


VERBALE DELL'ASSEMBLEA N. 6 DEI SOCI DEL GIORNO 07/10/2014

Il giorno 7 ottobre alle ore 9.30 presso gli uffici di COeSO-Sds, in Grosseto, Via Damiano Chiesa, 7 si è riunita l'Assemblea dei soci convocata con nota n. 12820 del 29/09/2014, che all'inizio della seduta risulta composta come segue:

Nome e cognome	Carica	presente	assente	quote
Bonifazi Emilio	Presidente	x		22.31%
Mariotti Fausto	Direttore Generale Az. USL 9	x		33.33%
Francesco Limatola	Sindaco del Comune di Roccastrada		x	9.31%
Farnetani Giancarlo	Sindaco del Comune di Castiglione della Pescaia	x		9.31%
Cavezzini Sabrina	Sindaco del Comune di Scansano	x		9.31%
Luca Ricciardi	Sindaco del Comune di Campagnatico	x		7.12%
Alessandra Biondi	Sindaco del Comune di Civitella Paganico	x		9.31%

E' presente il Direttore, dott. Fabrizio Boldrini, che verbalizza ai sensi dell'art. 6 del vigente Regolamento Assemblea consortile e Giunta esecutiva.

Sono invitati e partecipano: l' assessore del Comune di Grosseto al Welfare locale e politiche sociali, Politiche della casa, Politiche giovanili, Antonella Goretti, l'assessore del Comune di Roccastrada alla Riorganizzazione dei servizi e della struttura comunale, semplificazione e trasparenza dei procedimenti amministrativi, Risorse umane e polizia municipale, Edilizia privata, Bruno Medda, il consigliere del Comune Castiglione della pescaia con delega alle Politiche sociali, volontariato, pari opportunita', Sandra Mucciarini, il direttore amministrativo dell'Asl 9, dott. Emanuele Testi, il resp.le dell'UF Servizi tecnico amministrativi di Coeso Sds, dott.ssa Marta Battistoni, Sig. Ciacci Luciana, consigliere del Comune di Civitella Paganico.

Sono presenti i revisori: Eligio Macelloni, Ardito Ferroni, ed il presidente del collegio Mario Veninata.

Il Presidente constatata la presenza del numero legale di soci previsto per la valida costituzione della seduta ai sensi del vigente Regolamento Assemblea consortile e Giunta esecutiva, dichiara aperta la seduta medesima sul seguente ordine del giorno:

1. lettura e approvazione verbale della seduta precedente;
2. determinazioni in merito alle modifiche apportate alle leggi Regionali 40 /2005 (organizzazione del sistema sanitario) e 41/2005 (organizzazione dell'offerta sociale) avvenute rispettivamente con norma n.44 del 29 luglio 2014 e norma n. 45 del 30/07/2014;
3. revisione regolamento di funzionamento degli organi approvato con propria delibera n° 5 del 4 giugno 2010;
4. azione di contrasto al consumo di alcolici nei giovani e di modifica degli stili di vita pericolosi;
5. progetto azienda USL per centro diurno educativo riabilitativo per minori affetti da disturbi dello spettro autistico; adempimenti in capo all' Assemblea richiesti dalla Regione Toscana;
6. varie ed eventuali.

Comunicazioni in merito a:

- welfare generativo contatti con dipartimento sociale regionale;
- migranti e allerta Ebola;
- convegno/formazione Cibo e salute.

6/1 Lettura e approvazione verbale della seduta precedente

Il Presidente sottopone all'esame dell'Assemblea la bozza del verbale n. 5 relativo alla seduta del giorno 21 luglio 2014.

L'ASSEMBLEA DEI SOCI

dopo averle esaminate, ne dà approvazione, con voto unanime dei rappresentanti degli enti che erano presenti alle relative sedute. I membri non presenti ne prendono atto.

6/1 a) Comunicazioni del presidente

I) Il Presidente in via preliminare prende la parola e comunica che, da valutazioni effettuate, il Comune di Grosseto ha accertato che l'edificio di proprietà del Comune di Grosseto, sito in località Rugginosa, messo a disposizione per l'accoglienza profughi nella zona socio sanitaria, potrà restare aperto solo se il governo centrale tramite la Prefettura retrocederà la somma prevista di trenta euro al giorno pro capite; inoltre aggiunge che il Comune di Grosseto chiederà all'Asl 9 di effettuare formazione specifica sul tema della sicurezza al personale comunale di protezione civile che interviene nella prima fase di accoglienza dei migranti.

II) Il Presidente comunica che, in vista del probabile incremento dei suoi impegni istituzionali che potrebbero vederlo coinvolto in altri enti, sarebbe sua intenzione rilasciare una

delega stabile, salvo revoca, all'assessore del Comune al Welfare locale e politiche sociali, Politiche della casa, Politiche giovanili, Antonella Goretti. Pertanto la carica di Presidente di Coeso SDS, con funzioni anche di Presidente dell'Assemblea dei soci e della Giunta esecutiva, affidatagli dall'Assemblea stessa, sin dalla seduta del 22/01/2010, potrà attribuita dall'Assemblea ad un altro dei suoi componenti.

L'ASSEMBLEA NE PRENDE ATTO

6/2 determinazioni in merito alle modifiche apportate alle leggi Regionali 40 /2005 (organizzazione del sistema sanitario) e 41/2005 (organizzazione dell'offerta sociale) avvenute rispettivamente con norma n.44 del 29 luglio 2014 e norma n. 45 del 30/07/2014

Il direttore informa che il Consiglio regionale della Toscana il 15 luglio 2014 ha approvato a maggioranza due leggi per far nascere in Toscana un nuovo sistema d'integrazione socio-sanitaria e dà atto che il testo della legge 44 e 45/2014 a modifica della legge 40/2005 e 41/2005 è già stato inviato ai soci. Inoltre comunica di aver dato incarico al Resp.le dell'U.F. Servizi tecnico amministrativi di riferire i contenuti della riforma.

A questo punto prende la parola la Responsabile sopraccitata D.ssa Marta Battistoni.

La Regione è intervenuta pragmaticamente al fine di dare possibilità alle amministrazioni locali di scegliere il modello gestionale/organizzativo ritenuto maggiormente idoneo, stante la molteplicità e la diversità dei modelli organizzativo/gestionali ad oggi esistenti. Superate le problematiche poste dalle leggi nazionali nonché regionali in materia di consorzi e obblighi di gestioni associate da parte dei comuni ha ribadito la gestione associata in ambito zonale dei servizi sociali e sanitari ritenendo tale ambito quello maggiormente adeguato per il rapporto con i servizi sanitari. Al fine di garantire l'integrazione sociale e sanitaria ha individuato due opzioni: la convenzione socio sanitaria oppure la gestione attraverso la Società della salute esistenti, definendo modalità e condizioni per il mantenimento delle stesse

La Regione è poi intervenuta negli strumenti di programmazione, nella governante istituzionale nonché negli istituti di partecipazione. Ha modificato anche l'accesso alla direzione della SDS subordinando la nomina da parte del Presidente agli esiti di un avviso pubblico.

Interviene il Direttore per ribadire la necessità d'integrazione dei servizi sociali e sanitari nonché la gestione associata a livello di zona distretto; dà atto, poi, che questa SDS ha i requisiti tecnici previsti dalla LRT 40/2005 come novellata dalla LRT 44/2014 per continuare ad operare, spetta all'organo politico scegliere se continuare la strada della Società della salute.

Tutto quanto sopra premesso e considerato, il Direttore propone all'Assemblea dei soci di:

- 1) manifestare la volontà politica in merito alla prosecuzione o meno del soggetto giuridico Società della salute nella zona socio sanitaria grossetana;
- 2) organizzare una giornata di studi avente ad oggetto il bilancio dell'attività fin qui svolta, gli obiettivi raggiunti e quelli da raggiungere

L'ASSEMBLEA DEI SOCI

Preso atto e visione della novella normativa;

Udito gli interventi;

Richiamato

- la L.R.T. 40/2005 e s.m.i.
- le leggi RT 44 e 45/2014;
- lo Statuto;
- il Regolamento Assemblea e Giunta esecutiva;

Ritenuto necessario accogliere le proposte del Direttore di cui sopra

DELIBERA

- 1) di manifestare la volontà politica in merito alla prosecuzione del soggetto giuridico Società della salute nella zona socio sanitaria grossetana, dando mandato al direttore di eseguire gli adempimenti conseguenti al presente deliberato,
- 2) organizzare una giornata di studi avente ad oggetto il bilancio dell'attività fin qui svolta, gli obiettivi raggiunti e quelli da raggiungere dando mandato al direttore di eseguire quanto di conseguente.

Alle ore 10.00 il Presidente lascia la stanza.

6/2 a) Intervento del Sindaco di Scansano

Prende la parola il Sindaco del Comune di Scansano. Fa presente che ritiene auspicabile individuare forme di collaborazione istituzionali ulteriori; in particolare chiede al Direttore di valutare la fattibilità che la SDS stipuli convenzioni con i Comuni soci più piccoli aventi ad oggetto le attività che risultano connesse per materia a quelle odierne, individuando l'ambito ottimale nella zona-distretto.

Il Direttore precisa che i patti parasociali siglati il 02/12/2009 prevedono che i comuni finanziano attualmente la S.d.S. con trasferimenti annuali procapite oltre a finanziamenti "speciali" (definiti in ogni contratto di servizio) per le politiche sociali allargate conferite alla S.d.S. Lo Statuto all'art. art. 26 prevede che ciascun Comune potrà altresì conferire al Consorzio la gestione e la realizzazione di ulteriori attività sociali educative etc. che saranno finanziate a parte e regolate nel contratto di servizio.

La fattibilità degli accordi è condizionata al rispetto della conformità all'oggetto sociale della SDS, e al mantenimento della contabilità separata.

L'ASSEMBLEA DEI SOCI NE PRENDE ATTO

6/3 revisione regolamento di funzionamento degli organi approvato con propria delibera n° 5 del 4 giugno 2010

Il direttore prende la parola e ricollegandosi alla comunicazione del Sindaco sopraccitata e precisa che gli assessori presenti in Assemblea in assenza di delega permanente si configurano come uditori.

Secondo la L.R.T. 40/2005 e s.m.i e l'art. 13 dello Statuto l'Assemblea dei soci elegge il Presidente della società della salute tra i componenti dell'assemblea.

