e alcune scuole del territorio, mentre altri protocolli di intesa sono in uno stato iniziale di avanzamento (Laboratorio Ausili,UORF).
- Disponibilità da parte degli operatori della UFSMIA a programmare attività di formazione per gli insegnanti, brevi ma centrate su problematiche concrete e rilevanti.
- Disponibilità da parte delle scuole, ed in specifico delle scuole dell'infanzia, a progetti di prevenzione secondaria (un progetto relativo ai disturbi specifici dell'apprendimento è in atto da tempo con l'Istituto Comprensivo di Pomarance) che consentano l'individuazione precoce di alcune patologie ed il corretto invio, se necessario, al servizio.
- I rapporti di collaborazione recentemente istaurati con il Direttore dell'UO di Pediatria (Presidio Ospedaliero di Pontedera) dovrebbero consentire un maggiore e migliore scambio di informazioni tra le due strutture organizzative ed i Pediatri di Libera Scelta, anch'esso teso alla prevenzione secondaria ed al corretto invio al Servizio.
- Per quanto riguarda la prevenzione primaria, sarebbe opportuno organizzare attività di sostegno alla genitorialità in collaborazione con le scuole, finalizzate alla prevenzione specifica di disturbi neuropsicologici epidemiologicamente rilevanti. L'assenza di una U.F. Consultoriale nell'AUSL pone alcuni problemi legati a richieste di partecipazione ad attività di promozione della salute non specifiche. Data l'attuale situazione di carenza di personale non è possibile attuare interventi non pertinenti allo specifico mandato dell'U.F., che ha come compito precipuo e non derogabile quello della presa in carico di pazienti affetti da disturbi neuropsichici e psicopatologici.

7. <u>Problematiche riguardanti l'assistenza pediatrica</u>

- Integrare al meglio le risorse disponibili sul territorio (pediatria ospedaliera e assistenza pediatrica di base).
- Creare una maggiore unità di raccordo fra i reparti di ginecologia/ostetricia e pediatria, per approfondire insieme le problematiche che coinvolgono i bambini nel primo anno di vita.

8. <u>Altre problematiche rilevate</u>

-

3.2.4 PUNTI DI FORZA E RISORSE RILEVATE

- ✓ Forte presenza nella zona di associazionismo, che rappresenta un'importante supporto per le famiglie (es. attività extra-scolastiche…)
- ✓ Impegno delle associazioni sportive in campagne di informazione (sport contro il fumo, campagne contro il doping….)

- ✓ La lunga e proficua esperienza di collaborazione con la scuola e gli altri servizi, anche se attualmente non regolata, è il punto di forza maggiore cui fare riferimento per affrontare le problematiche legate a disturbi del comportamento – apprendimento – patologie congenite.
- ✓ Relativamente a spazi e attività per aggregazione, nella zona sono andate crescendo negli ultimi anni le strutture poli-funzionali (centri giochi educativi, "Le Spighe", "L'Agresto") all'interno delle quali hanno avuto luogo e sono in programma molte attività rivolte ai cittadini di varie fasce di età, comprese infanzia e adolescenza. Inoltre nel corso del 2005 (gennaio- giugno) l'associazione ARCI stufi di Pomarance ha organizzato "un mercoledì di divertimento" presso i locali dell'oratorio: il progetto prevedeva attività di gioco rivolte ai bambini delle scuole elementari.

3.2.5 POSSIBILI SVILUPPI

Investire sulla prevenzione (educazione alimentare, corretti stili di vita..) in maniera costante e continuativa, per poter incidere in maniera determinante sulla "formazione culturale" delle famiglie.

3.3 DISABILITA'

3.3.1 ALCUNI DATI SINTETICI

Per un analisi dei dati oggettivi si rimanda al documento sul Profilo di Salute.

3.3.2 PUNTI DEBOLI E PROBLEMI RILEVATI

1. Barriere architettoniche

a. Nonostante l'incremento dell'attenzione per questo tema si continuano a riscontrare limitazioni negli accessi a servizi o strutture destinate all'uso pubblico (locali per il tempo libero, punti vendita, trasporti, servizi culturali, ecc.). Sono ancora presenti barriere di comunicazione e di informazione per le persone con limitazioni intellettive o sensoriali che non sono necessariamente in stato di disabilità accertata (barriere sensoriali). È stata segnalata in particolare la presenza di barriere architettoniche nella piscina di Larderello (utilizzata dalla UISP nei progetti di attività motorie per disabili).
b. La Cooperative Larderello Mare, attuale gestore della piscina di Larderello, si sta operando per fornire soluzioni provvisorie che permettano la fruizione della struttura anche a coloro che hanno problematiche connesse alla disabilità. Il servizio offerto risulta comunque sempre fortemente limitato in conseguenza dal fatto che gli utenti disabili non hanno la possibilità di accedere alle docce e ai servizi igienici. Occorre verificare la prospettiva di una ristrutturazione totale dell'impianto.

2. Dopo di noi

a. Il "Dopo di noi" rappresenta l'assillo di tutte le famiglie nelle quali vive un portare di handicap (fisico, psichico o sensoriale). Lo studio di risposte, unito all'azione di sensibilizzazione e di incoraggiamento costante sono azioni prioritarie, ad evitare ricoveri impropri in strutture per anziani non autosufficienti, o la creazione di nuove strutture tutelari a prevalente valore assistenziale.

3. Autonomia

a. Scarso supporto per vivere la quotidianità (es: prescrizione e ritiro farmaci).
b. Aumento dell'impegno per le famiglie quando i soggetti disabili a loro carico superano i 25 anni e finiscono il percorso scolastico.
c. Molte famiglie chiedono che la durata delle attività estive sia estesa all'intera giornata: nei mesi estivi infatti le occasioni di relazione e socializzazione sono assai limitate. Chiedono inoltre di partecipare, a costi ragionevoli e con il supporto necessario ai disabili, anche ad attività svolte da soggetti del terzo settore.
d. Il sistema di trasporti (che già presenta carenze per tutti i cittadini del territorio) non è pensato per essere fruito anche da soggetti disabili.

4. Inserimenti lavorativi

a. Gli inserimenti lavorativi di soggetti disabili sono scarsi e talvolta inefficaci.
b. La normativa vigente in materia viene interpretata dalle aziende come un'imposizione e questo porta spesso al fallimento degli inserimenti lavorativi. Invece di essere integrato il soggetto si trova nuovamente "etichettato" (e di conseguenza isolato) per la sua condizione di disabilità.

5. Altre problematiche rilevate

a. Integrazione dei servizi: insufficiente coinvolgimento e valorizzazione del ruolo dei Medici di Medicina Generale nell'elaborazione dei PARG effettuati dal GOM.
b. Integrazione sociale: scarsa integrazione sociale per i soggetti disabili al momento dell'uscita dal mondo della scuola. L'allungamento della permanenza degli studenti disabili nelle scuole

superiori (anche oltre i venti anni) rappresenta una "risorsa" ma comporta allo stesso tempo un ritardo per l'inserimento in attività di pre-formazione e formazione professionale.

c. Famiglie: insufficiente coinvolgimento delle famiglie (singole o aggregate) sui bisogni principali dei disabili.

d. Personale dei servizi: carenza nell'assegnazione di personale socio-sanitario (neuropsichiatra, psicologo, assistente sociale e logopedista) per garantire una maggiore continuità sulla Zona.

e. Insegnanti di sostegno: connesso alle caratteristiche del nostro territorio emerge il problema dell'assegnazione degli insegnanti di sostegno che in alcuni casi sono in numero inferiore al reale fabbisogno (garantito per legge) oppure assegnate a plessi scolastici molto distanti fra loro (es: Volterra - Monteverdi Marittimo).

f. Centri diurni:

- necessità di una riflessione congiunta sui centri diurni (sia handicap che salute mentale) per verificare la possibilità di una maggiore articolazione e flessibilità, soprattutto nella logica dei servizi finalizzati a far acquisire la maggiore autonomia possibile agli utenti.
- spesso le famiglie si mostrano reticenti all'inserimento dei propri familiari nei centri diurni poiché queste strutture ospitano prevalentemente soggetti in stato di gravità, ponendo dubbi sull'appropriatezza dei percorsi per i soggetti meno gravi.
- i soggetti ospitati sono compresi in un'ampia fascia di età, così che persone giovani vengono a trovarsi insieme a ultra-cinquantenni.

g. Informazione sui diritti e sui servizi: necessità di una maggiore informazione sui diritti dei soggetti disabili e sui servizi a loro destinati.

h. Sessualità: La percezione della sessualità da parte dei soggetti disabili in Italia è un aspetto poco considerato anche se crea problemi sia alla persona disabile che alla sua famiglia. Si sottolinea la necessità di approfondire questo aspetto.

3.2.3 POSSIBILI SOLUZIONI PROPOSTE

1. Barriere architettoniche

- Far applicare la legge all'atto della costruzione o della ristrutturazione degli edifici di uso pubblico (la legge sulle barriere architettoniche risale al 1978) ed eventualmente avvalersi delle forme dissuasive previste, prima di autorizzarne il funzionamento.
- Leggere i servizi del territorio (scuola, tempo libero, strumenti di comunicazione e di informazione, anche digitale, ecc.) dal punto di vista dei disabili che hanno diritto a svolgere la vita quotidiana nelle condizioni di migliore autonomia possibile.
- Individuazione di specifici percorsi all'interno dei centri abitati su cui mirare gli interventi di abbattimento delle barriere architettoniche (es. percorsi per raggiungere le scuole).

2. Dopo di noi

- Programmazione di uno studio di epidemiologia sociale sulla condizione di disabilità nel territorio dell'Alta Val di Cecina, che effettui un confronto fra le zone prendendo in considerazione elementi importanti come l'andamento dello stato di disabilità rispetto alla diagnosi, la condizione sociale, lo stato di gravità, la condizione di autonomia, ecc. In particolare dovrebbe essere concentrata l'attenzione sulle fasce di età comprese fra 35 e 60 anni, in modo da poter avviare proposte che permettano di fare delle previsioni sulla potenziale utenza del "Dopo di noi…" e sul fabbisogno di servizi per l'autonomia.
- Incominciare ad individuare un percorso per la creazione non di strutture protette ma di strutture che garantiscano l'indipendenza protetta.
- Costituzione di una regia istituzionale per avviare risposte di valore universalistico ed equo e per garantire solidarietà fra le istituzioni territoriali, in modo da creare risposte fruibili efficacemente nella zona al di là dei tradizionali confini municipali.

3.Autonomia/famiglia

- Investire nella progettualità personalizzata (Piani Personalizzati di Assistenza) a cui partecipi, con "poteri riconosciuti contrattualmente", anche la famiglia (es: sottoscrizione dei piani come già accade per i programmi individualizzati per la scuola).
- Estendere il più possibile l'informazione sui servizi (di tempo libero, di aggregazione, di apprendimento) anche alle famiglie ed alle associazioni che rappresentano i disabili.
- Attuare verifiche degli effettivi risultati raggiunti da progetti che hanno come obbiettivo lo sviluppo dell'autonomia. Tali risultati devono essere letti come incremento delle capacità di gestire (per quanto possibile) la cura ed il controllo del proprio corpo, l'alimentazione (compreso l'acquisto e la preparazione dei cibi e le altre azioni elementari di ménage), le attività sociali e socializzanti presenti nel territorio (andando oltre quelle specifiche di "categoria").
- Costruire percorsi per il sostegno alla vita indipendente e all' autosufficienza (es: creazione di laboratori, serre, ecc.) con il coinvolgimento del volontariato.
- Sviluppare l'autonomia all'esterno della famiglia attraverso il potenziamento della programmazione dei soggiorni estivi, mantenendo prezzi onesti per le famiglie (es: attivare incontri con AGESCI, Diocesi, ARCI, ecc.)
- Creare uno **sportello informativo handicap** (anche telefonico, con un numero verde pubblicizzato adeguatamente e costantemente nel tempo) per informare sui diritti (anche dal punto di vista legale) e sulle modalità per farli valere.
- Costruire una rete di sostegno che veda la Società della Salute come soggetto intermediario fra servizi e utenza (es: MMG/farmacisti/ volontariato per la consegna gratuita dei farmaci a domicilio) .
- Istituire un servizio di trasporto a chiamata progettato sulla base di esperienze realizzate altrove (es: Provincia di Roma).

4. Inserimento lavorativo

- Le priorità in questo campo sono il coordinamento sistematico e sinergico fra la Scuola, la preformazione, la formazione, il collocamento mirato e gli enti e le aziende pubbliche e private ed il settore non profit. In questo il lavoro della commissione legale assume un ruolo di proposta e di orientamento di percorso determinante con l'apporto professionale dei servizi sociali.
- Elaborazione di un unico *piano di sviluppo comunitario* che rappresenti l'opportunità di integrazione fra le politiche presenti nel Piano di Zona, nel Programma delle Attività Territoriali, nel Piano dell'Offerta Formativa, nel Programma di Sviluppo Territoriale.
- Costruzione di un rapporto costante con le associazioni dei datori di lavoro (industria, artigianato, agricoltura, servizi…) e le organizzazioni dei lavoratori, oltre che il mantenimento di rapporti privilegiati con le cooperative di tipo B.
- Proporre alle aziende percorsi formativi per specifiche figure che abbiano il ruolo di "facilitatori" per il reale inserimento dei soggetti disabili nella realtà lavorativa.

5. Altre problematiche rilevate

- Integrazione dei servizi: rendere operativi gli strumenti di integrazione sulla base delle indicazioni contenute in protocolli esistenti (vd. "progetto obiettivo handicap") ed elaborare eventuali nuovi strumenti in funzione delle caratteristiche della Zona (es: protocollo operativo zonale).
- Integrazione sociale: elaborazione di progetti per l'assistenza fuori da scuola che coinvolga soggetti fra i 14 e i 20 anni.
- Personale dei servizi: incremento del personale socio-sanitario essenziale (neuropsichiatria, psicologo, assistente sociale, logopedista).
- Insegnanti di sostegno: portare il problema dell'assegnazione delle insegnanti di sostegno all'interno del GLIP (Gruppo di Lavoro Interdisciplinare Provinciale) proponendo criteri per

l'assegnazione che non si basino solo sul rapporto numerico ma anche sulle caratteristiche territoriali. Si tratta di un gruppo i cui membri rappresentano Provveditorato agli Studi, Provincia, Azienda USL, Associazioni di volontariato; è previsto dall'accordo di programma per l'integrazione scolastica.

- Centri diurni: differenziare l'utenza dei centri diurni in funzione di specifiche fasce di età, avviando un percorso con gli operatori che conduca all'individuazione di modalità di lavoro diverse dalle attuali.

3.3.4 PUNTI DI FORZA E RISORSE RILEVATE

✓ **Barriere architettoniche**
- Alcuni studi fatti nell'ambito del progetto "Ventaglio" (Piani di Zona) per il censimento delle barriere architettoniche presenti a Volterra e a Pomarance.
- Disponibilità di professionisti del settore edilizio a collaborare anche volontariamente.
- Disponibilità di documenti e studi in materia curati da associazioni di disabili.
- Disponibilità dell'Istituto Superiore per Geometri a realizzare momenti di sensibilizzazione e di formazione mirata per i futuri professionisti.
- Cogliere l'opportunità del percorso di approvazione del Piano strutturale per intervenire a sostegno di una lettura del territorio che tenga di conto delle esigenze di categorie deboli.

✓ **Dopo di noi**
- Pubblicazione degli atti del congresso " Le persone ombra…e dopo di noi?" (comprendenti il contributo delle famiglie, degli operatori, degli EE.LL. e dei soggetti del terzo settore)**.** Nel volume sono presenti anche ipotesi di forme organizzative per il Dopo di Noi.
- E' stato fatto anche un incontro tecnico di chiarificazione sulle Fondazioni di Partecipazione come forma gestionale equa ed efficace per gestire servizi e strutture del Dopo di Noi. Sono disponibili presso l'Associazione Mondo Nuovo statuti ed indirizzi di esperienze simili.

✓ **Autonomia**/famiglia
- Casa delle Autonomie, corsi di cucina, laboratori e corsi di informatica, occasioni socializzanti (gite, feste, incontri), organizzate nel corso dell'anno.
- Disponibilità da parte dell'Associazione Mondo Nuovo a supportare e approfondire l'organizzazione delle attività estive.
- Progetti del Piano di Zona (UISP, Casa delle Autonomie, Ventaglio…)
- E' in via di elaborazione il progetto sperimentale "BUXI" di trasporto a chiamata (nell'ambito del PIR "Armonizzazione tempo e spazio").

✓ **Personale dei servizi**
- Tutti coloro che si sono rivolti al Servizio hanno ottenuto risposte ai loro bisogni, non c'è quindi quota di domanda inevasa. Gli interventi più richiesti sono interventi educativi, aiuto alla persona, prestazioni riabilitative.
- Gli educatori professionali rappresentano una grossa risorsa per la Zona: ogni distretto ha una dotazione autonoma di educatori (elemento differenza con la Valdera e la Zona Pisana).
- Gli operatori del servizio civile volontario vengono impegnati dal Comune per colmare le carenze di organico nell'assistenza scolastica.

✓ **Inserimenti lavorativi**
- Mappatura delle aziende presenti sul territorio.
- Esperienze fatte che devono essere valorizzate per superare le difficoltà e che sono da estendere a molti settori produttivi.

- ✓ **Famiglie**
  L'associazione Mondo Nuovo rappresenta un importante punto di riferimento per il coinvolgimento delle famiglie nelle problematiche relative alla disabilità.

- ✓ **Villa Giardino**
  Rappresenta una struttura polifunzionale con grandi potenzialità di sviluppo.

- ✓ **Volontariato**
  La sua presenza diffusa costituisce un forte tessuto sociale nella Zona.

3.3.5 POSSIBILI SVILUPPI

- ❖ **Dopo di noi**
  - Realizzare azioni di informazione ed approfondimento con le famiglie interessate per scegliere insieme le soluzioni migliori garantite dal coinvolgimento degli Enti Locali.
  - Far diventare Villa Giardino la possibile struttura del "Dopo di noi".

- ❖ **Autonomia**
  - Trasformare la Casa delle Autonomie da progetto sperimentale a realtà definitiva.
  - Sviluppare il lavoro per Piani Personalizzati di Assistenza che prevedano obbiettivi misurabili per il perseguimento delle autonomie possibili.
  - Approfondire e attivare le funzioni di Amministrazione di sostegno.

- ❖ **Progetti del Piano di Zona**
  - Dare continuità ai progetti.
  - Riprendere la struttura e i contenuti del "Progetto Ventaglio" per sviluppare una buona pratica, sia in termini di contenuti che di modalità operative.

NOTA METODOLOGICA GENERALE

a) Individuare modalità di programmazione e progettazione che:
   I. evitino di creare interventi o azioni dedicate solo ai disabili (che conducono alla "ghettizzazione") bensì favoriscano modalità di lavoro che portino i soggetti disabili a contatto con alte categorie di cittadini;
   II. differenzino gli interventi per fasce di età, individuando quelli già in atto e andando a colmare le eventuali lacune.

b) Lavorare su numeri piccoli obbliga a progettare i servizi "a livello individualizzato", richiedendo un consistente impegno di risorse.

c) Dare importanza alla massima comunicazione per valorizzare le esperienze fatte o in atto.

CONCLUSIONI

Le priorità emerse al temine del lavoro del gruppo sono state quindi:

1. Continuità dei progetti dei Piani di Zona
2. Abbattimento delle barriere architettoniche e sensoriali
3. Sviluppo dell'autonomia all'esterno delle strutture
4. Dopo di noi…
5. Inserimento lavorativo

3.4 SALUTE MENTALE

3.4.1 ALCUNI DATI SINTETICI

Per un analisi dei dati oggettivi si rimanda al documento sul Profilo di Salute.

3.4.2 PUNTI DEBOLI E PROBLEMI RILEVATI

1. Problema abitativo

E' relativo a diversi aspetti:

a. Casa: i pazienti autosufficienti hanno spesso difficoltà a trovare una casa (problema condiviso con altre categorie di cittadini). La vastità del territorio rende difficile la continuità assistenziale e la costanza delle terapie per soggetti che abitano in zone decentrate; ciò suggerisce la necessità di trovare per questi soggetti soluzioni abitative più vicine a Volterra. La propria casa rimane infatti il luogo di cura più adeguato.
b. Casa famiglia: attualmente lo spazio in casa famiglia è insufficiente alle necessità di differenziazione dell'utenza in base ai diversi bisogni; in un ottica riabilitativa alcuni utenti della residenza Morel 2 dovrebbero essere trasferiti in casa famiglia, ma lo spazio attuale non lo permette.
c. Residenza assistita: nata come struttura di ricovero per ex O.P. si è trasformata nel tempo fornendo talvolta risposte anche a situazioni di emergenza abitativa o sociale (ricoveri inappropriati).

2. Inserimento lavorativo (D)

a. Gli inserimenti lavorativi socio-terapeutici sono spesso inefficaci perché sono percorsi che hanno una durata limitata nel tempo; non hanno quindi come obiettivo l'inserimento effettivo. Questo anche in conseguenza del fatto che in passato gli inserimenti lavorativi erano un modo per mantenere un contributo economico agli ex O.P.
b. La normativa vigente in materia viene interpretata dalle aziende come un'imposizione e questo porta spesso al fallimento degli inserimenti lavorativi. Invece di essere integrato il soggetto si trova nuovamente "etichettato" (e di conseguenza isolato).

3. Famiglia

Le famiglie che hanno al loro interno persone con disagi mentali mostrano spesso un atteggiamento di chiusura e godono di scarso sostegno nell'affrontare i problemi.

4. Integrazione sociale

a. Forte radicamento del pregiudizio nei confronti di persone che hanno problemi di salute mentale.
b. Rischio di "discriminazione" ulteriore di alcuni soggetti anche quando vengono coinvolti in progetti dedicati (es: favorire il coinvolgimento nelle attività di coloro che mostrano maggiori capacità).

5. Centri diurni (D)

a. Necessità di una riflessione congiunta sui centri diurni (sia handicap che salute mentale) per verificare la possibilità di una maggiore articolazione e flessibilità, soprattutto nella logica dei servizi finalizzati a far acquisire la maggiore autonomia possibile agli utenti.

b. I soggetti ospitati sono compresi in un'ampia fascia di età, così che persone giovani vengono a trovarsi insieme a ultra-cinquantenni.

6. **Fasce di età 25-50 anni**
   a. Adulti con problemi di natura psichiatrica in queste fasce di età: quali servizi e quale conoscenza del fenomeno?
   b. Il disagio da disadattamento lavorativo rappresentano un fenomeno sommerso che sta assumendo dimensioni consistenti.

7. Problema del "Dopo di noi (D)

Rappresenta l'assillo di tutte le famiglie nelle quali vive un portare di handicap (fisico, psichico o sensoriale). Lo studio di risposte, unito all'azione di sensibilizzazione e di incoraggiamento costante sono azioni prioritarie, ad evitare ricoveri impropri in strutture per anziani non autosufficienti, o la creazione di nuove strutture tutelari a prevalente valore assistenziale.

8. Ex O.P.

Salvaguardare e garantire il benessere delle persone che rappresentano il residuo dell' ex Ospedale Psichiatrico (sono presenti 30 persone ospitate in RSA Pubbliche e Private), mantenendo condizioni di vita rispettose delle loro necessità e dei loro riferimenti affettivi.

9. Progetto IESA (inserimento eterofamiliare supportato da adulti)

Insufficiente adesione al progetto che realizza percorsi terapeutico-riabilitativi con una modalità alternativa rispetto agli interventi più tradizionali.

3.4.3 POSSIBILI SOLUZIONI PROPOSTE

1. Problema abitativo

- Casa famiglia: verificare la possibilità di acquisire l'appartamento (attualmente disabitato) che si trova sopra all'attuale casa famiglia.
- Residenza assistita: verificare la possibilità di trasformare il Morel 2 in una *comunità terapeutica sovra-zonale* per pazienti giovani (18-50 anni) psicotici e con disturbi comportamentali. Per fare questo è necessario avviare un piano di dimissioni e trasferimenti in strutture più adeguate di soggetti che hanno bisogni più assistenziali che riabilitativi (in particolari soggetti ultrasessantenni).

2. Famiglia / Integrazione sociale

- Avvicinare le famiglie attraverso iniziative che le aiutino a capire che l'argomento salute mentale è un argomento "toccabile" e non un tabù.
- Iniziare un percorso per la cancellazione dello stigma della malattia mentale.
- Creare una progettualità che stimoli le persone con disagi mentali e ne esalti le potenzialità.

3. Centri diurni (D)

- I bisogni degli utenti della psichiatria non sono sempre sovrapponibili a quelli di soggetti disabili: unire e riorganizzare l'utenza dei due centri per fasce di età potrebbe essere controproducente al percorso riabilitativo. Potrebbero però essere valutate soluzioni di inserimenti parziali sempre comunque in funzione dei bisogni (punto di vista tecnico).
- Valutare con gli operatori la possibilità di differenziare l'utenza dei centri diurni in funzione di specifiche fasce di età, avviando un percorso con gli operatori che conduca all'individuazione di modalità di lavoro diverse dalle attuali senza l'impiego di risorse aggiuntive (punto di vista delle famiglie).

- Trasformare il centro diurno in un *luogo virtuale* in cui cioè viene effettuata solo la programmazione di attività riabilitative che devono essere però svolte all'esterno, in mezzo alla gente.

4. <u>Fasce di età 25-50 anni</u>

- Creare una collaborazione maggiore tra dipartimento di Salute Mentale e Associazioni di Volontariato presenti nella nostra zona. La creazione di una rete a sostegno di queste persone potrebbe a sua volta cambiare il pensiero e il preconcetto di ciascuno di noi nei confronti di chi ha problemi di salute mentale.
- Creazione di un Centro di Ascolto per le patologie da disadattamento lavorativo.

<u>5. Dopo di noi</u> (D)

- Programmazione di uno studio di epidemiologia sociale sul fenomeno della salute mentale nel territorio dell'Alta Val di Cecina, che effettui un confronto fra le zone prendendo in considerazione elementi importanti come l'andamento della patologia dal momento della diagnosi, la condizione sociale, lo stato di gravità, la condizione di autonomia, ecc. In particolare dovrebbe essere concentrata l'attenzione sulle fasce di età comprese fra 35 e 60 anni, in modo da poter avviare proposte quanto più possibile adeguate alla potenziale utenza del "Dopo di noi…" e al fabbisogno di servizi per l'autonomia.
- Incominciare ad individuare un percorso per la creazione non di strutture protette ma di strutture che garantiscano l'indipendenza protetta.
- Costituzione di una regia istituzionale per avviare risposte di valore universalistico ed equo e per garantire solidarietà fra le istituzioni territoriali, in modo da creare risposte fruibili efficacemente nella zona al di là dei tradizionali confini municipali.

3.4.4 PUNTI DI FORZA E RISORSE RILEVATE

✓ **<u>Inserimento lavorativo</u>**

E' è in corso di realizzazione un progetto formativo dell'Azienda USL 5 per operatori di Salute Mentale, Servizio Sociale e Ser.T finalizzato alla creazione di un "ufficio lavoro" centralizzato, punto di incontro della domanda e dell'offerta. Questo promuoverà inserimenti lavorativi previsti da specifici strumenti legislativi (es: legge 68/99).

✓ **<u>Famiglia</u>**

progetto Auto/Aiuto.

✓ **<u>Integrazione sociale</u>**

- "La vita a colori" (contenuti e metodo).
- "Fatti di Sport" (contenuti e metodo).
- Piano di Zona (es: attività teatrale nelle scuole e in collaborazione con il centro diurno, realizzate da "Teatro di Nascosto").
- "Coralmente Abili".

✓ **<u>Efficienza del Servizio</u>**

A partire dagli anni 1996-1997 si è registrato un aumento dell'utenza del Dipartimento Salute Mentale non correlata ad un aumento del fenomeno bensì alla migliore risposta fornita dal Servizio.

3.4.5 POSSIBILI SVILUPPI

- **Famiglia**
  Sviluppare il progetto di Auto-Aiuto potrebbe contribuire al coinvolgimento e al sostegno delle famiglie.

- **Integrazione sociale**
  - Cambiare il pensiero e il preconcetto di ciascuno di noi nei confronti delle persone che hanno problemi di salute mentale: è importante vedere le persone in una nuova ottica.
  - Inserire a livello scolastico attività tipo "la Vita a colori" per sensibilizzare i giovani verso queste tematiche e aiutarli e vedere il problema di salute mentale come un qualsiasi altro problema di salute.

NOTA METODOLOGICA GENERALE

a) Individuare modalità di programmazione e progettazione che differenzino gli interventi per fasce di età, individuando quelli già in atto e andando a colmare le eventuali lacune.
b) Il fatto di lavorare su numeri piccoli obbliga a progettare i servizi "a livello individualizzato", richiedendo un consistente impegno di risorse (D).

