

Società della Salute di Firenze



Piano Integrato di Salute

Il lavoro è stato curato dall'ufficio di Piano della Società della Salute:

Daniele Massa, Silvia Mammini, Roberto Bocchieri.

Ringraziamenti

Si ringraziano per la collaborazione e per i contributi apportati il Prof. Bentivegna e il Prof. Lombardi dell'Università di Firenze, gli uffici Supporto Giuridico Amministrativo e Affari Istituzionali e l'Osservatorio della Società della Salute, gli uffici dell'Amministrazione Comunale, in particolare della Direzione Sicurezza Sociale, Decentramento Ambiente e Istruzione; gli uffici dell'Azienda USL 10 di Firenze, il mondo della cooperazione e dell'associazionismo fiorentino.

Indice

Premessa	3
----------	---

1 Il contesto istituzionale e normativo 5

1.1	La Società della Salute di Firenze	5
1.2	Gli strumenti di programmazione in materia di salute.	6
1.2.1	Livello regionale	6
1.2.2	Livello locale	7
1.3	Il procedimento di formazione del PIS	8

2 Il Piano Integrato di Salute di Firenze 9

2.1	La programmazione per obiettivi di salute e di benessere	9
2.2	Le interazioni con il Piano Strutturale ed il Piano Strategico	12

3 Dispositivo di piano 19

3.1	Le strategie della programmazione	19
3.2	Il processo di programmazione	20
3.2.1	La fase di avvio	20
3.3	Gli strumenti	21
3.4	Il processo di valutazione	21
3.5	Gli attori	23
3.5.1	Il Comune	23
3.5.2	L'Azienda USL	23
3.5.3	Le Aziende Ospedaliere-Universitarie	24
3.5.4	La Provincia	24
3.5.5	L'Università	24
3.5.6	L'Arpat	25
3.5.7	Le ASP	26
3.6	Il ruolo del Terzo Settore	26
3.7	Le Reti di Solidarietà	26
3.8	La concertazione con le organizzazioni sindacali	27

4 Dispositivo di piano 29

4.1	Le Priorità dell'alta integrazione sociosanitaria	30
4.2	Sistema Integrato Anziani - progettazione SdS	30
4.2.1	La strategia del progetto	31
4.2.2	Le azioni	32
4.2.3	Tempo di vita: un'invenzione continua	32
4.2.4	Gli interventi per gli anziani "fragili" o non autosufficienti	34
4.2.5	I servizi e le prestazioni per la domiciliarità	35
4.2.6	Le prestazioni delle strutture residenziali	40
4.2.7	Le azioni di sistema	44
4.3	Sistema Integrato Disabili - progettazione SdS	46
4.3.1	La strategia del progetto	46
4.3.2	La pianificazione degli obiettivi	48
4.3.3	La definizione del modello organizzativo	48
4.3.4	Scuola, formazione e lavoro	55
4.3.5	Definizione di meccanismi procedurali chiari e rapidi	55
4.4	Altri obiettivi di integrazione	57

4.4.1	Salute mentale - programmazione aziendale e comunale	57
4.4.2	Dipendenze - programmazione aziendale e comunale	58
4.4.3	Progetti relativi ai diritti dei minori alle responsabilità familiari e a sostegno della natalità - programmazione comunale	59
4.5	Obiettivi di salute e benessere	64
4.5.1	Ambiente e determinanti di salute	64
4.5.2	Sicurezza sui luoghi di lavoro	66
4.5.3	Nuovi stili di vita	66
4.5.4	Progetti relativi al Contrasto delle Povertà e inclusione delle fasce deboli - programmazione comunale	67
4.5.5	Educazione alla salute e promozione stili di vita	72
4.5.6	Interventi finalizzati sul problema casa	75
4.5.7	Sport e salute	76
4.5.8	Incidenti stradali	76
4.5.9	Incidenti domestici: una metodologia di azione integrata ed operativa	78
4.5.10	Salute e carcere	78
4.5.11	Tutela del benessere e politiche antidiscriminatorie	80
4.6	Progetti speciali:	81
4.6.1	Screening colon retto	81
4.6.2	Scompenso cardiaco	81
4.6.3	Controllo ventilazione assistita	82
4.6.4	Vaccinazione antinfluenzale e strategie di prevenzione della influenza aviaria	82
4.6.5	Codici DEA di bassa priorità (accessi al Pronto Soccorso per patologie non urgenti e accessi impropri)	83
4.6.6	Unità di Cure Primarie (UCP)	83
4.6.7	Il controllo e la cura del dolore come diritto del cittadino - Cure palliative	84
4.6.8	Odontoiatria	85
4.7	Obiettivi di riorganizzazione	86
4.7.1	Sistema informativo	86
4.7.2	Osservatorio socio sanitario della SdS	88
4.7.3	Procedure adozione atti SdS	90
4.7.4	Indicatore della situazione economica equivalente - ISEE	92
4.8	La comunicazione	92
4.9	Gli organismi di partecipazione	94
4.9.1	La composizione della consulta	95
4.9.2	La composizione del Comitato	96
4.9.3	Insedimento dei due Organismi e presentazione del Pis	96

5 L'organizzazione territoriale e il Piano delle funzioni 97

6 Programma finanziario 99

6.1	Il budget virtuale della Società della Salute di Firenze	99
6.2	Il budget di zona sanitario dell'ASL	102
6.3	Le risorse sociali del Comune di Firenze	103
6.3.1	Il piano di riparto del Fondo Sociale Regionale	105

Premessa

Il Piano Integrato di Salute (PIS) di Firenze 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), la Legge Regionale 40/2005, la Legge Regionale 41/2005, il Piano Sanitario Regionale, 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"¹.

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

In questo quadro viene affermata con chiarezza l'integrazione del sistema sanitario con gli altri settori del governo del territorio. In particolare "questo processo comporta un rafforzamento delle relazioni esistenti tra i diversi settori organizzativi della Regione e una nuova centralità del sistema delle autonomie locali."²

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

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

- coinvolgimento delle comunità locali, delle parti sociali e del terzo settore, nella individuazione dei bisogni di salute e nel processo di programmazione;
- garanzia di qualità e di appropriatezza;
- controllo e certezza dei costi;
- universalismo ed equità."³

Il Piano Sanitario Regionale 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."⁴

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

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

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

¹ E' questa la definizione dell'OMS

² Piano Sanitario Regionale 2005 - 2007 (di seguito PSR2005-2007) "1.1 Un piano per la salute"

³ Piano Sanitario Regionale 2005-2007 "3.3.1. Le Società della Salute"

⁴ *Ibidem*

1 Il contesto istituzionale e normativo

1.1 La Società della Salute di Firenze

La Società della Salute (SdS) di Firenze è un consorzio pubblico, costituito in data 26 Luglio 2004, secondo le previsioni del P.S.R. 2002-2004 (par. 2.2.7), tra il Comune di Firenze (51%) e l'Azienda Sanitaria di Firenze (49%) per l'esercizio associato delle funzioni di indirizzo, programmazione e governo delle attività socio-assistenziali, socio sanitarie, sanitarie territoriali e specialistiche di base di loro competenza, nonché, a regime, per la gestione integrata dei relativi servizi nell'ambito della zona-distretto.