Secondo la legge regionale l'assemblea dei soci è composta dal direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale e dal sindaco o da un componente della giunta di ciascun comune aderente. Da statuto abbiamo previsto che gli enti sono così rappresentati in Assemblea:

- a) per i Comuni dal Sindaco, o dall'Assessore da questi appositamente delegato per tutta la durata del mandato, salvo revoca;
- b) per l'ASL 9 dal Direttore generale o da persona della medesima ASL 9 da questi appositamente delegata.

Secondo la legge regionale la giunta esecutiva è composta di tre componenti, salva diversa composizione stabilita dallo statuto, come nel nostro caso; ne fanno parte di diritto il presidente ed il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale o suo delegato; i restanti componenti sono eletti dalla assemblea dei soci al proprio interno, secondo il nostro statuto tra gli amministratori rappresentanti dei Comuni aderenti.

Il sindaco del Comune di Castiglione della Pescaia chiede se è prevista la facoltà di attribuire la delega suddetta a consiglieri muniti di delega, in considerazione del fatto che, ad oggi, in molti piccoli enti il legale rappresentante attribuisce deleghe in alcune materie a consiglieri.

Il direttore precisa che per dare regolarità alle decisioni prese la legge regionale ha previsto la presenza esclusivamente di assessori, questa SDS per garantire la stabilità delle decisioni e delle linee di indirizzo ha previsto in Statuto che la delega sia permanente fino a revoca.

Il direttore prosegue spiegando che l'Assemblea è competente a modificare il Regolamento che regola il funzionamento di Giunta ed Assemblea, eventualmente prevedendo anche la figura del vicepresidente.

Interviene l'assessore del Comune di Roccastrada sostiene che in ordine al problema dei consiglieri con delega la legge regionale avrebbe a suo avviso invaso la competenza sull'ordinamento civile e pertanto questa SDS potrebbe chiedere un quesito ad un esperto circa la possibilità di interpretare la suddetta norma esclusivamente come linea di indirizzo.

Il direttore pertanto propone:

- 1) di prendere atto delle comunicazioni intervenute e descritte in narrativa

L'ASSEMBLEA DEI SOCI

Udito quanto espresso dal direttore e gli ulteriori interventi;

Richiamato

- la L.R.T. 40/2005 e s.m.i.
- lo Statuto;
- il Regolamento Assemblea e Giunta esecutiva;

Ritenuto opportuno accogliere la proposta

DELIBERA

- 1) di prendere atto delle comunicazioni intervenute e descritte in narrativa

6/5 progetto azienda USL per centro diurno educativo riabilitativo per minori affetti da disturbi dello spettro autistico; adempimenti in capo all' Assemblea richiesti dalla Regione Toscana

Il direttore propone di anticipare l'argomento posto al punto 5 dell'ordine del giorno che sarà trattato dal responsabile della Neuropsichiatria infantile dell'Asl 9, dott. Mauro Camuffo. Trattasi di un progetto sanitario che deve essere condiviso con la SDS, secondo previsione delle Regione Toscana. L'Assemblea concorda. Il direttore apre le porte dell'aula in cui si svolge la seduta e alle ore 10.20 entra il Dott. Camuffo, il quale introduce l'argomento spiegando che la Regione Toscana in base alla delibera di G.R.T. 724/2014 promuove lo sviluppo di azioni progettuali "sperimentali" biennali da parte delle Aziende USL per una maggiore e più appropriata presa in carico globale delle persone affette da disturbi dello spettro autistico, contribuendo alla loro realizzazione con risorse pari a complessivamente € 1.400.000,00. Ivi si prevede *che* ogni Azienda USL può presentare un progetto "sperimentale" secondo precise indicazioni, e che la sperimentazione avrà durata biennale e le Aziende si impegnano, a conclusione della stessa a proseguire, nell'ambito della programmazione aziendale, le attività avviate; le proposte progettuali saranno oggetto di valutazione ai fini della loro approvazione e dell'erogazione del contributo, sulla base dei criteri ivi indicati. Il progetto deve essere condiviso con le Conferenze zonali dei Sindaci (o Società della Salute laddove costituite).

Prosegue illustrando lo stato di fatto attuale: una struttura per i più grandi, gestita da tre persone e una seconda struttura per bimbi più piccoli; il progetto che si intende presentare prevede di finanziare entrambe le strutture e al termine l'Asl 9 provvederà alla stabilizzazione.

Interviene il direttore, il quale informa che l'atteggiamento dei genitori di figli autistici rispetto ad altre disabilità è maggiormente rivendicativo, e che la creazione di queste due strutture ha avuto nel tempo ricadute positive anche da questo punto di vista.

Riprende la parola il dott. Camuffo spiegando che in precedenza i genitori si vedevano costretti a portare i figli affetti dalla malattia fuori provincia per fruire delle prestazioni del servizio sanitario o addirittura non in convenzione o solo parzialmente rimborsabili. Resta ancora il fatto che coloro che sono residenti lontano dal capoluogo, non potendo raggiungere il centro specializzato e ottenendo una presa in carico generica, spesso preferiscono fruire di strutture della Regione Lazio.

Interviene il direttore facendo presente che la complessità di tali disturbi ha rilevanti implicazioni di ordine socio sanitario e importanti ricadute sul contesto familiare e sociale e richiede un forte e concreto impegno a livello delle istituzioni e dei servizi, in raccordo con le associazioni dei familiari.

Il direttore generale ricorda che l'azienda sanitaria di Grosseto sin dagli anni cinquanta del secolo scorso è attiva nel settore della sanità mentale.

Il dott. Camuffo, terminato l'intervento, alle ore 11.00 esce dalla stanza.

Il direttore propone all'Assemblea:

- 1) di dare atto della condivisione del progetto dell'azienda USL 9 per centro diurno educativo riabilitativo per minori affetti da disturbi dello spettro autistico illustrato dal responsabile della Neuropsichiatria infantile della Asl 9, dott. Mauro Camuffo;
- 2) di approvare il progetto ai fini della presentazione del progetto Asl 9 alla Regione Toscana ai sensi della delibera di G.R.T. 274/2014 *Promozione dell'appropriatezza e miglioramento della qualità nella presa in carico multiprofessionale dei disturbi dello spettro autistico*;

L'ASSEMBLEA DEI SOCI

Udito la relazione del dott. Camuffo e l'intervento del Direttore;

Preso atto dell'intervento del presidente;

Richiamato

- il TUEL

- L.R.T. 40/2005 e s.m.i.;

DELIBERA

- 1) di dare atto della condivisione del progetto dell'azienda USL 9 per centro diurno educativo riabilitativo per minori affetti da disturbi dello spettro autistico illustrato dal responsabile della Neuropsichiatria infantile della Asl 9, dott. Mauro Camuffo;
- 2) di approvare il progetto ai fini della presentazione del progetto Asl 9 alla Regione Toscana ai sensi della delibera di G.R.T. 274/2014 *Promozione dell'appropriatezza e miglioramento della qualità nella presa in carico multiprofessionale dei disturbi dello spettro autistico*.

6/6 Varie ed eventuali: Progetto "Autonomia possibile" Fondazione Il Sole Onlus di Grosseto

Il direttore comunica che la Fondazione Il Sole Onlus di Grosseto, terzo settore, ha inoltrato a questa SDS una proposta di sperimentazione detta "*Autonomia possibile*" al fine dell'accoglimento e della successiva presentazione alla regione Toscana nell'ambito della procedura di attivazione di progetti sperimentali innovativi in materia di percorsi assistenziali per anziani, disabili e minori. Infatti le proposte devono essere oggetto di una formulazione progettuale condivisa con la Società della Salute laddove costituita. La Regione vuole valorizzare la centralità della persona e lo sviluppo di capacità e potenzialità di crescita in una logica diversa dall'assistenzialismo. L'obiettivo del progetto è sperimentare una formula residenziale appropriata ai bisogni, a bassa intensità assistenziale, e preparare gli utenti e le loro famiglie al momento del distacco. Il direttore ritiene il progetto coerente con l'offerta di servizi e con l'organizzazione sanitaria territoriale distrettuale.

Interviene il direttore generale mostrando apprezzamento per forme di sperimentazione, ma esprimendo anche perplessità per il rischio di emarginazione che la creazione di strutture reca insito.

Il direttore propone all'Assemblea:

- 1) di dare atto della presentazione del progetto "Autonomia possibile presentato da Fondazione Il Sole Onlus di Grosseto allegato al presente atto;
- 2) di approvare il progetto sopraccitato

L'ASSEMBLEA DEI SOCI

Udito la relazione del Direttore;

Richiamato

- il TUEL

- L.R.T. 40/2005 e s.m.i.;

DELIBERA

- 1) di dare atto della presentazione del progetto "Autonomia possibile presentato da Fondazione Il Sole Onlus di Grosseto, allegato al presente atto;
- 2) di approvare il progetto sopraccitato

Il direttore a questo punto chiede di anticipare le comunicazioni. L'assemblea approva.

Comunicazioni in merito a:

- a) welfare generativo contatti con dipartimento sociale regionale**
- b) migranti e allerta Ebola**
- c) convegno/formazione Cibo e salute**

a) Il modello redistributivo delle entrate fiscali e previdenziali che avrebbe dovuto elargire contributi economico a persone in difficoltà ed in cui il bisogno veniva/viene monetizzato è insostenibile ed inefficace per la riduzione delle risorse e l'aumento dei bisogni. La sfida è trovare un sistema che eroghi prestazioni e che "convinca" i fruitori dei benefici economici a rigenerare le risorse. Da parte della Regione Toscana sta emergendo l'intenzione di finanziare con risorse europee progetti innovativi che garantiscano la realizzazione di un cambiamento reale e che siano replicabili in altre zone di anno in anno; i fondi potranno essere distribuiti non tra tutte le 34 zone in micro proposte, ma solo ad alcune per i progetti con le caratteristiche testè descritte.

Il Direttore sta lavorando per presentare la candidatura di questa SDS con progetto sul welfare generativo.

Alle ore 11.15 lascia la stanza il Consigliere del Comune di Castiglione della Pescaia.

b) Il direttore spiega che in sostituzione del direttore sanitario interverrà la dott. Cesira Nencioni, direttore dell'U.O. Malattie Infettive dell'Azienda U.S.L. 9, per relazionare sul caso migranti ed ebola. Alle ore 11.15 la dott. Nencioni entra nella stanza.