CONCLUSIONI

Le priorità emerse al temine del lavoro del gruppo sono state quindi:

1. Strutture abitative e di ospitalità
2. Inserimento lavorativo
3. Sviluppare il Progetto di Auto/Aiuto per sostegno alle famiglie
4. Attivare un cambiamento culturale nei confronti dei problemi connessi alla salute mentale

Nota: (D) = problemi emersi anche nel GTL Disabilità

3.5 DIPENDENZE

3.5.1 ALCUNI DATI SINTETICI

Il fenomeno della tossicodipendenza si è profondamente modificato negli ultimi anni; dieci anni fa il problema era fondamentalmente quello dell'utilizzo di eroina ed i Servizi per le tossicodipendenze sono stati creati sul modello del "paziente eroinomane".
Oggi le cose sono cambiate: assistiamo al riemergere di "Vecchie droghe" (cocaina, MDMA ecc) usate in maniera nuova (fumo, inalazione, ecc.) e ridefinite "Nuove droghe". Si parla di Politossicodipendenza, cioè abuso di molte sostanze contemporaneamente: il tossicodipendente oggi è integrato nel tessuto sociale e lavorativo di riferimento, di solito ha famiglia, usa le sostanze di preferenza nei week-end ed il tutto è tenuto insieme dall'abuso di alcol. L'utilizzo endovenoso è sempre meno utilizzato e il poliassuntore non si sente tossicodipendente, non riconosce i Servizi come luoghi di cura per lui e li percepisce come strumenti rivolti esclusivamente alla cura della dipendenza da eroina per via endovenosa.
I Servizi hanno modificato la loro strutturazione per poter dare una risposta a questo nuovo tipo di utenza; nel caso dell'Azienda USL 5 di Pisa sono stati creati dei Centri di Ascolto (uno in ciascuna Zona), strutture esterne al Ser.T. a cui ci si può rivolgere liberamente in orari dedicati (si veda foglio di accoglienza).
I problemi della Zona Alta Val di Cecina e la loro entità non differiscono sostanzialmente da quelli del resto di Italia. Da una ricerca effettuata nel 2003 è emerso che circa il 50% dei ragazzi delle scuole superiori scelti come campione nell'indagine hanno fatto uso di sostanze stupefacenti almeno una volta.
Gli interventi di prevenzione da attuare non devono essere utopistici; non è possibile impedire ai ragazzi di venire a contatto con le diverse sostanze ma si deve lavorare per prevenirne l'abuso.
In Regione Toscana il consumo di alcolici è in aumento sopratutto nelle donne e, contemporaneamente alla diminuzione nel consumo di vino intorno al 50%, si registra l'aumento del 374% nel consumo di birra.
In particolare il consumo di alcolici è aumentato fra i giovani perché sembra che l'alcol abbia per loro la funzione di "collante sociale".
Dalla ricerca effettuata nel 2003 è emerso inoltre che nella nostra Zona il 13% dei giovani presenta problemi alcol-correlati.

Per un analisi più approfondita si rimanda al documento sul Profilo di Salute.

3.5.2 PUNTI DEBOLI E PROBLEMI RILEVATI

1. <u>Importanza della prevenzione</u>

Nella Zona Alta Val di Cecina sono presenti fenomeni di poli-tossicodipendenza comuni ad altre zone di Italia, sia per tipologia che per entità del fenomeno (v. introduzione). In particolare:

a. aumento del consumo di alcolici nei giovani (nella Zona l'età di inizio del consumo è intorno ai 14-15 anni, contro i 13 della media nazionale);
b. aumento degli utenti alcoldipendenti in carico al Servizio tossicodipendenze;
c. aumento del consumo di cocaina e del poliabuso fra i giovani.

Viene segnalata la necessità per le sostanze psicoattive legali (alcol e fumo) e illegali di favorire una maggiore coscienza e responsabilità individuale premiando forme di prevenzione non essenzialmente proibizioniste, per le prime, e non criminalizzanti, per le seconde, incentivando stili

di vita corretti ed educando le persone ad essere assertive e propositive rispetto alle problematiche vissute.

2. Giovani

a. Assenza di luoghi e attività per l'aggregazione giovanile al di fuori dei bar.
b. Le attività rivolte ai giovani realizzate da terzi sono spesso finalizzate a qualcosa di specifico da fare (attività sportiva, musica, …); ciò incrementa lo spirito di competizione interindividuale che è spesso motivo di frustrazione per coloro che non eccellono nelle attività (importanza della "formazione dei formatori"). In alcuni casi si assiste alla scomparsa del valore della socializzazione in quanto tale.
c. Tendenza all'isolamento dei giovani che non trovano una dimensione sociale in cui collocarsi. Questo è probabilmente correlato con problemi di altra natura a monte.
d. Scarse capacità propositive da parte dei giovani (spesso unicamente legate a iniziative musicali).
e. Forte diminuzione (dal 14 al 4%) dell' associazionismo religioso che rappresenta un fattore protettivo di efficacia dimostrata.

3. Centro Antifumo

Funzionamento parziale del Centro Antifumo zonale a causa delle caratteristiche del territorio (scarsa densità di popolazione su di una ampia estensione territoriale, scarsamente servita da strade e mezzi pubblici di trasporto).

4. Famiglia

Scarso coinvolgimento delle famiglie nei progetti di prevenzione attuati fino ad oggi dovuto forse a reticenza delle famiglie a condividere un problema o a parlarne con i servizi.

5. Comunicazione

Forti carenze di comunicazione e, conseguentemente, di conoscenza dei servizi disponibili.

6. Altre problematiche

a. Aumentare il controllo delle forze dell'ordine sull'erogazione di alcolici ai minorenni da parte dei bar.
b. Necessità di sviluppare l'educazione dei cittadini (piuttosto che il controllo delle Forze dell'Ordine) che deve essere fatta da professionisti, non solo sul fenomeno delle dipendenze ma anche sulla varietà, la finalità e la potenziale utenza dei servizi offerti (creazione di percorsi di Salute tra Sert e Ospedale).

3.5.3 POSSIBILI SOLUZIONI PROPOSTE

1. Importanza della prevenzione/Giovani/Famiglie/Comunicazione

- Riproporre la formazione mirata per coloro che stanno a contatto con i giovani nei vari distretti della Zona (preti, allenatori, ecc.) oltre che per gli insegnanti, per i quali è già attiva una formazione continua per l'alcol (insegnanti 4^A elementare) e per le droghe d'abuso (insegnanti 1^A media).
- Potenziare programmi di prevenzione per una guida sicura e senza alcol anche con la Polizia Municipale e con gli insegnati di scuola guida.
- Promuovere la distribuzione gratuita di etilometri monouso e di altro materiale informativo (regoli, sottobicchieri ecc…) nei locali e nei ristoranti della zona.
- Creare una rete di collaborazione anche con i MMG e le associazioni di volontariato.

- Organizzare incontri-dibattito con i giovani che fanno parte di associazioni e gruppi informali (prevedendo anche la presenza dello psichiatra) ad integrazione delle attività di prevenzione sopra indicate.
- Incentivare il coinvolgimento delle famiglie nell'attività preventiva.

2. Giovani
- Creare luoghi e modalità di aggregazione non istituzionalizzate, gestite in autonomia dai giovani, con la finalità di renderli responsabili e protagonisti della vita sociale della comunità in cui vivono. Questo con l'obbiettivo di motivarli e gratificarli, riducendo il bisogno di ricorrere all'uso di stupefacenti. [1]
- Incentivare le associazioni promotrici di attività che prevedano l'inserimento di contenuti formativi che favoriscano la socializzazione e riducano lo spirito di competizione (es: maggiore attenzione nell'assegnazione di contributi comunali in relazione a qualità dei progetti e obiettivi raggiunti in questa direzione).

3. Centro Antifumo

Riorganizzare il Centro Antifumo secondo un'ottica del decentramento in modo da rispondere più adeguatamente alle esigenze del territorio. Importante in questo la collaborazione con i MMG.

4. Comunicazione

Creazione e promozione di un sito internet dedicato a specifici forum o *chat lines* dove affrontare questi problemi destinato sia ai ragazzi che alle famiglie. Tale strumento si deve caratterizzare per l'accessibilità e deve essere impostato in modo da attrarre l'attenzione dei ragazzi. Potrebbe essere direttamente coinvolto un gruppo di ragazzi nella creazione.

[1]Questa soluzione necessita di un'analisi più approfondita poiché presenta delle difficoltà; infatti esperienze realizzate in questa direzione si sono rivelate non completamente positive.

3.5.4 PUNTI DI FORZA E RISORSE RILEVATE

✓ **Percorsi di autonomia**

Borse lavoro, appartamento del Golfuccio, Casa Famiglia ASL 5.

✓ **Altri Progetti del Piano di Zona** riguardanti la prevenzione nelle scuole.

✓ **Giovani**

Molti giovani riescono a valorizzare le loro capacità attraverso scuole di musica, gruppi musicali giovanili, società sportive, associazioni di volontariato, ecc.

✓ **Volontariato**

La sua presenza diffusa costituisce un forte tessuto sociale nella Zona.

3.5.5 POSSIBILI SVILUPPI

❖ **Comunicazione**

Potenziamento del sito dell'ACAT e del Centro d'ascolto anche con le *chat lines.*

- **Percorsi di autonomia**
  Dare continuità allo sviluppo dell'autonomia (borse lavoro, appartamento del Golfuccio, Casa Famiglia ASL 5).

- **Giovani**
  Coinvolgimento dei MMG nella gestione del problema della socializzazione dei giovani.

- **Centro di Ascolto**
  Sua valorizzazione e trasferimento all'interno delle scuole.

NOTA METODOLOGICA GENERALE

È auspicabile il coinvolgimento, nei gruppi che affrontano questa tematica, di soggetti che possono dare un ulteriore contributo all'analisi dei problemi correlati alle dipendenze (psichiatra e forze dell'ordine).

CONCLUSIONI

Le priorità emerse al temine del lavoro del gruppo sono state quindi:

1. incentivare l'attività di prevenzione
2. mantenere i percorsi per l'autonomia (borse lavoro, appartamento Golfuccio e Casa Famiglia)
3. comunicazione: creare e promuovere un sito internet dedicato

3.6 ADULTI E CATEGORIE A RISCHIO DI ESCLUSIONE SOCIALE

3.6.1 ALCUNI DATI SINTETICI

Per un analisi dei dati oggettivi si rimanda al documento sul Profilo di Salute.

3.6.2 PUNTI DEBOLI E PROBLEMI RILEVATI

1. **Elevata percentuale di tumori nella Zona Alta Val di Cecina**

2. **Precarietà del lavoro con conseguenti problemi economici**

3. **Emergenza abitativa**

4. **Sostegno alle famiglie** sia nel periodo estivo, sia nello svolgimento di attività extra-scolastiche.

5. **Cambiamento delle famiglie**

a. Si sta andando verso famiglie monoparentali. Fra queste, le maggiormente disagiate, sono quelle in cui sono presenti figli minorenni. Per tali famiglie, oltre al rischio psico-sociale derivante dall'eventuale necessità per il genitore presente di assumersi l'intero carico nei confronti dei figli, si presenta concretamente il rischio di povertà economica, derivante dalla eventuale unicità e limitatezza della fonte di reddito familiare. Le difficoltà riguardano anche le famiglie monoparentali con figli maggiorenni per garantire a questi gli studi universitari.
b. Netto aumento delle famiglie in stato di povertà con conseguente crescita del disagio familiare derivante da problemi economici.

6. **Salute Mentale Adulti**

Si segnala un aumento, come dovunque, di disturbi di tipo ansioso. La presenza del servizio nel territorio è buona, molte persone si rivolgono ad esso anche con richieste specifiche, non solo farmacoterapeutiche. Un problema che preoccupa è l'aumento di disturbi di personalità, disturbi difficilmente curabili, il cui prodursi è anche in relazione ai cambiamenti nella struttura sociale, nei percorsi di crescita affettiva, ed in fattori culturali. Molte persone con disturbi di personalità non riescono a trovare e a mantenere una situazione lavorativa, ed hanno gravi compromissioni delle relazioni sociali ed affettive. Così, il rischio per il futuro è un forte aumento di persone mature (quarantenni ed oltre) disoccupate, sole e/o che non riescono a distaccarsi da casa e ad attuare progetti di reale autonomia.

7. **Detenuti**

a. Problemi legati all'inserimento lavorativo e alla sistemazione abitativa (vengono richiesti affitti molto elevati ad esempio) una volta usciti dal carcere, a cui va sommato un nutrito pregiudizio nei confronti di queste persone e delle loro famiglie.
b. Promozione di iniziative pubbliche tese a creare l'integrazione, condivisione e accettazione.

8. **Presidio Ospedaliero**

a. Pronto Soccorso: Migliorare l'organizzazione del Pronto Soccorso in termini di personale qualificato e di strumentazione (perché visto come poco specializzato dalla popolazione) e del Servizio di Emergenza.
b. Rapporti con l'utenza: Migliorare l'accoglienza ospedaliera e umanizzare il percorso sanitario. Si registrano casi di scarsa gentilezza in alcuni settori e tempi di attesa talvolta lunghi per alcune prestazioni.

c. Mantenimento dei Servizi Ospedalieri e loro miglioramento, con particolare riferimento alla U.O Ostetricia e Ginecologia.
d. Buoni Servizi Sanitari rappresentano anche una scelta strategica di valorizzazione del territorio perché rappresentano certamente un veicolo per incentivare i cittadini che desiderano eventualmente lasciare zone sovrappopolate per scegliere di vivere in Alta Val di Cecina.
e. Problema della effettiva tutela della privacy
f. Integrazioni collaborative multidisciplinari tra le varie strutture e UU.FF., anche al momento dell'ospedalizzazione: ad es. necessità di un sostegno psicologico (o educativo o di auto-mutuo-aiuto) di fronte a interruzioni di gravidanza, patologie pediatriche, malattie terminali.
g. Necessità di rendere più specialistici i reparti dell'Ospedale: il paziente sente il bisogno di essere operato da équipe ospedaliere in grado di collaborare tra loro, vuole essere seguito in un'unica struttura e per questo sceglie spesso di compiere interventi in Ospedali che garantiscano professionisti con grande esperienza (se deve essere operato per un tumore, viene scelto un ospedale dove tutti i giorni i medici operano pazienti come lui e non un ospedale dove raramente vengono eseguiti interventi specifici). Lo stesso discorso vale per le cure: il paziente non si fida di medici che prescrivono cure che non hanno mai sperimentato, ma vuole medici che abbiano una casistica che permette loro di affrontare possibili conseguenze derivate dal farmaco prescritto.
h. Emergenza/Urgenza: Necessità di collocare il medico del 118 all'interno dell'Ospedale e, in particolare del Pronto Soccorso e migliorare i tempi per l'arrivo del medico del 118 per un trasporto in emergenza.

9. Persone sole (che non hanno assistenza da parte dei familiari)

a. Problematica relativa alla continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera.
b. Mancanza di una rete di trasporti (oltre a quelli forniti dal servizio sociale) tra le Associazioni di volontariato, al fine di garantire il trasporto di persone che devono recarsi ai controlli in Ospedali distanti.
c. Problema circa la adeguatezza delle badanti nello svolgere assistenza infermieristica alle persone che accudiscono.
d. Aumento delle richieste di assistenza domiciliare.

10. Malati cronici

a. Continui controlli, perdite di tempo per richieste di prescrizioni al medico di famiglia, prenotazioni visite ed esami, ritiro esami, richieste nuovi esami: la burocratizzazione sanitaria porta il malato cronico, già debilitato dalla malattia, ad investire le proprie energie solo nell'ambito della malattia, con peggioramento della qualità della vita.
b. Maggiore disponibilità da parte del personale medico a dare spiegazioni al paziente, anche quando le cose non vengono chieste, vuoi per ignoranza, vuoi per paura, facendo sentire al paziente la sensazione che in quel momento è una persona importante (aiuto psicologico).

11. Percorso oncologico CORD (Centro Oncologico di Riferimento Dipartimentale)

12. Gestione domiciliare del paziente

a. Carenza di personale infermieristico e di OOSS per la gestione del paziente domiciliare: prestazioni che al momento vengono erogate in tempi diversi dalle varie figure professionali: ad esempio il tempo di attesa per le prestazioni infermieristiche è di un giorno, mentre il tempo di attesa per gli assistenti domiciliari va da 1 a 5-6 giorni.
b. Assenza di volontariato per prestazioni sanitarie a domicilio.

13. Rapporti tra distretto e i MMG (Medici di Medicina Generale)

Sede distrettuale di Volterra e rapporti con i medici di Medicina Generale: urgenza di una Sede per attivare la Medicina di Gruppo per i Medici di Medicina Generale.

14.Diffidenza da parte del cittadino medio nei confronti degli immigrati, volta all'emarginazione: formazione di comitati per le case popolari, per le scuole, ecc…volti all'emarginazione di soggetti "non desiderati".

15. Assistenza Sanitaria Territoriale

a. Guardia Medica: Su questo servizio sono state rilevate le seguenti considerazioni che evidenziamo una problematica da affrontare nella sua globalità nell'ottica di una risposta più appropriata ai bisogni dei cittadini:
   - migliorare l'utilizzo della Guardia Medica, in particolare nelle situazioni di emergenza nelle quali vengono coinvolte le Associazioni di Volontariato: maggiore mobilità sul territorio delle Guardie Mediche;
   - in alcuni casi si riscontra nei cittadini uno scarso livello di fiducia nei confronti del servizio di Guardia Medica;
   - riorganizzare la Guardia Medica prevedendola in prossimità del Pronto Soccorso dell'ospedale;
   - tutela della Guardia Medica e istituzione della guardia medica pediatrica.

b. Eccessivo isolamento di certe frazioni della zona da un punto di vista medico: difficoltà di reperimento certo e tempestivo dei Medici di Base al di fuori dell'orario ambulatoriale e di quello di Guardia medica, a causa di un utilizzo non sempre consono del 118 e del Pronto Soccorso.

c. Visite specialistiche
   - Le Associazioni di Volontariato che effettuano il servizio di accompagnamento alle visite specialistiche evidenziano la necessità di dilazionare e concentrare tali appuntamenti nel pomeriggio, momento in cui la maggiore disponibilità di volontari permette l'espletamento di un servizio migliore (esempio di ottimizzazione delle risorse);
   - Scarso decentramento sul territorio.

d. Assistenza Medicina di Base
   Lunghi tempi di attesa negli ambulatori.

e. Farmaci
   - Necessità di maggiore informazione sull'uso dei farmaci e sulle modalità di erogazione tramite la farmacia ospedaliera, soprattutto per le malattie croniche.
   - Individuazione di modalità per la consegna a domicilio dei farmaci a persone disabili o con disagi che rendono loro difficile recarsi in farmacia.
   - Viene segnalata la necessità di riconsiderare nuovamente (in passato era stato proposto dalle Poste Italiane SpA un progetto ai Comuni di consegna a domicilio farmaci) l'utilizzo delle Poste per la consegna di farmaci a domicilio.

f. Trovare un nuovo assetto ai servizi, soprattutto quelli distrettuali a Volterra facilitando la medicina in associazione e permettendo una reale integrazione tra territorio e ospedale in tutta la Zona. Questo permetterà anche un miglioramento dei servizi e una loro maggiore fruibilità, particolarmente per gli utenti anziani.

16. Diritti degli utenti del Servizio Socio-Sanitario

a. Necessità di maggiore informazione e diffusione della Carta dei Servizi, anche fuori dalle strutture ambulatoriali e ospedaliere.
b. Chiarire i meccanismi di rimborso per le cure termali.

17. Trasporti

E' vissuto sicuramente come uno degli elementi di criticità soprattutto per le località più decentrate.

18. Stili di Vita

a. Visto l'invecchiamento della popolazione sono auspicabili azioni che promuovono stili di vita più attivi e partecipativi (per esempio per il mantenimento delle potenzialità cognitive).
b. Necessità di agire sugli stili di vita della popolazione a partire da particolare tipologie di utenza (es. diabetici).
c. Da un punto di vista farmacologico è importante fare un feedback sulle terapie in modo da consentire al medico di conoscere i risultati di volta in volta conseguiti e, dove necessario, migliorare la terapia.

19. Proposte culturali

a. Manca sostanzialmente una continuità di proposte culturali rivolte alle varie fasce di età, tale da tenere costante il livello di coinvolgimento psico-fisico e culturale, che dia dei sani modelli di riferimento e costituisca un rifugio valido alle problematiche della vita quatidiana. Questo porterebbe infatti ad un innalzamento della qualità della vita, che spesso viene assimilata solo al benessere economico e alla possibilità di avere una buona abitazione e un ottima assistenza sanitaria. Esistono dei valori fondamentali, come la cultura, l'amore per il bello e per l'arte, la conoscenza di mondi diversi dal nostro che ci permettono di vivere meglio, aumentando le nostre conoscenze ed ampliando i nostri orizzonti ed obiettivi.

20. Altre problematiche rilevate

a. E' necessario un approfondimento sull'effetto di particolari inquinanti sulla salute umana (es. amianto, che per l'entità del fenomeno non è circoscritto solo ai lavoratori esposti) e una verifica dei dati sull'incidenza reale nella zona di alcune patologie (es. mesotelioma pleurico, morbo di HodKing ….).
b. Capire se gli scostamenti di alcuni indicatori relativi alla mortalità di tumore dai valori provinciali e regionali sono significativi e da quali cause sono determinati.
c. Attenzione al un eventuale collegamento tra incidenza dei tumori e abitudini alimentari sul territorio: ambito di ricerca da approfondire.
d. Approfondire la conoscenza delle problematiche emerse dal Profilo di Salute andando ad evidenziare le caratteristiche di ogni Comune.
e. Viene suggerito un'analisi più generale dei problemi evidenziati nel Profilo di Salute allargando il contesto e coinvolgendo i soggetti interessati.
f. Prevenzione della Salute nei luoghi di lavoro:
    - occorre investire sulla prevenzione, consentendo ai lavoratori in pensione di fruire di periodiche visite di controllo.
    - Monitoraggio della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro (troppo spessi assistiamo in Toscana a scenari di incidenti).
g. Difficoltà a far partecipare la popolazione alle iniziative pubbliche.
h. Programmare un incontro, un momento di studio, per l'analisi più approfondita dello stato organizzativo dei servizi ospedalieri e sanitari nel loro complesso.
i. Lavorare per il mantenimento e l'implementazione dei servizi.
j. Necessità di fare una valutazione del peso e delle caratteristiche del volontariato, analizzato quale risorsa e nella sua effettiva capacità di risposta, individuando quali sono le attività che il volontariato esprime ad integrazione dei servizi e quali possono essere le nuove attività che ancora non esercita. A tal fine viene suggerito uno studio e una indagine conoscitiva.
k. Viene suggerito di verificare la partecipazione ai tavoli delle frazioni.
l. Viene suggerito di fare uno studio più approfondito dell'ambiente e delle problematiche che propone. Ciò anche in relazione alla vivibilità delle nostre città, garantendo la sicurezza dei cittadini, come ad esempio la mobilità dei pedoni in molte strade volterrane di periferia prive di

marciapiede, rendendo più vivibile il centro anche con posti dove fermarsi e curando maggiormente gli arredi urbani.
Appare sempre più importante che Volterra e l'Alta Val di Cecina riesca a trovare il giusto equilibrio tra essere luogo di turismo (con attività commerciali, di intrattenimento e culturali) e essere luogo di vita (evitando per quanto possibile l'esempio di San Gimignano). Questo anche favorendo e sviluppando occasioni di animazione urbana.

m. Viene suggerito di adeguare la partecipazione ai tavoli programmatici con soggetti esperti delle diverse problematiche e che si occupano delle stesse anche nelle Consulte comunali.
n. Attenzione alle nuove marginalità date anche da derive sociali sia da situazioni territoriali italiane non sostenibili sia dall'immigrazione sempre più presente nella Zona.
o. Necessità di sorveglianza dell'impatto ambientale delle attività produttive del territorio, per garantire un buon livello della qualità della vita.
p. Dal lavoro effettuato per l'Immagine di Salute emerge una preoccupante FRAGILITA' SOCIALE che condiziona in modo determinante la salute della Comunità locale. E' evidente che la Salute fisica, più legata al settore sanitario è sicuramente quella più immediata alla percezione dei cittadini.
q. La necessità di creare una Rete di Servizi sul territorio, soprattutto nell'ambito dei servizi sociali: sarebbe importante a tale scopo una maggiore integrazione e comunicazione tra Enti (Comuni e Azienda USL).

3.6.3 POSSIBILI SOLUZIONI PROPOSTE

1. Elevata percentuale di tumori nella Zona Alta Val di Cecina.

- Coordinamento di studi circa la diffusione dei tumori e del relativo carico sanitario; indagini specifiche finalizzate alla identificazione delle cause determinanti i tumori nella nostra zona.
- Attivare la prevenzione secondaria (screening) per quei tumori (ad esempio alla prostata) che non rientrano nelle campagne di screening attuali.

2. Emergenza abitativa

I Comuni devono tenere conto di questo problema nelle programmazioni specifiche relative alle abitazioni e devono essere sollecitati affinché adottino politiche tese a contrastare i fenomeni legati alla presenza di appartamenti sfitti.

3. Sostegno alle famiglie

Rispondere attraverso Progetti mirati, da attivare anche con la collaborazione del Terzo Settore (vedi Progetti del Piano di Zona).

4. Cambiamento delle famiglie

- Occorre guardare ad ampio raggio e considerare oltre al volontariato, anche le numerose associazioni presenti nella zona, in modo da potenziare le risorse umane in supporto a situazioni familiari difficili: si possono sollecitare le varie associazioni affinché creino attività pomeridiane che consentano alla madre di lasciare il figlio per qualche ora, oppure si possono rafforzare i rapporti con il vicinato della famiglia.
- E' importante inoltre rendere sempre più funzionanti le attività estive, tanto da essere estese a tutte le frazioni della zona (ad esempio a Villamagna).
- In questo contesto è essenziale un coordinamento delle forze in campo in modo tale da non avere sovrapposizioni di iniziative, ma attività pianificate per tutto l'arco della giornata.

5. Salute Mentale Adulti

- Cambiamenti nella modalità di operare della Psichiatria, dando una impostazione meno classica.
- Attivazione di attività di Prevenzione a livello culturale, sociale ecc., in modo da aiutare le persone disagiate psicologicamente a ricostruirsi una vita normale e a non sentirsi escluse socialmente. Questa prevenzione può essere portata avanti attraverso una collaborazione maggiore tra i servizi forniti dalla Salute Mentale Adulti e le numerose Associazioni presenti nella nostra Zona. La creazione di una rete a sostegno di queste persone, potrebbe a sua volta cambiare il pensiero e il preconcetto di ciascuno di noi, nei confronti delle persone che hanno problemi di salute mentale.

6.Detenuti

Creazione di percorsi graduali e specifici mirati al reinserimento nella società per i detenuti, nell' ottica del recupero della persona.

7. Presidio Ospedaliero

- Pronto Soccorso: Riorganizzare il Pronto Soccorso attraverso il coinvolgimento dei Medici DEU (d'emergenza-urgenza) convenzionati. La proposta è già stata presentata alla direzione Aziendale della U.S.L, unitariamente a quella di istituire un Servizio di Guardia Anestesiologica.
- Rapporti con l'utenza. Esiste uno specifico progetto che è stato inserito nel Piano di Qualità della Az.USL 5.
- Mantenimento dei Servizi Ospedalieri e loro miglioramento. E' in corso il potenziamento della diagnostica: dovrebbero arrivare una RMN (Risonanza Magnetica Nucleare) e una MOC (Mineralometria Ossea Computerizzata). Per risolvere i problemi relativi alla U.O Ostetricia e Ginecologia è necessario costruire un percorso diverso (una Rete totale con il Presidio Ospedaliero di Pontedera), che permetta anche ad altri professionisti di operare nel nostro Presidio.

8. Persone sole

- Verificare la fattibilità del coinvolgimento in queste attività (assistenza domiciliare e continuità assistenziale post-dimissioni ospedaliere) da parte del Terzo Settore.
- Creare corsi specifici per badanti sulla assistenza infermieristica.

9.Malati cronici

Il malato cronico ha bisogno di specialisti, ma anche di una Rete Sanitaria. Se l'Ospedale non può garantire specialisti, può però trasformarsi in rete sanitaria. All'interno dell'Ospedale deve essere creato un servizio in grado di razionalizzare il tempo del malato con minore spreco di energie: esami, visite, cure possono essere organizzate da un unico servizio in grado di avvalersi della collaborazione di tutti i reparti. All'interno dell'Ospedale di Volterra il reparto di Radiologia permette ad esempio ai malati cronici che devono eseguire controlli radiologici, di prenotare con una semplice telefonata un appuntamento il mercoledì mattina, senza ulteriori pratiche burocratiche. Questo tipo di impostazione dovrebbe essere pubblicizzato e proposto anche ad altri reparti.

10.Percorso oncologico: CORD

- Potenziare il Centro Oncologico di Riferimento Dipartimentale (CORD) con personale dedicato alcune ore al giorno (almeno una unità infermieristica da affiancare al medico).
- Attivare una rete telematica con il distretto, con le U.O Ospedaliere Aziendali e con quelle dell' Azienda Ospedaliera Pisana.

11.Gestione domiciliare del paziente

Incremento del personale infermieristico /OOSS e integrazione con il volontariato: quest'ultimo potrebbe collaborare con i servizi, per prestazioni tipo iniezioni, cambi del catetere, incombenze di tipo amministrativo, ritiro farmaci, sostegno psicologico alla famiglia ecc.

12.Rapporti tra distretto e MMG

Creazione di una sede distrettuale a Volterra, distaccata sul territorio, con presenza all'interno di Ambulatori di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta.