Il Consorzio SdS, costituito ai sensi dell'art. 31 del D.Lgs. 267/2000, è strumento operativo degli enti associati, dotato di personalità giuridica pubblica e autonomia gestionale (art. 1, co. 2 Statuto).

La Società della Salute "ha come fine istituzionale la salute ed il benessere sociale e non solo l'offerta di prestazioni e ha come presupposto quello di favorire la partecipazione alle scelte in merito ai servizi socio-sanitari dei cittadini che attraverso le loro rappresentanze istituzionali e associative ne fanno parte" (PSR 2005-2007 par. 3.3.1).

In base all'atto di indirizzo regionale per l'avvio della sperimentazione delle SdS⁵, il processo di sperimentazione, di durata biennale, deve svilupparsi con la necessaria gradualità e, pertanto, nella fase di sperimentazione, l'attività del Consorzio riguarda esclusivamente le funzioni di governo del sistema sociale e sanitario, di orientamento della domanda e di allocazione delle risorse (art. 1, co. 3 Convenzione).

Nella fase sperimentale la gestione delle suddette attività continua ad essere assicurata dalle competenti strutture organizzative del Comune e dell'Azienda Sanitaria di Firenze.

Nel nuovo assetto istituzionale, la Società della Salute è subentrata al Comune e all'Azienda Sanitaria di Firenze nelle funzioni di indirizzo, programmazione e controllo in materia di assistenza territoriale che comprende le seguenti aree:

- Assistenza sanitaria territoriale
- Assistenza socio-sanitaria
- Assistenza sociale

La prima area è esattamente individuata nel DPCM 29.11.2001 che definisce i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) comprendenti tutte le prestazioni e le tipologie di assistenza sanitaria, garantite a titolo gratuito o con compartecipazione alla spesa, necessarie per rispondere ai bisogni fondamentali di salute dei cittadini, sia come singoli che come collettività.

I livelli di assistenza socio-sanitaria sono individuati nell'allegato 3 al Piano Sanitario Regionale 2005-2007, mentre il Piano Integrato Sociale Regionale 2002-2004 definisce gli ambiti dell'assistenza sociale⁶.

⁵ Approvato con Deliberazione C.R. n. 155 del 24.09.03

⁶ I livelli essenziali di assistenza sociale (LIVEAS), così come previsti dall'art. 4 della Legge Regionale n. 41/2005, sono individuati e garantiti dal Comune di Firenze - anche sulla base delle indicazioni contenute nel Piano Integrato Sociale Regionale - nell'aggiornamento del Piano Sociale di Zona per il 2004, approvato dalla Società della Salute di Firenze con deliberazione n. 6 del 20 novembre 2004.

La Società della Salute di Firenze opera attraverso i seguenti Organi:

- la Giunta (composta di 12 membri)
- il Presidente
- l'Esecutivo (composto di 3 membri)
- il Direttore
- il Collegio dei revisori dei conti.

Lo Statuto della Società della Salute, agli artt. 12 e 17, individua le rispettive attribuzioni degli organi deliberativi del Consorzio (Giunta ed Esecutivo) precisando che, in materia di servizi socio-sanitari territoriali, la Giunta assume le funzioni dell'Articolazione Zonale della Conferenza dei Sindaci, di cui all'art. 12 della L.R. n.40/2005.

La Giunta e l'Esecutivo della SdS sono, quindi, competenti ad approvare, tutti gli atti di natura non gestionale - precedentemente approvati dagli organi di governo del Comune (Consiglio e Giunta Comunale) o dal Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria - nelle materie di competenza del Consorzio, fatta eccezione per gli atti fondamentali del Consorzio, tra cui il PIS, che devono essere approvati dagli enti consorziati, previa adozione da parte della Giunta della SdS.

Il Direttore è l'organo che sovrintende alla gestione complessiva del Consorzio; per l'esercizio delle sue funzioni, si avvale di uno Staff di direzione che assicura il collegamento tra le strutture del Consorzio e le strutture interessate del Comune e dell'Azienda Sanitaria.

Negli ultimi mesi di attività, la Società della Salute si è data l'organizzazione di cui all'allegato prospetto, valorizzando, in modo particolare, l'apporto fornito dai gruppi di lavoro integrati (composti da personale del Comune e dell'Azienda Sanitaria, con la partecipazione di alcuni soggetti esterni) cui è preposta la figura di un Coordinatore di area e di un Referente con la funzione di raccordo con la Direzione del Consorzio.

Tali gruppi di lavoro hanno elaborato e condiviso tutti i programmi e i progetti di cui si compone il Piano Integrato di Salute.

1.2 Gli strumenti di programmazione in materia di salute.

L'attività della Società della Salute è impostata attraverso il Piano Integrato di Salute (PIS) che rappresenta lo strumento partecipato di programmazione integrata delle politiche sociali e sanitarie a livello di zona-distretto, nel rispetto della programmazione sovraordinata di livello regionale. Il PIS, inoltre, si coordina, attraverso i suoi progetti, con gli strumenti di programmazione e d'indirizzo locali e con gli strumenti amministrativi di competenza dei comuni nei settori che incidono sulle condizioni di benessere della popolazione.

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

1.2.1 Livello regionale

- Programma Regionale di Sviluppo
- Piano Sanitario Regionale (PSR), in raccordo con il piano sanitario nazionale ed i relativi strumenti di attuazione (art. 18 L.R. 40/05)
- Piano Integrato Sociale Regionale (PISR), in raccordo con il piano sanitario regionale (art. 27 L.R. 41/05).

La Regione opera per la progressiva unificazione delle disposizioni del Piano Sanitario Regionale e del Piano Integrato Sociale Regionale, individuando le procedure per il coordinamento delle politiche socio sanitarie con quelle degli altri settori regionali al fine di perseguire le politiche di cui all'articolo 6 (art. 18, co. 4 L.R. 40/05).

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

1.2.2 Livello locale

- Piani Integrati di Salute (PIS)
- Piani Attuativi delle Aziende Unità Sanitarie Locali (PAL), articolati in programmi annuali di attività per zona-distretto
- Piani Attuativi delle Aziende Ospedaliero-Universitarie (PAO)
- Piani di Zona (PdZ).

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

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

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

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

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

I Piani Attuativi Ospedalieri, infine, costituiscono lo strumento con il quale le Aziende Ospedaliero-Universitarie programmano le attività di propria competenza (art. 23, co. 1 L.R. 40/05).

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

- ad assicurare volumi di prestazione necessari, percorsi assistenziali integrati, l'accesso e la tipologica del ricovero
- a definire le modalità di accesso ed erogazione della specialistica ambulatoriale ospedaliera in un'ottica di continuità assistenziale nell'ambito di percorsi assistenziali integrati e condivisi.

1.3 Il procedimento di formazione del PIS

Il procedimento di formazione del PIS tiene conto della programmazione e degli atti fondamentali di indirizzo regionali e comunali, prevedendo momenti di raccordo e forme di rapporto con gli altri enti pubblici interessati e con le strutture di assistenza delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di promozione sociale, della cooperazione sociale e del terzo settore; la Giunta regionale elabora apposite linee guida per la predisposizione del PIS (art. 21, co. 6 L.R. 40/05).

La Giunta regionale ha approvato dette linee guida con deliberazioni 682/2004 e 827/2005, riservandosi di emanare successive linee guida per la predisposizione a regime degli strumenti della programmazione locale a valere per il 2006 e seguenti.