Preliminarmente proietta sullo schermo presente nell'aula un documento in formato di diapositive che va ad illustrare. Trattasi della più grave epidemia registrata, anche se esistono precedenti storici negli ultimi 40 anni. Rispetto alle precedenti epidemie, quella attuale reca un grado di diffusività ben superiore in quanto la malattia esce dai villaggi, mentre in precedenza si autolimitava. Il contagio avviene per contatto con liquidi biologici anche dopo la morte del paziente, e contatto indiretto cioè con oggetti contaminati, e non si diffonde per via aerea (oltre 1 m. di distanza). L'Organizzazione mondiale della sanità in data 8/8/2014 ha deciso di dichiarare l'"emergenza di salute pubblica di livello internazionale". Ad oggi non è prevista nessuna restrizione alla libertà di circolazione, mentre si prevede di misurare la temperatura corporea di chi esce e si chiede di far compilare questionari specifici per acquisire informazioni sulla presenza di sintomi a chi entra ed esce. L'Unione europea ha già messo a disposizione ingenti risorse economiche per le zone dove esiste l'epidemia. Il rischio in Europa è valutato basso per i cittadini e turisti, mentre per gli operatori sanitari la presenza di dispositivi di sicurezza esclude il rischio. In relazione al rischio contagio portato dai migranti, il discriminante è la durata dell'incubazione, che svela la malattia, pari a 21 giorni al massimo; infatti tale periodo è superiore a quello dei viaggi intrapresi, che attraversano paesi ad oggi non contagiati. L'Asl 9 ha comunque creato protocolli aziendali dato che il rischio che giungano soggetti malati è basso, ma non inesistente. In caso di contatto sospetto, la persona viene portata con percorso separato verso il reparto di malattie infettive e in caso di diagnosi positiva verrà condotta in uno dei due ospedali specializzati in Italia.

Interviene il direttore per aggiungere alcune informazioni: da gennaio si è verificato un grande flusso di migranti, in totale 79 giornate. Il protocollo Asl prevede che questa SDS debba accertare la provenienza dei migranti dalle zone di contagio. Gli operatori della protezione civile, i mediatori devono sottostare a protocollo preciso per i contatti coi migranti.

Alle ore 11.50 la dott. Nencioni esce.

Alle ore 11.50 anche il revisore Eligio Macelloni lascia la stanza.

L'ASSEMBLEA DEI SOCI PRENDE ATTO DELLE COMUNICAZIONI

c) punto trattato in chiusura di seduta

6/4 azione di contrasto al consumo di alcolici nei giovani e di modifica degli stili di vita pericolosi

Prende la parola l'assessore del Comune di Grosseto. Spiega che il progetto in epigrafe segue il percorso già intrapreso dal Comune di Grosseto nella prevenzione. Analizzando unitamente al dott. Boldrini lo stato di fatto in cui versa la città nelle ore notturne, comprese certe forme di degrado con presenza di persone in stato di ubriachezza che non di rado danneggiano beni pubblici o privati, è emersa la necessità di affiancare l'approccio mediatico/comunicativo con un progetto definitivo di prevenzione, che potrebbe anche essere esteso, territorialmente parlando. Il progetto si pone l'intento di educare famiglia, esercenti ecc.

Interviene il direttore per ricordare che il progetto Giovani, alcool e stili di vita è già stato trasmesso ai soci e comunque viene nuovamente sottoposto ai presenti ed allegato al presente atto. I punti salienti sono: prevenzione sui ragazzi adolescenti, ma anche più piccoli; non solo alcool, ma fumo, gioco ecc, e infine coinvolgimento della comunità.

Tutto quanto sopra premesso e considerato, il Direttore propone all'Assemblea dei soci di:

- 1) approvare il progetto Giovani, alcool e stili di vita qui allegato quale parte integrante e sostanziale

L'ASSEMBLEA DEI SOCI

Udito l'intervento dell'Assessore del Comune di Grosseto e del Direttore;

Preso atto del progetto;

Richiamato

- il TUEL

- L.R.T. 40/2005 e s.m.i.;

DELIBERA

- 1) di approvare il progetto Giovani, alcool e stili di vita qui allegato quale parte integrante e sostanziale

Alle 12.20 esce il presidente del collegio dei revisori.

6/7 Richiesta di informazioni del Sindaco di Castiglione della Pescaia

Il Sindaco Farnetani chiede al direttore di aggiornare l'Assemblea circa la procedura per addivenire alla costruzione delle sede unica sul terreno acquistato lo scorso anno.

1. Il direttore spiega che il Protocollo di Intesta tra Comune di Grosseto, EPG (Edilizia provinciale grossetana) e COESO SdS Grosseto per la collaborazione in sede di programmazione e realizzazione degli interventi in materia di strutture dedicate a servizi sociali e sanitari, approvato nella seduta di G.E. del giorno 8 aprile 2014 verbale n. 2 punto 3 non è stato sottoscritto per volontà dell'EPG. Questa direzione e la struttura amministrativa di Coeso SDS sta ad oggi lavorando per individuare un nuovo strumento, ovvero una convenzione col Comune di Grosseto per la realizzazione dell'opera pubblica. Tale attività avrà per oggetto l'attività tecnica e amministrativa per la realizzazione di Opere Pubbliche ai sensi del Dlgs 163/2006 e ssmmii con riferimento alla realizzazione della sede fino al collaudo, alla progettazione, alla direzione e contabilizzazione dei lavori della predetta opera pubblica, nonché eventuali progettazioni di varianti in corso d'opera che si dovessero rendere necessarie. Il compenso relativo allo svolgimento della progettazione, comprensiva di eventuali varianti che si dovessero rendere necessarie in corso d'opera, della direzione lavori nonché delle attività tecnico/amministrative ad esse connesse, è remunerato ai sensi e con le modalità di cui all'art 93, commi 7 bis, 7 ter e 7 quater, del Dlgs n. 163/2006 e ss.mm.ii., il compenso relativo allo svolgimento delle attività e dei procedimenti amministrativi relativi alla stazione appaltante, alla stipula del contratto all'esecuzione dello stesso nonché quella del responsabile dell'attività contrattuale è remunerato per un importo forfettario ancora da definirsi sull'importo progettuale dell'opera sulla base delle forme d'incentivazione previste dai CC.CC.NN.LL. del comparto regioni autonomie locali.

L'ASSEMBLEA DEI SOCI NE PRENDE ATTO

**Comunicazioni in merito a:
c) convegno/formazione Cibo e salute**

Il direttore infine affronta l'argomento convegno scientifico "Cibo e salute, accreditato per rilasciare crediti formativi obbligatori agli operatori sanitari. Intende analizzare le evidenze scientifiche che dimostrano l'importanza dell'alimentazione nella nostra salute. L'incontro mette in luce i legami tra l'alimentazione e le malattie croniche tipiche delle società occidentali. I promotori Asl 9 hanno chiesto supporto per l'organizzazione a questa SDS e il Direttore ha accettato, valutatane la compatibilità con gli obiettivi della SDS, perchè mira a modificare nel tempo i determinanti di salute non sanitari legati alla "cattiva" alimentazione.

L'ASSEMBLEA DEI SOCI NE PRENDE ATTO

Il Presidente dichiara chiusa la seduta alle ore 12.40

PRESIDENTE
Sindaco del Comune di Grosseto
Emilio Bonifazi

IL SEGRETARIO
Fabrizio Boldrini

ATTESTAZIONE DI PUBBLICAZIONE

Il presente verbale è stato pubblicato all' ALBO on line del COESO- SDS in copia integrale e sul sito internet dal giorno _____ al giorno _____ come da attestazione agli atti per 15 giorni consecutivi .

Il Segretario Fabrizio Boldrini



Progetto “Autonomia possibile”

(1) descrizione sintetica del progetto con esplicitazione degli elementi essenziali di innovazione della proposta rispetto all'offerta dei servizi presenti nel territorio di riferimento;

Le leggi regionali 41/2005 e 66/2008 valorizzano la centralità della persona e lo sviluppo di capacità e potenzialità di crescita in una logica diversa dall'assistenzialismo, per rispondere alle necessità delle persone con disabilità e favorirne l'autonomia. Solo con maggiori livelli di autonomia, infatti, è possibile inserirsi socialmente nella vita della propria comunità preparandosi alla fase del “dopo di noi”, quando i genitori non saranno più i *care giver* principali.

In questa logica il Piano sanitario regionale 2008-2010 e il Piano integrato sociale regionale 2007-2010 hanno sperimentato progetti per favorire la “vita indipendente” e lo sviluppo delle fondazioni di partecipazione che si facessero carico del “dopo di noi”. Tuttavia la sperimentazione è di là dal concludersi, come dimostra l'esigenza di individuare formule residenziali più flessibili che siano in grado di accogliere le persone disabili, coniugando qualità della vita, ampliamento della platea dei beneficiari e contenimento dei costi di gestione. Non a caso, in tutta la Toscana molte associazioni e fondazioni promosse da familiari di persone con disabilità impegnate sul “dopo e durante noi”, stanno sperimentando percorsi assistenziali/residenziali che rispondano a questi requisiti.

Il problema del “dopo di noi”, infatti, diventa particolarmente pressante per quelle famiglie che hanno figli disabili ormai adulti e che si rendono conto di non essere in grado di garantire la stessa assistenza attuale andando avanti con gli anni. Diventa di primaria importanza per loro, quindi, condividere e se possibile sperimentare con i figli e con i servizi, nuove modalità di gestione e assistenza.

Attualmente nella Zona-distretto Area grossetana le persone con disabilità che non possono più vivere in famiglia hanno come punto di riferimento la Rsd “Il Sole”, per persone con disabilità grave, oppure i moduli handicap nelle Rsa di Grosseto, Roccastrada e Scansano, che vengono, attualmente, attivati al bisogno. Ma non esistono sul territorio progetti residenziali a bassa intensità assistenziale, dove potrebbero condurre una vita più indipendente persone con disabilità di bassa e media intensità.

Il progetto “Autonomia possibile” ha pertanto l'obiettivo dichiarato di testare un percorso nuovo, che consenta alle famiglie interessate di sperimentare un periodo significativo di distacco dai propri figli disabili, ma anche di diminuire l'accesso ai servizi socio-assistenziali attraverso l'implementazione dell'autonomia personale. Del resto questa sperimentazione sarà utile per far fronte a situazioni improvvise e/o transitorie che possono capitare ai genitori quali malattie, ricoveri ospedalieri, assenze temporanee, e altro, che risulterebbero altrimenti di difficile gestione.