13.Diffidenza da parte del cittadino medio nei confronti degli immigrati

Ricercare una educazione alla integrazione (attraverso le Associazioni e i Servizi).

14. Proposte culturali rivolte alla popolazione

Viene proposto l'incremento sistematico di tutte le attività culturali tese a migliorare la qualità della vita sul territorio e che preveda una programmazione e progettualità a lungo raggio. Tutto ciò nell'ottica di una maggiore attenzione e sviluppo a tutte le iniziative tese allo sviluppo culturale ed al miglioramento della qualità della vita dei cittadini.

3.6.4 PUNTI DI FORZA E RISORSE RILEVATE

- ✓ Presenza diffusa di Volontariato e Terzo Settore: forte tessuto sociale nella zona.
- ✓ Casi di recupero di persone uscite dal carcere che hanno trovato lavoro e i cui figli sono stati iscritti alle scuole pubbliche della zona.
- ✓ Il potenziamento dei Servizi di diagnostica è facilitato dalla presenza sul territorio della Fondazione Cassa di Risparmio di Volterra che non ha mai mancato di sostenere i Servizi Ospedalieri.
- ✓ Efficienza del reparto di Radiologia che permette ai malati cronici che devono seguire controlli radiologici, di prenotare con semplice telefonata un appuntamento il mercoledì mattina, senza ulteriori pratiche burocratiche.
- ✓ Servizio infermieristico per assistenza domiciliare di base e per casi complessi (ADI) di buon livello con operatori professionali preparati e motivati, il che rappresenta un valore aggiunto.
- ✓ Le Associazioni di Volontariato evidenziano la puntualità con cui le prestazioni specialistiche vengono erogate.
- ✓ La Misericordia di Castelnuovo VC sta allestendo un ambulatorio da mettere a disposizione gratuita di medici specialisti, in modo tale da potenziare l'offerta dei servizi nelle zone più decentrate del territorio.
- ✓ L'attività della Compagnia della Fortezza rappresenta una risorsa in questo ambito e ha reso famoso il Carcere di Volterra in tutto il mondo alla stregua di un teatro o di un istituto di cultura. L'attività della Compagnia della Fortezza di Carte Blanche coinvolge circa 45 detenuti (di cui 20% extracomunitari) e 16 persone all'estero. Questi ultimi vanno in tournèe con gli spettacoli e sono iscritti al collocamento dello spettacolo con regolare contribuzione e retribuzione. Di

questi uno circuita anche da solo con uno spettacolo, già distribuito in tutta Italia. Questo è l'unico esempio di agenzia culturale. Nel territorio ne registriamo molte che meritano, per qualità ed intensità espressiva, appoggio ed incentivazione.

3.6.5 POSSIBILI SVILUPPI

- ❖ Creare da parte di tutti i servizi una informazione con strumenti che siano in grado di raggiungere "tutta" la popolazione.

- ❖ Sulla possibilità di reperire risorse per il potenziamento del Pronto Soccorso dell'Ospedale sono emerse proposte diverse riportate di seguito:
    - recuperare risorse dal territorio, (ad esempio attraverso una eventuale riorganizzazione delle postazioni di Guardia Medica sotto-utilizzate)
    - recuperare risorse attraverso la realizzazione dell'Ospedale di Comunità: il costo di degenza di un paziente in un reparto di Medicina Generale è circa il doppio del costo di degenza in un ospedale di comunità. Emerge infatti la percezione della presenza di molti ricoverati (soprattutto in Medicina ma anche per terapie, riabilitazione ecc…) che potrebbero essere efficacemente trattati in un ospedale di comunità.

Nello stesso tempo una eventuale soppressione del Servizio di Guardia Medica viene valutato come uno sviluppo negativo.
Si rende quindi necessaria e indispensabile una valutazione approfondita su tutte le questione di organizzazione dei servizi sanitari segnalati, prima di intraprendere qualsiasi scelta.

- ❖ Il progetto di umanizzazione e accoglienza ospedaliera necessita di ulteriori iniziative sulle quali la A.S.L 5 intende investire: tale percorso è legato all'incentivazione del personale e all'accreditamento della struttura ospedaliera.

- ❖ Attenzione maggiore nei confronti delle esigenze delle famiglie e delle problematiche ad esse legate.

- ❖ Diminuire i processi di emarginazione, lavorando sulla integrazione tra persone e quindi sul cambiamento di cultura (relativamente a immigrati o detenuti).

CONCLUSIONI

Le priorità emerse al temine del lavoro del gruppo sono state quindi:

1. Ricerca delle cause della elevata percentuale di tumori nella Zona Alta Val di Cecina.
2. Precarietà del lavoro con conseguenti problemi economici.
3. Emergenza abitativa.
4. Attenzione alle problematiche delle famiglie, prevenendone l'esclusione sociale.

3.7 ANZIANI

3.7.1 ALCUNI DATI SINTETICI

Per un analisi dei dati oggettivi si rimanda al documento sul Profilo di Salute.

3.7.2 PUNTI DEBOLI E PROBLEMI RILEVATI

1.<u>Necessita' riguardanti l'informazione e l'accesso ai servizi</u>

a. Scarsa conoscenza da parte delle famiglie rispetto all'intera offerta di servizi presenti sul territorio in favore della popolazione anziana.
b. Disorientamento degli utenti nei meandri delle procedure per la concessione di ausili e per l'accesso ai servizi.
c. Esigenza di accorpare i servizi per gli anziani in una sede unica, fornendo anche un unico punto informativo (PUA) nell'ottica di migliorare l'accessibilità e semplificare le procedure, difficili da gestire in particolar modo da parte della popolazione anziana.
d. Si rileva la necessità di estendere ed articolare il PUA e l'InformaAnziani a tutto il territorio dell'Alta Val di Cecina. Per quanto riguarda il PUA si rileva necessario un confronto con gli organi della Società della Salute, affinché si realizzi, oltre ad una informativa esatta e tempestiva, una procedura di partecipazione del tessuto sociale utile alla formulazione di una proposta condivisa e funzionale nel merito della sua localizzazione e della sua gestione.

2. <u>Criticità riguardanti l'"anziano fragile"</u>

a. Non completa integrazione dei servizi sociali e sanitari per l'Assistenza Domiciliare, così come previsto dalla Delibera G.R.T. 402/2004.
b. Costante aumento del numero di anziani non autosufficienti da assistere a domicilio. Difficoltà per i servizi domiciliari a fronteggiare questo aumento della domanda. Molto spesso si riescono a garantire solo poche ore di assistenza domiciliare a settimana, che non risolvono i problemi assistenziali cui deve far fronte la famiglia.
c. Il servizio infermieristico territoriale, dovendo privilegiare gli interventi di maggior gravità dal punto di vista sanitario, non riesce a garantire i servizi di carattere più ordinario (es. iniezioni a domicilio, assistenza in caso di paziente con catetere, …).
d. Necessità di fronteggiare le problematiche legate alla Malattia di Alzheimer e al Morbo di Parkinson.
e. Necessità di prevedere momenti formativi per le "badanti" (per lo più provenienti dai paesi dell'Est Europa) impegnate nell'assistenza agli anziani, per rendere il loro operato sempre più rispondente alle esigenze degli assistiti. Inoltre, non possono essere ignorate le difficoltà che le riguardano direttamente (brevi permessi di soggiorno, scarse possibilità di contatto con il mondo esterno e, di conseguenza, difficoltà anche ad apprendere la lingua italiana).
f. Promuovere forme di aggregazione per anziani soli che risiedono nella frazioni, avendo come "buona prassi" di riferimento l'esperienza del Centro Sociale della S.M.S. P.A. Montecerboli.

3. <u>Problematiche legate alla non autosufficienza</u>

a. Interfacciare meglio i MMG con l'Ospedale.
b. Si evidenziano ricoveri ripetuti di anziani per la stessa patologia nel reparto di medicina: molto spesso, dopo la dimissione, soprattutto i pazienti che vivono da soli, vengono nuovamente ricoverati dopo un breve periodo, anche per l'incapacità di gestire da soli la terapia farmacologica a domicilio.

c. Possibili dimissioni ospedaliere precoci di persone che non hanno ancora riacquistato la autosufficienza (anche parziale) o non ancora in condizioni di poter essere assistiti a domicilio.
d. Tempi di attesa per poter accedere alle attività riabilitative presso l'Auxilium Vitae. Ciò può costituire problema, in quanto rischia di pregiudicare la piena efficacia dell'attività riabilitativa (se iniziata precocemente, porta il paziente ad ottenere risultati migliori).
e. Necessità di attivare "èquipe multidisciplinari territoriali", nelle quali sia presente il MMG, che possano rappresentare un punto di riferimento "unico" per la famiglia. La sinergia e la collaborazione rese possibili da èquipe di questo tipo potrebbero portare ad una diminuzione dei ricoveri ospedalieri.
f. Esigenza di attivare una "èquipe di terapia antalgica e cure palliative", che operi sul territorio, nelle RSA oltre che in ospedale.
g. Necessità di una assistenza infermieristica per fornire continuità assistenziale agli anziani non autosufficienti nel weeK-end.

4. Problemi legati all'indigenza economica e alla casa

a. Costante aumento degli anziani in condizioni di indigenza economica.
b. Sempre più persone anziane si rivolgono all'Ente Locale per l'inadeguatezza delle proprie abitazioni alle loro condizioni economiche (affitti troppo alti) e per la presenza di barriere architettoniche. L'edilizia residenziale pubblica soddisfa una piccola parte di queste richieste.

5. Difficoltà legate ai trasporti pubblici e alla vastità del territorio

a. Difficoltà di spostamento sul territorio per gli anziani che non dispongono di un proprio mezzo: la problematica è particolarmente forte per gli anziani che vivono nei piccoli centri, dove spesso sono venuti a mancare alcuni servizi basilari come l'ufficio postale, la farmacia ecc..
b. Difficoltà per i MMG ad assistere gli anziani che vivono nei piccoli centri: piccoli numeri di assistiti dispersi in un territorio molto ampio.

6. Prevenzione della non autosufficienza per permettere una "vecchiaia serena" nel proprio ambiente di vita

a. Necessità di lavorare sul mantenimento della condizione di autosufficienza, nell'ottica della prevenzione.
b. Tendenza all'isolamento da parte degli anziani: necessità di ricreare momenti aggregativi.
c. Difficoltà a ridefinire la propria "posizione sociale" dopo il pensionamento: frequenza di casi di depressione. Necessità di creare occasioni di socializzazione, prevedendo risposte diversificate per uomini e donne.
d. Mancanza di centri aggregativi autogestiti da anziani.

7. Altre problematiche emerse

a. Necessità di potenziare le attività di screening sulla popolazione, a fronte della forte percentuale di mortalità per tumore (in particolare colon retto, polmone) evidenziata dai dati epidemiologici del Profilo di Salute della zona.
b. Necessità di avviare campagne informative sui corretti stili di vita, riguardanti alimentazione, dipendenza da fumo, alcool e farmaci.
c. Esigenza dei MMG che operano su Volterra di avere una sede unica: ciò, oltre a permettere l'attivazione della Medicina di Gruppo, consentirebbe di realizzare un più funzionale coordinamento tra le attività distrettuali, specialistiche ed infermieristiche. Creazione della Unità di Cure Primarie.
d. Necessità di prevedere la presenza di ambulatori specialistici di ortopedia e di cardiologia nei presidi distrettuali di Saline, Montecatini V.C. e Ponteginori.

e. Necessità che Comuni e Azienda USL abbiano un quadro preciso delle persone anziane che vivono sole e delle loro esigenze.
f. Relativamente alla sessualità emergono problemi nuovi come la possibilità di distribuire il Viagra agli anziani.

3.7.3 POSSIBILI SOLUZIONI PROPOSTE

1. <u>Informazione e accesso ai servizi</u>

- Attivazione della Delibera G.R.T. 402/2004 e creazione del PUA (punto unico di accesso), in grado di accogliere le segnalazioni di bisogno e primo importante momento di informazione sui servizi per il cittadino/utente.
- Utilizzo di una modulistica unica e/o di un software apposito, accompagnato dalla creazione di un elenco delle forniture concedibili dal Servizio Sanitario Nazionale in materia di Assistenza Farmaceutica ed Integrativa.
- Formazione di personale addetto per indirizzare con precisione il paziente all'ufficio competente per la fornitura della prestazione/ausilio di cui il paziente stesso ha bisogno.
- Formare una rete "informativa" appoggiandosi alle associazioni di volontariato presenti nel territorio, fornendo ai volontari una formazione adeguata sui servizi presenti nella zona e sulle modalità di accesso. Puntare anche sul ruolo del MMG per fornire informazioni sui servizi.
- Aggiornare la formazione dei volontari dello Sportello Informa-Anziani, affinché possano rappresentare un utile punto di riferimento per gli anziani del territorio.

2. <u>Criticità riguardanti l'"anziano fragile"</u>

- Valutare la possibilità di incrementare il personale impegnato nell'assistenza domiciliare, per far fronte all'aumento della domanda.
- Formare le famiglie verso le problematiche legate alla Malattia di Alzheimer e al Morbo di Parkinson, in modo da dare loro strumenti per assistere il loro familiare a domicilio.
- Impiegare i Medici Ospedalieri per la formazione del personale infermieristico che opera sul territorio, in modo da trasmettere nuove conoscenze, utili per garantire la permanenza dell'assistito al proprio domicilio (PEG..).
- Valutare la possibilità di incrementare il personale infermieristico impegnato sul territorio.
- Creazione di Laboratori rivolti ai malati di Parkinson, anche aggregandoli ai Laboratori della Memoria.

3. <u>Problematiche legate alla non autosufficienza</u>

- Migliorare il rapporto fra ospedale e servizio territoriale, per una presa in carico immediata del paziente dimesso dall'ospedale. Revisione e aggiornamento del Protocollo già esistente per la parte sanitaria tra Ospedale-Territorio. E' in via di definizione il percorso ospedale-territorio, costruito in collaborazione con i MMG e le famiglie: tale percorso prevede la dimissione accompagnata da un piano di continuità assistenziale che preveda un quadro di interventi e che permetta alle famiglie di assistere il paziente in modo consapevole.
- Prevedere incontri mirati fra MMG, medici ospedalieri e servizio sociale al momento della dimissione, per prendere in carico "tempestivamente" il paziente al momento del rientro a domicilio.
- Costituzione del Gruppo di Progetto per garantire la continuità assistenziale e la tempestività della presa in carico di bisogni complessi. Attivazione di un nuovo metodo di rilevazione dei bisogni più "globale" dell'attuale (Schema Polare), per la valutazione multidimensionale del bisogno in riferimento allo stato di salute funzionale/organico, alle condizioni cognitivo-comportamentali ed alla situazione socio-ambientale. Definizione di un Protocollo con i medici di medicina generale.

- Istituzione della Unità di Valutazione Multidisciplinare con atto formale da parte dell' Azienda U.S.L.
- Snellire le procedure per Assistenza Domiciliare Programmata e Assistenza Domiciliare Integrata.
- Coinvolgere il MMG in un percorso di assistenza farmaceutica diretta: si tratterebbe di prevedere per gli anziani assistiti per i quali vige la multiprescrivibilità di farmaci, la fornitura di farmaci in "doppio canale", prevedendo per il MMG il compito del recapito o in ambulatorio o a domicilio, avvalendosi della collaborazione dei volontari delle Misericordie o delle Pubbliche Assistenze.
- I rapporti fra MMG e Ospedale potrebbero migliorare anche attraverso l'attivazione di percorsi condivisi sulla gestione del paziente critico.
- Informatizzazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, dotando gli ambulatori dei singoli medici di collegamenti informatici con la Az. USL di riferimento (possibilità di prenotare direttamente le visite specialistiche, di avere i risultati delle analisi dei propri pazienti..ecc…).
- Per fronteggiare il fenomeno dei "ricoveri ripetuti" viene vista positivamente la creazione di strutture intermedie, del tipo "Ospedale di Comunità" o una struttura territoriale per le cure primarie (UCP/UTAP) che facciano da filtro al ricovero ospedaliero, con possibilità di avere linee preferenziali per l'utilizzo delle risorse ospedaliere (es: Rx, specialisti…).
- Prevedere una modularità delle risposte in base al bisogno del paziente (Territorio/UCP – Hospice/Ospedale di Comunità – Ospedale).
- Utilizzare le strutture esistenti sul territorio (RSA) come strutture intermedie fra Ospedale e territorio, riservando una percentuale di posti letto (5-6%).
- Applicazione di quanto previsto dalla Delibera G.R.T. 402/2004 riguardo alla creazione di "Moduli" all'interno delle RSA, al fine di dare una risposta assistenziale appropriata, in base a quanto definito nel progetto di assistenza personalizzato.
- Sviluppare il servizio di terapia riabilitativa a domicilio e migliorare il percorso tra il reparto di Medicina e l'Auxilium Vitae.

4. <u>Difficoltà legate ai trasporti pubblici e alla vastità del territorio</u>

- Avviare la sperimentazione di un servizio di trasporto pubblico a chiamata, che vada incontro alle esigenze dei cittadini residenti nelle frazioni meno servite dai trasporti pubblici ordinari. Tale sperimentazione può contare su un contributo regionale e su risorse aggiuntive messe a disposizione dalla Società della Salute.

5. <u>Prevenzione della non autosufficienza per permettere una "vecchiaia serena" nel proprio ambiente di vita</u>

- Rendere gli anziani "protagonisti" della progettualità che li riguarda. Investire sui progetti già attivi, che vedono nell'anziano una risorsa (Vigile Amico, Sportello Informa-Anziani).
- Utilizzo delle palestre per svolgere attività di tipo riabilitativo (Attività Motoria Adattata).
- Favorire lo scambio di competenze e di saperi fra le generazioni.

6. <u>Altre problematiche</u>

- Estendere l'attività di screening per la prevenzione del tumore al colon retto alla popolazione generale.
- Avviare campagne informative sui corretti stili di vita, anche ricorrendo a slogan o ad eventi significativi (del tipo "tutti i medici della USL 5 smettono di fumare") che creino una buona cassa di risonanza.
- Valutare la possibilità di utilizzare la ex Scuola Santa Chiara come sede unica dei MMG di Volterra, ed eventuale centro di coordinamento di tutte le attività distrettuali e sede della Unità di Cure Primarie.

- Rivedere l'organizzazione dei servizi rivolti agli anziani, valutando l'opportunità di accentrarli in una "struttura unica", resa disponibile dall'Azienda di Servizi alla Persona "Santa Chiara".

3.7.4 PUNTI DI FORZA E RISORSE RILEVATE

- ✓ Esistenza sul territorio della Zona Alta Val di Cecina di un'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona, in grado di integrare l'offerta di servizi attualmente offerti alla popolazione anziana.
- ✓ Disponibilità di nuovi spazi di proprietà dell'Azienda pubblica di Servizi alla Persona "Santa Chiara" e delle risorse necessarie per la ristrutturazione e messa a norma.
- ✓ "Laboratori della Memoria" rivolti ai pazienti che manifestano i primi sintomi della malattia di Alzheimer. Rappresentano anche un'esperienza di felice integrazione fra ospedale e territorio.
- ✓ Sostegno ai "caregiver": progetto in atto presso l'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Santa Chiara".
- ✓ Presenza, presso la RSA Santa Chiara, di professionalità specializzate nell'assistenza agli anziani (fisiatra, fisioterapista, attività di neuroriabilitazione e, a breve, unità geriatriche).
- ✓ Progetto "Custode Sociale": buona soluzione per l'assistenza "leggera" degli anziani soli, da replicare sul territorio.
- ✓ Servizio di "Assistenza Domiciliare di Prossimità", su progetto finanziato ad una Cooperativa Sociale.
- ✓ Servizi resi dalla Misericordia di Volterra e dalla Misericordia di Saline di Volterra: misurazione pressione arteriosa, consegna medicinali a domicilio (e, a breve, attività di prelievi ematochimici presso la Misericordia di Volterra).
- ✓ Formazione delle "badanti" e corsi di lingua italiana riservati per loro (in orari e giorni compatibili con il loro lavoro presso le famiglie).
- ✓ .Attività svolta dalla Pubblica Assistenza di Sasso Pisano riguardo alla "immediata" fornitura di ausili (tempestività nella messa a disposizione di ausili per far fronte a situazioni di non autosufficienza, anche temporanea).
- ✓ Attività ricreative per gli Ospiti delle RSA della Zona (progetto Sinergie).
- ✓ Servizio di telefonia sociale con un numero verde a disposizione degli anziani che hanno bisogno di aiuto, istituito presso la RSA Santa Chiara.
- ✓ Servizio di lavanderia a domicilio, attivo nei presidi distrettuali di Larderello, Pomarance e Volterra.

3.7.5 POSSIBILI SVILUPPI

Da valutare la possibilità di destinare i locali della ex Scuola di Santa Chiara, di proprietà dell'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Santa Chiara" alla realizzazione di un nuovo "polo" di servizi rivolti alla popolazione anziana. L'ampiezza della struttura potrebbe permettere di accogliere gli ambulatori dei Medici di Medicina Generale (garantendo così la possibilità di realizzare anche su Volterra la "medicina di gruppo" e la realizzazione della Unità di Cure Primarie), la sede dei servizi legati all'invalidità civile, nonché la sede di un nuovo Punto Unico di Accesso, come previsto dalla Delibera G.R.T. n. 402/2004, di orientamento per gli anziani. Il nuovo "polo" potrebbe rispondere in maniera migliore alle esigenze di coordinamento ed integrazione, se potesse essere prevista al suo interno la sede delle attività distrettuali.

3.8 IMMIGRAZIONE

3.8.1 ALCUNI DATI SINTETICI

Per un analisi dei dati oggettivi si rimanda al documento sul Profilo di Salute.

3.8.2 PUNTI DEBOLI E PROBLEMI RILEVATI

1. <u>Problemi di integrazione socio-culturale, linguistica e di mediazione ai vari livelli</u>

La difficoltà di integrazione e quindi di comunicazione è un problema trasversale, soprattutto in ambito scolastico, sanitario, sociale e legale dove non ci sono servizi specifici di mediazione adeguati alle reali situazioni: ad esempio è emersa la necessità di mediatori culturali nelle scuole e nei servizi socio-sanitari, unitamente alla creazione di corsi di lingua italiana per badanti e stranieri ricongiunti.

2.<u>Superamento del pregiudizio nei confronti degli immigrati</u>.

3. <u>Problematica del lavoro</u>

E' stata evidenziata la difficoltà di inserimenti lavorativi dovuti a diversità culturali e la difficoltà nel mantenimento del lavoro, a cui vanno sommati problemi relativi alla sicurezza sui luoghi di lavoro e il lavoro nero.

4. <u>Emergenza abitativa</u>

Risultano evidenti pregiudizi nei confronti degli immigrati oppure richieste di affitti molto elevati da parte degli affittuari.

5. <u>Problemi economici</u>

Difficoltà nel sostenere spese in ambito scolastico o più in generale spese "quotidiane" (pagamento delle bollette, dell'affitto…).

6. <u>Problematiche specifiche legate alle donne e ai minori</u>

a. Ci sono donne sole che lavorano e non sanno dove o a chi affidare i figli.
b. Mancano luoghi di aggregazione soprattutto per le donne, che rappresentino opportunità di socializzazione evitando al contempo il rischio della "ghettizzazione".

7.<u>Problema della Assistenza Sanitaria continuativa</u> nei periodi di rinnovo dei permessi di soggiorno.

8.<u>Incremento della presenza di detenuti immigrati nel carcere</u> che rappresentano il 20-25% dell'intera popolazione detenuta.

9. <u>Problematica dei richiedenti asilo, dei rifugiati e degli apolidi.</u>

10. <u>Attenzione ad eventuali segnali che giungono dal sociale o dal sanitario, in relazione a possibili fenomeni di prostituzione nella nostra Zona.</u>

12. <u>Immigrati come "antagonisti"</u>

Immigrati e detenuti continuano ad essere visti come categorie a parte rispetto ai cittadini italiani e quindi vengono considerati come "antagonisti" nella ricerca di posti di lavoro e nell'assegnazione di case popolari o di sussidi economici.

13. <u>Ostacoli Normativi</u>

Sebbene per molti cittadini italiani l'effettuazione di acquisti o investimenti (es. auto casa) per mezzo dei pagamenti rateizzati sia molto difficile a causa della precarizzazione del mercato del lavoro, per i cittadini stranieri questo è ancora più complicato. Infatti, anche se in possesso dei requisiti economici necessari, la normativa in materia impone la presenza di un soggetto che svolga il ruolo di garante. Può essere individuata una formula che aiuti a superare questa grave limitazione?

14. <u>Mantenimento dell'identità culturale</u>

Alcuni genitori avvertono la sensazione della perdita di identità culturale (in particolare linguistica) dei propri figli che sono arrivati in Italia da piccoli o che vi sono nati. Sarebbe auspicabile trovare momenti di valorizzazione delle diverse culture che però non siano di ostacolo all'integrazione.

15. <u>Altre problematiche rilevate</u>

Spesso i vari progetti interculturali rivolti ai cittadini immigrati si svolgono nei centri principali e questo, unito alla limitatezza del servizio di trasporto pubblico, rende difficile la partecipazione di coloro che vivono nelle località più decentrate. A questo si aggiungono problemi di orario, soprattutto per le donne marocchine, che sono più osservanti della religione e sottomesse ai compagni.

3.8.3 POSSIBILI SOLUZIONI PROPOSTE

1 <u>Problemi di integrazione socio-culturale, linguistica e di mediazione ai vari livelli</u>

- Lavorare sulla integrazione fra persone di diversa etnia, favorendo attività socio-culturali tese a creare una vera integrazione tra persone con culture diverse.
- Dedicare l'ora alternativa all'insegnamento della religione cattolica per lo studio delle altre confessioni religiose, con lo scopo di avvicinare gli alunni alle nuove forme di religiosità organizzata presenti nella società italiana.
- Favorire i rapporti istituzione-scuola per superare le problematiche di disagio degli alunni immigrati, là dove la scuola non può arrivare.
- Creare da parte di tutti i servizi, uffici e settori una informazione con strumenti che siano in grado di raggiungere "tutta" la popolazione (scrivere le informazioni in almeno 3/4 lingue ad esempio).
- Coinvolgere i giovani figli di immigrati stranieri che sono inseriti a pieno titolo nella nostra società come mediatori culturali.
- Formare persone della zona con l'obiettivo di far acquisire loro competenze necessarie per una efficace comunicazione nell'ambito della mediazione linguistico-culturale e predisporle per un servizio di tutoraggio effettivo.
- Organizzare la mediazione di altro livello relativo al sostegno nella relazione con l'Istituzione (scolastica, comunale, aziendale) con modalità di informazione di primo livello, accompagnamento e orientamento. Questo è parte del lavoro della mediatrice prevista nel progetto del Piano di Zona "Nuovi Arrivi" la quale, conoscendo le famiglie tramite i bambini, aiuta in particolare le donne immigrate di paesi o frazioni limitrofe a gestire il proprio rapporto con le diverse istituzioni, in funzione dei bisogni (visite specialistiche, colloqui dei genitori, accompagnamento in auto con assistenza dei bambini, rapporto con il Sistema Sanitario).

2. <u>Superamento del pregiudizio nei confronti degli immigrati</u>.

- Promuovere e divulgare il più possibile quali sono le condizioni di vita delle persone immigrate: sono persone che hanno una famiglia, dei figli, una religione, una cultura, dei costumi e dei valori diversi dai nostri e quindi sarebbe importante che l'immagine che abbiamo, fosse un'immagine più spessa, più forte e capace di approfondire anche questi aspetti.

- Realizzazione di una mostra itinerante di fotografie, cartoline e qualsiasi tipo di materiale reperibile che parli delle diverse culture presenti nel territorio dell'Alta Val di Cecina. Potrebbero essere comprese anche la musica, la cucina, la letteratura.

3. Problematica del lavoro

Risulta la presenza di una persona al Centro per l'impiego che si occupa delle problematiche lavorative degli immigrati (una volta verificata la effettiva presenza di questa persona, è necessaria una diffusa pubblicizzazione di questa attività).

4.Emergenza abitativa

- I Comuni devono tenere conto di questo problema nelle programmazioni specifiche relative alle abitazioni e devono essere sollecitati affinché adottino politiche tese a contrastare i fenomeni legati alla presenza di appartamenti sfitti (ad esempio agevolazioni o garanzie per chi affitta la casa a persone immigrate).
- Insieme ad agevolazioni e forme di tutela per coloro che affittano abitazioni ai cittadini immigrati occorre intensificare l'azione di controllo sulle abitazioni, al fine di valutare il rispetto dei normali canoni di igiene, decenza e sicurezza.

5. Problemi economici

Reperimento di fondi per aiutare le famiglie di immigrati nelle spese scolastiche e "quotidiane".

6. Problematiche specifiche legate alle donne e ai minori

- Ipotizzare iniziative specifiche per questo segmento di popolazione (consultorio socio-sanitario o quant'altro).
- Guardare ad ampio raggio e considerare oltre al volontariato, anche le associazioni presenti nella zona, in modo da potenziare le risorse umane in supporto a queste situazioni difficili: si possono coinvolgere le associazioni che possono facilitare ad esempio le donne sole, creando attività pomeridiane che consentano alla madre di lasciare il figlio per qualche ora.
- Il problema delle donne che lavorano con i figli piccoli può essere risolto prendendo in esame la possibilità di creare un asilo autogestito, dove le madri possono trovarsi con i propri piccoli e, secondo il calendario delle attività lavorative di ciascuna, possono occuparsi dei loro figli e di quelli che compagne impegnate. Questo potrebbe diventare un buon mezzo per favorire la conoscenza e la collaborazione tra donne immigrate e locali.