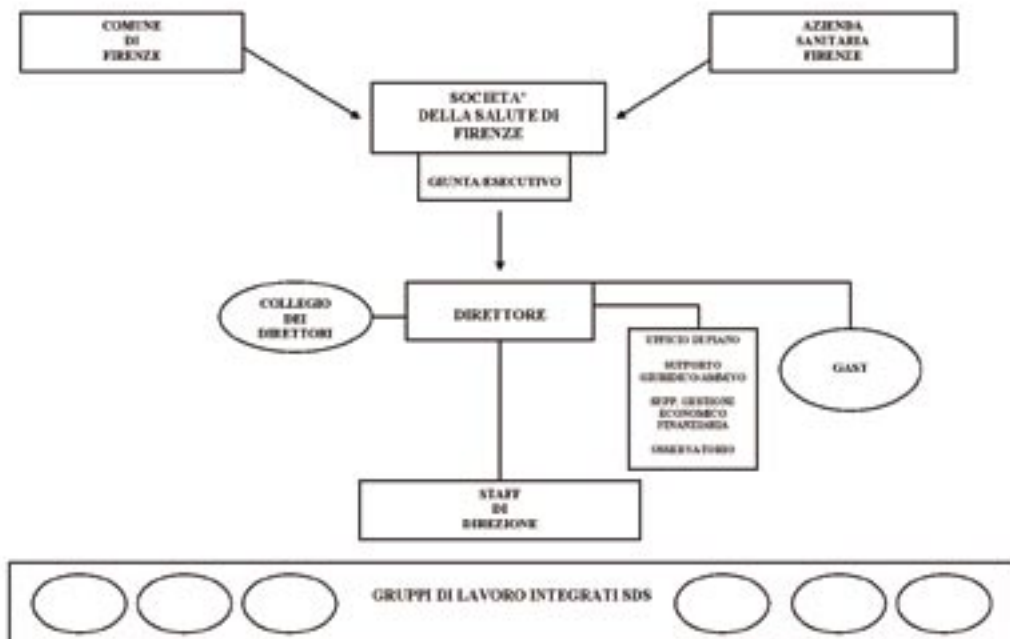
Nel caso di sperimentazione della Società della Salute, la competenza all'avvio e all'approvazione del PIS è attribuita all'organo di governo della medesima (art. 21, co. 7 L.R. 40/05).

Sulla base delle linee guida regionali, la Giunta della SdS, con deliberazione n° 12 del 28.09.2005, ha approvato gli indirizzi per la predisposizione del Piano Integrato di Salute, con cui si è avviata la fase di costruzione del PIS.

L'atto di avvio, in coerenza con le indicazioni regionali e gli atti costitutivi della Società della Salute, contiene:

- gli indirizzi per la predisposizione del PIS
- un'ipotesi di massima delle risorse messe a disposizione per la sua realizzazione
- il metodo di lavoro.

Una volta definiti in tutti i loro aspetti i programmi e i progetti di cui si compone il piano, è stato redatto il presente documento unitario da sottoporre, in quanto atto fondamentale del Consorzio, all'approvazione degli enti consorziati (Comune di Firenze e Azienda Sanitaria), previa adozione da parte della Giunta della SdS (art. 8 Convenzione SdS; art. 6, co. 2 Statuto consortile).



2 Il Piano Integrato di Salute di Firenze

2.1 La programmazione per obiettivi di salute e di benessere

Firenze, candidandosi alla sperimentazione della Società della Salute, ha scelto la sfida di operare per obiettivi di salute (intendendo per salute il benessere fisico, mentale e sociale): sfida per altro non eludibile. La "salute" infatti non può prescindere da una visione complessiva dell'insieme degli interventi da mettere in atto, perché si realizza infatti essenzialmente con azioni che agiscono sui determinanti non sanitari e con il coinvolgimento di tutti gli attori del territorio.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), attraverso la Carta di Ottawa⁷, ha individuato tre strategie fondamentali per la promozione della salute:

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

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

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

Nel maggio 1998 a Copenhagen gli stati membri dell'OMS Europa hanno aderito al documento *Health for All in the 21st Century* ("Salute per tutti nel XXI secolo") secondo il quale investire nella salute significa sviluppare risorse per la crescita sociale ed economica al fine di favorire lo stato di salute dei singoli e delle comunità.

Fra i 21 obiettivi l'Obiettivo 14 "Responsabilità multisetoriale nei confronti della salute" concentra l'attenzione sul diritto di molti nuovi partner a partecipare allo sviluppo della salute" ottenendo" anche una maggiore responsabilità per gli effetti delle loro azioni sulla salute. La valutazione dell'impatto sulla salute deve perciò essere applicato a qualunque politica o programma sociale ed economico, così come ai progetti di sviluppo che hanno probabilità di provocare effetti sulla salute."

Si tratta quindi di operare per una diffusione di una concezione della salute fondata sulla tutela dai molteplici fattori di rischio che la determinano (genetici, sociali, culturali, economici, ambientali), attraverso "la contaminazione" di tutte le politiche pubbliche che possono influire sui determinanti di salute.

⁷ La Carta è stata presentata al primo Congresso Internazionale sulla Promozione della Salute, riunitosi a Ottawa il 21 novembre 1986.

E' del tutto evidente, e non merita in questo caso un particolare approfondimento, l'importanza "strategica" delle politiche territoriali in relazione a tutti gli interventi. Non solo perché dall'organizzazione o dalla non organizzazione del territorio si trovano presupposti importanti della qualità di vita, ma anche perché nella stessa progettazione degli spazi metropolitani, per esempio, si determinano non solo i confini fisici, ma anche quelli sociali. "Un edificio pubblico, uno spazio che ospita un servizio sociale dovrebbe in qualche modo, anche fisicamente, dare l'impressione di un episodio maturato all'interno della vita quotidiana, come una realtà nuova che emerge dalla stessa routine e che, quasi a fatica, riesce a spezzare la monotonia della forma compatta, ripetitiva delle abitazioni, attraverso un intervento di portata minima, ma determinante dal punto di vista del risultato"⁸. Si tratta quindi non solo di organizzare le funzioni del territorio, ma anche attraverso la stessa progettazione degli spazi della città di qualificare con le costruzioni, con le piazze, con il verde i luoghi della "salute e del benessere" della popolazione, della qualità di vita che ne sostenga lo sviluppo.