Il progetto è proposto da COeSO Società della Salute Area grossetana in collaborazione con la Fondazione “Il Sole” Onlus di Grosseto. E' coerente e complementare con l'offerta dei servizi già proposti nella Zona per il target di riferimento e con l'organizzazione sanitaria territoriale distrettuale, anche perché va ad inserirsi in una tipologia di servizio residenziale non ancora sperimentata sul territorio per le persone disabili (mentre

esistono strutture a bassa intensità per persone di disagio psichico in carico al Dsm). Questi elementi sono stati discussi e valutati nell'Assemblea della SdS grossetana del 7 ottobre u.s., occasione in cui il progetto è stato approvato da tutti i soci. La governance del progetto, la coerenza con il complesso dei servizi sanitari sociali distrettuali, nonché il coordinamento dei soggetti interessati, saranno garantiti dal direttore di Distretto/SdS.

I dati relativi alla attività della commissione ASL-INPS di valutazione dei soggetti portatori di handicap, così come disciplinata dalla Legge 104/92, definiscono per la zona Grossetana un universo di 2.243 persone accertate, di cui 1.028 (46%) in condizioni di gravità. Se invece valutiamo i dati epidemiologici derivanti da indagini ISTAT, con criteri di definizione della disabilità diversi, perché per altri fini definiti, abbiamo stime di circa 1.200 cittadini di età compresa tra i 6 e i 64 anni¹ (con limitazioni funzionali); ovviamente si tratta di una stima che andrebbe integrata. A prescindere dagli utenti potenziali che questi dati di riferimento ci prefigurano, restano alcuni dati precisi sui cittadini presi in carico dai servizi; in particolare sappiamo che mediamente si attivano (o rinnovano) 250 PARG all'anno, mentre 183 bambini hanno l'ausilio dell'insegnate di sostegno nelle scuole di ogni ordine e grado e 41 di questi hanno ulteriori sostegni educativi da parte dei servizi socio assistenziali. Ad oggi usufruiscono di aiuti alla persona di tipo domiciliare oltre 300 cittadini diversamente abili, mentre 17 sono inseriti in RSD, 19 in RSA in quanto anziani (moduli specifici) e 25 in strutture semiresidenziali.

Un universo complesso quello della disabilità diversamente misurabile a seconda dell'ottica con cui lo guardiamo, ma se ci limitiamo alla presa in carico delle situazioni più gravi, il combinato dei limiti delle strutture (limiti numerici e di tipologia) e della "fatica" delle famiglie pone un problema molto importante, specie in relazione alla sempre più flebile rete di solidarietà. In questo senso i dati disponibili derivano dall'indagine condotta nel 2005 dall'Osservatorio scolastico provinciale² (intervista a 639 famiglie con disabili) che parla di quasi 2/3 dei disabili che non può contare su aiuto non retribuito di reti secondarie e di circa il 7% che ricorrono a personale retribuito.

Dato questo quadro appare utile provare a sperimentare forme di assistenza residenziale a più bassa intensità che, se funzionante, potrebbe spingersi nel secondo anno a sperimentare forme di sussidiarietà orizzontale con il coinvolgimento di volontari etc.

L'obiettivo quindi – in coerenza con quanto previsto dall'*Avviso pubblico a presentare manifestazione d'interessi per attivare progetti sperimentali innovativi in materia di percorsi assistenziali per anziani, disabili e minori*, pubblicato sul Burt il 30 luglio 2014 (in scadenza il 18 ottobre 2014) – è, quindi, quello di strutturare un servizio residenziale a bassa intensità assistenziale che si caratterizzi per un "clima comunitario di tipo domestico".

Detto servizio, sperimentale e della durata di un anno a partire da 3 mesi successivi all'approvazione della graduatoria (e comunque non oltre il 30 aprile 2015), è rivolto a persone adulte con disabilità, di età compresa fra i 18 e i 64 anni, che rientrano nella fascia di utenza dei cosiddetti servizi per il "durante e dopo di noi". Le persone che vi prenderanno parte saranno complessivamente 8, divise in un gruppo di 4 uomini e

¹ Dall'indagine Istat *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - 2013*

² http://www.int.provincia.grosseto.it/ops/uploads/media/Vivere_la_disabilita_a_Grosseto.pdf



uno di 4 donne, e verranno individuate in base alla loro attitudine e capacità di vivere in una condizione di relativa autonomia e in compagnia di altre persone; la selezione avverrà in collaborazione con il servizio sociale del Coeso Società della Salute dell'Area grossetana, e le persone individuate avranno un piano abilitativo riabilitativo globale personalizzato (Pap) che ne prevederà anche l'inserimento in un contesto di attività occupazionali e di socializzazione.

Il progetto intende svilupparsi su tre linee:

- 1) sperimentare una formula residenziale appropriata ai bisogni, a basso costo e a bassa intensità assistenziale, diversa da quelle attualmente codificate in Toscana;
- 2) preparare gli utenti e le loro famiglie al momento del distacco, che avverrà nella fase del "dopo di noi";
- 3) individuare una tipologia codificata di potenziale utente per questa formula residenziale, verificandone i livelli di autonomia reale pur in un contesto di servizi/relazioni protetti strutturati a rete.

(2) definizione dei soggetti destinatari potenziali dell'iniziativa (anche in termini numerico e di identificazione del bisogno);

Le persone con disabilità che parteciperanno alla sperimentazione saranno 8 di età compresa tra i 18 e i 64 anni. La fascia d'età ritenuta più idonea a rappresentare il potenziale utente tipo dei servizi per il "durante e dopo di noi" è quella fra i 30 e i 55 anni d'età. È infatti in questo arco temporale della vita dei propri figli che si fa forte la consapevolezza da parte dei genitori della necessità di iniziare a pensare ad una soluzione per il "dopo di noi", anticipando la fase dell'emergenza e del distacco.

È altresì questa fascia d'età quella in cui le persone con disabilità sono ancora generalmente attive e ricettive (prima che si manifestino i segni di un decadimento fisico, cognitivo e relazionale conseguente alle diverse patologie o a condizioni sociali), e quindi più pronte a confrontarsi con una strategia di cambiamento di abitudini nella propria vita quotidiana. Le persone coinvolte dovranno avere una disabilità di lieve e medio livello, che consenta loro, quindi di mantenere dei margini di autonomia.

La selezione delle persone dovrà avvenire con il coordinamento del Servizio sociale del Coeso SdS e in collaborazione con la Fondazione Il Sole Onlus. L'idea è di selezionare due gruppi di 4 persone (uomini e donne) che si alternino nel vivere insieme in un appartamento adeguato alle loro esigenze. Nell'individuare le persone saranno tre i criteri di priorità: livello di autonomia medio, socievolezza, affinità con gli altri ospiti.

(3) definizione dell'ambito progettuale entro il quale si posiziona l'iniziativa (con riferimento alle aree di intervento, agli elementi qualificanti di sperimentazione di cui al presente atto e all'offerta residenziale complessiva della zona);

L'ambito progettuale è quello relativo alle persone disabili (così come individuato dall'*Avviso pubblico a presentare manifestazione d'interessi per attivare progetti sperimentali innovativi in materia di percorsi assistenziali per anziani, disabili e minori*, pubblicato sul Burt il 30 luglio 2014)³.

Gli elementi che qualificano la sperimentazione in oggetto sono la messa a punto di un modello gestionale di struttura residenziale appropriata ai bisogni, a basso costo e a bassa intensità assistenziale; lo sviluppo delle capacità residue delle persone con disabilità sia in termini di autonomia che di relazione interpersonale; la presa di coscienza da parte delle famiglie dell'incombenza del "dopo di noi" e della utilità di programmare "un'uscita di scena" pianificata; la definizione di un modello sostenibile di integrazione fra struttura residenziale ("dopo di noi"), servizi educativi e di impegno del tempo libero a rete ("durante noi"); il coinvolgimento di una rete di "sorveglianza attiva" della struttura e di chi la abita che coinvolga familiari, associazionismo, vicinato e istituzioni. La definizione di un utente "ideale" per questo tipo di servizio.

Attualmente nella Zona socio sanitaria grossetana - escludendo le case famiglia gestite dal Servizio di psichiatria della Asl 9, che però ai sensi della vigente normativa non sono utilizzabili per utenti non psichiatrici - per le persone con disabilità l'unica struttura residenziale di riferimento sul "dopo di noi" è la Rsd "Il Sole". Si tratta di una struttura convenzionata con la Asl 9 destinata ad accogliere persone con disabilità gravi e gravissime, il cui costo giornaliero di gestione ammonta a 150 euro.

Essendo i 14 posti letto della Rsd sono ad oggi tutti occupati e è già presente una lista di attesa, a fronte di verificano emergenze, i Servizi destinano le persone con disabilità a moduli handicap presso le Rsa di Grosseto, Roccastrada o Scansano. Soluzione tampone che non è sempre adeguata specie per le persone più giovani.

Non esistono, comunque, strutture a bassa intensità per persone con disabilità lievi e medie che consentano loro di "sperimentarsi", scoprendo cosa si è in grado fare autonomamente, provando il piacere di condividere esperienze con altri – che non siano il nucleo familiare – e permettendo anche ai genitori di vedere i figli sotto un'altra luce, più indipendente e "adulta".

³ L'ambito normativo di riferimento, oltre alla Convenzione Onu per la tutela dei diritti dei disabili del 2006 e la Convenzione europea per la tutela dei diritti dei disabili dell'Aia del 2007, tiene conto delle seguenti norme: L. 104/1992 Legge quadro sulla disabilità, L. 162/98 *Modifiche alla legge 5 febbraio 1992, n. 104, concernenti misure di sostegno in favore di persone con handicap grave*, L. 328/2000 Legge quadro sul sistema integrato dei servizi sociali e socio sanitari integrati, LR 41/2005 Legge sul sistema integrato dei servizi sociali e socio sanitari integrati della Toscana, LR 66/2008 fondo per la non autosufficienza regione Toscana, Delibera CRT "Vita indipendente", Piano sanitario regionale 2008/2010, La bozza del Piano socio/sanitario in discussione.

(4) descrizione degli obiettivi generali e specifici dell'iniziativa proposta;

Gli **obiettivi generali** del progetto sono di sviluppare appropriatezza nell'offerta dei servizi, affiancando residenzialità a bassa intensità di assistenza costruendo una fascia intermedia tra il domiciliare e il residenziale in RSD e RSA; tale offerta per altro avrà anche la capacità di far evolvere sul piano culturale le famiglie di persone con disabilità: è infatti importante che i genitori (specie se anziani) possano tranquillamente verificare che è possibile garantire una buona qualità della vita ai propri figli o congiunti, anche al di fuori del contesto familiare, e che sperimentare la vita in autonomia in strutture a bassa intensità assistenziale è il miglior viatico per gestire con serenità la fase del "dopo di noi". Di solito, infatti, quasi sempre per oggettiva mancanza di alternativa, i genitori cominciano a preoccuparsi concretamente del futuro dei loro figli solo nella parte conclusiva della vita, complicando il passaggio dal durante al dopo di noi. Allo stesso tempo le istituzioni – preoccupate dalla sostenibilità economica delle soluzioni residenziali - ritardano la presa in carico del problema all'ultimo momento utile, caricandosi così di gestire un'emergenza dietro l'altra, offrendo soluzioni di ripiego per la qualità della vita delle persone disabili.