7. Problema della assistenza sanitaria continuativa

Far presente alla A.S.L 5 del verificarsi della interruzione alla Assistenza Sanitaria quando scade il permesso di soggiorno per i cittadini stranieri: è necessaria una continuità assistenziale.

8. Incremento della presenza di detenuti immigrati nel carcere

Creazione di uno sportello Immigrati in Carcere per rinnovare i permessi di soggiorno (ad esempio 1 ora al mese).

3.8.4 PUNTI DI FORZA E RISORSE RILEVATE

- ✓ Presenza di uno sportello decentrato della Questura a Volterra che riduce la necessità di effettuare le pratiche a Pisa: necessità di potenziare la attività sia di questo sportello che dello sportello informativo per Immigrati.
- ✓ Protocollo di intesa tra Provincia (Centro Nord-sud) e Società della Salute per la presenza di mediatori culturali all'interno delle strutture Sanitarie.
- ✓ Presenza diffusa di Volontariato e Terzo Settore: forte tessuto sociale nella zona.

- ✓ Presenza nella Zona Alta Val di Cecina di una mediatrice linguistica “di fatto” di lingua araba.
- ✓ Progetto “Nuovi Arrivi II – Dall’accoglienza alla mediazione interculturale”: finalizzato alla integrazione socio-culturale per bambini delle Scuole medie di Larderello, Castelnuovo V.C e Pomarance.
- ✓ Progetto “Sorriso”: con erogazione di contributi economici alle famiglie immigrate che si trovano in situazione di bisogno temporaneo e in cui vi è presenza di minori a carico.
- ✓ Progetto “Donne Insieme”: finalizzato a sperimentare strategie che favoriscano l’inserimento sociale delle donne immigrate che risiedono nel Comune di Castelnuovo V.C.
- ✓ reazione di una emeroteca per immigrati a Castelnuovo V.C.
- ✓ “Circolo di Studi” realizzato a Castelnuovo V.C.
- ✓ Creazione del Gruppo Tecnico Immigrati.
- ✓ La multiculturalità nelle carceri sviluppato dal Centro Nord-Sud: possibilità reale di integrazione e partecipazione alla vita carceraria e presupposto per l’avvio di un percorso di risocializzazione, che deve essere realizzato anche di fronte a nazionalità, culture, religioni diverse.
- ✓ Teatro di Nascosto: l’accademia di teatro-reportage per rifugiati e richiedenti asilo crea situazioni di convivenza tra rifugiati di diverse parti del mondo e membri del teatro di nascosto, nelle quali vengono insegnate la lingua italiana e inglese, l'uso del computer, e anche come raccontare le proprie storie e quelle degli altri tramite il 'teatro-reportage'.
- ✓ Carte Blanche: attività socio-culturali svolte all’interno della Casa Penale da parte della Associazione Culturale Carte Blanche tese all’integrazione e alla apertura di rapporti con il mondo esterno, con possibilità per i detenuti che partecipano ai progetti, di essere introdotti a pieno titolo nel mondo del lavoro, grazie al riconoscimento dell’Art.21.

3.7.5 POSSIBILI SVILUPPI

- ❖ Mantenere e sviluppare i progetti esistenti nella nostra zona.
- ❖ Creare la Consulta Immigrazione già presente a Castelnuovo V.C anche negli altri Comuni facenti parte della Società della Salute, in modo da favorire il rapporto e l'integrazione tra la cultura italiana e le varie culture presenti sul territorio.
- ❖ Coordinamento delle forze in campo al fine di distribuire al meglio le risorse e le attività rivolte agli immigrati nella zona Alta Val di Cecina.
- ❖ Diffondere volantini relativi ai servizi di emergenza e agli accessi ai servizi sanitari che risultano poco conosciuti dagli immigrati, durante i loro momenti di aggregazione (ad esempio durante l’elezione del Consiglio Provinciale degli Stranieri).

CONCLUSIONI

Le priorità emerse al temine del lavoro del gruppo sono state quindi:

1. Problemi di integrazione socio-culturale, linguistica e di mediazione ai vari livelli. 2.Superamento del pregiudizio nei confronti degli immigrati. 3.Problematica del lavoro. 4. Emergenza abitativa.

RINGRAZIAMENTI

Si coglie l'occasione per ringraziare tutti i partecipanti ai tavoli tecnici di lavoro: amministratori e tecnici dei Comuni dell'Alta Val di Cecina, della Provincia, operatori del Servizio Sanitario Territoriale e del Servizio Sociale della zona, dei Dipartimenti della Prevenzione, della Salute Mentale, delle Dipendenze e del Farmaco, dell'Ospedale, della Riabilitazione Funzionale, rappresentanti dei MMG, dei PLS, della Consulta del 3° settore e del Comitato di Partecipazione.
Un sincero e doveroso ringraziamento a tutte le Istituzioni, agli organismi di partecipazione, ai cittadini e a tutti coloro che con il contribuito hanno permesso la costruzione di dell'immagine di Salute dell'Alta Val di Cecina,
Un ringraziamento particolare al personale della Segreteria Tecnica della Società della Salute che ha fornito un prezioso e fondamentale supporto ai tavoli tecnici e durante gli incontri e le assemblee pubbliche.

La Giunta della Società della Salute Alta Val di Cecina

PIS ALTA VAL DI CECINA 2006-2008 – ALLEGATO C

Schema di Convenzione per la delega all'Azienda USL delle attività e dei servizi sociali e socio-sanitari integrati

CONVENZIONE PER LA GESTIONE TRAMITE L'AZIENDA USL 5 DELLE ATTIVITA' E DEI SERVIZI SOCIALI E SOCIO-SANITARI INTEGRATI

L.R. N. 41 del 24.02.2005 – Legge N. 328 DEL 08.11.2000.

L'anno 2005__, addì _____ del mese di _____ in _____ presso la Az. USL 5 Borgo San Lazzero, 5 Volterra;

Attesa la necessità di stipulare una convenzione tra la Società della Salute della Alta Val di Cecina, i Comuni di Castelnuovo Val di Cecina, Montecatini Val di Cecina, Pomarance, Volterra e l'Azienda USL 5, per la gestione delle attività e dei servizi sociali di competenza dei Comuni stessi;

Viste:

- La Legge 833/78 istitutiva del servizio sanitario nazionale, nonché il Decreto Legislativo 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni;
- Il D.Lgs. n° 112/98 e 267/00 che attribuiscono ai Comuni la titolarità delle funzioni nel settore dei servizi sociali;
- La Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, n.328 del 8 novembre 2000;
- Le norme legislative della Regione Toscana in materia di servizi sociali ed in particolare la Legge Regionale 24 febbraio 2005, n. 41 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale";
- Il Piano Sociale Integrato Regionale 2002-2004 e i relativi aggiornamenti;
- Il Piano Sanitario Regionale 2005-2007;
- La L.R. 16.08.2001 n° 40, relativa al livello ottimale di esercizio di servizi e funzioni;
- La L.R. 40 del 24 febbraio 2005 "Disciplina del Servizio Sanitario Regionale";

Considerato che:

- l'art. 6 della L. 328/00 attribuisce ai Comuni la titolarità delle funzioni amministrative concernente gli interventi sociali a livello locale e il concorso alla programmazione regionale;

- la stretta connessione fra aspetti sociali e sanitari rendono utile ed opportuna una gestione associata dei servizi sociali tra Comuni - USL;
- l'art. 11 della L.R. n. 41/2005 conferisce al Comune l'esercizio della funzione di programmazione locale del sistema integrato e la titolarità delle funzioni concernenti la realizzazione della rete locale degli interventi e servizi sociali, nonché della gestione e della erogazione dei servizi medesimi;
- l'art.33 della suddetta Legge Regionale prevede che il Comune possa gestire in forma associata le funzioni ed i servizi nei livelli ottimali individuati dalla L.R. 40/2001, e successive modifiche ed integrazioni;
- in attuazione della norma citata con atto ai rogiti del segretario comunale di Volterra Rep.n.13149 del 22.12.2004 i Comuni sopra indicati e l'Azienda USL 5 hanno costituito in via sperimentale il consorzio pubblico denominato Società della Salute dell'Alta Val di Cecina;
- l'art.35 della Legge Regionale n.41/05 riconosce al Comune la possibilità di delegare la gestione degli interventi e servizi sociali alla Azienda Unità Sanitaria Locale, come previsto altresì dall'art.32 c.2 lettera C della L.R.40/2005;
- la gestione attraverso l'Azienda USL delle attività viene attuata e regolata mediante stipula di apposita convenzione, secondo le modalità previste del D.Lvo 18 agosto 2000, n. 267;
- nella convenzione debbono essere individuati i fini da realizzare, le forme di raccordo e di consultazione degli enti nonché le forme di raccordo circa l'esercizio delle rispettive competenze di programmazione e gestionali, rapporti finanziari, nonché ogni ulteriore aspetto concernente gli obblighi dei vari contraenti ed i relativi controlli ai fini del funzionale esercizio delle attività e servizi in materia di assistenza sociale;
- nella materia dell'assistenza sociale, di cui i Comuni hanno la titolarità, resta salva la competenza degli stessi ad esercitare attività e servizi concernenti le funzioni amministrative che non risultino comprese nell'ambito della convenzione sopra citata, che riguardino specificità territoriali dei Comuni medesimi.

Tutto ciò premesso:

tra i Comuni di:

Castelnuovo Val di Cecina rappresentato dal Sig. _____ nato a _____ il _____, che agisce in nome e per conto dell'ente – C.F. _____;

Montecatini Val di Cecina rappresentato dal Sig. _____ nato a _____ il_____, che agisce in nome e per conto dell'ente – C.F. _____;

Pomarance rappresentato dal Sig. _____ nato _____ il _____, che agisce in nome e per conto dell'ente – C.F._____;

Volterra, rappresentato dal Sig. _____ nato a _____ il _____, che agisce in nome e per conto dell'ente – C.F._____;

e

la ASL 5 di Pisa, nella persona del Sig. _____ nato a _____ il _____, che agisce in nome e per conto dell'ente – C.F._____;

e

la Società della Salute della Alta Val di Cecina, nella persona del Sig. _____ nato a_____ il _____, che agisce in nome e per conto dell'ente – C.F._____;

Si stipula la seguente convenzione:

ART. 1 – FINALITA'

Con la presente convenzione gli stipulanti si propongono:

a) di attuare i piani e i programmi concordati dagli enti firmatari;

b) di definire standard di prestazioni omogenee sul territorio e conformi a leggi ed indicazioni programmatiche della regione;

c) di realizzare e ottimizzare le risorse a disposizione per le attività oggetto della presente convenzione,

d) di organizzare i servizi e di svolgere le attività in modo da salvaguardare i diritti del cittadino ed assicurare parità di risposte a parità di bisogni.

La convenzione potrà essere integrata allorché saranno determinati i livelli essenziali di assistenza (LIVEAS) e definito il sistema di accreditamento nonché i criteri per accedervi.

ART. 2 – ATTIVITA' E SERVIZI

I Comuni affidano alla Azienda USL 5 la gestione delle attività e dei servizi socio-assistenziali di cui alla L.R.41/05 di seguito indicati:

- **Assistenza economica,** di carattere continuativo, straordinario o urgente a persone o nuclei familiari in stato di bisogno;
- **Programmi e progetti a carattere educativo**, di socializzazione e con particolare attenzione alle situazioni e fasce di età infantili e adolescenziali giovanili, a rischio di marginalità ed

emarginazione, rivolti al singolo, alle famiglie e al gruppo di appartenenza per prevenire e rimuovere situazioni di crisi familiare e di disadattamento; attività di socializzazione per soggetti portatori di handicap;

- Interventi di pronta accoglienza per minori in stato di abbandono e adulti in difficoltà (compresi i casi di violenza e maltrattamento).
- **Interventi particolari a tutela dell'infanzia e dell'adolescenza e attività connesse a provvedimenti dell'autorità giudiziaria** in materia civile, amministrativa e penale (affidi, adozioni, etc.);
- **Organizzazione e gestione del centro affidi**;
- **Interventi di aiuto personale:** ai sensi dell'art. 9 della L. 104/92, interventi diretti a soggetti in temporanea o permanente grave limitazione dell'autonomia personale non superabile con protesi o ausili tecnici o altre forme di sostegno, finalizzati a permettere lo svolgimento delle attività quotidiane, il mantenimento del soggetto nel proprio ambiente di vita al superamento di stati di isolamento;
- **Interventi socio-terapeutici:**
    - l'inserimento socio –riabilitativo in ambiente lavorativo di cittadini in situazioni di disagio, di emarginazione, di ridotte capacità lavorative anche con corresponsione di una minima contribuzione mensile:
    - attuazione di inserimenti per adolescenti a rischio, soggetti disabili o con problematiche psico – fisiche, soggetti con problematiche di dipendenza per i quali l'inserimento lavorativo sia previsto durante o al termine del trattamento terapeutico, soggetti già istituzionalizzati o in regime di semilibertà;
    - attuazione di inserimenti di persone con gravi disabilità**.**
- **Interventi di sollievo, aiuto e sostegno alle famiglie** impegnate in attività di cura e assistenza di persone disabili, di persone con problemi di salute mentale, di anziani e di minori in affidamento.
- **Servizi semiresidenziali e servizi residenziali**;
    - prestazioni di assistenza sociale, educativo / riabilitativa, di animazione e di socializzazione all'interno delle strutture residenziali e semiresidenziali;
    - stipula delle convenzioni con strutture gestite da terzi per le attività a carattere sociale, nonché stipula di convenzioni per la gestione di servizi sociali ed educativi;

- gestione di centri diurni per portatori di handicap per rendere possibile una vita di relazione a soggetti con handicap grave o medio – grave che abbiano assolto all'obbligo scolastico e per adulti le cui verificate potenzialità residue non consentono idonee forme di integrazione lavorativa o altre soluzioni alternative.
- Organizzazione e gestione di Centri Diurni per anziani non autosufficienti.
- Ricovero di anziani presso Residenza Sanitarie Assistenziali a gestione diretta e Istituti convenzionati.
- Ricoveri di anziani presso Residenze Sociali Assistite;
- Ricovero di portatori di handicap in strutture socio assistenziali.
- Ricovero di minori in strutture socio assistenziali.

o **Interventi a favore dei portatori di handicap:**

- azioni a favore dei disabili tese a rimuovere gli ostacoli di tipo culturale, strutturale per il raggiungimento di ogni possibile livello di autonomia.
- Attività di assistenza educativa svolta al domicilio degli utenti e nelle strutture aziendali;
- Predisposizione di mezzi, sussidi didattici, nonché ausili personalizzati sulla base del progetto educativo predisposto dal Gruppo Operativo Interdisciplinare Funzionale – Gruppo Operativo Multidisciplinare, avvalendosi anche del Laboratorio Ausili e Documentazione.
- Attivazione delle risorse territoriali finalizzata alle attività di preformazione e di inserimento lavorativo per soggetti portatori di handicap per i quali compete al GOM la predisposizione ed attuazione dei programmi di inserimento collegati ai progetti terapeutici e riabilitativi personalizzati.
- Attività di collegamento con la Provincia per garantire l'immissione nella formazione professionale dei soggetti che hanno concluso i corsi di preformazione.
- Assistenza specialistica agli alunni portatori di handicap. Il servizio erogato sarà remunerato con risorse aggiuntive rispetto a quelle determinate ai sensi dell'art. 7 del presente atto.

o **Interventi a favore degli anziani**

- Le azioni a favore della popolazione anziana sono rivolte fondamentalmente a valorizzare la persona ed a favorire opportunità di reperimento delle risposte adatte a specifici bisogni. Gli interventi devono determinare condizioni per prevenire la non

autosufficienza, mantenere gli anziani nelle famiglie e nel tessuto sociale, assicurare il rispetto dei diritti delle persone. Gli interventi devono corrispondere ai criteri definiti dell'Unità di Valutazione Multidimensionale;

- Organizzazione e gestione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per anziani non autosufficienti;
- Affidamento familiare ed eterofamiliare;
- Telesoccorso

- **Organizzazione e gestione dell'assistenza domiciliare e di servizi di supporto alla domiciliarità anche nelle Residenze Assistite.**
- **Interventi personalizzati su progetti individuali finalizzati all'inclusione sociale di soggetti appartenenti a fasce deboli** (P.I.S.R. – R.T. 2002/2004);
- **Trasporti sociali.**
- **Osservatorio sui bisogni** e sulle politiche sociali attraverso il sistema informativo;

Secondo quanto previsto dal titolo IV° "Integrazione socio – sanitaria" della L:R. n.41/05, le attività ed i servizi socio – assistenziali, con elevato grado di integrazione sanitaria, sono volte a soddisfare le esigenze di tutela della salute, di recupero e di mantenimento delle autonomie personali, di inserimento sociale e di miglioramento delle condizioni di vita, anche mediante prestazioni a carattere prolungato. Ai sensi dell'art.3 septies del D. Lgs.502/92 e del DPCM 14 febbraio 2001, le prestazioni socio sanitarie, sono assicurate mediante il concorso delle Aziende Sanitarie Locali e dei Comuni, e si sostanziano nell'erogazione integrata delle prestazioni sanitarie e sociali necessarie a garantire una risposta unitaria e globale ai bisogni di salute.

Le aree interessate al concorso di cui sopra, riguardano le attività di integrazione:

3.1. per il recupero e la rieducazione funzionale dei disabili;

3.2. per la tutela della salute mentale;

3.3. per la prevenzione delle dipendenze e per l'assistenza ai tossicodipendenti ed alcolisti;

3.4. alla prevenzione per la salute della donna, la procreazione responsabile e la tutela della maternità e dell'infanzia;

3.5. per la tutela della salute degli anziani;

ART. 3 – MODALITA' E PROCEDURE PER LA PROGRAMMAZIONE E GESTIONE

1. L'Azienda USL provvede ad assicurare le funzioni richieste attraverso la propria autonomia organizzativa e nel rispetto degli indirizzi dettati dalla Giunta della Società della Salute della Alta Val di Cecina.

2. In praticare il piano annuale e pluriennale delle attività e dei servizi di assistenza sociale attribuiti alla gestione dell'Azienda USL viene da questa predisposto, secondo le linee programmatiche stabilite dalla Giunta della Società della Salute della Alta Val di Cecina.

3. Il Piano annuale e pluriennale deve dettagliatamente prevedere:

3.1. Gli obiettivi da realizzare nell'anno;

3.2. Le attività e servizi da realizzare nel territorio;

3.3. Il personale da impiegare;

3.4. Le sedi di erogazione dell'attività;

3.5. Il budget di spesa;

3.6. I criteri di riparto della spesa fra i Comuni associati;

3.7. Gli introiti derivanti dagli oneri a carico degli utenti;

3.8. Gli indicatori di risultato.

4. L'Azienda USL predispone una relazione periodica sulle attività realizzate, corredata dai dati del consuntivo concernente le attività di servizi socio – assistenziali.

5. La Giunta della Società della Salute Alta Val di Cecina effettua la verifica sulla realizzazione degli obiettivi e sul rispetto delle direttive ai sensi delle LL.RR. 41/05 e 40/05.

ART. 4 – REGOLAMENTAZIONE DELLE FUNZIONI E DELL'ORGANIZZAZIONE

1. Nello svolgimento delle funzioni ed attività delegate, l'Azienda si attiene alle previsioni regolamentari vigenti ed applicabili nel territorio di riferimento.

2. Per assicurare una disciplina uniforme e coordinata a livello territoriale, la Società della Salute Alta Val di Cecina predisporrà nuovi regolamenti dei servizi socio-sanitari tenendo conto delle proposte che elaborerà il Servizio di Assistenza Sociale.

ART. 5 – SERVIZIO DI ASSISTENZA SOCIALE

La gestione delle attività e dei servizi di cui al precedente Art.2 è esercitata dalla Az. USL attraverso il Servizio di Assistenza Sociale.

La struttura di riferimento del servizio è il Distretto socio-sanitario, corrispondente alla Zona Alta Val di Cecina.

ART. 6 - INDIRIZZI PER LA GESTIONE DEI SERVIZI E DEI PROGETTI DEL PIANO INTEGRATO DI SALUTE

1. Per la realizzazione dei progetti di ambito sociale che concorrono al raggiungimento di obiettivi di salute contenuti del Piano Integrato di Salute, l'Azienda USL 5 stipulerà apposita convenzione con i soggetti attuatori puntualizzando che:

- l'indicazione del finanziamento accordato è da intendersi come quota massima erogabile dal soggetto gestore a fronte della piena realizzazione degli interventi previsti;
- tale finanziamento dovrà essere erogato in quote progressive a fronte della rendicontazione contabile delle spese sostenute, fatta eccezione per la prima quota che verrà erogata in forma anticipata al momento della dichiarazione di avvio del progetto e per la quale la rendicontazione avverrà a consuntivo;
- qualora l'attuazione dei progetti sia affidata ad un soggetto privato dovranno essere inserite nel contratto clausole atte ad assicurare il rispetto dei contratti di lavoro;

ART. 7 – RAPPORTI FINANZIARI.

1. Per l'attuazione della presente convenzione ogni comune firmatario si impegna a stanziare nel proprio bilancio annuale e a versare alla azienda USL 5 di Pisa – zona Alta Val di Cecina, la somma determinata sulla base media pro-capite, calcolata sui cittadini residenti. Gli stanziamenti per l'anno corrente sono i seguenti:

Comune di Volterra: €.

Comune di Pomarance: €.

Comune di Castelnuovo V.C.:€.

Comune di Montecatini V.C. : €.

Per gli anni successivi gli importi saranno aggiornati sulla base di quanto disporrà la Giunta della Società della Salute.

ART. 8 – BENI

1. Sono messi a disposizione della gestione associata i beni e le strutture attualmente destinate ai servizi sociali, nei limiti delle effettive necessità del servizio. L'assegnazione di ulteriori beni e la dismissione

di quelli già in assegnazione è soggetta al previo parere vincolante della Giunta della Società della Salute.

ART. 9 – COMPOSIZIONE DELLE CONTROVERSIE

1. Eventuali controversie saranno risolte dalla Giunta della Società della Salute Alta Val di Cecina che, effettuata una rapida istruttoria, inviterà le parti a conciliare sulle rispettive pretese.
2. Qualora le parti non raggiungano la conciliazione potranno essere aditi gli ordinari organi di tutela.

ART. 10 - DURATA

1. La presente convenzione impegna gli enti contraenti per la durata di tre anni, fino al **31.12.2008.**

Letto, approvato e sottoscritto.

Comune di Volterra:

Comune di Pomarance:

Comune di Castelnuovo V.C.:

Comune di Montecatini V.C. :

Il Direttore Generale della Azienda USL 5

Il Direttore della Società della Salute Alta Val di Cecina

PIS ALTA VAL DI CECINA 2006-2008 – ALLEGATO D

La Carta per la Cittadinanza della Zona Alta Val di Cecina

La Carta per la cittadinanza sociale

Zona Alta Val di Cecina*

La Carta della cittadinanza sociale: significato e ricadute

Qualche riferimento al significato

Che cosa ha voluto dire partecipare al percorso progettuale per una carta della cittadinanza sociale, in grado di promuovere esperienze di

* Il gruppo tecnico operativo della zona Alta Val di Cecina che ha collaborato al progetto «La carta per la cittadinanza sociale. Un'opportunità per la comunità locale» era composto da: Licia Bardi, dell'azienda Usl 5, referente area disabili, Volterra; Alessandra Benelli, assessore alle Politiche sociali del comune di Pomarance; Silvia Bianchi, Segr. Tec. Az. USL 5; Sergio Buselli, rappresentante Coordinamento unitario pensionati lavoratori autonomi; Fabrizio Calastri, rappresentante delle Ipab della zona; Massimiliano Casalini, rappresentante cooperative sociali della zona; Federica Cecchi, distretto sociosanitario Volterra, referente area minori e famiglie; Pier Luigi Dei, assessore Politiche sociali del comune di Volterra; Sandra Diciotto, azienda Usl 5, segreteria tecnica dell'Articolazione della Conferenza dei sindaci dell'Alta Val di Cecina; Paolo Dolfi, responsabile area sociale comune di Castelnuovo Val di Cecina; Ferretti Ferretto, rappresentante volontariato comuni di Volterra e Montecatini Val di Cecina; Emma Ferrieri Caputi, dirigente settore Politiche sociali della provincia di Pisa; Mario Filidei, rappresentante Sindacato Cisl e Cisl Pensionati; Primo Frosali, rappresentante Sindacato Cgil e Cgil Pensionati; Angelo Lippi, azienda Usl 5, responsabile segreteria tecnica zona Alta Val di Cecina; Erica Marchetti, Presidio sociosanitario Ponteginori, referente area minori e famiglie; Tamara Tognoni, responsabile servizio Politiche sociali comune di Volterra; Onelio Romboli, rappresentante Sindacato Uil e Uil Pensionati; Gabriella Scarselli, azienda Usl 5, segreteria tecnica dell'Articolazione della Conferenza dei sindaci dell'Alta Val di Cecina.

cittadinanza attiva, sociale, consapevole, nella popolazione, nelle istituzioni e nei servizi?

Ha voluto dire: capire e contribuire a capire, leggere, con gli altri componenti del gruppo, il territorio di appartenenza, promuovere politiche sociali in cui fosse affermata la centralità della persona di qualsiasi condizione e in ogni età della sua vita sia come fruitrice dei servizi che come risorsa per la comunità.

Molte cose sono state scritte e anche fatte, rimane però ancora molto da fare sul piano della promozione della cittadinanza sociale «vera», intesa come cittadinanza attiva, consapevole e solidale.

Quest'esperienza, iniziata nel settembre 2000, avviata in conseguenza dell'emanazione della legge regionale Toscana n. 72 del 1997 sul «riordino dei servizi socioassistenziali e sociosanitari integrati», era prevista dal Programma regionale di promozione della cittadinanza sociale compreso nel Piano integrato sociale regionale del 1998-2000 e ha visto il suo sviluppo nell'arco del primo anno di vita della legge quadro nazionale n. 328/00.Due leggi, la n. 72 regionale e la n. 328 nazionale, che hanno raccolto l'esperienza, le riflessioni, le elaborazioni metodologiche di tanti anni di lavoro sul campo, con le persone e il territorio, e di leggi settoriali e frammentarie che hanno regolato per più di un secolo le politiche sociali.

Proprio la legge regionale ha chiamato le istituzioni, sia i politici che gli operatori, le associazioni e le cooperative sociali, i sindacati ecc. a un compito necessario, ma estremamente complesso: la stesura del piano di zona sociale.

Come spesso succede, questo compito nuovo, che ci ha imposto dei *tours de force*, ha rappresentato una vera sperimentazione sul campo, spesso ostica, difficile da metabolizzare ma stimolante.

Il percorso della carta della cittadinanza sociale ha comportato una riflessione a ritroso su tutti gli aspetti che avevamo dovuto affrontare per i piani di zona, la lettura dei bisogni che la nostra realtà esprimeva e di quelli non espressi, il rapporto con i cittadini e le organizzazioni sociali che li rappresentano, che cosa vuol dire politiche sociali integrate ecc. Ci ha imposto anche una riflessione in avanti, nella ricerca di dare un contenuto alla parola «partecipazione», intesa come cittadinanza attiva e consapevole, una partecipazione che deve contare nelle scelte, essere solidale e tesa alla costruzione di uno stato sociale «comunitario».

Questo percorso ha richiesto inoltre uno sforzo concettuale che ha prodotto un processo di cambiamento di mentalità, un approccio ai problemi arricchito ogni volta dalle conoscenze e dalle esperienze di ciascuno, dei rapporti reciproci frequenti, in cui ognuno di noi ha recuperato «identità ideali», conoscenze, ruolo.

Ecco, questo possiamo dire che sia il primo risultato «politico»: dalla discussione e definizione del preambolo e dei principi ispiratori all'individuazione del profilo di comunità, alla riflessione sulla tutela dei diritti dei cittadini, alla metodologia da utilizzare, alla discussione sul punto unico di accesso e sui diritti esigibili dai cittadini, alla ricerca di quale comunicazione sociale, abbiamo lavorato insieme, ricercando, individuando e definendo scopi comuni, per «uno stato sociale comunitario». E nel tentare di capire quale sia il bene della nostra comunità, ognuno di noi si è posto comunque sempre come cittadino.

D'altra parte il confronto con le esperienze delle altre due zone, il Mugello e la zona Livornese, diverse come composizione sociale, per organizzazione, per storia, così come con le zone osservatrici, la zona di Grosseto e quella della Val di Nievole, ci hanno permesso di acquisire più consapevolezza di noi stessi, dei punti di forza della nostra zona, come dei punti di de-bolezza.

Questo risultato politico si inserisce in un processo che già nelle riunioni guidate dagli esperti della Fondazione «E. Zancan» (Franco Vernò e Alessandro Pompei) e dell'Adee (Silvana Biasutti), o durante le nostre chiacchierate in libertà durante le «trasferte» a Firenze, ha espresso la necessità di proiettarsi in avanti, di svilupparsi e di far crescere un'esperienza che ad alcuni è sembrata scontata, ma che non lo è affatto, perché per avere partecipazione, per avere cittadini consapevoli e attivi, non basta scrivere le Carte di cittadinanza, come non è bastato avere una Costituzione perché i suoi principi fossero concretamente attuati.