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

Le parole chiave della programmazione per obiettivi di salute sono:

i bisogni In campo sanitario e sociale per bisogno si intende lo scarto tra ciò che esiste e ciò che è desiderabile in termini di stato di salute, servizi sanitari e risorse a disposizione. Possono essere diversi: di informazione-educazione, prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, assistenza infermieristica, supporto sociale, aiuto domestico.⁹

le opportunità I fattori che influiscono positivamente la salute, potenzialmente modificabili, quindi, non solo quelli connessi alle azioni degli individui, come i comportamenti e gli stili di vita benefici per la salute, ma anche fattori quali il reddito e la posizione sociale, l'istruzione, l'occupazione e le condizioni di lavoro, l'accesso a servizi sanitari adeguati e gli ambienti fisici. Rafforzare le opportunità è da considerarsi uno dei risultati di salute.¹⁰

l'accessibilità In termini generali indica la possibilità per l'utente di utilizzare un servizio. Nel campo della valutazione della qualità dell'assistenza, il termine va interpretato in funzione di almeno quattro parametri generali (tempo, luogo, quantità e costo), posta la condizione fondamentale del diritto di accedere ad una determinata prestazione e/o servizio. In questo senso l'accessibilità deve essere intesa come la possibilità del singolo utente (o di un gruppo omogeneo di utenti) di usufruire del servizio di cui ha bisogno nel tempo e nel luogo più opportuno, in quantità adeguata e nel limite delle risorse disponibili.¹¹

l'appropriatezza il grado in cui i risultati di un trattamento assistenziale risponde con piena efficacia e qualità, in condizioni di efficienza ottimali, ai bisogni espressi dalla persona;

⁸ Giovanni Michelucci, "Perché la scuola perché la periferia", in "la Nuova Città, n.2 novembre 1983, pag.7

⁹ Glossario Ausl di Modena, Sistema di Qualità

¹⁰ Ns definizione

¹¹ Socialinfo.it

la persona L'unità e centralità della persona nella sua identità individuale, è il riferimento per la progettazione e gli interventi a fronte della complessità e della diversificazione dei bisogni e delle opportunità che convergono nel sistema socio-sanitario¹²

la domanda La richiesta di servizi e prestazioni sociali, sanitarie e socio-sanitarie a seguito dell'espressione di un bisogno di salute unitario e complessivo della persona¹³

l'offerta L'offerta di servizi e prestazioni sociali, sanitarie e socio-sanitarie attraverso la ricomposizione delle esigenze oggettive di specializzazione e specificità dei servizi e delle prestazioni con le esigenze di coerenza, completezza e convergenza degli interventi sulla persona¹⁴.

l'equità L'equità riconosce che le persone non sono uguali fra loro, ed afferma che tutte hanno pari dignità, meritano rispetto e devono avere stessi diritti e pari opportunità di realizzazione.¹⁵

coinvolgimento della comunità locale Il territorio nelle sue comunità politiche, organizzative e gestionali, costituisce il centro del sistema anche nell'ottica della molteplicità dei soggetti "produttori di salute".

Nella programmazione per obiettivi di salute è quindi necessario che tutte le competenze siano messe alla pari ad affrontare un tema, al centro del quale ci sono "le persone" con tutto il loro bagaglio di aspettative. Ed è anche necessario che la programmazione sia "partecipata" cioè che le stesse persone, i familiari le risorse del Terzo Settore siano attori della programmazione. La contaminazione delle programmazioni deve essere biunivoca: in particolare nessun settore è titolare di una competenza superiore alle altre. La stessa valutazione di un problema, è interpretabile in maniera diversa a seconda di chi l'analizza, e in tutte le interpretazioni si ha una risposta parziale del problema: è forse la capacità di cogliere tutte le sfaccettature che può "ottimizzare" la risposta.

Le azioni del Piano Integrato coinvolgono tutti i protagonisti della programmazione e le forme di rappresentanza sociale e promuovendo l'integrazione delle diverse programmazioni sui singoli aspetti, lettura unitaria delle risorse economiche che sorreggono i vari interventi, valutazione dei risultati.

Questo Piano Integrato di Salute riconosce alla famiglia un ruolo trasversale, individuando azioni ad hoc nella maggior parte delle priorità elencate, dal sistema integrato anziani al sistema disabili, ai diritti dei minori, alla salute mentale, le tossicodipendenze, gli stili di vita sani, l'educazione alla salute, l'ambiente. Il sostegno alle responsabilità familiari, anche per le famiglie in crisi, non viene quindi visto come "politica di settore", quanto piuttosto il risultato di una molteplicità di interventi che ne riconoscono il ruolo di vero e proprio "attore di sistema".

¹² *Ns definizione*

¹³ *Ns definizione*

¹⁴ *Ns definizione*

¹⁵ *Glossario della Reti di Agende 21 Locali in Toscana*

2.2 Le interazioni con il Piano Strutturale ed il Piano Strategico

L'avvio del Piano Integrato di Salute a Firenze coincide con la fase di adozione del Piano Strutturale e la pianificazione del Piano Strategico.

Questa circostanza permette di approfondire le scelte strategiche di obiettivi di salute e benessere per la città in un quadro organico di scelte programmatiche, nel quale bisogni e opportunità sono presenti come costanti propulsive della programmazione.

Il PIS di Firenze si colloca pienamente nelle scelte strategiche della città operate con il Piano Strutturale ed il Piano Strategico, in un'ottica di complementarità intersettoriale.

Le scelte strategiche della città diventano quindi nei confronti della salute un tutto unico, in cui ambiente, sviluppo, servizi, tempo libero, tempo di lavoro costituiscono insieme l'infrastrutturazione sociale del welfare cittadino.

Le interazioni con il Piano Strutturale

E' ben noto come il rapporto tra piano urbanistico e Piano Integrato di Salute non sia facile. Una prima difficoltà nasce dal fatto che, da parte del pianificatore urbanistico, il riconoscimento che le cosiddette malattie della civilizzazione - malattie cardiovascolari, diabete, asma, depressione, ecc. - sono associate a particolari condizioni economiche, sociali, ambientali è abbastanza recente e non sempre ciò ha portato a comportamenti coerenti nelle varie sedi decisionali. Ben più recente, e ancora controversa anche in sede sanitaria, è poi l'accettazione che il grado di inclusione sociale è altrettanto importante del livello di reddito per i livelli di salute. Malgrado queste difficoltà, il "luogo", sia come concetto fisico che come concetto sociale, è ormai riconosciuto come un fattore determinante per la salute, anche se questo riconoscimento ha implicazioni non facili sui modelli di interpretazione teorica, e ancora più nella prassi politica, tecnica, scientifica e culturale sia del piano urbanistico che del piano socio-sanitario.

In effetti, la consapevolezza che il piano territoriale influenza la salute, il benessere e la qualità della vita degli individui e delle collettività in vari modi, sta entrando nei processi di decisione collettivi e, in particolare, in quelli politico-tecnico-amministrativi: la localizzazione, il dimensionamento, la dotazione e la qualità dei servizi individuali e collettivi (scuola, commercio al dettaglio, tempo libero, servizi sanitari e assistenziali, ecc.), la localizzazione delle imprese, l'organizzazione degli insediamenti e il loro sistema di relazione, la dotazione, l'organizzazione e la fruibilità degli spazi verdi, l'organizzazione delle infrastrutture di rete, l'uso e la disponibilità delle risorse fisiche e naturali, l'accessibilità e, naturalmente, l'inquinamento nelle sue varie forme sono i vari aspetti del piano urbanistico che hanno effetto sulla salute e sul benessere collettivo. In sostanza, la pianificazione del territorio e dei trasporti hanno una importante influenza sui determinanti di salute ed è molto difficile modificare i comportamenti individuali e collettivi dei cittadini senza intervenire anche sulle specifiche e localizzate condizioni economico-sociali e ambientali.

In Toscana, e in particolare a Firenze si avverte la necessità di un fattivo coordinamento tra i processi di decisione associati alla trasformazione e gestione del territorio e quelli associati al miglioramento della salute dei cittadini. Programmare il territorio per la sostenibilità è imprescindibile dal concetto di salute, così come programmare la salute non può prescindere dal concetto di territorio.