In particolare, gli **obiettivi specifici** del progetto sono quelli di dimostrare come una maggiore autonomia delle persone disabili comporti una minore richiesta di prestazioni domiciliari, con seguente risparmio per il sistema dei servizi e possibilità di reindirizzamento delle risorse, oltre a verificare la riduzione di ricoveri in RSA per eventi improvvisi legati alla riduzione della capacità della famiglia di assistere la persona disabile (in casi di malattia, ad esempio). Questo significa, in concreto, sperimentare un modello di gestione realizzabile, economicamente sostenibile e soprattutto replicabile, così da estendere la rete dei servizi e corresponsabilizzare le famiglie nella loro gestione.

(5) progettazione operativa (azioni, attività, durata complessiva, tempistiche di realizzazione e analisi dei costi);

AZIONI

- Individuazione di un appartamento adeguato ad accogliere 5/6 persone;
- Individuare una platea di potenziali utenti cui rivolgere l'avviso a partecipare alla sperimentazione;
- Selezione di 8 partecipanti alla sperimentazione (4 maschi e 4 femmine) attraverso colloqui con le persone e con le famiglie;
- Individuazione degli operatori e della rete dei servizi di supporto sulla quale fare affidamento per l'impiego del tempo libero;
- Costruzione della rete degli attori che interagiranno con la struttura e loro formazione (servizio sociale, volontari, operatori, familiari, vicini);
- Avvio della sperimentazione con step trimestrali di verifica del progetto (6 mesi maschi/6 mesi femmine);

ATTIVITÀ

- Cura della casa e gestione dei pasti;
- Gestione delle utenze;
- Definizione delle regole di convivenza;
- Attività di socializzazione con base all'interno dell'appartamento;
- Partecipazione ad attività esterne con i servizi della Fondazione "Il Sole";
- Sviluppo di relazioni con il vicinato;
- Organizzazione e gestione del tempo libero;
- Pianificazione di eventuali rientri a casa nel weekend.

DURATA COMPLESSIVA

Il progetto sperimentale "Autonomia possibile" avrà la durata di 12 mesi: i due gruppi di persone (maschi e femmine) rimarranno nell'appartamento rispettivamente per 6 mesi consecutivi (possibilmente compresi i weekend, salvo eccezioni concordate).

TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE E ANALISI DEI COSTI

Il progetto dovrebbe essere operativo entro tre mesi – fine marzo 2015 - dall'approvazione della graduatoria da parte della Giunta regionale (7 gennaio 2015). E comunque non oltre il 31 maggio 2015.

MESI	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
AZIONI												
Selezione delle famiglie da coinvolgere												
Individuazione dell'appartamento e degli operatori												
Sperimentazione 1° gruppo												
Sperimentazione 2° gruppo												
Monitoraggio												
Valutazione dei risultati												

ANALISI DEI COSTI

SPESE	COSTO DETTAGLIATO	COSTO TOTALE
Affitto	€ 800 x mesi 12	€ 9.600
Stipendi operatori	3 operatori part time	€ 60.000
Utenze	€ 150 al mese X 12 mesi	€ 1.800
Vitto e socializzazione	€ 1.000 al mese X 12 mesi	€ 12.000
Assicurazione	€ 3.000 all'anno	€ 3.000
TOTALE		€ 86.400

Suddivisione spese fra i finanziatori della sperimentazione

€ 30.000,00	CoeSO SdS
€ 28.400,00	Fondazione "Il Sole" Onlus
€ 28.000,00	Famiglie

Ogni famiglia sosterrà per 6 mesi una spesa di € 3.500 (equivalente a € 583 /mese).

I servizi di socializzazione e impiego del tempo libero saranno pagati direttamente dalle famiglie, con risorse proprie o con contributi pubblici.

(6) definizione dei requisiti strutturali, organizzativi, gestionali e tecnologici che verranno garantiti nel corso della sperimentazione per l'erogazione dei servizi proposti;

- Appartamento di 120-140 mq, situato in zona centrale o comunque in un contesto socialmente vivace e insediato da servizi e attività commerciali;
- Tre operatori assunti con contratto a progetto (uno per turno di lavoro) in possesso del requisito di Adb, Oss, Educatore o superiore;
- Task force di coordinamento composta da un coordinatore, un responsabile dei servizi sociali, il presidente della Fondazione "Il Sole", un rappresentante delle famiglie;
- Definizione di un Piano abilitativo riabilitativo globale (Parg) per ogni partecipante alla sperimentazione;
- Un'auto per favorire gli spostamenti dei ragazzi;
- Polizza assicurativa che copra i rischi degli utenti e degli operatori, responsabilità civile;
- Registro delle attività quotidiane;
- Registro delle spese di gestione;



- Registro delle presenze e della cartella personale, per ciascuna persona accolta;
- Arredamento dell'appartamento, comprensivo di una Tv, uno stereo, telefono fisso, collegamento internet.

(7) descrizione della rete istituzionale, e non, attivata per la realizzazione del progetto, con esplicitazione di eventuali strumenti di formalizzazione adottati;

La rete di soggetti coinvolti nella sperimentazione è composta, proprio perché non si tratta semplicemente di garantire un'accoglienza residenziale, ma di organizzare i ritmi di vita nel loro complesso a persone che non sarebbero in grado di gestirsi autonomamente.

La rete, quindi, è così composta:

- Fondazione "Il Sole" Onlus, con la propria struttura professionale e di volontariato, i propri servizi;
- CoeSO SdS Grosseto, con un assistente sociale o operatore/educatore di supporto;
- Familiari degli ospiti che partecipano alla sperimentazione;
- Vicini di casa e negozianti del contesto in cui è inserito l'appartamento disponibili ad essere coinvolti;
- Comune, servizi sanitari della Asl 9;
- Forze di polizia e polizia municipale.

(8) identificazione della sede operativa e del territorio di riferimento (Zona Distretto/Azienda USL/Società della Salute);

La sede operativa sarà la città di Grosseto, capoluogo di provincia, nonché baricentro rispetto alla Zona sociosanitaria grossetana. Il Referente del progetto sarà COeSO Società della Salute, mentre la sede operativa sarà la Fondazione "Il Sole" Onlus.

(9) quantificazione dei risultati in termini di risposta al bisogno identificato, con proposta di un set di indicatori che permetta il monitoraggio e la valutazione dei risultati previsti;

- Adesione al progetto di 8 persone disabili, di età compresa tra i 18 e i 64 anni (con preferenza tra i 30 e i 55), con le caratteristiche definite e gli accordi stipulati con le rispettive famiglie;
- verifiche dei Parg, da realizzarsi all'inizio e alla fine della sperimentazione sull'efficacia assistenziale;
- istituzione di un gruppo di controllo, formato dall'Azienda sanitaria (servizi territoriali) e da COeSO SdS, che verifichi a cadenza trimestrale l'andamento del progetto dal punto di vista organizzativo e gestionale e la soddisfazione degli utenti e delle loro famiglie;
- misurazione delle conversione delle spese socio assistenziali domiciliari;



- misurazione della riduzione dei ricoveri in RSA per eventi improvvisi legati alla riduzione della capacità della famiglia di operare come principale care giver (malattie, ricoveri, ecc);
- rapporto sulla soddisfazione dell'utente e della famiglia.

Il Direttore di Coeso SdS Grosseto

dott. Fabrizio Boldrini

Fondazione "Il Sole" Onlus

 **IL PRESIDENTE**
Massimiliano Frascino

giovani, alcol e stili di vita

OTTOBRE 2014



Sinossi

Abbiamo detto mille volte che il compito fondamentale delle Società della salute è quello di governare i determinanti di salute non sanitari (che si aggiunge, ovviamente, a quello di produrre servizi socio assistenziali), quindi il presente progetto mette a sistema una serie di azioni (a cominciare dalle scuole) ritenute utili per sviluppare consapevolezza di ciò che è nocivo e di ciò che è pericoloso e di diffondere comportamenti più adeguati a tutelare la propria salute.

Dobbiamo coinvolgere in tutto il processo tutti gli attori pubblici e del privato sociale (e perché no anche quelli del sistema privato) aggiungendo efficienza al nostro agire.

Dobbiamo misurare scientificamente l'efficacia delle azioni che mettiamo in campo, in un costante alternarsi di prassi, teoria e di nuove prassi; individuando indicatori e sistemi di rilevazione, mettendo il tutto a regime.

Dobbiamo realizzare un "*Osservatorio permanente sui giovani grossetani, l'alcol e gli stili di vita*", che funzioni come quadro di riferimento generale per gli interventi. Soggetto scientifico di riferimento sarà il gruppo di lavoro a suo tempo formato per la definizione - e l'aggiornamento - del profilo di salute; gruppo di lavoro costituito tramite convenzione tra Azienda sanitaria, Osservatorio provinciale (Simurg) e Comuni (CO-eSO SdS). L'Osservatorio servirà innanzitutto per conoscere approfonditamente il mondo giovanile e i fattori che determinano comportamenti devianti o dannosi per salute, utilizzerà le serie di dati già presenti nelle principali banche dati regionali, ma realizzerà anche indagini periodiche tramite questionari o altri strumenti conoscitivi demoscopici o di massa; in secondo luogo, l'Osservatorio sarà il mezzo per coinvolgere il sistema educativo locale (scuole, insegnanti, studenti, genitori) nella riflessione sulle principali evidenze empiriche che emergono dalle indagini periodiche. Le azioni che su questa base e sulle evidenze già conosciute saranno messe in atto nei prossimi anni saranno misurate in base alla loro capacità evidente di modificare indicatori ritenuti utili allo scopo e corrette sulla base di queste evidenze.