Occorre dare un metodo che aiuti ad attivare la consapevolezza e la conoscenza il più possibile allargata, soprattutto ai soggetti più deboli e difficili da raggiungere, evitando di correre il rischio di «burocratizzare» i rapporti, gli scambi, il confronto, i ruoli.

Quindi, il valore principale di questo percorso sta proprio nella capacità di ognuno di noi di farlo essere un processo che continua e si sviluppa dentro la comunità, traendo da questa esperienza alcuni spunti per capire quali vantaggi possono e devono derivare ai cittadini come individui e alle loro organizzazioni sociali.

Qualche riferimento ai vantaggi per i cittadini e i soggetti sociali

Primo vantaggio: una partecipazione che «conta

L'esperienza fatta in quest'anno ci indica che attraverso la condivisione del percorso e dei risultati si può raggiungere una partecipazione che conta di quei soggetti sociali che pazientemente e faticosamente hanno portato dentro la carta la loro esperienza, mettendosi in gioco, non dando per scontata la loro rappresentanza e coordinandosi con gli altri soggetti.

L'obiettivo è quello di continuare a lavorare per applicare i risultati ottenuti, per migliorare la qualità dei servizi per la salute dei cittadini, e quindi per migliorare la qualità della vita, coinvolgendo altri soggetti sociali, come i gruppi informali, le famiglie, i gruppi di cittadini uniti da un interesse, o da un problema, o da un bisogno.

Secondo vantaggio: un metodo di lavoro

Questo percorso progettuale ha permesso di individuare una metodologia che rinforza i livelli di coinvolgimento di tutti i soggetti sociali nelle scelte di indirizzo delle politiche sociali; soggetti sociali che d'altronde sono già presenti, nella nostra zona, nelle consulte, nelle consultazioni sui piani di zona, negli incontri più o meno formali che ogni amministratore ha con loro, con Protocolli d'intesa (vedi i Protocolli d'intesa delle organizzazioni sindacali dei pensionati con gli enti locali). Un metodo che prevede diversi momenti.

- Momenti di consultazione iniziale per l'individuazione dei bisogni, che possono essere noti o comunque facilmente individuabili, espressi, ma anche, spesso, non espressi. Nel caso dei bisogni non espressi il ruolo dei soggetti sociali, parrocchie comprese, in un territorio con bassa densità di popolazione come quello dell'Alta Val di Cecina, dove vi sono piccoli paesi lontani fra loro e con una scarsa viabilità, è fondamentale. Tali soggetti possono integrare il lavoro degli operatori sociosanitari (assistenti sociali, assistenti domiciliari, educatori, infermieri di ogni presidio sociosanitario), nonché dei medici di base che hanno un contatto capillare con i cittadini e possono con loro svolgere un ruolo determinante nell'individuazione dei bisogni, in un contesto di adeguata sensibilizzazione e preparazione.
- Momenti di concertazione e di co-progettazione degli interventi con il cosiddetto terzo settore, cooperative sociali del territorio, volontariato, associazionismo, che dovrebbero mirare alla non frammentazione delle risposte. Una cittadinanza, quindi, che è anche impegno a mettere in rete le proprie risorse per rispondere al diritto alla salute della persona, intesa come soggetto complesso ma unitario.
- Momenti di controllo e di verifica fra i bisogni e le risposte rese fruibili e che possono essere diffuse, adeguate oppure inadeguate, o che non tengono nel dovuto conto tutte le sfaccettature dei fenomeni sociali. Una cittadinanza quindi che viene esercitata non solo nel momento della consultazione e della proposta, ma che si sviluppa in una cittadinanza attiva che conta an-che e soprattutto nella verifica della qualità dei servizi al cittadino.

Funzioni dei soggetti comunitari

Compito dei soggetti coinvolti nel percorso della carta della cittadinanza è quindi quello di contribuire ad accrescere la fiducia e la soddisfazione della popolazione nei confronti dei servizi alla persona, aumentando la consapevolezza dei cittadini sui servizi e facendo in modo che il governo locale mantenga un flusso di comunicazione costante con la comunità, innescando un circolo virtuoso che aiuti a fornire servizi tendenzialmente sempre più rispondenti alle esigenze concrete espresse.

La complessità di questi processi è evidente a tutti noi, richiede e induce un cambiamento di mentalità non facile da gestire, una volontà di coordinarsi e rapportarsi agli altri soggetti in modo continuo e flessibile, non scontato: una capacità di ascolto attento e rispettoso dell'esperienza e della sensibilità di ciascuno e una capacità di elaborazione articolata e puntuale che solo un buon lavoro di gruppo partecipato da più soggetti diversi può dare.

La carta della nuova cittadinanza sociale è veramente un'«opportunità per la comunità locale», se riesce a migliorare la collaborazione e l'integrazione fra i suoi membri (forze sociali, rappresentanze politiche, servizi), creando condizioni favorevoli alla partecipazione solidale e condivisa.

Può e deve essere ispiratrice dei futuri piani di zona, ma deve anche essere l'anima di tutte le carte dei servizi, come quella (ben fatta!) già distribuita dall'Azienda Usl n. 5.

Una carta costruita a più mani, corale, e da comunicare a più voci. Ecco un ulteriore tema che deve essere maggiormente sviluppato: la comunicazione sociale, fondamentale per una cittadinanza attiva e consapevole, anche e soprattutto dei soggetti più deboli e che spesso rimangono ai margini.

Il lavoro degli amministratori locali, dei tecnici, degli operatori sociali e sanitari, del volontariato, delle associazioni, delle cooperative sociali, di tutti i soggetti che hanno fatto parte del Gto (gruppo tecnico operativo), non è finito, rimangono molte cose da fare e costruire insieme, non disperdendo l'esperienza fatta, ma garantendone la continuità, per esempio attraverso l'istituzione di un gruppo di governo della carta con funzioni di coordinamento e orientamento delle politiche sociali, con l'obiettivo di perseguire e consolidare una comunità partecipe e solidale.

Preambolo e principi per una carta per la cittadinanza sociale

L'obiettivo di una carta per la cittadinanza sociale presuppone un innalzamento della qualità della vita attraverso varie fasi che tendono a

inserire attivamente il cittadino nella realtà locale con il coinvolgimento di tutti gli organismi del territorio che offrono servizi alla persona. A monte di tale progetto occorre quindi chiarire quali siano i diritti e i doveri delle parti coinvolte.

Partendo da quanto disposto dalle leggi regionali e nazionali si evidenziano di seguito quelle che si possono definire le finalità delle politiche e dei servizi territoriali rivolti alla persona e che risultano essere i principi ispiratori della carta per la cittadinanza sociale.

Miglioramento della qualità della vita

Nella zona Alta Val di Cecina questa finalità può essere perseguita attraverso:
- la prevenzione, ovvero con la creazione di condizioni che consentano di anticipare l'insorgere del bisogno; tale processo necessita di un intenso lavoro di conoscenza e di messa in rete delle conoscenze e delle risorse a cui concorrono tutte le politiche sociali intese nel senso più allargato: le politiche del lavoro, le politiche della casa, l'organizzazione urbanistica, la forma-zione, le attività di aggregazione ecc.;
- l'inclusione, ossia il favorire lo sviluppo del senso di appartenenza dei singoli e delle famiglie alla comunità locale, creando le condizioni affinché la «partecipazione» garantisca la presenza delle «diversità» di religione, di sesso, di lingua, di opinioni politiche ecc. (vedi Costituzione italiana), portatrici di bisogni specifici, ma anche di risorse intese come ricchezza data dalla differenza;
- la promozione della crescita personale; devono essere salvaguardati i diritti e promossi i doveri dei cittadini, delle famiglie tradizionali e di fatto, della comunità attraverso un percorso di crescita della persona.

Accesso ai servizi

Per quanto concerne l'accesso ai servizi, si ribadisce che tutti i cittadini presenti, residenti e dimoranti possono accedere alle prestazioni dei servizi sulla base del riconoscimento del bisogno, precisando che i dimoranti possono accedere ai servizi non differibili (di emergenza).

Libertà dal bisogno e superamento della povertà

Nelle condizioni di povertà transitorie, per superare la condizione di bisogno spesso non basta il sostegno per l'attivazione delle risorse personali, ma si rende necessaria e indispensabile anche l'attribuzione di un sostegno economico. Nelle situazioni di povertà permanenti, invece, l'intervento

economico non può essere slegato da un progetto di crescita dell'individuo, se possibile del suo gruppo familiare.

Garantire i servizi essenziali

All'interno del processo attivato vengono previste varie tappe per la definizione dei diritti esigibili, che ogni anno richiedono nuove definizioni e ampliamenti, in base allo sviluppo dei servizi e delle risorse.

Creare una rete di protezione sociale

Coloro che hanno risorse e servizi da mettere a disposizione della comunità locale (pubblico, privato, settore *non profit* ecc.) possono contribuire alla creazione di una rete di servizi alla persona in modo da ottimizzare le risposte rispetto ai bisogni emergenti attraverso la condivisione delle conoscenze ed esperienze e fornendo servizi territoriali *ad hoc*. La concertazione del maggior numero possibile di servizi alla persona favorisce la formulazione di progetti d'intervento più ampi, maggiormente diversificati, più flessibili e appropriati.

Accreditamento

La messa a disposizione di un alto numero di risposte, diverse tra loro, comporta necessariamente l'acquisizione di strumenti che permettono di garantire adeguati livelli di efficienza ed efficacia delle prestazioni erogate. Qualunque sia l'organismo che eroga servizi alla persona deve essere garantita la corretta modalità di accesso, l'efficienza del processo e la qualità del servizio erogato, nonché una valutazione degli interventi attuati e in corso, anche in rapporto agli esiti.

Alcuni principi ispiratori della carta della cittadinanza sociale

1. Informazione e comunicazione

Gli utenti dovranno poter disporre di un unico punto di riferimento per l'accesso ai servizi alla persona.

Gli operatori devono rivolgersi agli utenti utilizzando un linguaggio semplice e comprensibile.

Le procedure e i regolamenti devono essere semplificati, trasparenti e accessibili agli utenti, così come devono essere chiari e comprensibili i diritti definiti come esigibili.

È importante mettere i cittadini in condizione di verificare la qualità e i risultati dei servizi. Questo principio risulta strategico per garantire un approccio corretto ai servizi specialmente per i soggetti che più facilmente possono essere esclusi dai rapporti diretti.

La comunicazione e l'informazione sono compiti istituzionali per tutti gli operatori dei servizi e, pertanto, gli operatori devono ricevere un'adeguata formazione per svolgere questa funzione e per verificarne gli esiti.

2. Umanizzazione

Il rapporto fra cittadini e servizi deve essere finalizzato a valorizzare la persona utente nella sua individualità, al di sopra degli adempimenti burocratici che sono imposti dalla struttura e dalle esigenze delle procedure amministrative. I servizi devono essere in grado di creare con i cittadini un rapporto di reciproca fiducia: l'operatore del servizio deve essere un «alleato» e non deve essere percepito dai cittadini come un ostacolo alla risoluzione dei propri problemi.

3. Accessibilità e territorio

Il principio dell'accessibilità presuppone la pari opportunità di accesso ai servizi. Dobbiamo evitare che la domanda non espressa lasci un bisogno presente senza risposta: a tale scopo è necessario creare le condizioni affinché i punti di ascolto e di accoglienza, istituzionali e non, agiscano in maniera coordinata.

La carta della cittadinanza rende indispensabile l'attenzione alla collocazione delle risposte in base alle specifiche caratteristiche della zona in cui queste devono essere erogate. Il principio deve consentire di accogliere tutte le istanze provenienti dal territorio così come si configura, permettendo sia l'avvicinamento dei servizi alla persona (decentramento), sia la caratte-rizzazione rispetto al contesto comunitario in cui vivono i cittadini (relazioni formali e informali, zone isolate o centro storico ecc.).

4. Tempestività

Si possono presentare bisogni che richiedono risposte immediate e indifferibili (ad esempio stati di abbandono ecc.) e altri che richiedono interventi tempestivi per garantire la non cronicizzazione dello stato di difficoltà e la promozione di condizioni di migliore autonomia possibile (libertà dal bisogno).

Talvolta le procedure per l'accesso ai servizi rallentano notevolmente la presa in carico del bisogno assistenziale con un inutile aumento dello stato di disagio. Si devono pertanto rendere possibili risposte rapide anche attraverso la messa a disposizione di risorse specifiche (economiche, professionali, strutturali).

5. Flessibilità

I rapidi mutamenti sociali impongono ai servizi la capacità di adeguarsi ai bisogni senza sclerotizzare risorse e prestazioni. Occorre, inoltre, che si perseguano modalità innovative di organizzazione e di sfruttamento della tecnologia come strumenti indispensabili anche nei servizi alla persona.

6. Integrazione

Il bisogno si esprime generalmente in forma complessa e richiede l'unificazione degli interventi mirati a soddisfarlo e l'incontro di responsabilità ai seguenti livelli: istituzionale, fra i soggetti pubblici titolari di funzioni; gestionale, fra i soggetti sociali pubblici e privati che attuano servizi alla persona; professionale, fra le competenze necessarie per garantire l'unitarietà della risposta. Queste forme di integrazione portano a una presa in carico comunitaria dei problemi e all'impegno di ricercare le risposte laddove i problemi stessi sorgono. In questo principio trova uno spazio determinante il volontariato, sia per la produzione di servizi, sia per i valori che lo animano e che lo rendono protagonista nella cultura della solidarietà.

7. Partecipazione

Il rapporto fra cittadini e istituzioni si sta rapidamente evolvendo e agli erogatori di servizi viene richiesto dai cittadini e dalle loro formazioni sociali un coinvolgimento sulle scelte da praticare e sulle modalità di soddisfare i bisogni. Occorre migliorare i canali della comunicazione, dell'ascolto, del dialogo, della concertazione tra amministratori, operatori sociosanitari e cittadini-utenti, in maniera da promuovere una cittadinanza attiva.

Si rende necessario che i nuovi statuti dei comuni assumano il principio delle responsabilità condivise come elemento essenziale per valorizzare la comunità locale, nel rispetto dell'autonomia dei singoli soggetti, e che le risorse siano presenti nei bilanci e nei piani esecutivi di gestione, al fine di finanziare i programmi di qualità sociale progettati e realizzati dai soggetti del terzo settore.

8. Efficienza, efficacia, qualità

Occorre che le risorse impiegate siano utilizzate in maniera oculata nel rispetto dei risultati che si intendono raggiungere, e che inoltre si svolgano sistematiche verifiche sul rapporto prestazioni-risorse-esiti. Conseguentemente il lavoro dovrà essere articolato su progetti individualizzati, integrati e formalizzati con il coinvolgimento e la

corresponsabilizzazione della fa-miglia, individuando altresì un referente del progetto.

9. Diritti esigibili e tutela

La carta per la cittadinanza deve prevedere livelli essenziali di servizi esigibili per tutti i cittadini superando le categorizzazioni (uguaglianza di prestazioni a parità di bisogno).

La tutela degli utenti richiede l'attuazione di specifiche misure, ma sinceramente trova una sua prima generazione nei seguenti elementi già ripresi in altra parte: l'attivazione di un piano d'intervento individualizzato; l'identificazione di un operatore responsabile del progetto; l'opportunità di verificare la qualità dei servizi attraverso predefiniti criteri di valutazione.

Autoritratto della zona Alta Val di Cecina

I perché di un autoritratto

L'opportunità di partecipare a un percorso di definizione del patto per la cittadinanza sociale non poteva essere delusa. La zona Alta Val di Cecina ha aderito al (forte) impegno richiesto da questo programma di interesse regionale perché vuole «esserci», vuole consolidare i propri servizi, vuole progredire nella definizione di diritti esigibili, vuole anticipare l'applicazione delle legge quadro «per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali».

Le esperienze e gli studi condotti nella zona in collaborazione con il Dipartimento di Scienze Sociali dell'Università di Pisa con l'impegno anche professionale del prof. Fedele Ruggeri, avevano già esplorato le potenzialità solidaristiche, i bisogni e le consapevolezze comunitarie della nostra zona. Ne sono prova le tesi di laurea e le pubblicazioni prodotte in materia. Ora non ci possiamo fermare, dobbiamo aiutare le potenzialità a diventare azioni solidali, servizi accessibili, risposte efficaci.

La logica della sussidiarietà anima i valori dei servizi e impone un ribaltamento del sistema sociale ponendo la piramide dei servizi in posizione tale da assicurare il coinvolgimento dei livelli superiori solo dopo che sia stata verificata l'impossibilità a intervenire dei livelli di base. Questo significa recuperare la logica della presa in carico comunitaria, con tutto quello che ne deriva in termini di programmazione partecipata, comunicazione sociale mirata, condivisione di obiettivi certi e raggiungibili. Ecco quindi che abbiamo condotto una sperimentazione voluta dalla regione Toscana con l'assistenza tecnica della Fondazione «E. Zancan» di

Padova, con la quale questa zona vanta svariate e qualificate esperienze che risalgono al 1990.

Questo capitolo si chiama «autoritratto» perché è fatto con i colori dei soggetti che rappresentano la comunità, ciascuno con i suoi colori e con i suoi strumenti: il volontariato, la cooperazione sociale, le forze sociali, le istituzioni e gli operatori.

Vuole essere una rappresentazione riconoscibile all'esterno, ma non è una rappresentazione statica, da museo. È un fotogramma di un percorso che è iniziato e che continuerà con il protagonismo e l'impegno del gruppo tecnico che lo ha animato.

Non rappresenta solo gli aspetti belli sui quali cercheremo di garantire un'azione di miglioramento, ma porterà anche qualche tratto sgradevole sul quale, se tutti lo vorranno, potremo fare i necessari ritocchi.

La sperimentazione è stata faticosa, e nel tempo darà anche altri risultati: oggi questo dossier, piccola parte di un imponente materiale raccolto, è un biglietto da visita che la nostra comunità si è data per conoscersi e farsi riconoscere.

Un ringraziamento a coloro che hanno consentito questo primo passo, e in particolare agli operatori che si sono sobbarcati questa fatica imposta solo dalla loro volontà di far progredire i servizi alla persona.

Zona Alta Val di Cecina: autoritratto in bianco e nero con contrasti di colore

1. L'occasione. La regione Toscana si è data nel piano sociale 1998-2000 alcuni Programmi di interesse regionale (Pir), fra i quali il programma di Promozione della cittadinanza sociale.

È stata avviata una sperimentazione in 3 zone: Livorno, Mugello, Volterra, ciascuna delle quali «è seguita» da altre due zone osservatrici. Il Pir regionale si pone il triplice obiettivo di: realizzare nelle zone sperimentali una carta della cittadinanza sociale condivisa a livello della comunità; individuare i servizi essenziali, i diritti esigibili, gli strumenti di tutela per i cittadini; far emergere linee guida che possano essere utilizzate da tutte le altre zone per analoghi impegni da trasferire nelle carte dei servizi.

1.1. Il confronto sistematico che viene così attivato favorisce un'autoriflessione nelle singole comunità, nel contesto di esperienze diversificate condotte in territori disomogenei per caratteristiche culturali, occupa-zionali, demografiche, morfologiche. Ne scaturiscono stimoli per approfondimenti e per intese che facilitano la valutazione critica del proprio modo di essere dei soggetti sociali istituzionali e della solidarietà, che si confrontano a cerchi concentrici con più livelli: nella zona, fra loro, con gli «osservati», e a livello dei servizi e della regione in quanto istituzione committente e re-sponsabile del progetto.

2. Il percorso. Il Pir Promozione della cittadinanza sociale è articolato in giornate seminariali di assistenza tecnica rivolte a un gruppo di lavoro (Gto, gruppo tecnico operativo).
2.1. Il Gto è composto da: due assessori in rappresentanza dell'Articolazione zonale della Conferenza dei sindaci; 6 operatori (due dei quali in rappresentanza della segreteria tecnica) della Usl e dei comuni e della provincia; 1 rappresentante delle Ipab; 1 rappresentante delle cooperative sociali; 2 rappresentanti del volontariato; 4 rappresentanti delle organizzazioni sindacali confederali e di categoria (pensionati).
2.2. L'intesa nel gruppo, per quanto disomogeneo per esperienze, culture e impegni, è un carattere presente. Non si sono rilevate tensioni e lo sforzo per individuare un'area comune di impegno ha dato i suoi frutti. Non sono emerse, infatti, rivendicazioni, né tendenze a far prevalere le proprie idee. D'altronde, la difficoltà intrinseca nel lavoro da svolgere è un elemento che accomuna i componenti. Nella zona esiste anche un «consolidato» di solidarietà e di attitudine alla presa in carico dei problemi. Varie tesi di laurea, ricerche e pubblicazioni hanno documentato un percorso locale di solidarietà, ben tracciato e rilevabile.
2.3. Allora, va tutto bene? Non ci possiamo fidare solo di un'esperienza che risulta essere importante per il percorso (definizione di un profilo di comunità, individuazione dei bisogni, definizione formale dei servizi essenziali finalizzati a garantire servizi esigibili) compiuto congiuntamente, quasi quanto è importante per i risultati che potrà dare. Una buona parte di strada è percorsa: le basi per una cooperazione *in itinere* ci sono, il resto verrà se ci sforzeremo di continuare a volerlo, pagando un prezzo alto in impegno personale e in ricerca di inesplorate vie per la cittadinanza.
2.4. Il secondo esito, dopo il risultato del percorso condiviso, è il contenuto di questa parte del testo che propone alcuni dati, fra i moltissimi disponibili, capaci di tratteggiare un ritratto che le varie mani della comunità (istituzioni, servizi, soggetti di solidarietà, forze sociali ecc.) hanno messo insieme. Ne possono derivare contorni sfumati o caratteri eccessivamente evidenziati. Sappiamo però che le situazioni sociali sono in continua trasformazione: abbiamo parlato di percorso proprio per indicare un processo in divenire (del quale siamo anche promotori), ma che dobbiamo tenere sotto controllo per aggiustare regolarmente il rapporto fra servizi, diritti, bisogni, partecipazione, responsabilità.

3. Il cantiere è sempre aperto perché l'attenzione agli «aggiustamenti» da fare non può calare. In questo momento stiamo vivendo molti problemi che

cercheremo di trasformare in opportunità per la zona. Ne presenteremo un breve elenco cercando di rendere l'idea del modo di affrontarli.
3.1. Donne dell'Est. In molte famiglie il servizio di assistenza agli anziani è svolto da donne immigrate. Questo ha facilitato la deistituzionalizzazione e consentito lo sviluppo della cura a domicilio. Nella logica della cittadinanza (e in collaborazione con Questura, Prefettura, provincia, sindacati, volontariato, servizi) è in atto il tentativo di regolarizzare la loro posizione giuridica, economica, professionale.
3.2. Disabili e anziani in affido. Ogni persona non autosufficiente ricoverata mobilita risorse per oltre 5 milioni al mese. È possibile spendere «meglio» queste risorse garantendo elevati livelli di assistenza in una famiglia disponibile? La sfida è in corso. Nella zona il risultato è stato raggiunto in 2 casi e stiamo valutando la soluzione per un terzo disabile.
3.3. Le zone rurali sono «più costose» perché richiedono servizi più decentrati e diffusi. È stata svolta nel 2000 una ricerca sui bisogni locali e per il 2001 l'Alta Val di Cecina può accedere in una corsia privilegiata (assieme ad altre zone che si sono rese disponibili alla ricerca in Toscana) ai finanziamenti di una misura specifica che l'Unione Europea ha destinato al potenziamento dei servizi nelle zone rurali.
3.4. Il morbo di alzheimer e le altre demenze colpiscono il 10% degli ultra sessantacinquenni: nella zona oltre 600 persone ne sono colpite ai diversi livelli di gravità. È in atto un progetto ministeriale (Cronos) che viene integrato con un contributo mirato a costruire un centro diurno con giardino nella residenza sanitaria assistenziale (Rsa) di Volterra e a potenziare l'attuale livello di assistenza domiciliare in un contesto di integrazione fra i vari servizi (Unità di valutazione Geriatria e alzheimer).
3.5. Se dobbiamo promuovere la cittadinanza e sviluppare le capacità di solidarietà, è opportuno un approccio diretto e finalizzato con i giovani, perciò è stato approvato un progetto specifico finanziato con il piano territoriale previsto dalla legge n. 285/97.
3.6. Ogni famiglia può esprimere forte conflittualità al proprio interno e ogni anno in Italia 53.000 bambini vivono l'esperienza della separazione fra i loro genitori. Verrà reso disponibile, a partire dal gennaio 2002, un servizio di mediazione familiare che potrà aiutare le coppie a gestire correttamente le loro difficoltà, salvaguardando il loro dovere e fine comune che è comunque presente nell'educazione dei figli.

Territorio e popolazione

La zona Alta Val di Cecina, che comprende i comuni di Volterra, Pomarance, Castelnuovo Val di Cecina e Montecatini Val di Cecina, si estende in un territorio vastissimo di 725 Kmq, a cui corrisponde una

densità demografica di 32 abitanti per Kmq. Si tratta di una zona che occupa il 37% del territorio provinciale, ma che è abitata solo dal 6% della popolazione residente nella provincia di Pisa.

A questa vastità del territorio si accompagna un sistema di viabilità carente e inadeguato, oltre a un sistema di trasporti pubblici che trova difficoltà a garantire frequenti collegamenti tra le varie parti della zona: tutto ciò condiziona in maniera determinante l'organizzazione dei servizi e la loro dislocazione. Le distanze e i tempi di percorrenza (sia all'interno della zona che verso territori vicini) non consentono di organizzare punti unici di erogazione dei servizi per l'intera popolazione del territorio: distanze di 40 Km richiedono all'incirca un'ora di viaggio, e questo rende pressoché impossibile, soprattutto per i più giovani e per la popolazione anziana, usufruire dei servizi presenti nei comuni diversi da quello di residenza.

Un altro aspetto che caratterizza la zona è il calo sensibile della popolazione, con una riduzione di circa 2.500 unità negli ultimi 9 anni: anche nell'ultimo anno è stato riscontrato un saldo naturale di -233 abitanti e un saldo migratorio di -40 unità.

A fronte di questo calo demografico, si assiste a un aumento dell'indice di vecchiaia, con un 27,77% della popolazione costituito da ultra 65enni, indice che supera di 7 punti la percentuale degli ultra 65enni presenti nella provincia di Pisa. La fascia di età da 0 a 18 anni rappresenta, invece, il 12,53% della popolazione.

Il calo demografico viene solo in parte compensato dall'ingresso di popolazione immigrata, proveniente per lo più dall'Albania, dai paesi Balcanici, dal Marocco, dalla Mauritania. I comuni maggiormente interessati dall'immigrazione sono Pomarance e Castelnuovo Val di Cecina, dove la possibilità di inserimento nell'attività di taglio del bosco costituisce motivo di attrazione. I nuclei familiari più numerosi si riscontrano tra gli immigrati di origine marocchina e balcanica, fra i quali è maggiore l'incidenza di minorenni. È evidente come, collegati alla presenza di nuclei familiari di cittadini immigrati, si presentano problemi di adattamento, di integrazione sociale, di inserimento scolastico e lavorativo. Da notare che tra i minori immigrati in età di obbligo scolastico è stata riscontrata nel 1999 una scolarizzazione del 96%. A questo proposito è interessante rilevare che nel comune di Castelnuovo Val di Cecina gli alunni stranieri rappresentano il 16,7% degli studenti che frequentano la scuola media, il 12,6% nella scuola elementare e l'11,6% nella scuola materna.

In senso assoluto, probabilmente, i numeri riguardanti le presenze di extracomunitari residenti possono apparire poco significativi, ma diventano tali quando vediamo, ad esempio, che nel comune di Castelnuovo Val di

Cecina costituiscono il 7% della popolazione, senza considerare i numerosi irregolari.

Chi siamo, cosa abbiamo alle spalle

Dal punto di vista ambientale l'Alta Val di Cecina si presenta come una zona ricca di beni culturali e molto bella dal punto di vista paesaggistico, con le colline e i boschi che in ogni stagione meravigliano per la loro varietà di colori.

Questo è un aspetto che colpisce immediatamente chi viene da fuori: chi ci abita, pur essendo consapevole di questa bellezza e pur vivendola con forte senso di appartenenza, percepisce probabilmente con maggiore incisività le difficoltà che questo tipo di paesaggio comporta nella vita di tutti i giorni: strade strette che impongono lunghi tempi di percorrenza, difficoltà a raggiungere i luoghi di lavoro anche quando distano solo 30-40 chilometri, senso di isolamento rispetto alle città più grandi (che in senso assoluto sa-rebbero piuttosto vicine, considerato che Firenze, Pisa, Siena e Livorno sono a distanze che vanno dai 60 agli 80 chilometri).

Malgrado questo, però, molte sono le persone che scelgono di vivere da pendolare pur di continuare a stare in questa zona.

Ma quali effetti può avere il fatto di vivere in un ambiente «bello»? Nell'illustrare un recente studio svolto sulle zone rurali, la ricercatrice ha ipotizzato che il vivere in «ambienti belli» porti ad avere meno stimoli al cambiamento e ad accettare con maggiori resistenze le innovazioni: questo perché, tutto sommato, quello che ci circonda ci soddisfa abbastanza. Questa osservazione, chiaramente, non potrà essere dimostrata con dati statistici: risulta comunque piuttosto evidente il fatto che chi vive in Alta Val di Cecina sia meno «stressato» rispetto a chi vive in una grande città.