Il rapporto tra il PIS e il governo del territorio cittadino

Tradizionalmente, i campi in cui le questioni trattate in collaborazione dal programmatore socio-sanitario e dal programmatore urbano erano sostanzialmente due: la partecipazione dell'ASL alle Conferenze dei Servizi e agli Accordi di Programma; l'espressione del parere obbligatorio e vincolante su alcune categorie di piani e progetti edilizi.

Questo modello di coordinamento, sostanzialmente regolato da logiche giuridico-amministrative, non lasciava grandi spazi alla cooperazione, alla condivisione di saperi e interessi comuni, alla costruzione di strategie integrate e complementari tra i due ambiti di programmazione. Non a caso, questo modello col tempo ha dimostrato i propri limiti e si cerca di superarlo puntando sul coordinamento.

Oggi, la relazione tra pianificazione urbana e programmazione della salute è posta in modo diverso, e diventano importanti aspetti come il ruolo dato dal Piano Urbanistico (PU) ai determinanti sanitari e, scambievolmente, come il Piano Sanitario prende in considerazione i determinanti non sanitari; ci si interessa degli effetti delle scelte urbanistiche sulla salute e delle soluzioni date dal Piano Urbanistico ai vincoli, alle barriere e alle condizioni di salute. Diventano quindi importanti i quadri normativi di riferimento, gli arrangiamenti istituzionali, la raccolta, il trattamento e la diffusione delle informazioni, i processi di comunicazione e, in modo particolare, si pone l'accento sulla partecipazione diffusa, allo scopo di aumentare il coinvolgimento e la partecipazione degli operatori della salute nel processo di decisione associato alla pianificazione urbanistica e territoriale.

E' noto che, ai sensi della vigente legislazione regionale, il governo del territorio comunale si attua con strumenti diversi ancorché coordinati, ciascuno dei quali, pur avendo compiti e funzioni coerenti con gli altri, ha una propria autonomia e un proprio campo di azione. L'ambito del possibile coordinamento del PIS con la pianificazione territoriale comunale è quindi articolato, trovando diversa collocazione e riferimento a seconda degli strumenti di pianificazione o progettazione urbana con cui si interfaccia

Il governo del territorio della città di Firenze si attua attraverso il PRG (Piano Regolatore Generale), articolato nel Piano Strutturale e nei Regolamenti Urbanistici, e tramite i piani di settore. La diversa natura di questi strumenti dà un'impronta abbastanza precisa al coordinamento. Si possono infatti individuare almeno tre ambiti nei quali il PIS può interloquire efficacemente e con profitto con il PRG, al fine di aumentare l'efficienza e l'efficacia di questi strumenti per migliorare la qualità di vita e di salute di coloro che a Firenze abitano, lavorano e vengono in visita.

Il coordinamento con il Piano Strutturale

I campi nei quali si può esplicitare proficuamente la collaborazione tra il PIS e il Piano Strutturale (PS). Sono prevalentemente:

- la condivisione sull'interpretazione della realtà cittadina, con particolare riferimento soprattutto alle questioni di salute, e la condivisione degli obiettivi
- il contributo alla costruzione del Quadro Conoscitivo, per quanto riguarda i determinanti di salute e, scambievolmente, l'assunzione delle conoscenze del QC per quanto riguarda i determinanti non di salute
- i possibili intrecci tra le strategie del PIS e le strategie del PS
- la costruzione di strumenti e regole comuni o utilizzabili in collaborazione.

La condivisione sull'interpretazione della realtà cittadina e la condivisione degli obiettivi

La città di Firenze, sottolinea il Piano Strutturale, ormai é una città che più non risponde alle aspettative di coloro che la abitano o che, in varie forme, la vivono, inadatta e inadeguata all'evolversi e al fluire dei flussi di vita individuale e collettiva. Il Piano si addentra in questa analisi e, coerentemente, ne fa scaturire un sistema di obiettivi generali.

L'analisi è condivisibile e, sia pure con i diversi strumenti disciplinari, per molti versi si esprime tramite analisi e concetti complementari al PIS.

In particolare, è condivisibile l'obiettivo generale del Piano Strutturale, che riassume tutti gli obiettivi specifici del piano medesimo: *"Costituisce l'obiettivo generale il riallineamento della struttura fisica della città con la struttura economico-sociale della comunità che l'abita e la frequenta."*¹⁶

La Relazione generale del piano afferma: *"Questo obiettivo nel caso di Firenze diventa una necessità ormai improrogabile per l'allargarsi di una forbice insostenibile tra le aspettative e la struttura della città. È inevitabile peraltro che questa situazione determini alla lunga una condizione di impoverimento, andata avanti con un processo pressoché ininterrotto dall'inizio degli anni '80 ad oggi come fuga delle attività, fuga delle presenze produttive, fuga dei cervelli. La fuga dei cittadini rappresenta solo l'elemento più eclatante, con oltre un quinto della popolazione residente già sparito.*

*Il fine ultimo, all'interno del quale tutti gli obiettivi devono trovare una specificazione, è perciò questo: riadeguare il rapporto tra la struttura e la natura di Firenze, cioè tra la struttura della città e la realtà sociale, culturale, umana che la usa."*¹⁷

E' evidente dunque come l'obiettivo generale e gli obiettivi specifici del Piano Strutturale si raccordino profondamente con le tematiche affrontate dal Piano Integrato di Salute.

Programmare per "obiettivi di salute" comporta infatti, una messa in campo complessiva di tutti i determinanti di salute, sanitari e non; è evidente che agire attraverso i determinanti "non sanitari della salute" determina una capacità di risposta in grado di promuovere un miglioramento del benessere della popolazione con particolare riferimento alla tutela dei soggetti deboli.

Tenendo conto della scala in cui si colloca, questo piano affronta in modo appropriato per le strategie di salute anche le problematiche relative al sistema dell'ambiente, al sistema della mobilità ed al sistema della qualità urbana, tutti settori che hanno riflessi diretti sulla salute.

Il Piano Strutturale delinea poi gli obiettivi specifici che articolano l'obiettivo generale:

- 1) il coordinamento delle azioni di governo del territorio a livello di area vasta
- 2) L'inversione della tendenza al parossismo della mobilità
- 3) Il rilancio attraverso il decentramento, delle funzioni strategiche
- 4) La diffusione di un livello urbano nell'organizzazione degli insediamenti, anche come strumento per proteggere dalla congestione le parti di più antica urbanizzazione
- 5) lo sviluppo di un sistema di parchi e spazi verdi come nuovi importanti elementi della struttura e del paesaggio urbano
- 6) lo sviluppo di un'abitudine alla partecipazione, intesa come riappropriazione da parte dei cittadini del processo di trasformazione della città.

Tutti questi obiettivi specifici hanno impatto sui determinanti di salute e sul processo di decisione associato al PIS e, in quanto tali, sono condivisibili.

¹⁶ Piano Strutturale, Relazione Generale, pag.4

¹⁷ Piano Strutturale, Relazione Generale, pag.4

La questione quindi che si può porre al Piano Strutturale adottato non è tanto quella di ritrovarvi gli aspetti associati alle questioni della salute dei cittadini, quanto quella di dar loro una visibilità, un ordine e, soprattutto, una priorità nel complessivo sistema degli obiettivi del Piano che evidenzia chiaramente e renda esplicito che il perseguimento della salute dei cittadini è componente fondamentale nel processo di decisione associato al PS, ciò anche in allineamento delle indicazioni dell'OMS.