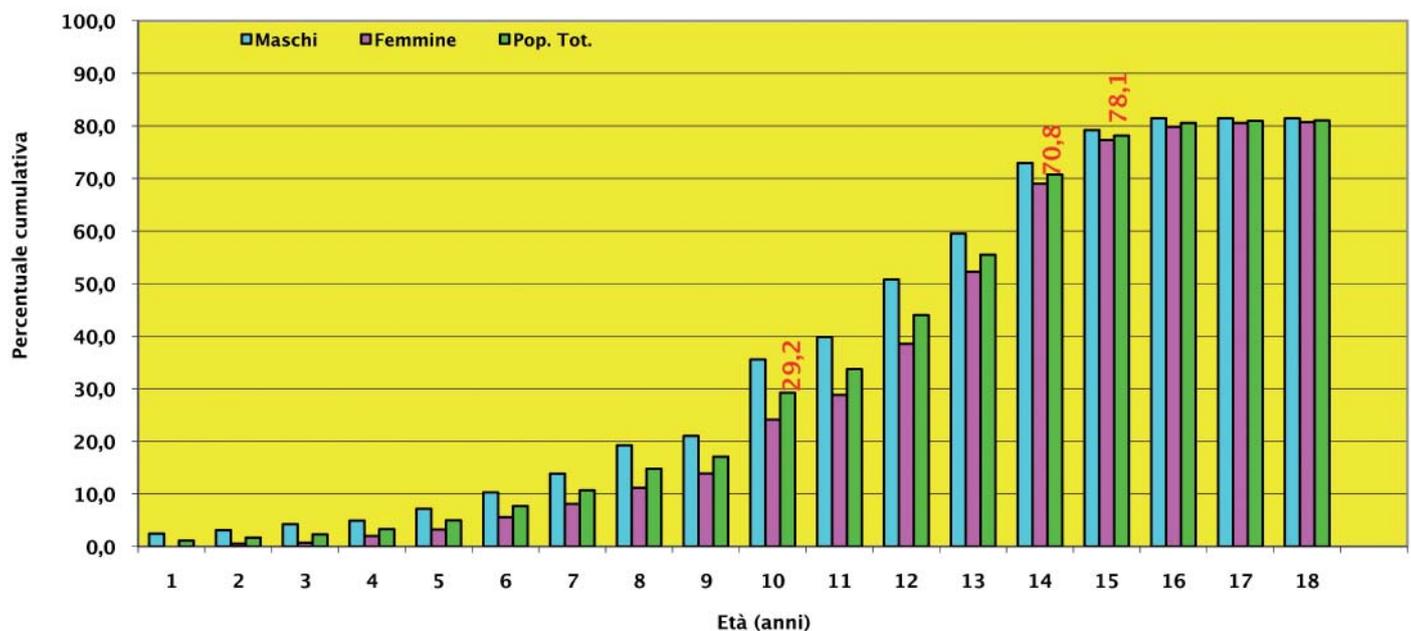
Sappiamo che gli stili alimentari si formano tra i 3 e i 5 anni, in particolare quando i bambini entrano in confidenza con il consumo dei cibi sani (frutta e verdura ad es.) ed anche con il consumo del cosiddetto "cibo spazzatura" (merendine, bibite gassate, patatine ecc.). Qui si determina quella tendenza all'obesità, che è uno dei rischi maggiori delle società "avanzate", ed anche alla sedentarietà. Sappiamo anche che da questi stili alimentari insalubri possono formarsi le condizioni di rischio per l'anoressia e la bulimia; sappiamo anche come pochi anni dopo (non

sembri strano perché è documentato) si entra in contatto con l'alcol o perlomeno in confidenza con questo consumo. Infine già nella primissima adolescenza il fumo ci circonda. Vogliamo rendere evitabile tutto ciò.

Il problema da affrontare

Sappiamo, in base alle nostre ricerche locali (Progetto "Happy hours", CE-SVOT- ACAT 2005) e a quelle nazionali (ESPAD, 2005; Modonutti, 2010; Scafato, 2013), che l'età del primo assaggio dell'alcol si sta progressivamente riducendo: esso è in costante aumento in tutta l'età pediatrica da 0 a 11 anni, quando va incontro ad un'impennata che raggiunge il 60% a 13 anni. (Corlito 2014).

Fig. 1 - Distribuzione cumulativa percentuale, specifica per sesso, dell'età (anni) in cui gli studenti delle Scuole Medie di 2° grado coinvolti nel Progetto "Happy Hours" (A.S. 2004/2005) di Grosseto affermano di aver fatto la loro prima esperienza con le bevande alcoliche.



In tutto il mondo occidentale il primo contatto con le sostanze psicoattive avviene tramite l'alcol, il tabacco, il caffè e i farmaci, quindi con sostanze psicotrope di grande diffusione e consumo. Già dall'infanzia il gruppo dei pari comincerà ad esercitare un ruolo rilevante insieme alla pressione dei mass media e della pubblicità, condizionando i bambini al "consumismo acritico", veloce e appagante, che segna la propria appartenenza al gruppo e alla comunità. Tutto ciò spinge a prestare attenzione proprio a questo momento evolutivo del bambino.

A Grosseto, come in Toscana e in Italia, dagli anni '50 si è verificata una **riduzione dei consumi di alcol** tra la popolazione. È il risultato però di due tendenze opposte: mentre da un lato diminuisce fortemente la percentuale di bevitori nella fascia adulta (il bevitore sistematico), dall'altro continua ad **aumentare nella fascia giovanile** la quota dei forti bevitori occasionali.

A partire dalla fine degli anni '90 sembrano ormai convivere **due modelli** di consumo di alcol: uno **giovanile**, omologato sui comportamenti dei coetanei del Nord Europa, con grandi quantità di alcol consumate in poche occasioni prevalentemente durante il fine settimana e l'altro, tipico della fascia **adulta** della popolazione, ancorato agli standard tradizionali, con un consumo più regolato, soprattutto di vino, in famiglia durante i pasti.

Tra i **giovani grossetani** questi comportamenti sembrano **più accentuati** rispetto al resto della Toscana. Mentre si registrano meno bevitori (70% contro il 75% toscano), si eccede più frequentemente (il 58% si è ubriacato almeno una volta nell'ultimo mese, contro il 54% medio toscano) ed è in forte crescita il *binge drinking*, ovvero la pratica di bere più bevande alcoliche in breve tempo (dal 35% nel 2005 al 38% nel 2011).

Le indagini conosciute mettono in evidenza che esiste un'associazione rilevante tra livelli di consumo di alcolici e altri **comportamenti a rischio**, quali l'essere fumatori regolari di tabacco, consumatori di sostanze psicotrope, provare un elevato livello malessere psicologico, essere incorsi in incidenti stradali nei 12 mesi precedenti l'intervista ed avere propensione al gioco d'azzardo.

Questi dati sono confermati da numerosi **episodi di cronaca** che, negli ultimi anni, hanno portato all'attenzione dell'opinione pubblica grossetana fenomeni preoccupanti di bullismo giovanile, vandalismo e devianza. Da molte parti vengono sollecitati interventi per lo più improntati al **controllo** e **alla repressione** che, se possono nell'immediato contenere gli eccessi più evidenti, non sono sicuramente in grado di rimuovere le cause che generano questi comportamenti e il malessere che ne deriva.

Il problema va inquadrato nel contesto più ampio degli **stili di vita dei giovani** e della loro salute psico-fisica. Come la letteratura scientifica univocamente sottolinea, incidere sugli stili di vita comporta l'adozione di una articolata serie di interventi che agiscano su più livelli, con una prospettiva di medio e lungo periodo ispirata non da singoli episodi e da esigenze di sicurezza, ma da una **conoscenza** profonda del contesto locale, dal **dialogo** e dall'attivo **coinvolgimento** dei giovani.

È per questo motivo che è invece opportuno elaborare una **strategia globale** e razionale che possa fronteggiare questi episodi in modo razionale, puntando innanzitutto sulla prevenzione e sulla rimozione delle cause che li generano.

Che fare?

In questa prospettiva è sicuramente utile **conoscere** meglio e più approfonditamente le caratteristiche con cui **il fenomeno** si manifesta nel nostro specifico contesto. È particolarmente importante indagare i **fattori** che determinano i comportamenti devianti, proprio perché sia possibile agire sulla prevenzione piuttosto che sulla repressione.

La conoscenza deve essere finalizzata alla crescita della **consapevolezza** del problema e delle sue cause da parte degli attori in gioco, che sono innanzitutto i giovani, ma anche le scuole intese come istituzioni, i dirigenti scolastici, gli insegnanti, i genitori e le famiglie, gli amministratori locali, gli operatori sociali e gli educatori che si occupano di politiche giovanili.

Conoscenza, consapevolezza, coinvolgimento e azione sono le parole chiave del progetto e delineano le fasi di un vero e proprio **ciclo progettuale**. Il processo attivato dal progetto deve infatti condurre alla definizione di un vero e proprio **"Piano di azione"** aggiornato e monitorato annualmente.

L'efficacia degli interventi di prevenzione dipende in massima parte dalla loro **condivisione da parte dei giovani**. La condivisione è possibile solo se i giovani sono chiamati fin dall'inizio a partecipare al processo di definizione del **"Piano di Azione"**, ovvero a partire dalla fase di costruzione della conoscenza del fenomeno. È altrettanto importante che siano coinvolti e attivati come protagonisti (e non come meri destinatari degli interventi) anche nelle successive fasi di definizione e di realizzazione. È essenziale che i giovani si sentano partecipi delle soluzioni adottate per contrastare i comportamenti dannosi per la salute.

Alla luce di queste considerazioni, il progetto prevede in primo luogo di realizzare un **"Osservatorio permanente sui giovani grossetani"**, che, attraverso un sistema di monitoraggio continuo, possa produrre dati, informazioni e conoscenze in grado di innescare processi partecipativi dal basso, che vedano i giovani protagonisti in tutto il percorso dalla conoscenza all'elaborazione delle soluzioni. Discutere i risultati delle indagini con gli studenti servirà per costruire un vero e proprio **percorso partecipativo** che avrà come esito l'adozione di un **Piano di Azione** annuale. Il percorso si articolerà di tre fasi:

1. Presentazione dei risultati, discussione e riflessione;
2. Percorso partecipativo articolato in laboratori tematici;
3. Piano di azione per la salute dei giovani grossetani.

Con la realizzazione della prima indagine partirà un vero e proprio ciclo progettuale, che prevederà un monitoraggio annuale, una valutazione dei risultati delle azioni realizzate e una conseguente revisione/aggiornamento

del Piano di Azione annuale. Il lavoro, quindi, dovrà essere coordinato con in calendario didattico delle scuole, secondo una successione temporale che, indicativamente, potrà essere la seguente:

1. settembre-ottobre: coinvolgimento delle scuole;
2. novembre- dicembre: presentazione e formazione;
3. gennaio-febbraio: rilevazione;
4. marzo-aprile: presentazione risultati, percorso partecipativo;
5. maggio: Piano di Azione.