Ma che cos'altro può essere rintracciato nel Dna della zona? Intanto, un'abitudine per i comuni a lavorare insieme, attraverso la comunità montana, senza che questo abbia comportato, ovviamente, un completo superamento dei «campanilismi». Rispetto alla sanità e ai servizi sociali si può oramai vantare un'esperienza più che trentennale di gestione associata, iniziata negli anni Settanta con il consorzio sociosanitario. Per Volterra, in particolare, la specializzazione sanitaria è stata ed è tuttora un tratto che caratterizza fortemente l'azione dell'amministrazione locale.

L'esperienza del «manicomio» rientra in questa «memoria genetica»: è significativo pensare che nel 1961, appena 40 anni fa, l'ospedale psichiatrico di Volterra contava 2.540 degenti e dava lavoro a 693 persone. Posti di lavoro che negli anni successivi sono aumentati, toccando nel 1963 la soglia di 895 dipendenti. La convivenza con l'Ospedale psichiatrico ha senz'altro

lasciato delle tracce nel vissuto della zona, tra cui una vocazione all'accoglienza e alla tolleranza.

La Val di Cecina ha dovuto confrontarsi anche con esperienze più specificatamente «industriali», che hanno caratterizzato in maniera determinante la storia dei singoli comuni: basti pensare a quello che ha rappresentato la geotermia e l'Enel per paesi come Castelnuovo Val di Cecina e Pomarance, la Solvay per Montecatini Val di Cecina o la salina di stato per Volterra.

Negli ultimi anni si sta praticando la ricerca di una nuova dimensione occupazionale, orientata alla promozione del turismo culturale, dell'alta formazione e dei servizi sanitari specializzati.

Quali punti di forza?

Non è mai semplice individuare i punti di forza della propria realtà: si teme di «auto-glorificarsi» e di essere subito smentiti.

La riflessione avvenuta all'interno del gruppo tecnico operativo ha fatto emergere, comunque, i seguenti tratti di «positività».

- Non sono mai state registrate denunce penali a carico di minori. Questo fatto può avere più chiavi di lettura: accanto all'interpretazione nei termini di «assenza di devianza», ci può essere quella che riporta le mancate denunce a un tentativo di «nascondere» dagli occhi della comunità i fatti più spiacevoli (come dire… «i panni sporchi vanno lavati in famiglia!»).
- Presenza di un tessuto «solidale» e della capacità da parte della comunità di effettuare «prese in carico» di fronte a situazioni di bisogno.
- Forte presenza del volontariato e di associazionismo.
- Adozione di stili di vita meno convulsi rispetto alle grandi città.

È su questi punti di forza che la comunità locale dovrà fondare le proprie strategie di «mantenimento», che dovranno essere coniugate con le scelte per la gestione e per la soluzione dei problemi rilevati.

Livelli essenziali

La logica del piano di zona porta a definire le priorità su cui far convergere le risorse della comunità e impone quindi la ricerca dei bisogni e la definizione dei livelli che si vogliono raggiungere con i servizi e gli interventi sociali. Nel contesto di un sistema storico e consolidato di servizi quale è quello che troviamo nella zona, la continuità è un altro elemento che viene a connotare la programmazione locale. Perciò una larga parte delle risorse è impegnata per mantenere i livelli minimi dei servizi già definiti

come ir-rinunciabili, mentre l'altra parte delle disponibilità serve a raggiungere nuove finalità ritenute prioritarie.

Si va esprimendo però anche la possibilità/esigenza di usare in maniera più flessibile le risorse storicamente «ingessate» su bisogni persistenti. Questo significa che l'innovatività dei servizi può essere praticata nella misura in cui si definiscono obiettivi di vasta portata, anche ideale e utopica, quale ad esempio la scelta dei servizi domiciliari in alternativa «spinta» a quelli residenziali, e su questa si modella l'uso delle risorse storiche, adattandole e integrandole con altre soluzioni (e risorse) formali e informali. Nella zona Alta Val di Cecina sono proprio le caratteristiche demografiche di invecchiamento della popolazione che rappresentano l'area prioritaria e la tendenza a creare innovatività.

Per l'area degli anziani (che inizialmente rappresentava la centralità in questa carta della cittadinanza), il piano di zona 2001 ha investito direttamente il 42% dell'assegnazione e indirettamente (ad esempio, per facilitare il riconoscimento di cittadinanza a extra comunitarie clandestine che prestano servizi di assistenza in casa di anziani) altri introiti decisamente significativi. Contemporaneamente non dobbiamo sottostimare gli altri impegni assunti su diversi capitoli di bilancio, anche di parte sanitaria, per creare servizi di sollievo, per realizzare l'affido familiare di anziani e di disabili fisici e psichici ecc.

Quasi i due terzi del bilancio sono destinati a questo settore. È certo però che in tale «sproporzione» incidono molto le storiche presenze di anziani già ricoverati nell'ospedale psichiatrico e ora fruitori dei servizi zonali.

Piano di zona 2001: alcuni connotati

Ciò premesso, nell'Alta Val di Cecina il piano di zona ha indicato vari livelli di servizi da garantire, sia nelle aree già individuate nel piano integrato sociale regionale 2001, sia in aree che l'Articolazione zonale della Conferenza dei sindaci ha ritenuto di dover incentivare, quali ad esempio l'assistenza ai detenuti e la promozione qualitativa di servizi a disabili psichici. Sono risultati ammessi ai finanziamenti ben 35 progetti, ciascuno dei quali si riconosce in azioni prioritarie, riferite, ovviamente, anche al sociale allargato. Su quest'ultimo versante è da ritenere che nel prossimo piano di zona si debbano garantire, quali livelli essenziali, i servizi per la socializzazione e l'accudimento dei bambini da 0 a 3 anni: lo richiedono sia il bisogno e-spresso, sia la ruralità della zona, che rende difficili le soluzioni al problema, sia l'esigenza di garantire elevati livelli di servizi, vuoi per prevenire lo spopolamento aiutando la genitorialità anche attraverso opportunità che le zone rurali difficilmente offrono.

Da questo «piano-ponte» per il 2001, esageratamente analitico e perciò pesante, è scaturito però un quadro capace di aiutare a mettere a fuoco, con la logica dei livelli essenziali di assistenza (Lea), interventi e servizi esigibili, perché rispondenti a diritti soggettivi. Quest'operazione è stata facilitata dall'esperienza condotta per realizzare la carta della cittadinanza e dal percorso congiunto fatto con gli amministratori e le organizzazioni sociali: sulle priorità indicate sono stati riversati, anche come riconversione per uso più appropriato delle risorse, tutti i finanziamenti che è stato possibile reperire nei fondi storici.

Livelli essenziali: praticabilità

La legge n. 328/00, in particolare all'art. 22, elenca i servizi e le strutture su cui poter fare conto per l'erogazione di interventi finalizzati alla soddisfazione di bisogni e dispone che vengano emanate indicazioni più mirate da parte del governo centrale e da parte delle amministrazioni regionali, ciascuno dei due soggetti per le parti di rispettiva competenza. La difficoltà è evidente, sia per la differente organizzazione politica delle varie regioni, sia perché i due soggetti responsabili di legiferare nello specifico devono svolgere la loro funzione nel rispetto delle autonomie locali, dotate di capacità di autodeterminazione (sia pure all'interno di leggi quadro e di norme guida).

Nelle varie regioni e nei vari enti locali le possibilità di modificare il sistema dei servizi (anche nelle forme di accesso) sono ampie e possono arrivare a definire quadri fra loro assai differenziati. Anche questi elementi confermano la processualità del lavoro fin qui svolto e la modularità del percorso a cui è possibile aggiungere nuovi livelli essenziali, e nuove vie o nuovi mezzi. Ad oggi possiamo affermare che nella zona Alta Val di Cecina si vuole arrivare a un *welfare* locale nello spirito dell'universalità, con selettività nelle compartecipazioni e privilegiando la disponibilità di servizi alla monetizzazione dei bisogni, valorizzando la sussidiarietà, promuovendo la solidarietà comunitaria.

Il quadro di contesto vede ancora scarsa l'offerta pluralistica dei servizi, mentre è presente un elevato pluralismo dei soggetti attuatori, tutti provenienti dal terzo settore. In questo quadro si stanno muovendo, oggi e qui, gli interventi e i servizi alla persona. Il processo di rapido e sostanziale mutamento in atto potrà enfatizzare altri elementi, o addirittura modificare i va-lori di riferimento.

Alta Val di Cecina: quali servizi presenti?

L'articolo 22 della legge n. 328/00 definisce in due diversi paragrafi quali sono i servizi su cui garantire i livelli essenziali, piuttosto che indicare la diffusione e le caratteristiche che gli stessi dovrebbero avere. Al comma 1

si dispone di attivare «politiche e prestazioni coordinate nei diversi settori della vita sociale, integrando i servizi … con prestazioni economiche e la definizione di percorsi attivi volti a ottimizzare» per prevenire sovrapposizioni, vuoti, per riconoscere «il titolo di bisogno per l'accesso», per dare un senso alla prestazione che non sempre si può comprare.

Al comma 2 leggiamo che, tenuto conto delle risorse ordinarie già destinate dagli enti locali, dalla pianificazione nazionale, regionale, dalle competenze sanitarie ecc., si devono individuare i livelli essenziali.

Nell'elencazione che seguirà, in coerenza con il citato comma 2, si riportano i servizi, gli interventi e le strutture presenti nella zona Alta Val di Cecina, ma che non sempre sono tarati per rispondere a diritti esigibili, o per lo meno si deve riconoscere che oggi non siamo in grado di comunicare i livelli approvati a tutti i cittadini, e quindi non siamo in grado di valutare quanto questi possano essere garantiti.

- Contrasto alla povertà. Il minimo vitale è calcolato e utilizzato come misura per l'assistenza economica e per le compartecipazioni degli utenti. È ancora da regolamentare in base alle norme Isee (indicatore della situazione economica equivalente) (non risultano presenti cittadini senza fissa dimora, per i quali il comma 2 chiede un impegno preciso).
- Misure economiche per favorire l'autonomia di persone totalmente dipendenti, incapaci di compiere gli atti della vita quotidiana. Nella zona l'assegno di accompagnamento è integrato con prestazioni economiche nella logica dell'aiuto personale: la scelta, per ora inevitabile, privilegia la monetizzazione all'erogazione di servizi.
- Sostegno a minori in condizioni di disagio, con aiuto al nucleo di origine e alla famiglia, attraverso: inserimento presso famiglie o strutture comunitarie, familiari. Il centro affidi svolge da tempo questa funzione nella zona, in stretto collegamento con gli operatori territoriali; sostegno alle responsabilità familiari, per armonizzare il rapporto cura familiare-lavoro. In quest'area sono presenti solo iniziative di preparazione e supporto alla genitorialità.
- Interventi per la piena integrazione dei disabili. Da anni è garantito il piano individualizzato, e sono attivi i gruppi per il lavoro integrato (sono carenti i centri socio-riabilitativi, mancano comunità alloggio, dobbiamo predisporre strutture per il «dopo di noi»). In tre casi di disabilità fisica (e in un caso psichico) è stato praticato l'affido ad altri nuclei familiari.
- Interventi per favorire la permanenza a domicilio di anziani. Sono attivate assistenza domiciliare e, in strutture residenziali e semi-residenziali, Rsa, centri diurni, Iesa (Inserimenti eterofamiliari per soggetti adulti).

- Interventi integrati di tipo socio-educativo per contrastare dipendenze da alcool e da droga, per prevenzione, recupero, reinserimento: il Sert è attivo e opera in forma integrata.
- Informazione e consulenza alle persone e alle famiglie, per favorire la fruizione e per l'auto mutuo aiuto. Il piano di comunicazione e di informazione è tuttora carente, per quanto siano funzionanti due club di alcolisti in trattamento, una banca del tempo, svariate associazioni di volontariato.

Al comma 4 della legge n. 328 si elencano servizi ritenuti essenziali e si demanda alle regioni la responsabilità di prevedere in ogni ambito territoriale, anche tenendo conto delle zone rurali, l'erogazione delle prestazioni di: segretariato sociale, pronto intervento sociale, assistenza domiciliare, strutture residenziali e semi-residenziali, centri di accoglienza ecc.

In questa carta della cittadinanza: quali livelli essenziali sono garantiti

Dalla condizione attuale del sistema dei servizi zonali e dalle scelte del piano di zona discendono alcune aree sulle quali si possono riconoscere diritti esigibili e che vengono sanciti come livelli essenziali.
- Il servizio sociale professionale nei vari comuni, con recapiti nei 4 presidi distrettuali e in recapiti territoriali significativi: Saline, Montecatini, Castelnuovo, Volterra centro. Occorre elaborare di più il servizio di segretariato (con strumenti di diffusione e di decentramento) e di informazione sul servizio stesso. È stato proposto un piano di comunicazione sociale in merito. Il servizio è garantito da 8 assistenti sociali (5 a tempo pieno e 3 a *part time*), distribuiti sul territorio e in grado di svolgere attività di segretariato sociale e di informazione sui servizi.
- Il pronto intervento, inteso come disponibilità di strutture di accoglienza convenzionate ad accogliere minori, o famiglie in difficoltà, o extracomunitari privi di alloggio (per brevi periodi). Non esiste un servizio di pronta disponibilità sociale, ed è anzi espressamente vietato dai contratti di lavoro. Tutti gli operatori sociali si sono però resi disponibili, a chiamata, in caso di necessità, ma questo non risolve radicalmente il problema.
- L'assistenza domiciliare agli anziani non autosufficienti e agli affetti da sindrome di alzheimer e da altre forme demenziali. Con il piano di zona 2001 siamo in grado di eliminare le liste di attesa e le «selezioni» per ottenere prestazioni. Si dovranno regolamentare più dettagliatamente le modalità di compartecipazione.
- Strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e per non autosufficienti: la disponibilità attuale copre il fabbisogno, e anzi abbiamo la possibilità di sperimentare nella Rsa a gestione diretta di Castelnuovo Val di

Cecina dei posti di sollievo (stiamo progettando dei fine settimana in residenza, come allargamento del servizio del centro diurno). Non esistono in zona strutture per disabili fisici, né strutture di accoglienza per minori, però abbiamo già 4 casi di Iesa (tre per disabili fisici e uno per psichici) e si sta sperimentando la casa delle autonomie per i disabili che devono «perfezionare» la loro capacità di autosufficienza.
- Progetti individualizzati di intervento. Si possono garantire a tutti i portatori di handicap e agli anziani non autosufficienti, anche avvalendosi della forma di lavoro integrato (Unità di valutazione geriatrica, gruppo operativo multidisciplinare ecc.). Si può attivare un referente responsabile del caso.
- Sostegno economico (?). È garantito, ma vi sono ancora difficoltà per la scarsa informazione sulla disponibilità del servizio di minimo vitale e per la carenza di regolamentazione in base anche alle leggi sul «riccometro». Altre decisioni più approfondite sono richieste in merito alla garanzia del sostegno economico a non residenti, come i detenuti o gli extra comunitari. Questo livello richiede anche il conforto di normative regionali e di decisioni omogenee fra le tre zone che compongono l'azienda Usl 5 di Pisa. Nella logica processuale di questa prima parte della carta della cittadinanza si può affermare come esigibile il livello essenziale del «minimo vitale» locale, con le procedure previste dagli attuali regolamenti (domicilio di soccorso, tranne casi di bisogno indifferibile, e coinvolgimento dei tenuti agli alimenti a seconda dei casi ecc.).
- La Porta unitaria di accesso. È un livello essenziale che si può garantire: occorrono solo delle decisioni organizzative (che peraltro si accordano con il livello del segretariato sociale e dell'informazione) e degli impegni integrati con un adeguato piano di comunicazione sociale.

SOCIETA' DELLA SALUTE
Alta Val di Cecina

PROTOCOLLO DI INTESA TRA CGIL CISL E UIL DI PISA, SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA ZONA ALTA VAL DI CECINA E AZIENDA USL 5 DI PISA

L'anno 2005 il giorno 05 del mese di luglio presso la sede legale della Società della Salute dell'Alta Val di Cecina, in Volterra – Borgo San Lazzero n. 5

fra

- Società della Salute dell'Alta Val di Cecina rappresentata dal Presidente Cesare BARTALONI
- Azienda USL n° 5 di Pisa rappresentata dal Direttore Amministrativo, Dr. Pier Giorgio MAGNANI

e

- CGIL di Pisa, rappresentata da __GATTI Maria Grazia e FRANCHI Marcello
- SPI – CGIL di Pisa, rappresentata da TOPI Carla e DELL'AIUTO Franco
- FP – CGIL di Pisa, rappresentata da CAPUZZI Giovanni
- CISL di Pisa, rappresentata da TAMBURINI Dino
- FNP – CISL di Pisa, rappresentata da FILIDEI Mario
- FPS – CISL di Pisa rappresentata da MARINI Lorella
- UIL di Pisa, rappresentata da VALTARELLO Anna Maria
- UILP di Pisa rappresentata da ROMEI Giuseppe
- UIL – FPL di Pisa rappresentata da GIANNESSI Moreno

Convengono di definire un protocollo di intesa

per dare pratica attuazione a quanto, a suo tempo, definito nello Statuto della SdS dell'Alta Val di Cecina alla voce relazioni sindacali per quanto concerne le scelte e gli indirizzi che la SdS compierà ed adotterà nell'ambito delle proprie competenze e nei settori di intervento ove intenda procedere nella sperimentazione.

Dato atto che la sperimentazione della Società della Salute Alta Val di Cecina riguarderà la programmazione ed il governo del complesso dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari territoriali afferenti alla zona Alta Val di Cecina per l'anno 2006;

Inoltre, nella fase attuale, in cui non è stato approvato il PISR 2005-2006, ~~,~~ ma dove sono operative alcune delibere definite dalla Regione Toscana sull'organizzazione territoriale e sul funzionamento delle strutture ospedaliere,

le parti convengono di fissare un tavolo di confronto e verifica

sull'attività di programmazione e governo dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari territoriali afferenti alla zona Alta Val di Cecina, con particolare riferimento al PIS.

Al tavolo di confronto e verifica parteciperanno CGIL CISL e UIL Pisa, con le loro articolazioni e la Società della Salute dell'Alta Val di Cecina con uno o più rappresentanti della Giunta, il Direttore ed esponenti della Segreteria Tecnica.

Relativamente alla sperimentazione della SdS

- La Segreteria Tecnica dovrà fornire in tempo utile i singoli documenti necessari a comporre il Piano Integrato di Salute, con particolare riferimento al Profilo e all'Immagine di Salute.

- I progetti sperimentali che scaturiranno dal percorso di programmazione e frutto della condivisione delle priorità dovranno indicare i soggetti che lo organizzano e lo gestiscono con l'impegno esplicito al rispetto delle leggi e dei CCNL e dei contratti integrativi aziendali siglati dai sindacati maggiormente rappresentativi a livello nazionale.

- Dopo aver condiviso la definizione di indicatori di risultato, sarà effettuata, congiuntamente, la verifica periodica dell'andamento dei progetti oggetto della sperimentazione, con particolare riferimento ai miglioramenti raggiunti.

- La conclusione della sperimentazione, e le valutazioni congiunte che scaturiranno, saranno prese a riferimento per la futura programmazione.

Pur sapendo che anche per quanto riguarda la sperimentazione della SdS dovremo discutere dei criteri di accesso alle prestazioni socio-assistenziali, e le eventuali modalità di partecipazione alla spesa da parte degli utenti (ISEE),

si conviene

di iniziare a discutere

- dell'applicazione di un regolamento ISEE condiviso al fine di assolvere ai principi generali definiti dalla Regione Toscana nel Piano Integrato Sociale che, in conformità con i Livelli Essenziali , dice: "per interventi e servizi sociali si intendono tutte le attività relative all'erogazione dei servizi sociali, gratuiti, e parzialmente o completamente a pagamento".

- Tutti i progetti relativi alla riorganizzazione del territorio, alle unità di cure primarie, alla riduzione delle liste di attesa delle specialistiche più esposte, ai programmi di intervento per le malattie croniche, al trasporto sociale, farmaci e i progetti di intervento nel territorio per la gestione delle dimissioni precoci.

Volterra, 5 luglio 2005

Società della Salute dell'Alta Val di Cecina
Presidente – Cesare BARTALONI

CGL di Pisa

……..

……...

Usl 5 di Pisa
Pier Giorgio MAGNANI

Cisl di Pisa

……..

……

Uil di Pisa

……

PIS ALTA VAL DI CECINA 2006-2008 – ALLEGATO F

Schema di accordo di programma per l'attuazione del Piano Integrato di Salute

ACCORDO di PROGRAMMA

Accordo di programma per l'attuazione del Piano Integrato di Salute dell'Alta Val di Cecina

PREMESSO CHE

Il Consorzio Società della Salute dell'Alta Val di Cecina, costituito ai sensi dell'art. 31 del D.Lgs. 267/2000, è, nell'attuale fase di sperimentazione, strumento per l'esercizio associato delle funzioni di indirizzo, programmazione e governo delle attività socio-assistenziali, sociosanitarie, sanitarie territoriali e specialistiche di base di competenza dei Comuni della Zona dell'Alta Val di Cecina e della Azienda USL 5 di Pisa (art. 1, co. 1 Statuto Società della Salute dell'Alta Val di Cecina), nonché per la gestione integrata dei relativi servizi nel territorio corrispondente alla zona socio-sanitaria dell'Alta Val di Cecina, secondo quanto stabilito nella Convenzione;

La Società della Salute "ha come fine istituzionale il benessere fisico, psichico e sociale dei cittadini da realizzare attraverso l'esercizio associato delle funzioni e dei servizi di competenza degli enti consorziati in attuazione dei programmi e delle azioni definiti nel Piano Integrato di Salute della Zona Alta Val di Cecina (art. 3 Statuto SdS dell'Alta Val di Cecina);

Il Piano integrato di Salute (PIS) di cui all'art. 21 della L. R. 40/05 è pertanto lo strumento partecipato di programmazione integrata delle politiche sociali e sanitarie a livello di zona-distretto, con il quale è impostata l'attività della Società della Salute nel rispetto della programmazione sovraordinata di livello regionale. Il PIS, inoltre, si coordina, attraverso i suoi progetti, con gli strumenti di programmazione e d'indirizzo locali e con gli strumenti amministrativi di competenza della Azienda USL 5 e dei Comuni nei settori che incidono sulle condizioni di benessere della popolazione.

Il sistema integrato di interventi e servizi sociali (L. 41/2005) si realizza attraverso il coordinamento e l'integrazione tra i servizi sociali ed i servizi sanitari al fine di assicurare una risposta unitaria alle esigenze di salute della persona, indipendentemente dal soggetto gestore, comprendendo anche l'integrazione con le politiche abitative, dei trasporti, dell'educazione, dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro, le politiche culturali, ambientali ed urbanistiche,dello sport e del tempo libero, della ricerca, nonché con tutti gli altri interventi finalizzati al benessere della persona ed alla prevenzione delle condizioni di disagio sociale. Da ciò emerge come indispensabile per l'attuazione del

PIS (come tra l'altro richiamato dalla Delibera regionale n. 827 del 08-08-2005 ad oggetto "L.R. 40/05, art. 21: identificazione percorsi di avvio per la costruzione del Piano Integrato di Salute") il raccordo tra il Piano stesso e gli altri strumenti di programmazione locale, nonché con gli atti di programmazione esecutiva degli enti locali.

TUTTO CIO PREMESSO

RILEVATO

Che l'attuazione del PIS prevede la collaborazione ed il coinvolgimento dei vari soggetti istituzionali le cui competenze, direttamente o indirettamente intersecano quelle della Società della Salute, con la finalità di ottimizzare le risorse ed integrare le politiche per la salute;

Che il processo di avvio del PIS prevede che i programmi in esso contenuti trovino attuazione negli atti di Pianificazione esecutiva degli enti consorziati e particolarmente nel Piano esecutivo di gestione dei Comuni e nei programmi annuali di attività dell'Azienda unità sanitaria locale (che recepisce, per le attività sanitarie territoriali e per quelle socio-sanitarie integrate, i programmi annuali dei PIS di Zona-distretto ai sensi dell'art. 22 della L.R. 40/2005);

Che si intende configurare un il sistema del Welfare locale dell'Alta Val di Cecina secondo i valori e i principi indicati nella Carta della Cittadinanza Sociale;

CONSIDERATA la necessità di attivare pienamente, secondo gli indirizzi regionali, un reale sistema di "*governance*" attraverso la partecipazione dei soggetti istituzionali con l'utilizzo di strumenti quali l'accordo di programma e il protocollo d'intesa;

RICHIAMATE

- La Legge Costituzionale 3/2001 di modifica del Titolo V della Costituzione con cui si attribuiscono ai Comuni le funzioni amministrative salvo che, per assicurarne l'esercizio unitario, siano conferite a Province, Città metropolitane, Regioni e Stato, sulla base dei principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza;
- La legge 833/78 istitutiva del servizio sanitario nazionale, la legge 111/91 ed in particolare il comma 6 dell'art. 1 nonché il Decreto Legislativo 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni

- I D.Lgs. n° 112/98 e 267/00 che attribuiscono ai Comuni la titolarità delle funzioni nel settore dei servizi sociali;
- La Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, n. 328 del 8 novembre 2000;
- L'art. 34 del D.Lgs. 267/00;
- La L.R. 16.08.2001 n° 40, relativa al livello ottimale di esercizio di servizi e funzioni;
- La L.R. 24 febbraio 2005 n. 40 Disciplina del servizio sanitario regionale;
- La L.R. 24 febbraio 2005 n. 41 Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale;
- Il Piano Sociale Integrato regionale 2002-2004 e i relativi aggiornamenti;
- Il Piano Sanitario Regionale 2005-2007;
- La Delibera C.R. n. 155 del 23.09.2003 "Atto di indirizzo regionale per l'avvio delle sperimentazioni della Società della Salute";
- La Delibera G.R. n. 682 del 12/07/2004 "Linee Guida per la realizzazione dei piani integrati di salute";
- La Delibera G.R. n. 827 del 08.08.2005 "L.R. 40/05, art. 21: identificazione percorsi di avvio per la costruzione del Piano Integrato di Salute";

la Società della Salute dell'Alta Val di Cecina, l'Azienda ASL 5, i Comuni della Zona Alta Val di Cecina come di seguito elencati, l'Amministrazione Provinciale di Pisa, la Comunità Montana Alta Val di Cecina.

CONCORDANO QUANTO SEGUE

Art. 1 Enti interessati all'accordo di programma

Alla stesura dell'accordo di programma tramite i loro rappresentanti legali prendono parte i seguenti soggetti

- Società della Salute dell'Alta Val di Cecina
- Azienda USL 5 di Pisa
- Comune di Castelnuovo V.C
- Comune di Montecatini V.C
- Comune di Pomarance
- Comune di Volterra
- Amministrazione Provinciale di Pisa

- Comunità Montana alta Val di Cecina

Art. 2 Finalità dell'accordo

Il presente accordo, in vista della realizzazione concreta di un sistema socio-sanitario e socioassistenziale volto a garantire il benessere della comunità di riferimento anche attraverso l'armonizzazione dei servizi erogati, il rafforzamento di una logica solidale di area, la messa in rete delle risorse disponibili, è finalizzato:

- ad assicurare l'attuazione dei programmi contenuti nel PIS;
- a garantire l'armonizzazione degli strumenti di programmazione e di pianificazione esecutiva
- degli Enti consorziati con il PIS stesso;
- a promuovere l'integrazione fra gli Enti nei settori di programmazione che si occupano della salute dei cittadini.

Art. 3 Oggetto dell'accordo

Con il presente accordo gli Enti firmatari concordano di dare attuazione a quanto previsto nel Piano Integrato di Salute dell'Alta Val di Cecina attraverso:

- la delega da parte dei Comuni all'Azienda USL delle attività sociali e socio-sanitarie come disciplinata dalla "Convenzione per la gestione tramite l'Azienda Usl 5 delle attività e dei servizi sociali e socio-sanitari integrati" allegata al presente Accordo di programma ed il conferimento all'Azienda USL 5 – Zona Alta Val di Cecina delle risorse necessarie per lo svolgimento delle suddette attività;

- l'impegno dei Comuni e della Azienda USL 5 di Pisa a dare attuazione agli obiettivi di salute e alle linee di azione condivise come individuate nel PIS Alta Val di Cecina anche attraverso le attività sociali e socio sanitarie di propria diretta competenza e con le modalità specificate negli articoli che seguono;

- la partecipazione dell'Amministrazione Provinciale, nel rispetto delle proprie competenze, al percorso attuativo del PIS, assicurando il proprio ruolo di coordinamento e raccordo delle politiche sociali, ambientali e della formazione professionale.