Il coordinamento con il Regolamento Urbanistico

Come è noto il Regolamento Urbanistico (RU) è lo strumento operativo tramite il quale si definiscono e si strutturano gli interventi urbanistici ed edilizi sul territorio e si stabiliscono le condizioni di operatività delle trasformazioni del territorio: è evidente che il RU è il campo d'azione più proficuo per il coordinamento tra PRG e PIS perché la natura dei due strumenti è più simile, tale da permettere un dialogo costante.

Un argomento di collaborazione che riflette la funzione comune dei due strumenti e, alla luce delle indicazioni dell'OMS, diventa sempre più pressante, è la costruzione di strumenti di valutazione e monitoraggio finalizzati alla salute, come la Valutazione Impatto Sociale (VIS) e la Valutazione Ambientale Strategica (VAS). Definire in collaborazione gli ambiti, le condizioni, le procedure di decisione associate a questi strumenti, nonché la costruzione di sistemi di monitoraggio alla scala urbana e sub-urbana, è particolarmente utile ai fini della costruzione di conoscenze comuni, della partecipazione e della reciproca coerenza delle decisioni che sono associate ai due strumenti.

Il RU del Comune di Firenze verrà redatto a partire dalla approvazione del PS. Vi sono quindi le condizioni per cominciare a costruire fin da adesso, insieme all'Assessorato competente, le modalità del coordinamento tra PIS e RU. Gli ambiti in cui si ritiene utile sviluppare questa collaborazione riguardano

- la collaborazione con la SdS nella costruzione del RU,
- l'organica collaborazione nella gestione sia del PIS che del RU.
- la costruzione di protocolli di valutazione e monitoraggio utili e funzionali a tutti e due gli strumenti, compatibilmente con le rispettive competenze o finalità

Si propone quindi la costituzione di un gruppo di lavoro comune che definisca gli ambiti e i contenuti del coordinamento e le modalità con cui verrà sviluppato.

Il coordinamento con i Piani di Settore

I Piani di Settore sono gli strumenti operativi per il governo del territorio della città. E' questa la sede in cui la collaborazione operativa tra PIS e governo del territorio diventa operativa dal punto di vista gestionale. Infatti il Piano Strutturale prevede il Piano di settore Sanitario come "strumento operativo". E' evidente in questo caso lo stretto legame fra il Piano Integrato di Salute ed il Piano di Settore Sanitario.

La LR 1/2005 prevede che i Piani di Settore "sono integrati da uno specifico elaborato nel quale siano evidenziate le risorse essenziali del territorio di cui si prevede l'utilizzazione, i relativi tempi e modalità, gli altri atti delle politiche di settore eventualmente interessati, le possibili sinergie e i parametri per il monitoraggio degli effetti"¹⁸.

¹⁸ LR 1/2005, art. 12, punto 1

Il Piano Integrato di Salute contiene anche uno specifico atto, denominato "Piano delle Funzioni" che verifica e quantifica (anche in rapporto agli investimenti in atto), in un'ottica di riorganizzazione, la rete dei servizi per stabilire un contatto più ordinato con l'utenza. Il Piano delle Funzioni è quindi primo elemento costitutivo del Piano di Settore.

Le interazioni con il Piano Strategico

Il PIS è in rapporto stretto anche con il Piano Strategico dell'Area Fiorentina, ed in particolare con i progetti previsti dall'Asse D "Migliorare la qualità urbana come risorsa per lo sviluppo".

Il Piano Strategico individua le emergenze sociali fondamentalmente nel processo di invecchiamento e nella forte immigrazione extracomunitaria. I dati della Relazione Sociosanitaria fanno emergere negli ultimi anni una nuova emergenza, costituita dal progressivo impoverimento di una parte della popolazione, con processi che, come noto, colpiscono anche lavoratori dipendenti, oltre le fasce dei pensionati. All'interno delle tematiche della povertà si inserisce anche la tematica della parte di immigrazione extracomunitaria, proveniente dalle aree deboli del pianeta. Vale la pena in proposito ricordare che la Carta di Ottawa individua "la pace, l'abitazione, l'istruzione, il cibo, un reddito" fra i pre-requisiti della salute.

In questo quadro molti degli obiettivi del Piano Strategico possono trovare nel PIS una interazione, in particolare con l'obiettivo D1 dell'Asse D "Migliorare la qualità dei servizi alla persona".

Il Piano Strategico accoglie e sviluppa le scelte strategiche operate in campo sociosanitario negli ultimi anni, in particolare nell'ambito delle politiche per la popolazione anziana individuando la necessità di "interventi adeguati, evitando nei limiti del possibile il ricovero e usando strutture che mantengano l'anziano nel suo ambiente di vita."

L'idea progetto D.1.4. "Una città a misura di anziano" trova in questo senso sviluppo e attuazione nel Sistema Integrato Anziani previsto dal PIS, che completa e sviluppa in progetti esecutivi la strategia di intervento proposta:

- miglioramento del servizio di assistenza domiciliare, con lo sviluppo dell'assistenza domiciliare integrata attraverso un rafforzamento della assistenza infermieristica territoriale ed un'effettivo e continuativo raccordo tra le due componenti (integrazione sociosanitaria);
- assegni di cura, soprattutto in relazione, nella fase iniziale del progetto anziani, al sostegno degli anziani in lista di attesa per le RSA
- l'avvio di un servizio di ricoveri temporanei durante tutto l'arco dell'anno e l'estensione della rete dei centri diurni ai quartieri non coperti da tale servizio, insieme al potenziamento dei posti disponibili.

Il Piano Strategico individua anche l'avvio di un piano di investimenti per la realizzazione di nuclei di mini-appartamenti destinati ad anziani autosufficienti con servizi integrativi di sostegno minimi. Su questo la Società della Salute, in relazione anche alle risorse regionali per gli investimenti sociali, intende promuovere progetti di carattere esecutivo.

Per quel che riguarda più in generale i servizi socio-sanitari, il Piano prevede anche il potenziamento in chiave metropolitana del Centro Unificato dei servizi di Prenotazione delle visite e delle analisi mediche (idea progetto D.1.7 "Sanità metropolitana"), progetto che trova rilievo nelle azioni di appropriatezza e contenimento delle liste di attesa.

È inoltre previsto un progetto di razionalizzazione della distribuzione dei farmaci con effetti sia sulla funzionalità dei servizi ospedalieri sia sul miglioramento delle condizioni di distribuzione a soggetti con particolare disagio come anziani e disabili (idea progetto D.1.6 "Farmaci veloci").

La questione dell'immigrazione pone particolari problemi di accoglienza, con interventi volti a favorire l'integrazione dei minori (tra i quali si registra un preoccupante aumento della criminalità giovanile), l'inserimento lavorativo degli adulti, e la disponibilità di alloggi (idea progetto D.1.1 "Una metropoli multietnica")."