Attività previste

Conoscere:

Pochi dati e scarse conoscenze a livello comunale

La conoscenza sugli stili di vita dei giovani a livello comunale non è significativa e neppure puntuale. I dati sul consumo derivano in primo luogo da indagini campionarie dell'Istat e del Ministero della Salute o da indagini ad hoc che non si sono ripetute nel tempo.

In Toscana, l'Agencia Regionale della Sanità (ARS) e la Scuola Sant'Anna di Pisa (attraverso il Laboratorio MES) svolgono approfondimenti delle indagini nazionali che consentono di avere un maggiore dettaglio regionale. Nonostante ciò, queste indagini, al di sotto del livello regionale, dispongono di **campioni troppo piccoli**, per cui, oltre a soffrire di margini di errore statistico rilevanti, consentono poche disaggregazioni e pochi incroci di variabili. Per avere informazioni a livello zonale o comunale è quindi necessario rendere stabili specifiche **indagini ad hoc** su campioni selezionati localmente.

Questa attività è impegnativa e può essere costosa; ecco perché bisogna mobilitare tutte le risorse del territorio (Agenzie formative a cominciare dalla scuola, volontariato, privato sociale e privato privato).

In primo luogo le scuole

Coinvolgere gli studenti e gli insegnanti delle scuole del territorio nella realizzazione delle indagini, offrendo loro il supporto tecnico-scientifico e formativo di esperti di settore.

L'attività di indagine viene impostata in collaborazione con gli studenti delle scuole aderenti, che sono, al tempo stesso, soggetti protagonisti dell'indagine e oggetto di indagine.

Potrebbe essere utilizzato lo strumento del **questionario online**. Il questionario sarà elaborato a partire da **modelli standard** di indagine sugli stili di vita (modello HPLP, modello EDIT) discussi insieme con studenti ed insegnanti nella fase preliminare ed eventualmente modificati per adattarli, con la guida degli esperti di settore, alla realtà locale. Dovremo inoltre creare

una connessione con le indagini condotte da **ARS** e **MES**.

Il questionario online potrà essere costruito insieme a gruppi di studenti interessati a ricevere una **formazione** sui metodi e sui temi del progetto. La formazione potrà riguardare sia gli aspetti metodologici (metodi di ricerca sociale, questionario, elaborazione statistica), sia gli aspetti di merito (stili di vita, alcol, dipendenze).

Gli studenti formati potranno svolgere il ruolo di supporto all'indagine (come tutor o anche come intervistatori) presso le scuole coinvolte per promuovere la compilazione da parte degli studenti.

La compilazione dei questionari avverrà attraverso il coinvolgimento dei dirigenti scolastici e degli insegnanti, ai quali sarà chiesta l'adesione al progetto. L'adesione potrà essere solo per la parte di rilevazione, o anche sulla parte di formazione e partecipazione.

Si potrà optare, a seconda del numero e della tipologia di scuole che aderiranno al progetto, per una rilevazione su una campione di studenti, oppure su una rilevazione che cerchi di coinvolgere tutta la popolazione scolastica delle scuole medie inferiori (secondarie di primo grado) e superiori (secondarie di secondo grado).

Le scuole come centro di ricerca e documentazione sul territorio

L'attività di ricerca, realizzata utilizzando come rilevatori gli studenti delle scuole che saranno interessate a partecipare al progetto, può divenire, oltre che un'occasione di formazione per gli studenti stessi, anche un'opportunità per sviluppare dei **veri e propri partenariati** tra gli Istituti Scolastici, il Comune e tutti gli Enti che si occupano di istruzione, promozione della salute e politiche giovanili. L'opportunità di formazione può essere limitata alla rilevazione, ma, ove ci fosse interesse, potrebbe essere estesa, includendo moduli formativi sulla metodologia della ricerca sociale e sulla statistica, in modo da far partecipare gli studenti anche alla fase di elaborazione e interpretazione dei dati. Ciò può inoltre contribuire a promuovere negli studenti una maggiore conoscenza e consapevolezza della realtà sociale del proprio territorio. Inoltre, impostare il lavoro in modo non occasionale, ma in una prospettiva di lavoro in rete stabile tra le scuole e le Istituzioni per la crescita culturale e sociale della comunità, può concretizzare uno degli elementi chiave, ancora inattuato, della riforma dell'autonomia scolastica avviata nel 1997 con la legge 59/97.¹

¹ La legge delega 59/97 prevede all'art. 21 che l'autonomia scolastica si espliciti anche come autonomia di ricerca. Le scuole, in altri termini, possono divenire un centro di documentazione e di ricerca sul territorio, una sorta di sede di costruzione della conoscenza e della consapevolezza delle dinamiche sociali ed economiche della comunità locale. Ciò peraltro può contribuire a sviluppare e consolidare negli istituti scolastici la funzione di enti di ricerca autonomi, che creano conoscenze nuove per il territorio. Consolidare le competenze metodologiche all'interno delle scuole, che sono le strutture potenzialmente più vive e dinamiche del territorio, dargli la possibilità di fare ricerca sociale con metodi e strumenti adeguati e moderni, può, a nostro avviso, innescare processi di innovazione importanti per lo sviluppo e la crescita culturale ed economica delle comunità locali.

Come procedere? Fasi di sviluppo dell'Osservatorio

COESO SDS, appoggiandosi al gruppo di lavoro interistituzionale creato tra Azienda sanitaria, Amministrazione provinciale e comuni per la produzione del profilo di salute e in collaborazione di altre competenze locali (volontarie) che si dichiareranno disponibili procederà nel modo seguente:

1. **Condivisione del progetto** (obiettivi, attività, tempi, soggetti da coinvolgere) con l'Amministrazione Comunale, il Centro Servizi Amministrativi Provinciale e (eventualmente) la Provincia di Grosseto, Servizio Istruzione e Osservatorio Scolastico;

2. **Coinvolgimento delle scuole del territorio:** verrà inviata a tutte le scuole una comunicazione che informi sul progetto e inviti ad aderire attraverso la compilazione di una scheda di adesione;

3. **Incontro di presentazione** per studenti ed insegnanti delle scuole che hanno aderito al progetto;

4. **Impostazione metodologica della ricerca:** sulla base delle adesioni viene impostata la metodologia della ricerca (strategia di campionamento e strumenti di rilevazione);

5. **Definizione del questionario** e di altri strumenti di rilevazione: una prima bozza di questionario, basata su uno o più modelli scelti tra quelli più consolidati nella letteratura scientifica (HPLP, Edit), viene proposta alla discussione in incontri pubblici con gli studenti delle scuole che hanno aderito, coinvolgendo anche insegnanti e altri esperti di settore; l'obiettivo è arrivare ad una versione condivisa che, pur rispettando gli standard internazionali, che garantiscono affidabilità dei risultati e possibilità di confronti con altre realtà, rappresenti al meglio le specificità della realtà grossetana.

6. **Formazione studenti e insegnanti:** il questionario finale sarà informatizzato per la somministrazione online; in questa fase, possono essere previsti uno o più moduli formativi destinati agli studenti e agli eventuali insegnanti interessati sui seguenti temi: metodologia della ricerca sociale, utilizzo del software per costruire questionari online, elaborazione statistica dei dati. Potranno essere previsti, in coordinamento con il Dipartimento Prevenzione della ASL 9 (che già svolge attività di questo tipo), anche moduli formativi sugli stili di vita e, in collaborazione con ACAT Grosseto, sui problemi alcol correlati. Gli studenti verranno formati anche per svolgere una funzione di tutoraggio e assistenza rispetto ai compagni che saranno chiamati a compilare il questionario. Questi moduli formativi, nella prospettiva di Osservatorio Permanente, potrebbero essere inseriti stabilmente nel Piano dell'Offerta Formativa (POF) degli istituti che aderiscono al progetto.

7. **Rilevazione dati:** la rilevazione dati avverrà organizzando la compila-

zione dei questionari **online** all'interno degli Istituti scolastici presenti sul territorio comunale, non solo quindi le scuole aderenti; la rilevazione avverrà utilizzando in linea di massima i Laboratori Informatici³; le classi coinvolte verranno condotte a turno all'interno dei laboratori da un insegnante adeguatamente informato che li inviterà a compilare il questionario fornendo loro il link al sito di accesso. Gli studenti tutor, coinvolti nel percorso formativo, si occuperanno di monitorare, in collaborazione con i ricercatori, l'andamento dell'indagine nelle varie scuole, di sollecitare eventuali ritardatari e di assistere nella compilazione gli insegnanti e gli studenti che avessero difficoltà.

8. Elaborazione dati: i dati raccolti saranno elaborati dalla società che cura l'impostazione metodologica dell'indagine; le prime elaborazioni statistiche potranno essere argomento di moduli formativi specifici da condurre nelle scuole interessate, nei quali gli studenti saranno istruiti sulle tecniche di elaborazione statistica di base, al fine di renderli capaci di una corretta interpretazione dei dati raccolti e di una riflessione sulle principali evidenze empiriche.

9. Presentazione e discussione nelle scuole: i risultati dell'indagine saranno riportati nelle scuole organizzando un convegno finale⁴; gli incontri pubblici di presentazione saranno organizzati in modo da privilegiare l'interazione e la partecipazione del pubblico (es. *barcamp*); la presentazione dei risultati sarà l'occasione per l'avvio di uno o più percorsi di partecipazione finalizzati alla definizione del Piano di Azione annuale per la salute dei giovani (vedi paragrafi successivo).

Monitoraggi annuali

L'attività dell'Osservatorio, per poter innescare processi virtuosi di cambiamento negli stili di vita dei giovani, deve poter svolgersi con continuità e in un arco di tempo pluriennale, auspicabilmente coordinato con il ciclo della programmazione sociale, sanitaria e scolastica.

Dopo la realizzazione della prima indagine sugli stili di vita è quindi opportuno prevedere la realizzazione di **monitoraggi annuali**, effettuati con la stessa metodologia e nello stesso periodo, allo scopo di valutare i cambiamenti nei comportamenti dei giovani e capire quanto siano stati efficaci gli interventi messi in atto nel Piano di Azione.

Ovviamente, gli effetti degli interventi attuati si manifesteranno in un arco di tempo più ampio di un anno. È comunque importante effettuare il monitoraggio annuale perché è funzionale al meccanismo di condivisione e partecipazione dei giovani che, a sua volta, è essenziale per l'efficacia della strategia di intervento sugli stili di vita. Ogni monitoraggio annuale, coerentemente con la metodologia descritta in precedenza, pur mantenendo stabile la struttura del questionario utilizzato al fine di poter osservare in

modo corretto i cambiamenti, potrà indagare su aspetti nuovi di interesse dei diversi attori coinvolti nel progetto.