- la partecipazione della Comunità Montana nel rispetto delle proprie competenze, al percorso attuativo del PIS

Art. 4 Modalità attuative specifiche del PIS

L'Azienda USL ed i Comuni dell'Alta Val di Cecina si impegnano a dare attuazione al Piano Integrato di Salute nel rispetto delle modalità di seguito indicate. L'Amministrazione Provinciale e la Comunità Montana Alta Val di Cecina concorrono all'attuazione del Piano nei modi e nelle forme specificate al successivo art. 9

a)Linee di programmazione e progettazione operativa

a) INDIRIZZO PROGRAMMATICO

La programmazione contenuta nel PIS dovrà trovare attuazione a partire dalla progettazione operativa degli interventi sociali, socio-sanitari e della sanità territoriale. Gli enti firmatari convengono pertanto che la fase operativa dovrà portare:

- a una maggior contestualizzazione degli obiettivi previsti, anche attraverso l'individuazione di specifici indicatori e misuratori dei risultati delle azioni messe in campo;
- a una valutazione della qualità e delle possibilità di miglioramento dei servizi;
- a elaborare modelli organizzativi che concretizzino più efficacemente gli obiettivi della programmazione, in particolare quello dell'integrazione;

b) IMPEGNI SPECIFICI

Per il raggiungimento delle finalità di cui al punto a) gli enti firmatari si impegnano a:

- assicurare, anche attraverso l'adozione di apposite disposizioni di servizio, la presenza dei propri esponenti e rappresentanti tecnici ai gruppi di lavoro multiprofessionali articolati sulle diverse aree tematiche che saranno specificamente attivati per la definizione operativa delle azioni previste nel PIS;
- acquisire i risultati del processo di programmazione operativa una volta approvati dalla Giunta della SdS come sviluppi applicativi del PIS e aventi pertanto valore vincolante in ordine alla messa in atto delle attività e dei servizi previsti per la loro attuazione ed implementazione.

b) Governo e appropriatezza della domanda

a) INDIRIZZO PROGRAMMATICO

Gli Enti partecipanti concordano sulla rilevanza strategica delle azioni tese al governo della domanda e finalizzate ad assicurare un sistema sanitario efficiente, appropriato ed equo.

b) IMPEGNI SPECIFICI

- L'Azienda USL si impegna a costruire e mantenere attivo un gruppo di lavoro a cui partecipano operatori dei servizi e medici di medicina generale per l'elaborazione di strategie e proposte dirette a rendere più rapida la valutazione dei casi e maggiormente appropriata la prescrizione medica, anche in collegamento con il Comitato aziendale per la medicina di base.
- I firmatari si impegnano inoltre ad un attivo coinvolgimento nella diffusione delle comunicazioni volte a sensibilizzare la popolazione sulla rilevanza in termine di salute di un uso appropriato dei farmaci e dei servizi diagnostici.

c. Raccordo con altre programmazioni di settore

a) INDIRIZZO PROGRAMMATICO

Gli Enti firmatari condividono l'impostazione e le scelte strategiche che trovano espressione nel PIS e concordano sulla necessità di integrare i propri interventi nel rispetto di tali linee e strategie condivise per la realizzazione del Piano Integrato di Salute stesso.

L'attuazione del PIS dovrà pertanto realizzarsi attraverso il coordinamento con altre politiche di settore che investono gli aspetti legati alla salute della cittadinanza.

b) IMPEGNI SPECIFICI

Gli enti si impegnano a promuovere il coordinamento con:

- le politiche relative alla casa. I Comuni si impegnano a promuovere e favorire l'integrazione delle politiche e degli interventi in materia di politiche abitative in coerenza con gli orientamenti ed i programmi individuati nel PIS;
- le politiche del settore educativo. Gli enti competenti si impegnano a coordinare gli interventi relativi all'attuazione della L.32/00 con le linee di programmazione del PIS;
- le politiche relative all'attività del Presidio Ospedaliero. L'Azienda USL 5 si impegna a promuovere il coordinamento tra la programmazione della SdS dell'Alta Val di Cecina e quella del Presidio Ospedaliero al fine di garantire una integrazione degli interventi necessaria all'attuazione degli obiettivi di salute individuati nel PIS;

In generale gli Enti firmatari ritengono di raggiungere le finalità del presente accordo anche attraverso l'effettiva integrazione del PIS e dei piani/programmi relativi agli interventi educativi, al diritto allo studio, alla formazione alla cultura e intercultura e comunque relativi alla salute dei cittadini.

Gli Enti firmatari si impegnano pertanto armonizzare i propri documenti di programmazione con quanto condiviso nel PIS e a tenere presenti gli effetti sulla salute delle decisioni assunte nell'ambito delle attività e degli interventi di propria esclusiva competenza.
Gli Enti concordano inoltre che eventuali contrasti tra le azioni da intraprendere e la programmazione della SdS saranno discussi in sede di dalla Giunta della SdS, che è composta dagli esponenti di vertice delle Amministrazioni consorziate.

e. Sviluppo della qualità dei servizi

a) INDIRIZZI PROGRAMMATICI

Gli Enti riconoscono nei sistemi e nei metodi di valutazione della qualità dei servizi un elemento centrale per il miglioramento delle prestazioni.

b) IMPEGNI SPECIFICI

Gli Enti si impegnano

- a dare o confermare direttive ai responsabili dei servizi a specificare obiettivi di qualità misurabili nell'ambito delle attività di progettazione/organizzazione;
- a mettere a disposizione le proprie risorse umane e rendere disponibili flussi informativi per la realizzazione delle rilevazioni decise dallo Staff di Direzione della SdS dell'Alta Val di Cecina.

f. Redazione dei piani formativi

a) INDIRIZZI PROGRAMMATICI

Gli Enti riconoscono nella formazione un'attività essenziale con cui sostenere il processo di miglioramento e cambiamento organizzativo connesso all'operatività della SdS.

b) IMPEGNI SPECIFICI

I piani formativi dell'anno 2006 degli Enti aderenti al Consorzio dovranno prevedere al loro interno una apposita sezione - dotata di specifiche risorse assegnate – riservata ad attività formative relative alla

Società della Salute. Tale sezione dovrà poi essere sviluppata d'intesa tra la Direzione della SdS dell'Alta Val di Cecina, lo Staff di Direzione dell'Azienda USL 5.

Le attività comprese all'interno di questa sezione, oltre a diffondere la conoscenza del sistema SdS tra gli operatori, si focalizzeranno su azioni specifiche a supporto delle principali azioni integrate previste dal PIS Alta Val di Cecina.

g. Informazione e comunicazione

a) INDIRIZZI PROGRAMMATICI

Gli Enti firmatari riconoscono il ruolo centrale dell'informazione sia sul piano interno, tra gli enti stessi e tra gli operatori e addetti ai lavori, sia su quello esterno della cittadinanza in genere con particolare attenzione alle fasce deboli della popolazione.

Gli Enti riconoscono inoltre nella comunicazione esatta e tempestiva un elemento essenziale al buon funzionamento del sistema, che in alcuni casi può assumere anche il rilievo di determinante di salute.

b) IMPEGNI SPECIFICI

Gli Enti si impegnano a:

- in attuazione di quanto previsto dal Piano di comunicazione, raccordare le attività di comunicazione attraverso la definizione di specifiche procedure e forme di coordinamento;
- implementare con modalità continuative il sistema informativo che farà capo al sito web (in costruzione) fornendo tutte le notizie richieste dagli affidatari del servizio di comunicazione;
- indicare alla Direzione della SdS il punto (o i punti) del proprio Ente presso i quali sarà disponibile l'informazione presente sul sito (in costruzione) e la modulistica relativa.

h. Regolamentazione unitaria dei servizi

a) INDIRIZZI PROGRAMMATICI

Gli Enti riconoscono nella regolamentazione unica dei servizi un elemento essenziale del processo di integrazione realizzato dalla SdS, in grado di uniformare il trattamento dei cittadini in un contesto territoriale già percepito come unitario.

In relazione agli aspetti economici di attività gestite direttamente (contributi e compartecipazioni ove previste) è fatta salva l'autonomia dei singoli Enti di applicare trattamenti di maggior favore in considerazione delle specificità delle diverse realtà locali.

b) IMPEGNI SPECIFICI

I Comuni dell'Alta Val di Cecina e l'Azienda USL 5 di Pisa si impegnano ad adottare, nelle forme previste dalle rispettive organizzazioni, il "Regolamento unitario dei servizi sociali e socio sanitari" e dei Disciplinari di funzionamento dei servizi. Gli Enti si impegnano altresì ad adeguare a quanto previsto nel suddetto Regolamento eventuali norme contenute in discipline complementari.

i. Carta per la Cittadinanza Sociale

a) INDIRIZZI PROGRAMMATICI

Gli Enti condividono il percorso partecipato che ha portato alla definizione di una Carta della Cittadinanza e si orientano a fondare il welfare locale secondo il sistema configurato nei principi ispiratori in essa contenuti.

Art. 5 Raccordo con Presidio Ospedaliero e Dipartimento della prevenzione

Gli Enti riconoscono l'importanza del coordinamento della programmazione della SdS con quella relativa al Presidio Ospedaliero, in particolare per i temi della continuità assistenziale, e con quella del Dipartimento della Prevenzione, per quanto concerne in particolare i temi della prevenzione e dell'educazione alla salute.

L'Azienda USL 5 di Pisa si impegna ad assicurare il raccordo della SdS dell'Alta Val di Cecina con il Presidio Ospedaliero e il Dipartimento della Prevenzione al fine di promuovere sinergie e politiche congiunte finalizzate ad assicurare la salute della popolazione anche favorendola partecipazione dei rappresentanti di tali Enti ai gruppi di lavoro per la progettazione operativa del PIS o finalizzati a programmi ed azioni specifiche che li coinvolgano direttamente.

Art. 6 Protocollo d'Intesa tra la SdS dell'Alta Val di Cecina e l'Amministrazione Provinciale di Pisa

L'Amministrazione Provinciale di Pisa e la SdS dell'Alta Val di Cecina in ordine alle modalità di raccordo per l'attuazione del PIS Alta Val di Cecina concordano quanto segue, rinviando ad apposito protocollo attuativo la definizione di dettaglio delle azioni e degli interventi:

L'Amministrazione Provinciale:

- nell'ambito delle proprie competenze contribuisce ai vari livelli della programmazione e attuazione del PIS favorendo la partecipazione dei propri funzionari ai gruppi tecnici di lavoro;
- tramite le proprie strutture e in particolare il proprio Osservatorio Sociale Provinciale si impegna a fornire alla SdS Alta Val di Cecina per le materie di propria competenza, i dati circa il monitoraggio e analisi dell'offerta delle prestazioni assistenziali e socio-sanitarie erogate nel territorio della Zona Alta Val di Cecina necessari a supporto della progettazione operativa;
- concorre alla realizzazione di attività e progetti specifici favorendo l'integrazione delle politiche sociali e soci-sanitarie.

La Società della Salute dell'Alta Val di Cecina si impegna a:

- favorire lo scambio di flussi informativi, conoscenze ed elaborazioni, con L'Amministrazione Provinciale ed in particolare con l'Osservatorio delle Politiche Sociali;
- collaborare alla realizzazione di attività e progetti specifici anche d'iniziativa provinciale favorendo l'integrazione delle politiche sociali e socio-sanitarie;
- a concordare e condividere momenti di formazione, iniziative convegnistiche e seminariali, incontri pubblici al fine di promuovere la partecipazione ed il coinvolgimento del territorio in un'ottica di programmazione condivisa.

Art. 6bis Protocollo d'Intesa tra la SdS dell'Alta Val di Cecina e la Comunità Montana Alta Val di Cecina

"DA SVILUPPARE CON I COMUNI"

Art. 7 Risorse

Le risorse disponibili ai fini della realizzazione dell'accordo sono individuate:
- Per le attività della Sanità territoriale realizzate dalla Azienda USL nelle risorse indicate nel Bilancio Virtuale, aggiornato successivamente in base ai dati disaggregati forniti dalla stessa Azienda;
- Per i servizi sociali delegati alla Azienda Usl in forma associata attraverso l'Azienda USL 5 nel Bilancio di previsione 2006 dei servizi sociali e socio-sanitari e che fanno parte del Budget Virtuale. La ripartizione delle risorse necessarie per l'esercizio dei servizi di competenza della Azienda USL è stabilità annualmente con apposita comunicazione da parte della SdS.

Art.8 Implementazione e monitoraggio dello stato di attuazione dell'accordo

L'implementazione e il monitoraggio sullo stato di avanzamento di quanto previsto nel presente accordo in ordine all'attuazione del PIS sono di competenza del Direttore della SdS , dello Staff di Direzione e della Segreteria Tecnica, anche attraverso appositi gruppi di valutazione.

Art. 9 Vigilanza

La vigilanza sull'attuazione del presente accordo è esercitata dai componenti dell'Esecutivo della Società della Salute dell'Alta Val di Cecina. Il collegio ha la funzione di vigilare sull'esatto adempimento di tutti gli obblighi derivanti dal presente accordo.

Art.10 Estensione dell'accordo

Il presente accordo, previa approvazione della Giunta della SdS, potrà essere esteso ad altri soggetti pubblici che intervengono nelle politiche di salute.

Art. 11 Durata dell'Accordo di Programma

La durata dell'Accordo di Programma è triennale in quanto coincidente con la durata del PIS dell'Alta Val di Cecina e potrà essere aggiornato annualmente in relazione all'attuazione del PIS stesso.

Art. 12 Approvazione e pubblicazione Accordo di Programma

Le istituzioni aderenti all'Accordo di Programma lo approvano con atto formale e lo pubblicano con le modalità stabiliti dai rispettivi ordinamenti.

Volterra,

Letto, approvato e sottoscritto.

Il Rappresentante del Comune di:

Castelnuovo V.C _____

Montecatini V.C _____

Pomarance _____

Volterra _____

Il Direttore Generale della
Azienda USL 5

_____

Il Direttore della Società
della Salute dell'Alta Val di Cecina

_____

L'Amministrazione Provinciale

_____

Il Presidente della Comunità Montana
Alta Val di Cecina

_____

PIS ALTA VAL DI CECINA 2006-2008 – ALLEGATO G

Schema di Patto per la Salute da sottoscrivere dalla SdS dell'Alta Val di Cecina dalle organizzazioni che partecipano alla realizzazione del PIS

PATTO PER LA SALUTE DELL'ALTA VAL DI CECINA

Gli Enti e le organizzazioni firmatarie, nell'ottica di assicurare il miglioramento della salute e del benessere della popolazione, a partire dai soggetti deboli, in un quadro di soddisfazione e di partecipazione dei cittadini e di efficienza e sostenibilità del sistema, condividono il percorso per la costruzione del Piano Integrato di Salute dell'Alta Val di Cecina per il triennio 2006-2008 e partecipano alla sua attuazione sottoscrivendo il presente Patto per la Salute dell'Alta Val di Cecina.

I FIRMATARI

- Riconoscono il Piano Integrato di Salute quale strumento di programmazione costruito attraverso la partecipazione ed il confronto con tutti i soggetti pubblici e del privato sociale che intervengono a vario titolo nelle politiche della salute;
- Si impegnano secondo le rispettive capacità e competenze a fornire il proprio contributo attivo e responsabile alla realizzazione di quanto previsto nel PIS;
- Condividono l'utilità e il valore di partecipare al sistema allargato per le politiche della salute dei cittadini dell'Alta Val di Cecina;
- Riconoscono la centralità dell'integrazione dei servizi sulla base della programmazione effettuata dalla Società della Salute.

Letto, approvato e sottoscritto.

Volterra,

Parere sul documento Immagine di Salute della AVC
per quanto riguarda la popolazione anziana
SPI_CGIL FNP_CISL UILP_UIL Pisa

La Zona dell'Alta Val di Cecina ha un elevato indice di anzianità, con un'età media oltre gli ottanta anni, tutto ciò ci impone di mantenere, a fasce di età elevate, la prevenzione di secondo livello, oltre a quelle patologie da voi indicate, anche contro il tumore al seno, prostata, utero.ecc.

Prendiamo atto dell'offerta attuale per i ricoveri nelle RSA e nei Centri Diurni, anche se dovremo verificare le ricadute e gli effetti che la suddivisione per patologie, come previsto dalla 402, avranno sulla composizione dei posti letto per non autosufficienti, nelle varie RSA della Zona.

Condividiamo la necessità di costruire un Ospedale di Comunità, per contenere l'entità del numero dei ricoveri impropri da voi rappresentato, riteniamo comunque necessario che la programmazione degli interventi sanitari, socio sanitari e assistenziali nel territorio veda nel distretto socio sanitario, e nei suoi presidi, il punto di riferimento con un suo budget di distretto, distinto, da quanto erogato dalla struttura ospedaliera.

Crediamo che sia indispensabile

- precisare, nell'immagine di salute, l'entità delle persone anziane non autosufficienti attualmente trattate in ADI diretta e indiretta, e come, ed in quanto tempo, si pensa di raggiungere, nella programmazione del PIS, l'obbiettivo di almeno il 3%, posto dal PSR della Regione Toscana, della popolazione anziana
- scegliere un comune dell'AVC, in cui sperimentare le dimissioni programmate, affinché si rafforzi il ruolo del Medico di Medicina Generale nel territorio e le collaborazioni con il Medico Ospedaliero,
- garantire interventi di più figure professionali, sanitarie e sociali, mirati alla popolazione anziana, non autosufficiente o temporaneamente non autosufficiente; e come si possa rafforzare l'impegno programmatico e finanziario, per assumere scelte idonee per una compiuta applicazione della delibera 402.2004, segnatamente nei punti seguenti:

:

1. Piano di Assistenza in regime di ricovero
2. Dimissioni programmate
3. Piano Terapeutico di Intervento Domiciliare mirato alle patologie neurologiche (Alzheimer, Parkinson, Demenza Senile), Neoplasie, Patologie Acute Cardiovascolari , Respiratorie e Renali, Ictus, Femore e Cronici.
4. Riabilitazione
5. Verifica dei parametri di qualità e miglioramento dello stato generale dell'anziano, dopo un periodo convenuto di interventi di assistenza domiciliare diretta e indiretta.

La struttura del distretto e/o il presidio dovrà essere il luogo, dove si attua la presa in carico dell'anziano, l'operatore sarà responsabile del percorso individuale nella rete dei servizi socio-sanitari per il piano di intervento terapeutico e di assistenza che la Commissione Multidisciplinare avrà definito.

Riteniamo necessario

- potenziare l'attività del Punto Unico di Accesso nel Distretto Socio-Sanitario e per i servizi di Assistenza Domiciliare,
- intervenire per la riduzione delle liste di attesa, già da voi indicate da uno a cinque-sei giorni, inoltre una maggiore tempestività per l'assistenza infermieristica.
- applicare tutti gli interventi che semplifichino il percorso burocratico per l'accesso ai servizi socio assistenziali e si avvicinino sempre di più ai bisogni delle persone.
- affidare una quota finanziaria del budget di distretto, destinata al sostegno della non autosufficienza, nell'immagine di salute si deve esplicitare che il distretto è il luogo deputato alla presa in carico del paziente.

p. SPI CGIL	p. FNP CISL	p. UILP UIL
Moreno Bertelli	Dino Tamburini	Giuseppe Romei

Pisa 24 gennaio 2006

PIS ALTA VAL DI CECINA 2006-2008 – ALLEGATO H

Comitato di Partecipazione della Società della Salute
Zona Alta Val di Cecina

Alla Giunta
della Società della Salute
dell'Alta Val di Cecina
VOLTERRA

Volterra, 27/01/2006

Oggetto: parere sulla Immagine di Salute e sollecito incontro (verbale del 26/01/2006)

Con la presente si comunica che Il Comitato di Partecipazione riunitosi in data 26/01/06 prende atto del documento riassuntivo dell' Immagine di Salute, pur nella consapevolezza che i risultati prodotti si presentano come il frutto di un lavoro attuato in tempi brevi e quindi non esaustivo di tutte le problematiche del territorio.

Per quanto attiene alla metodologia di lavoro adottata, si esprime parere positivo, vista la numerosa affluenza ai gruppi di lavoro dei soggetti coinvolti e la conseguente partecipazione responsabile. Il suggerimento che il Comitato ritiene indispensabile, in questa fase, è quello di cercare di mantenere vivo l'interesse alla partecipazione attraverso modalità organizzative che codesta Giunta vorrà adottare.

Si ritiene, inoltre, necessario conoscere:

a) le azioni con le quali la Giunta della SdS intende individuare le priorità con lo scopo di definire la programmazione delle prossime attività
b) i criteri con cui saranno assegnate le relative risorse

Il Comitato, fa presente, che in data 11/12/2005 ha richiesto una riunione per approfondire lo stato organizzativo dei servizi ospedalieri e sanitari nel loro complesso al quale però non è ancora giunta risposta. Si sollecita quindi codesto Organo a prendere in considerazione, entro breve, una data per potersi incontrare.

In attesa di Vs. notizie invio i miei migliori saluti

Il Presidente del Comitato di Partecipazione
Biagini Igino

PIS ALTA VAL DI CECINA 2006-2008 – ALLEGATO H

Osservazioni e integrazioni sull'Immagine di Salute da parte degli organismi di partecipazione (Consulta Terzo Settore, Comitato di Partecipazione, Organizzazioni Sindacali)

CONSULTA del TERZO SETTORE

Al Presidente della Giunta della Società della Salute
Sindaco Cesare Bartaloni

Al Direttore della Società della Salute
Dott.ssa Patrizia Salvadori

Come richiesto invio alcune notazioni sul documento "Immagine di salute".

Il lavoro svolto è risultato un buon lavoro che ha coinvolto molti e diversificati soggetti sociali, oltre che un certo numero di cittadini che hanno partecipato elle assemblee svolte nei capoluoghi dei Comuni.
Il documento entra nel merito dei problemi in modo molto capillare e forse proprio per questo spesso utilizza un linguaggio non immediatamente accessibile ai non addetti ai lavori.
Inoltre a volte è ripetitivo. Occorre quindi un lavoro ulteriore sul documento che lo renda sia meno "tecnico" sia più omogeneo.
E' comunque una 'prima rappresentazione' :i cittadini di molti dei paesi del territorio non sono stati coinvolti e il documento ha bisogno di una ulteriore divulgazione in modo che sia veramente o il più possibile 'l'interpretazione dello stato di salute percepita dalla popolazione' come è scritto nella introduzione.
A questo scopo sarebbe auspicabile l'attivazione del progetto di comunicazione sociale attraverso il quale far conoscere a tutti i cittadini che cosa vuole essere la Società della Salute, quali sono i suoi organismi e in maniera sintetica anche i punti salienti dell'Immagine.
Potrebbe essere utile suddividere la rielaborazione sintetica in una parte dove indicare ciò che già esiste , funziona e dà risposte ai bisogni dei cittadini e una parte dove indicare le idee , i servizi innovativi che sono scaturiti dalla discussione nei gruppi e nelle assemblee.

Ciò che vorremmo fosse chiaro è che questo lavoro è uno sforzo soprattutto culturale, di identità di una popolazione e una sfida continua a dare risposte alle aspettative ed ai bisogni sempre nuovi: la partecipazione e la solidarietà ne sono le fondamenta.
Cordiali saluti

Il Presidente della Consulta del Terzo Settore
Alessandra Benelli

Parere sull'Immagine di Salute
Della SdS Alta Val di Cecina

CGIL CISL e UIL di Pisa

Prendiamo atto delle modalità utilizzate per produrre il documento sull'immagine di salute che ci viene presentato come la sintesi del lavoro dei gruppi tecnici di lavoro, appositamente costituiti, integrata dalle osservazioni dalla Consulta del 3° settore e dal Comitato di Partecipazione, e da quanto emerso dalle assemblee con i cittadini.

Diamo qui di seguito alcune valutazioni che chiediamo siano assunte nell'Immagine e successivamente nelle linee di programmazione del Piano Integrato di Salute della Alta Val di Cecina. Il PIS, comunque, dovrà tenere conto della legislazione regionale esistente, della prossima formalizzazione del PISR, dei livelli essenziali di assistenza sociale e delle regole dell'appalto nell'affidamento dei servizi in Toscana. Inoltre sottolineamo che la sperimentazione della SdS, come si può rilevare dall'atto di indirizzo e dal PSR 2005-2007, riconosce come strumento organizzativo ed operativo della sanità e del sociale nel territorio, la zona distretto.

Il documento fa emergere una rappresentazione condivisibile delle problematiche di ordine socio-sanitario ed assistenziale della ValdiCecina nell'articolazione nelle 7 aree tematiche. E' condivisibile inoltre, l'individuazione di problemi trasversali e l'individuazione ed elencazione degli ambiti di intervento delle politiche per l'integrazione socio-sanitaria, per una migliore informazione e accessibilità dei servizi per il cittadino, per l'integrazione dei MMG e PLS con l'assistenza domiciliare sociale e sanitaria.

Per quanto riguarda i problemi trasversali, ci sembra importante fare solo poche annotazioni dopo aver sottolineato la condivisione delle problematiche emerse:

- Per quanto riguarda il Paragrafo Informazione e Comunicazione, pensiamo che vada meglio esplicitato il ruolo e la funzione del Punto Unico di Accesso, per noi non si tratta di un puro servizio informativo, ma di un vero e proprio punto di presa in carico dell'utente che si rivolge presentando un problema. Il problema può avere soluzioni semplici o complesse, che richiedano per esempio una valutazione multiprofessionale e multidimensionale. Definire un Punto Unico di Accesso significa definire il luogo dell'ascolto (lo sportello o la rete di sportelli distrettuali), il luogo della presa in carico, in cui se necessario, si individua l'operatore responsabile del procedimento e si attiva la definizione del piano individuale di assistenza da parte della commissione di valutazione. La commissione valuterà, lo stato iniziale della persona presa in carico, i suoi progressi ed il grado di efficacia dell'intervento. Nel piano individuale saranno proposte all'assistito e/o al suo nucleo familiare le varie possibilità di erogazione (diretta e indiretta) per i servizi socio assistenziali, avendo però fatto chiarezza su quali siano i livelli essenziali di assistenza, cioè, quanto è diritto esigibile e quanto a compartecipazione. Il Punto Unico di Accesso uno dei frutti più importanti dell'integrazione, che può nei fatti modificare in meglio il rapporto con l'utenza che a volte può risultare complicato. Allo stesso tempo condividiamo assolutamente la necessità di allargare l'informazione sui servizi erogati e sulle possibilità di accesso.

- Per quanto riguarda il paragrafo "Problemi connessi alla casa e al lavoro" ci chiediamo se nei gruppi tecnici, per i problemi relativi al lavoro, siano stati presenti gli operatori del centro per l'impiego, (dipendenti della provincia) e se si sia ipotizzata la creazione di uno sportello unico che mettesse assieme risorse e competenze presenti nei diversi servizi (pensiamo ad esempio all'inserimento lavorativo di persone con handicap o comunque con

disagio sociale di qualsiasi ordine). Per la casa, che risulta anche a noi come un punto di emergenza, ci sembra essenziale che il PIS apra ad una gestione comune del problema, per tutta la zona socio-sanitaria, ed anche per quanto riguarda il Contributo per gli affitti, bisognerebbe definire, con la gradualità necessaria, un regolamento il più possibile omogeneo per l'erogazione dei contributi nell'area. In generale, per i servizi sociali a compartecipazione, chiediamo che si tenda a rendere omogenei i regolamenti dell'area, utilizzando l'ISEE come strumento di equità.

- Infine un'ultima osservazione per il paragrafo relativo a "Il ruolo del volontariato". Ci sembra importante sottolineare che si parla di volontariato in relazione alla somministrazione dei servizi socio-sanitari (ci si preoccupa della loro possibile completa precarizzazione), la cui efficienza dovrebbe rappresentare la sfida più concreta della SdS, proprio perché servizi in cui si integrano funzioni sociali e sanitarie e la loro integrazione è uno degli obiettivi della sperimentazione. La precarizzazione è una delle strade per lo smantellamento dello stato sociale locale per come lo abbiamo voluto nella nostra regione, va combattuta convintamene e consapevolmente. Sull'integrazione del servizio sociale con il sistema dell'assistenza sanitaria territoriale, bisognerà innanzitutto riaffermare e rinforzare il ruolo del distretto socio-sanitario, a quel punto, la organizzazione funzionale del territorio e le risorse che, nella suddivisione del PSR, vengono affidate al distretto, devono essere fondamentali per inquadrare figure professionali, operatori, specialistiche, responsabilità, riferimenti, in grado di interfacciarsi correttamente con il Terzo Settore. Richiamiamo anche in questo caso la necessità di definire i livelli essenziali di assistenza esigibili, e di rispettare i criteri di erogazione delle prestazioni sanitarie (mediche, infermieristiche, specialistiche) e questo per preservare ed accrescere la qualità del servizio e la sicurezza dell'utenza. Premesso che per noi il volontariato può intervenire solo nei servizi aggiuntivi rispetto ai livelli essenziali di assistenza, rileviamo che, in diversi punti del documento si ipotizza l'affido di servizi "infermieristici" al volontariato, o fare i corsi di formazione di assistenza infermieristica alle badanti, gli interventi che si ipotizzano sono di tipo sanitario, per cui a meno di non fare corsi di formazione professionale veri (attualmente alcune prestazioni NON IN AUTONOMIA possono essere svolte da personale OSSS dopo corsi di formazione di circa 1400 ore) non è una soluzione percorribile.