Lo sviluppo del Piano Integrato di Salute consente inoltre di avviare una interazione con il Piano Strategico, anche alla luce dell'analisi dei bisogni e delle opportunità del nostro territorio. Emergono in questo senso nuovi bisogni, collegati essenzialmente al tema dell'impoverimento di una parte importante della popolazione, che pongono questioni importanti, come quelle collegate all'abitare e al mantenimento di una vita di qualità, tematiche centrali per il mantenimento di un buono stato di salute della popolazione.

Un altro elemento fortemente influente sullo stato di salute della popolazione è quello collegato alle opportunità del territorio, che sono quelle dei servizi accessibili, ma anche della presenza di una forte offerta di occasioni di svago, culturali, sportive. Proprio in merito a queste ultime la Società della Salute interagirà con i promotori delle varie iniziative per promuovere e perseguire i propri obiettivi. In questo senso richiama forte interesse l'obiettivo A1 "Rilanciare il ruolo di Firenze come centro di produzione culturale, di alta formazione e di applicazione delle nuove tecnologie ai beni culturali. Qualificare le funzioni di consumo culturale", gli interventi di riequilibrio delle funzioni a livello territoriale previsti dall'asse B, e gli interventi dell'obiettivo D2 "Migliorare la qualità dell'ambiente", fra i quali alcuni, ad esempio il D.2.3 "L'Arno e la rete dei parchi metropolitani - Il parco della Piana" offrono importanti suggestioni in un'ottica complessiva integrata di offerta di spazi importanti e qualificati per il tempo libero come infrastrutturazione sociale attraverso la "rete del verde".

3 Dispositivo di piano

3.1 Le strategie della programmazione

Il PIS conferma gli obiettivi già individuati nella proposta di sperimentazione della SdS di Firenze.

Questi obiettivi intendono promuovere

- una maggiore integrazione fra i settori di programmazione che si occupano delle varie categorie di “determinanti della salute” dei cittadini, per consentire la definizione di una strategia condivisa orientata agli “obiettivi di salute e di benessere” da conseguire;
- un nuovo ruolo di governo integrato per tutti gli interventi di sostegno alle persone (sociali, sociosanitari e sanitari) in ambito zonale;
- un pieno coinvolgimento dei cittadini e delle varie espressioni sociali, attraverso il coinvolgimento del Terzo Settore (Volontariato, Associazionismo, Cooperazione Sociale), e la concertazione prevista con le Organizzazioni Sindacali nelle modalità previste dal Piano Integrato Sociale Regionale, dal Piano Sanitario Regionale, dal Documento di Indirizzo per la sperimentazione della Società della salute;
- 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 determinanti di salute
- un modello di impiego delle risorse che sappia unire i punti di forza presenti nel Comune e nella 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 maggiore appropriatezza delle prestazioni e di razionalizzazione dell’uso delle risorse;
- 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.

3.2 Il processo di programmazione

3.2.1 La fase di avvio

L'avvio graduale del PIS, previsto dalle "Linee Guida per la realizzazione dei Piani Integrati di Salute"¹⁹ implica una fase nella quale il piano assume alcune tematiche come parte effettiva di programmazione, mentre altre attività, sulle quali comunque sono attivati gruppi di lavoro e approfondimento, fanno ancora riferimento alla programmazione preesistente dell'ASL e del Comune.

In questa fase il PIS di Firenze approva :

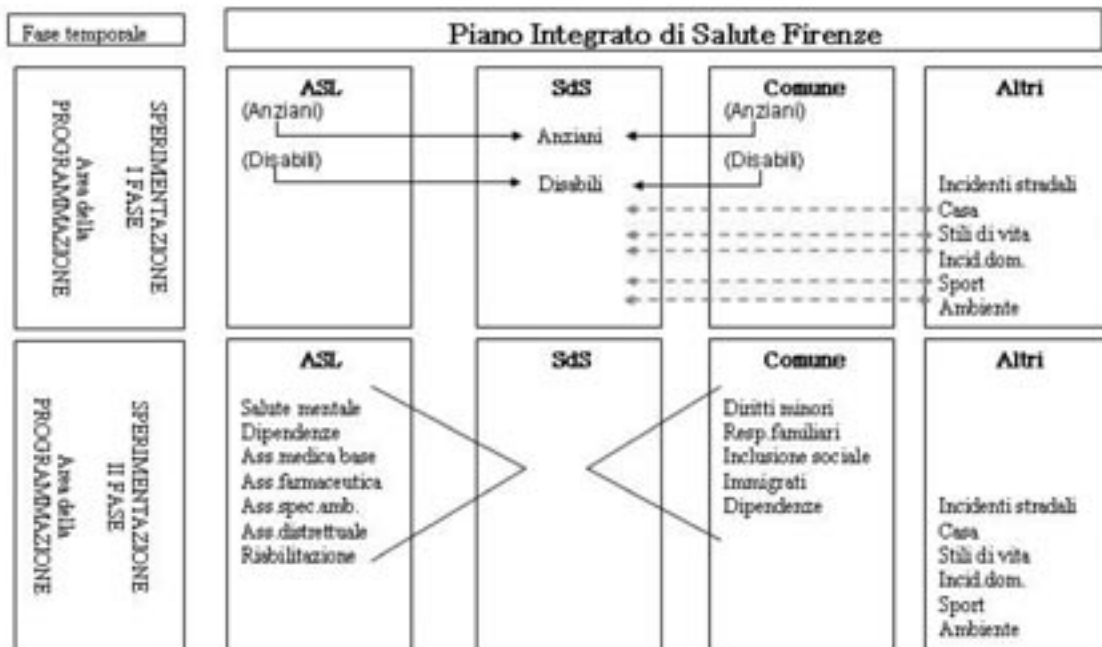
- le priorità della alta integrazione sociosanitaria previste al successivo punto 4.1 pag.30, individuate nel:
 - progetto di intervento relativo all'area anziani
 - progetto di intervento relativo all'area della disabilità
- il budget virtuale della Società della Salute di Firenze (Tabella 6 pag.101)
- il Piano delle Funzioni (punto 5 pag.97)
- i progetti speciali di cui al punto 4.6 pag.81
- le schede di progettualità relative a
 - gli obiettivi di integrazione di cui al punto 4.4 pag.57
 - gli obiettivi di salute e benessere di cui al punto 4.5 pag.64
 - gli obiettivi di riorganizzazione di cui al punto 4.7 pag.86

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

Il diagramma successivo illustra il processo programmatorio, indicando le aree prioritarie di intervento che già fanno riferimento al presente Piano e le altre aree, di competenza della SdS, per le quali permane la programmazione prevista dagli enti gestori e che confluiranno progressivamente nel PIS.

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

¹⁹ Delibera Giunta Regionale N.682 del 12-07-2004



3.3 Gli strumenti

Gli strumenti della programmazione sono:

- il Piano Integrato di Salute, che sostituisce sia il Programma Operativo di Zona, quale strumento di attuazione del Piano Attuativo Locale (PAL) a livello di zona-distretto, che il Piano Sociale di Zona.
- la Relazione Annuale sullo Stato di Salute che sostituisce, per quanto riguarda la zona-distretto, la Relazione Sanitaria della Azienda Unità Sanitaria Locale e la Relazione Sociale che comprende anche la Relazione Annuale sull'esito del PIS
- il Bilancio Preventivo Annuale e Pluriennale e Bilancio di Esercizio Annuale;
- il Budget Preventivo e Consuntivo, attraverso il quale si esercita il governo della domanda e della allocazione delle risorse;
- i patti territoriali tra, la SdS e altri soggetti pubblici e privati che partecipino all'attuazione del PIS.