Condividere: presentazione e discussione dei risultati

Coinvolgere le scuole (giovani, insegnanti, genitori) nella realizzazione dell'indagine e nella discussione dei risultati sono la premessa fondamentale per l'elaborazione di un Piano di Azione per la Salute dei giovani grossetani realmente condiviso. Riteniamo, infatti, che interventi che puntino a modificare gli stili di vita, in particolare dei giovani, siano efficaci solo se condivisi e partecipati attivamente dai destinatari stessi.

Durante la prima presentazione dei risultati verrà promossa la creazione di gruppi di lavoro all'interno delle scuole che, con il supporto degli insegnanti, potranno utilizzare i risultati delle indagini anche come materiale didattico. Si ipotizzano interazioni con matematica, scienze sociali, italiano, etc. L'obiettivo dei gruppi di lavoro è comunque creare le premesse per l'elaborazione di proposte di intervento da convogliare nel percorso partecipativo.

Presentazione e disseminazione dei risultati

La presentazione e la disseminazione dei risultati dell'indagine sono un momento fondamentale nel ciclo del progetto perché serviranno per avviare il processo di partecipazione che porterà alla definizione delle azioni da intraprendere per fronteggiare i problemi rilevati.

I risultati dell'indagine saranno presentati sia con la classica modalità del convegno, sia attraverso l'organizzazione di seminari e incontri direttamente nelle scuole. L'obiettivo di questi incontri e seminari sarà la promozione della creazione di gruppi di lavoro/laboratori tematici che possano approfondire l'analisi dei risultati, riflettere sulle problematiche emergenti e arrivare a proporre soluzioni condivise. I gruppi di lavoro lavoreranno sia attraverso incontri presso le scuole, sia attraverso la creazione di forum online nel portale del progetto o in portali specifici concepiti per la gestione di processi di progettazione condivisa (es. Airesis).

Per poter gestire questa fase sarà importante creare un gruppo di coordinamento, nel quale potranno essere coinvolti anche insegnanti, studenti e operatori sociali che abbiano partecipato alla fase di formazione. Questo gruppo di coordinamento si occuperà di disseminare i risultati nelle scuole, di promuovere la creazione di gruppi di lavoro, di supportare i gruppi e di raccogliere e sistematizzare i risultati del loro lavoro.

Strategia di comunicazione

La disseminazione dei risultati si legherà più in generale alla strategia di comunicazione complessiva del progetto, che non si limiterà alla semplice realizzazione di un convegno e di incontri classici di presentazione,

ma dovrà articolarsi facendo ampio uso dei canali e mezzi di comunicazione utilizzati dai giovani, che sono principalmente il web, gli *smartphone* e i *social network*. I mezzi e i modi di comunicare dei giovani sono molto mutevoli e fortemente condizionati dalla rapida evoluzione delle tecnologie e sarà utile monitorarne diffusione e penetrazione anche attraverso l'indagine.

Si prevede in linea di massima:

- creazione di un portale web che funzioni da aggregatore dei diversi canali comunicativi utilizzati;
- apertura di una pagina *facebook* dedicata al progetto;
- creazione di un gruppo *facebook*;
- apertura di un account *twitter*;
- apertura di un account *ask.fm*;
- creazione di un canale *youtube*;
- creazione di uno o più gruppi su *whatsapp*.

Il gruppo di coordinamento avrà il compito di tenere vivi, attivi e attrattivi per i giovani grossetani questi canali di comunicazione, cercando di coinvolgere i giovani nella creazione dei contenuti. Tendenzialmente, la comunicazione attraverso questi canali dovrà essere **autogestita** dai giovani coinvolti nel progetto, con il supporto e l'orientamento degli esperti di settore e degli insegnanti; a nostro avviso, si dovrà creare una sorta di comitato redazionale diffuso che sarà libero di interpretare i messaggi e i contenuti nel modo più consono ai linguaggi dei giovani.

Creazione autonoma di contenuti: organizzare un contest

Per incentivare l'autonoma creazione di contenuti basati sui risultati delle indagini da parte dei giovani potrà essere organizzata una competizione a premi (*contest*). I contenuti sviluppati potranno essere i più vari:

- relazioni, ricerche, saggi;
- presentazioni multimediali, video;
- poster e manifesti;
- rappresentazioni teatrali;
- siti web;
- applicazioni per smartphone; etc.

Le opere dovranno possedere almeno una delle seguenti caratteristiche:

- capacità di analisi del fenomeno;
- capacità di comunicare e incidere sugli stili di vita dei giovani.

I migliori contenuti creati dagli studenti saranno valutati da una giuria mista (studenti, insegnanti, dirigenti scolastici, operatori pubblici, esperti di settore) e saranno premiati o con una somma in denaro da utilizzare per finalità didattiche, o con oggetti tecnologici, o con buoni spesa per l'acquisto di beni e servizi connessi con stili di vita corretti (prodotti biologici, abbonamenti a centri sportivi, palestre e centri benessere, buoni per materiale sportivo, etc.). A tal fine saranno coinvolti anche sponsor tra gli operatori economici del territorio che potranno mettere a disposizione gratuitamente beni e servizi o erogare somme in denaro.

Articoliamo le azioni secondo gli ordini di scuola

Le azioni di analisi partecipata che abbiamo descritto riguardano le scuole ove lo studente, in relazione con i propri insegnanti, può garantire un ambito di autonomia intellettuale e una competenza scientifica adeguata. Sappiamo però che le scuole non sono solo ambito di ricerca, ma anche - e soprattutto - luogo formativo, di trasmissione di competenze ed abilità diverse a seconda del proprio grado.

Per le scuole materne: sviluppare la sensibilità degli insegnanti verso il problema e coinvolgere le famiglie. Per sensibilizzazione si intende qualcosa di più della semplice informazione: serve a radicare i concetti degli stili di vita sani a partire dalla messa in discussione dei comportamenti quotidiani di ciascuno.

Per le elementari e le medie inferiori: attivare tra gli insegnanti e i genitori le competenze necessarie a costruire scelte consapevoli rispetto al rischio del uso delle bevande alcoliche, del fumo, dell'uso di sostanze psicotrope e più in generale di stili di vita e comportamenti pericolosi attraverso la conoscenza delle life skill e del pensiero critico.

Partecipare, programmare, agire

Coinvolgere la comunità

Un progetto che si predispone a conoscere attraverso modalità partecipate e aspira a mutare comportamenti ed abitudini (stili di vita) pericolosi per la propria salute, per la grave insorgenza di malattie, per la torsione della spesa pubblica tutta (o molta) assorbita per curare malattie evitabili invece che essere utilizzata per migliorare la vita dei cittadini e i servizi a loro dedicati, non ha nessuna possibilità di riuscire (o perlomeno di raggiungere risultati apprezzabili) se non riesce a coinvolgere tutta la comunità (istituzioni, enti strumentali, agenzie pubbliche, autonomie locali, volontariato e più in generale terzo settore, associazionismo datoriale di rappresentanza e sindacale).

A questo coinvolgimento dovremo dedicare una particolare attenzione e una specifica priorità

Il coinvolgimento sarà diverso: sulle scuole abbiamo detto e il loro ruolo sarà decisivo sia per le azioni di conoscenza sui comportamenti giovanili, sia per le azioni formative; alle istituzioni chiederemo di essere consapevoli delle azioni messe in atto e della loro valenza in termini di qualità della vita degli amministrati e di vigilare su tutto il processo anche attraverso gli enti strumentali operanti nel territorio; alle associazioni datoriali e quelle di rappresentanza di collaborare a singole iniziative che coinvolgano i loro iscritti in una consapevolezza generale degli obiettivi che dobbiamo costruire; al volontariato specificatamente impegnato su questi temi di collaborare con le proprie idee i propri punti vista, ma poi anche partecipando fattivamente a azioni concordate.

Lo strumento principe per questa condivisione sono i gruppi di lavoro (a cui non dovrà mancare una regia unitaria).

Percorso partecipativo

I gruppi di lavoro/laboratori tematici nati durante la fase di disseminazione saranno la base per l'avvio di un processo partecipativo che avrà come fine l'individuazione dei problemi più urgenti da affrontare e l'elaborazione di proposte di intervento e di progetti.

I gruppi di lavoro esistenti si potranno allargare anche ad altri partecipanti, nuovi gruppi di lavoro potranno essere creati e, tendenzialmente, lavoreranno in orario extrascolastico. I gruppi potranno lavorare sia tramite incontri diretti, sia in modalità online, utilizzando il portale del progetto e *software open source* specifici per la progettazione partecipata.

Il processo partecipativo potrà essere la base per l'elaborazione di uno o più progetti da sottoporre all'Autorità Regionale per la Partecipazione per avere un finanziamento specifico che consenta di pagare alcuni costi di struttura e comunicazione ed avere la disponibilità di facilitatori professionali.

I diversi gruppi/laboratori, attraverso l'adozione di adeguate metodologie partecipative (metaplan, open space technology, world café, etc.) decise volta per volta a seconda dei contesti e delle caratteristiche dei partecipanti, discuteranno e alla fine approveranno una o più proposte di intervento sui temi oggetto del progetto.

Conclusione

Il nostro "Piano di Azione"

Le proposte elaborate dai gruppi di lavoro verranno raccolte e organizzate in modo organico in un vero e proprio "Piano di Azione" articolato per aree tematiche, che individuerà con precisione i destinatari degli interventi, le azioni da attuare, i risultati attesi, i tempi di attuazione, le risorse economiche e umane necessarie e le fonti di finanziamento.

Non dimentichiamo che per legge regionale tutte le zone socio sanitarie sono tenute a costruire un proprio Piano Integrato di salute (PIS) e, a seguito della recentissima riforma delle leggi regionali 40/2005 (sanitario) e 41/2005 (sociale), un piano di inclusione (Pdi).

Il PIS e il Pdi, dovranno contenere il nostro "piano di azione" non come uno dei tanti progetti che il sistema pubblico realizza (così come era nella vecchia logica dei Piani di zona cioè di elenchi di offerte di servizi e prestazioni), ma come organica attività della comunità che, nel rispetto delle leggi e dei piani di indirizzo regionali, agisce e sceglie in favore della propria salute e del proprio consapevole benessere.

Si tratta di una azione potente per cui ci siamo preparati in questi ultimi anni sul piano metodologico e sul piano della conoscenza e che dobbiamo mettere in campo nei prossimi mesi secondo tempi dettati dalla amministrazione regionale.