Prima di sviluppare alcune specifiche osservazioni sulle diverse aree vorremmo fare alcune considerazioni generali:

- L'immagine di salute dovrebbe dare una prima rappresentazione di come vengono percepiti i problemi di salute nelle diverse aree di intervento e nell'organizzazione data al documento per ogni area c'è il paragrafo relativo alle Possibili Soluzioni Proposte e quello relativo ai Punti di Forza ed alle Risorse Rilevate. Dovrebbero essere questi i paragrafi in cui insistere sull'integrazione e rilevare le potenzialità della SdS come luogo di programmazione unitaria. Ci sembra di rilevare, invece, il permanere di una difficoltà a pensare insieme ASL5 e Conferenza dei Sindaci, a pensare in modo integrato ed a cogliere l'opportunità di allargare l'integrazione ai servizi scolastici da una parte ed ai servizi all'impiego dall'altra. Ad esempio, nel capitolo dedicato alle dipendenze, nel paragrafo relativo alle possibili soluzioni e proposte, quando si parla di giovani si parla di maggior attenzione nell'assegnazione di contributi comunali (ad associazioni), in relazione a qualità dei progetti ed obiettivi raggiunti in questa direzione. Bisognerebbe cominciare a parlare di bilancio, anche se per ora virtuale, della Società della Salute e di interventi frutto della programmazione unitaria della Società della Salute e non di assegnazione di contributi comunali. Del resto in ValdiCecina esiste una pratica di collaborazione storica, a volte normata da protocolli a volte no, fra gli operatori ed i servizi dipendenti da amministrazioni

diverse. Questa pratica ora andrebbe valorizzata, completata da protocolli e per questo resa più efficace e meno complicata da attivare. Anche perché a nostro avviso il Piano Integrato di Salute oltre a contenere la realizzazione del Punto Unico di Accesso, l'aggiornamento del vecchio piano di zona con i diversi progetti, dovrà contenere proprio, intenti, ipotesi di protocollo e procedure per cominciare a sperimentare l'integrazione fra i servizi ed in particolare le procedure condivise dei percorsi assistenziali.

- Bisognerebbe poi capire meglio che relazione si intende stabilire fra medicina in associazione, unità di cure primarie, servizio di pronto soccorso, specialistiche territoriali e presidi distrettuali. In particolare, ci chiediamo quale rapporto ci sia fra il distretto ed i medici delle unità di cure primarie e/o dei medici in associazione, chi risponde a chi in termini organizzativi, soprattutto se si pensa ad una presenza contemporanea di specialisti territoriali o ospedalieri e di personale infermieristico. Ci rendiamo conto che la vastità territoriale, la ruralità, le insufficienze del trasporto pubblico impongono un modello particolare di distribuzione dei servizi sanitari e socio-sanitari. Per questo ci piacerebbe poi conoscere il disegno organizzativo e quali prospettive ci sono per l'infrastrutturazione del territorio. Confermiamo che per noi il distretto è centrale nell'articolazione territoriale dell'assistenza.

Passiamo ora alle diverse aree tematiche:

Per quanto riguarda l'area infanzia, adolescenza e famiglia, concordiamo con i problemi rilevati, vorremmo solo osservare che per i servizi all'infanzia ci sembra essenziale dare risposta alla domanda di servizi educativi, noi pensiamo che i nidi non debbano essere considerati servizi di custodia, tenendo conto del ritardo rispetto all'obiettivo fissato a Lisbona del 30% dei bimbi all'asilo nel 2010. Questo è importante anche per favorire l'occupazione femminile nella zona. Ci sembra poi essenziale che l'infrastrutturazione del territorio garantisca le specialistiche necessarie in particolare la neuropsichiatria infantile.

E' importante, poi, curare l'attività dei consultori con particolare riferimento agli interventi per le donne extracomunitarie, garantendo da una parte la presenza di medici donna, dall'altra le mediatrici culturali.

Ci sembra importante coordinare e condurre ad unicità di intervento competenze istituzionali diverse sul materno infantile e disabilità, sulla segnalazione precoce al distretto socio-sanitario della nascita di un bambino con dei problemi, che permetta, nel pieno rispetto della privacy e della volontà dei genitori, di approntare un piano di intervento, di supporto adeguato, e di avere una rappresentazione dell'utenza potenziale sempre aggiornata.

Fra gli interventi già previsti per il parto, particolare attenzione secondo noi, andrebbe rivolta alla depressione post-partum, con operatori formati in grado di intervenire durante la gravidanza, dopo il parto, coinvolgendo entrambi i genitori e mettendo a disposizione anche un eventuale luogo di accoglienza della madre in difficoltà.

Per affrontare con una qualche speranza di successo in più i problemi dell'inserimento lavorativo di disabili fisici e psichici, tossicodipendenti, adolescenti a rischio e loro genitori etc..,ci sembra essenziale formalizzare, con accordi specifici con le istituzioni preposte, la messa in comune di risorse, servizi, opportunità di formazione e lavoro, nelle competenze diverse, che ancora permangono nel territorio, costituendo un punto unico di informazione e di intervento tra i servizi sociali ed il centro per l'impiego nelle loro articolazioni territoriali.

Per quanto riguarda gli anziani chiediamo la piena applicazione della delibera 402/04 della Regione Toscana che precisiamo non riguarda solo gli anziani almeno nella parte relativa all'accesso ai servizi ed alla presa in carico, ed assumiamo in pieno il documento allegato frutto del lavoro unitario dei sindacati dei pensionati di CGIL CISL e UIL di Pisa.

Per i malati cronici andrebbero progettati percorsi individuali di assistenza che facilitino l'accesso ai servizi, con prenotazione automatica dei controlli periodici.

Per quanto riguarda le forme di povertà crescenti, sia delle famiglie monoparentali, sia dei nuclei con presenza di adulti che perdono il lavoro o che abbiano un qualche disagio grave, per cui si ipotizza l'intervento con sussidi in denaro, bisogna che l'erogazione di vaucer o bonus sia assolutamente prevista all'interno di piani di assistenza personalizzati che prevedano anche altro, ad esempio formazione, aiuto nella ricerca di un lavoro, oppure forme di ricovero temporaneo, centri diurni, assistenza domiciliare…, che siano effettuate verifiche di efficacia dell'intervento in modo da non lasciare solo gli utenti.

Nel Profilo di salute sono riportati i dati relativi a malattie professionali ed incidenti sul lavoro, c'è da rilevare che da dati in nostro possesso, avuti fuori della SdS AVC, il 5% previsto dal PSR come spesa per la prevenzione non è stato raggiunto neanche in Valdicecina (4,16%), sappiamo che il 5% è relativo a tutta la prevenzione, comprese ad esempio le vaccinazioni, ci piacerebbe avere i dati scomposti , capire la situazione della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro in termini di risorse investite, personale occupato e risultati ottenuti, anche perché nel 2004 gli infortuni sono aumentati del 16% in questa zona. Sottolineamo che l'ambito della formazione alla salute ed alla sicurezza ha una priorità fondamentale negli interventi verso i lavoratori extracomunitari e i lavoratori con contratti precari e/o temporanei. Si segnala una situazione particolare legata agli ex esposti a cancerogeni (attualmente pensionati) che nonostante la Delibera della Giunta Regionale del 26/6/2001 n° 692 sulla necessità di sorveglianza sanitaria per i lavoratori ex-esposti a cancerogeni occupazionali, non sono sottoposti a nessun tipo di sorveglianza sanitaria. Nella zona della Val di Cecina questo problema riguarda in particolare un numero notevole di ex esposti all'amianto. Più in generale rispetto alla peculiarità della zona che risulta dal profilo di salute ed in particolare dall'incidenza dei tumori, è necessario estendere prevenzione e controllo.

C'è poi il problema legato al futuro del presidio ospedaliero di Volterra ed in particolare dell'Area Materno Infantile, è un punto particolarmente delicato su cui pensiamo ci sia la necessità di avere un approfondimento specifico e su cui sono già in programma incontri con i livelli sindacali di zona. Condividiamo l'ipotesi contenuta nell'immagine, al punto "Mantenimento dei servizi ospedalieri e loro miglioramento" che individua come necessario costruire una "Rete totale con il Presidio Ospedaliero di Pontedera" che per noi è l'evoluzione del rapporto fra i due presidi ospedalieri fissato nell'accordo ASL5 e Conferenza dei Sindaci dell'AVC del 2004.

Ci sembra importante, comunque, fin da ora confermare la volontà del sindacato di battersi per difendere la qualità dei servizi ospedalieri per garantire alle popolazioni assistenza adeguata e difendere i diritti degli operatori impegnati nella struttura.

L'immagine di salute rappresenta uno strumento utile da cui partire per la programmazione socio-sanitaria, ma si dovrà costruire sul rafforzamento delle strutture territoriali, che dovranno rappresentare sempre di più la prima risposta ai bisogni di salute dei cittadini.

Pisa 24 gennaio 2006

CGIL – Pisa

CISL – Pisa

UIL – Pisa

PIS ALTA VAL DI CECINA 2006-2008 – ALLEGATO I

Proposta di Progetto operativo per la comunicazione

A) Target di riferimento - Operatori interni enti consorziati

Azione n. 1 -> Organizzare con Sindaci e Presidente Comunità Montana incontri a livello delle singole amministrazioni con tutto il personale dipendente con l'obiettivo di informare sul processo sperimentale in corso

Scopo -> Informazione diffusa

Azione n. 2 -> individuazione operatori interni amministrazioni comunali /Comunità Montana coinvolti nel processo di sperimentazione a vario titolo /Assessori/Consiglieri.

Scopo -> selezionare il personale da inserire nella mailing list

Azione n. 3 -> Creazione mailing list comprendente operatori interni (tutti i dipendenti Azienda USL e dipendenti amministrazioni comunali e Comunità Montana già individuati, Associazioni).

Scopo -> diffondere periodicamente informazioni e aggiornamenti sulle varie fasi e passaggi che caratterizzano il percorso sperimentale (tappe realizzate, calendari di incontri e tavoli di lavoro ecc.)

Azione n. 4 -> Incontro (convegno/studio) con operatori dell' OSPEDALE in cui approfondire le tematiche relative alle differenze percepite tra interventi di cura e interventi di prevenzione e mantenimento della salute e del benessere individuale e collettivo, individuando un relatore di forte richiamo.

Scopo -> Coinvolgere tutti i servizi ospedalieri nel processo di sperimentazione.

B) Target di riferimento - Cittadinanza

Azione n. 1 -> realizzazione sito internet

Azione n. 2 -> calendario di incontri con la cittadinanza

Azione n. 3 -> affitto spazi pubblici (bacheche) nei vari comuni per informazione costante

Azione n. 4 -> "affitto pagina" settimanale La Spalletta del tipo " La Società della Salute informa…" per pubblicazione mensile

Azione n. 5 -> realizzazione cortometraggio sull' Ospedale sia come documento a memoria storica della sanità della zona, sia documentando mediante interviste la percezione che i cittadini dell' Alta Val di Cecina hanno della realtà ospedaliera

-> realizzazione filmato sulle caratteristiche ambientali della zona

Scopo -> promuovere la cultura della salute, la riflessione sulle problematiche legate ai rischi ambientali, riaffermare il senso di appartenenza e di responsabilità condivisa per il territorio. A tal fine individuare forme di veicolazione dei documenti fotografici e filmati che siano di sicuro impatto e di massima fruibilità

Costi per comunicazione operatori interni:	**€ 3.000**
di cui:	
- convegno studio	€ 2.000
- incontri operatori	€ 1.000
Costi per comunicazione esterna:	**€ 27.000**
di cui	
- incontri pubblici	€ 1.500
- sito Internet	€ 3.000
- bacheche, periodici, …	€ 2.000
- cartellonistica e materiale informativo vario	€ 500
- materiali documentali filmati e fotografici	€ 20.000
Costi personale a contratto Segr Tec.:	**€ 2.400**
- 200 ore / costo orario € 12	
TOTALE COSTI	**€ 32.400**
Valorizzazione costo per impegno operatori dipendenti U.S.L. e Comuni:	€ 6.200
- 400 ore / costo medio orario € 15,50	
Valorizzazione costi generali per attività di segreteria, materiali di consumo, utilizzo fotocopiatrici, telefonia, spese postali, utilizzo mezzi aziendali per spostamenti sul territorio di riferimento, utilizzo sedi, ecc.	€ 3.000
TOTALE GENERALE	**€ 41.600**

GLOSSARIO PIS

TERMINE/SIGLA	Definizione
AA.VV.	**Associazioni di Volontariato** Forme associative la cui attività è regolata dalla Legge dello Stato n. 266 del 1991
ADI	**Assistenza Domiciliare Integrata** Permette al cittadino di usufruire di prestazioni di carattere socio-assistenziale e sanitario e viene di norma attivata a sostegno dell'impegno familiare, sulla base di programmi assistenziali personalizzati, al fine di favorire la permanenza nel normale ambiente di vita e ridurre le esigenze di ricorso a strutture residenziali.
AMA	**Attività Motoria Adattata** Programmi di attività motoria non sanitari, rivolti in particolare agli anziani, che hanno lo scopo di promuovere stili di vita corretti e di mantenendo delle capacità motorie.
AMIS	**Abbattimento Mercurio e Idrogeno Solforato** Si tratta di un processo brevettato da E.N.E.L. per l'abbattimento delle emissioni di mercurio e idrogeno solforato (causa quest'ultimo dell'odore caratteristico delle zone geotermiche) delle centrali geotermoelettriche,
ANCI	**Associazione Nazionale dei Comuni d'Italia** Rappresenta gli interessi dei Comuni associati dinanzi agli organi centrali dello Stato, oltre ad offrire ai Comuni molteplici funzioni di supporto, consulenza, formazione, ecc.
AOUP	**Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana** Istituzione che vede insieme nella definizione del processo di cura l'assistenza (garantita dal Servizio Sanitario Regionale), la ricerca e la didattica (condotte dall'Università).
ARPAT	**Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale della Toscana** Offre servizi di controllo, informazione, ricerca e consulenza per la protezione dell'ambiente, attraverso una rete di laboratori e uffici. L'azione di ARPAT è guidata dall'idea di sviluppo sostenibile: proporre alle Amministrazioni e alle imprese l'adozione di provvedimenti e di azioni in grado di assicurare compatibilità tra ambiente e sviluppo.
AUSL/ASL/USL	**Azienda Unità Sanitaria Locale**
ARS	**Agenzia Regionale di Sanità** E' ente strumentale della Regione Toscana, con funzioni di supporto e consulenza tecnico scientifica al Consiglio e alla Giunta regionale in materia di organizzazione e programmazione sanitaria.
CD	**Centro Diurno** Si intende una struttura di ospitalità che svolge accoglienza in regime semiresidenziale, con caratteristiche di costanza e di continuità nel tempo, che prevede il rientro quotidiano dei soggetti ospitati,
CDA	**Centro Diurno Anziani** Vedere la definizione Centro Diurno. Nella zona sono presenti 2 centri diurni anziani (Volterra e Castelnuovo)
CdC	**Centro di Costo** Entità elementare di rilevazione del dato di costo e/o di prestazione.
CDH	**Centro Diurno Handicap** Vedere la definizione Centro Diurno. Nella zona ci sono 2 centri diurni handicap (Volterra e Castelnuovo) e un centro diurno per i soggetti con problemi di salute mentale (Volterra).

CdR	**Centro di Responsabilità** Unità organizzativa preposta a svolgere determinate attività per il raggiungimento di obiettivi prefissati, dirette da un unico responsabile che risponde dei risultati raggiunti.
CGIL, CISL, UIL	**Sigle sindacali**
CIC	**Centro di Consultazione e Informazione** Sportelli di ascolto psicologico rivolti agli studenti, previsti all'interno delle Scuole Superiori.
CNR	**Consiglio Nazionale delle Ricerche** Ente pubblico nazionale con il compito di svolgere, promuovere, diffondere, trasferire e valorizzare attività di ricerca nei principali settori di sviluppo delle conoscenze e delle loro applicazioni per lo sviluppo scientifico, tecnologico, economico e sociale del Paese.
CRV	**Cassa di Risparmio di Volterra**
Customer satisfaction	Soddisfazione dell'utente/cliente
DRG	**Diagnosis Related Group** Categoria di pazienti ospedalieri definita in modo che essi presentino caratteristiche cliniche analoghe e richiedano per il loro trattamento volumi omogenei di risorse ospedaliere. Per assegnare ciascun paziente ad uno specifico DRG sono necessarie le seguenti informazioni: la diagnosi principale di dimissione, tutte le diagnosi secondarie, tutti gli interventi chirurgici e le principali procedure diagnostiche e terapeutiche, l'età, il sesso e la modalità di dimissione.
DSM	**Dipartimento di Salute Mentale**
G.R./ G.R.T.	**Giunta Regionale/ Giunta Regione Toscana**
IMA	**Infarto Miocardio Acuto**
ISEE	**Indicatore della Situazione Economica Equivalente** Permette un'analisi sia della situazione reddituale che patrimoniale del soggetto richiedente, considerando congiuntamente anche la composizione del nucleo familiare cui lo stesso soggetto appartiene, sia in termini di numerosità sia di caratteristiche. Si tratta di uno strumento rappresentativo del benessere della famiglia.
IVG	**Interruzione Volontaria di Gravidanza**
L.R.	**Legge Regionale**
MMG	**Medico di Medicina Generale** E' la definizione corretta della figura che generalmente viene indicata come "medico di famiglia".
NPI	**Neuro Psichiatra Infantile**
OMS	**Organizzazione Mondiale della Sanità** Agenzia delle Nazioni Unite specializzata per la salute. Fondata il 7 aprile del 1948, ha come obiettivo, così come previsto nella relativa costituzione, il raggiungimento da parte di tutte le popolazioni del livello più alto possibile di salute, definita nella medesima costituzione come condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non soltanto come assenza di malattia o di infermità.
OO.SS.	**Organizzazioni Sindacali**
PAL	**Piano Attuativo Locale** E' lo strumento di programmazione con il quale le Aziende Unità Sanitarie Locali programmano le attività da svolgere recependo, per le attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, il Piano Integrato di Salute di zona-distretto (art. 22 comma 5 LR 40/'05).
PAO	**Piano Attuativo Ospedaliero** Costituiscono lo strumento con il quale le Aziende Ospedaliere-Universitarie programmano le attività di propria competenza (art.23 comma 1 LR 40/'05).

PARG	**Progetto Abilitativo Riabilitativo Globale** Progetto riabilitativo destinato ai soggetti disabili, elaborato dal Gruppo Operativo Multidisciplinare (vedere definizione) in seguito alla diagnosi funzionale, con la partecipazione del soggetto interessato e della famiglia.
PDZ	**Piano di Zona** Il Piano di zona (PdZ) è lo strumento della programmazione locale del sistema integrato ed è elaborato tenendo conto delle indicazioni e degli obiettivi contenuti nel Piano Integrato Sociale Regionale (art. 29 comma 1 LR 41/'05).
PISR	**Piano Integrato Sociale Regionale** Documento triennale di programmazione delle politiche sociali della Regione Toscana.
PLS	**Pediatra di Libera Scelta**
PSR	**Piano Sanitario Regionale** Documento triennale di programmazione delle politiche sanitarie della Regione Toscana.
PUA	**Punto Unico di Accesso** E' uno strumento per integrare le varie professionalità interne (sociale e sanitario) e avviare le procedure di presa in carico del cittadino. Rappresenta anche il riferimento unico per informazioni sui percorsi assistenziali a cure domiciliari, assistenza sociale, ricoveri in R.S.A. e centri diurni per anziani, assistenza infermieristica distrettuale e ausili erogati dal Servizio Sanitario Regionale e per le richieste di intervento.
RSA	**Residenza Sociale Assistita** Strutture socio-sanitarie residenziali destinate ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti di grado medio ed elevato, che non necessitano di specifiche prestazioni ospedaliere.
SdS AVC	**Società della Salute Alta Val di Cecina**
SPDC	**Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura** Servizio della Salute Mentale che consiste nell'accesso al dipartimento attraverso il ricovero ospedaliero in regime di trattamento sanitario volontario (TSV) o obbligatorio (TSO).
SUI	**Sportello Unico Immigrazione** Previsto dal T.U. sull'immigrazione (legge n.189/2002) in ogni Provincia, è responsabile dell'intero procedimento per l'assunzione di lavoratori extracomunitari e neocomunitari, nonché per le pratiche relative ai ricongiungimenti familiari e per familiare al seguito.
UFSMIA	**Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza**
UNCEM	**Unione Nazionale Comuni Comunità Enti Montani** Rappresenta gli Enti associati agendo in modo da concorrere alla promozione dello sviluppo dei territori montani sotto i profili sociale, economico, civile, territoriale e ambientale.
UU.FF.	**Unità Funzionali** Unità organizzative in cui sono strutturati dei servizi sociali e sanitari.
VDE	**Valdera**
WELFARE	**Benessere**

GLOSSARIO PIS

GLOSSARIO ALL. A – PROFILO di SALUTE

TERMINE/SIGLA	Definizione
AATO 5 Toscana Costa	**Autorità Ambito Territoriale Ambientale** Consorzio obbligatorio tra i Comuni dell'Ambito Territoriale Ottimale che regola l'attività del gestore del servizio ASA Spa
ASA	**Azienda Servizi Ambientali** ASA S.p.a. opera servizio idrico integrato (acquedotto, fognatura e depurazione) come gestore unico dell'ATO 5 Toscana Costa (ruolo assunto dal 2002), il cui bacino di utenza è di 359.000 abitanti suddivisi in 33 Comuni appartenenti a 3 province (Livorno, Pisa e Siena).
ATECO	Tipologia di classificazione adottata dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) per le rilevazioni statistiche nazionali di carattere economico.
ATI - sale	**Azienda Tabacchi Italiani** Società italiana più importante per la produzione di cloruro di sodio di origine marina.
BOD5	**Biological Oxygen Demand** Misura la "richiesta biologica di ossigeno", ovvero la quantità di ossigeno consumato in mg/l, durante alcuni processi di ossidazione di sostanza organica, in 5 giorni.
COD	**Chemical Oxygen Demand** Misura la "quantità di ossigeno utilizzata" necessaria per l'ossidazione di sostanze organiche e inorganiche contenute in un campione d'acqua.
CSPO	**Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica** Centro di riferimento regionale con funzioni di consulenza e valutazione delle attività di prevenzione oncologica nelle ASL toscane.
EMCDDA	**European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction** Centro europeo della verifica e controllo per le droghe e la dipendenza da droga.
ETI	**Ente Tabacchi Italiani** In origine ente pubblico economico, privatizzato attraverso un'asta vinta nel 2000 dalla multinazionale BAT (British American Tobacco). Si occupa della produzione e distribuzione di sigarette, sigari e altri prodotti del tabacco italiano ed estero, di estrazione e distribuzione di sali sul territorio nazionale.
GOIF	**Gruppo Operativo Interdisciplinare Funzionale** Gruppo che opera nell'area disabilità in cui sono rappresentate competenze professionali diverse e che ha vari compiti. Fra questi la programmazione ed elaborazione complessiva dell'impostazione degli interventi sull'handicap, l'aggiornamento del personale, la rilevazione del fenomeno disabilità, la predisposizione di accordi e protocolli con vari Enti (scuola, Provincia, ecc.)
INPDAP	**Istituto Nazionale di Previdenza per i**

	Dipendenti dell'Amministrazione Pubblica Ente previdenziale che si occupa della liquidazione e del pagamento delle pensioni della quasi totalità dei lavoratori dipendenti del settore pubblico.
INPS	**Istituto Nazionale Previdenza Sociale** Ente previdenziale che si occupa della liquidazione e del pagamento delle pensioni della quasi totalità dei lavoratori dipendenti del settore privato, di parte del pubblico e della maggior parte dei lavoratori autonomi.
ISTAT	**Istituto Nazionale di Statistica** L'Istituto nazionale di statistica è un ente di ricerca pubblico. Presente nel Paese dal 1926, è il principale produttore di statistica ufficiale a supporto dei cittadini e dei decisori pubblici. Opera in piena autonomia e in continua interazione con il mondo accademico e scientifico.
MDMA	**METILENDIOSSIANFETAMINA** Illecitamente commercializzata come ecstasy, droga ricreazionale in voga fra i giovani.
MM	**Mesotelioma Maligno** È un tumore maligno che colpisce principalmente la pleura e il peritoneo. È riconosciuto come malattia professionale correlata all'esposizione all'amianto.
NaCl	**Cloruro di Sodio** Composto chimico meglio conosciuto come il comune sale da cucina.
PISLL	**Prevenzione, Igiene e Sicurezza sui Luoghi di Lavoro** Unità funzionale dell'Azienda USL, afferente al Dipartimento della Prevenzione.
ISPAN	**Igiene e Sanità Pubblica, Alimenti e Nutrizione** Unità funzionale dell'Azienda USL, afferente al Dipartimento della Prevenzione.
PM_{10}	Il materiale particolato (PM) con un diametro aerodinamico medio inferiore a 10 micron (1 µm = 1 millesimo di millimetro)
RUP	**Rifiuti Urbani Pericolosi** Rifiuti provenienti da locali adibiti ad uso abitativo che, per particolari caratteristiche merceologiche, possono essere inquinanti se non correttamente smaltiti. Sono ad esempio: pile, farmaci scaduti, cartucce per stampanti, bombolette spray, vernici, solventi, batterie di cellulari.
Ser T	**Servizio Tossicodipendenze** Unità Funzionale delle Aziende U.S.L. le cui attività sono finalizzate alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle dipendenze da stupefacenti e sostanze psicotrope.
TBC	**Tubercolosi** La tubercolosi è una malattia infettiva e contagiosa che colpisce sia uomini che animali.
TD	**Tossicodipendenza** Condizione di chi avverta la necessità

	irrefrenabile e frequente di assumere una sostanza nociva (in genere una droga) malgrado il danno fisico, psicologico, affettivo, emotivo o sociale che tale assunzione possa comportargli come conseguenza. È generata dall'abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope.
TEST CAGE	"C.A.G.E" (**Cut, Annoyed, Guilty, Eye-opener**) è un indicatore utilIzzato a livello internazionale per sondare la propensione al rischio di abuso di ciascun consumatore di sostanze (alcol, stupefacenti, ecc.).
TULLSS	**Testo Unico delle Leggi Sanitarie** (decreto regionale 27 luglio 1934, n. 1265).

GLOSSARIO ALL. B - IMMAGINE

TERMINE/SIGLA	Definizione
ACAT	**Associazione Club Alcolisti In Trattamento** I Club sono associazioni private alle quali partecipano le famiglie con problemi relativi all'abuso di sostanze quali alcol, droghe illegali, psicofarmaci e farmaci. I Club sono aperti alla Comunità locale e la rappresentano.
AGESCI	**Associazione Guide E Scout Cattolici Italiani** Associazione che si propone di educare i giovani attraverso lo scautismo, metodo educativo inventato da Robert Baden – Powell attorno al 1907.
ARCI	**Associazione Culturale Ricreativa Italiana** Associazione di Promozione Sociale che riconosce le sue radici nella storia del mutualismo e del solidarismo italiano e rappresenta la continuità storica e politica con l'Arci delle origini (oggi Federazione ARCI) fondata a Firenze il 26 maggio 1957.
CORD	**Centro Oncologico di Riferimento Dipartimentale** Rappresenta la struttura funzionale presso la quale vengono svolte le attività ambulatoriali integrate delle varie discipline relative alla patologia oncologica.
EE.LL.	**Enti Locali**
GOM	**Gruppo Operativo Multidisciplinare** Gruppo che opera nell'ambito della disabilità, composto da diverse figure professionali. Fra le principali funzioni si ricorda la presa in carico del soggetto disabile e la predisposizione dei Piani Abilitativi/Riabilitativi Globali e la valutazione dei risultati, la collaborazione con il GOIF, ecc.
IESA	**Inserimento Eterofamiliare Supportato da Adulti**

	Progetto specifico dell'area della salute mentale, basato su una modalità operativa alternativa a percorsi terapeutici riabilitativi in contesti istituzionali. Attraverso di esso le persone con disagio psichiatrico beneficiano dell'inserimento temporaneo nel tessuto sociale di famiglie diverse da quelle d'origine. Tale esperienza stimola apprendimenti affettivi e relazionali inconsueti che hanno una funzione curativa.
O.P.	**Ospedale Psichiatrico**
PUA	**Punto Unico di Accesso** E' uno strumento per integrare le varie professionalità interne (sociale e sanitario) e avviare le procedure di presa in carico del cittadino. Rappresenta anche il riferimento unico per informazioni sui percorsi assistenziali a cure domiciliari, assistenza sociale, ricoveri in R.S.A. e centri diurni per anziani, assistenza infermieristica distrettuale e ausili erogati dal Servizio Sanitario Regionale e per le richieste di intervento.
S.M.S. P.A.	**Società di Mutuo Soccorso e di Pubblica Assistenza** Ha per finalità l'organizzazione del volontariato e del soccorso mediante ambulanza. Si impegna inoltre nella promozione di iniziative di carattere culturale, sportivo, ricreativo. Organizza servizi sociali ed assistenziali per il sostegno ai cittadini anziani e disabili in condizioni di temporanea difficoltà.
UCP/UTAP	**Unità di Cure Primarie Unità Territoriale Assistenza Primaria** Struttura territoriale ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, che consente ai/alle cittadini/e una più adeguata e puntuale continuità assistenziale e prestazioni di primo soccorso, oltre ad un'effettiva integrazione tra le diverse professionalità, attraverso la strutturazione di un sistema di comunicazione.
UORF	**Unità Operativa Riabilitazione Funzionale**