3.4 Il processo di valutazione

Nel PIS è insito il concetto di valutazione.

La possibilità di reiterare il PIS alla scadenza o di migliorarlo in corso d'opera è infatti legata alla possibilità di valutarne i risultati in termini di raggiungimento degli obiettivi specifici di ciascuna azione, così come il relativo progetto li ha quantificati come risultati attesi, e la loro congruenza rispetto all'obiettivo finale del miglioramento della salute della popolazione.

Mentre la verifica dei risultati specifici dei progetti attuati è essenzialmente una operazione tecnica, quella relativa alla finalità generale del PIS è un processo che coinvolge soggetti tecnici e di governo, considerazioni tecniche e percezione dei soggetti di governo, amministratori e soggetti della partecipazione. Non si tratta di valutare soltanto i cambiamenti in termini di salute della popolazione intervenuti per effetto della realizzazione del PIS, cosa di per sé già non sempre facile, ma anche quali problemi siano rimasti irrisolti e perché, di quanto è variato il grado di integrazione informativa e operativa. Si tratta di realizzare una sintesi condivisa tra evidenze quantitative e oggettive espresse dagli indicatori di processo e di esito e l'espressione della soggettività collettiva in merito ai risultati di piano.

Il PSR specifica che la valutazione di effetto consiste nella costruzione di un "bilancio" fra effetti potenzialmente positivi ed effetti potenzialmente negativi. Il bilancio è realizzato sulla base di un set di indicatori specifici, volti a sorvegliare lo stato di realizzazione del Piano Integrato di Salute in termini di effetto sulla organizzazione dei servizi (indicatori di processo) e sulla salute e soddisfazione dell'utenza (indicatori di esito). Alcuni indicatori devono essere a carattere regionale, quindi in comune fra i diversi territori, altri indicatori possono essere individuati a livello locale per adattarsi alle esigenze specifiche.

Le Linee guida precisano che il processo di valutazione produce due documenti complementari:

- un **Report Tecnico** che, attraverso un confronto intersettoriale e interzonale, ha la funzione di migliorare l'integrazione professionale, strumentale e quindi, l'approccio tecnico alla programmazione integrata;
- la **Relazione sugli Esiti del PIS**, report di valenza politico-istituzionale, che è approvato dalla Giunta della S.d.S. confluisce, come parte distinguibile e integrata, nella relazione annuale, e conseguentemente, viene approvata anche dal Consiglio Comunale. La Relazione sugli Esiti del PIS è inviata dalla Giunta della S.d.S. alla Regione, alla Conferenza dei Sindaci di riferimento ed agli altri enti pubblici e privati che hanno partecipato all'attuazione del PIS;

La valutazione prevede che il fenomeno oggetto dell'intervento progettuale possa essere misurato in modo da evidenziare se si sono prodotti cambiamenti e se questi sono stati sufficienti rispetto alle aspettative; per fare questo si utilizzano indicatori in grado di descrivere il fenomeno e di misurarne i cambiamenti. La costruzione di tali indicatori deve essere contestuale alla definizione del progetto, poiché cercare delle misure quantitative a posteriori può rivelarsi estremamente complesso.

La verifica dei progetti di piano prevede due momenti estremamente importanti:

- una prima valutazione, relativa allo sviluppo dell'intervento progettuale, attraverso indicatori di processo;
- una valutazione finale dell'intervento, in termini di effetti prodotti sulla salute della popolazione, attraverso indicatori di esito.

Nella realtà può succedere che si possano costruire solo le misure di processo. Gli esiti infatti spesso sono difficili da misurare: un intervento seppure efficace può tradursi in miglioramento della salute solo a distanza di molti anni; oppure è inutile farlo. E' questo il caso, ad esempio, di un intervento come quello della vaccinazione per il quale è estremamente importante misurare la copertura vaccinale, mentre assume poco rilievo misurarne l'esito in termini di diminuzione della patologia legata alla vaccinazione e delle complicanze che da essa

derivano, poiché questi elementi sono legati all'efficacia del vaccino che si presume sia già stata sufficientemente testata e documentata.

Gli indicatori di esito e di processo sono delle misure quantitative correlate con gli obiettivi propri dell'intervento specifico ed esplicitabili con una formula riproducibile.

Una corretta utilizzazione degli indicatori è fortemente correlata alla implementazione del Sistema Informativo.

In questa fase viene fornita per il Sistema Integrato Anziani (allegato II) e per il Sistema Integrato Disabili (allegato III) una prima batteria di indicatori, che saranno successivamente ampliati e sviluppati, in relazione allo sviluppo del Sistema Informativo.

3.5 Gli attori

3.5.1 Il Comune

Il Comune di Firenze costituisce, insieme alla ASL, l'attore principale della SdS. Oltre alle competenze nelle attività sociali territoriali, che confluiscono nell'ambito del Consorzio, al Comune fanno capo le competenze relative all'urbanistica, all'ambiente, alla cultura, allo sport, alla casa, alla istruzione, alle attività commerciali, alla mobilità, alla polizia urbana ecc.

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

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

3.5.2 L'Azienda USL

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

La SdS concorda con il Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Unità Sanitaria Locale le modalità di integrazione delle attività del Dipartimento con il Piano Integrato di Salute, attraverso un atto annuale di programmazione, sulla base delle priorità individuate.

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

L'accordo annuale con i presidi ospedalieri prevede:

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

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

3.5.3 Le Aziende Ospedaliere-Universitarie

Nella città di Firenze operano l'Azienda Ospedaliera-Universitaria di Careggi e l'Azienda Ospedaliera-Universitaria Meyer.

In questo quadro è previsto un accordo tra SdS, Azienda Unità Sanitaria Locale e Azienda Ospedaliera per le discipline di base in relazione alla quota di fabbisogno riferita alla popolazione di riferimento.

Anche con le Aziende Ospedaliere-Universitarie l'accordo annuale prevede:

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

3.5.4 La Provincia

La Provincia è coinvolta per le materie di propria competenza, in particolare lavoro e formazione professionale.

In questo quadro assumono particolare importanza gli interventi di preformazione, di formazione e di integrazione lavorativa dei soggetti disabili e delle categorie svantaggiate: nell'ambito del Sistema Integrato Disabili si intende pertanto attivare uno specifico accordo su tale materia.

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, ecc.).

L'avvio del PIS permette inoltre di definire il sistema delle relazioni con l'Osservatorio Sociale Provinciale, nel quadro della implementazione della funzione dell'Osservatorio della SdS.

3.5.5 L'Università

L'Università di Firenze costituisce un partner importante della Società della Salute per il raggiungimento di obiettivi di salute.

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

In questo quadro, la rete universitaria è una risorsa fondamentale per la Società della Salute. Il rapporto con l'Università viene individuato con riferimento al complesso dell'attività di ricerca e di didattica dell'Ateneo Fiorentino.

L'Università assolve alcune funzioni insostituibili, tra cui:

- formazione avanzata
- ricerca, soprattutto ricerca di base
- gestazione di idee innovative

Nella fase di avvio del Piano Integrato di Salute alcune aree di ricerca e di didattica rivestono particolare interesse: Facoltà di Medicina e Chirurgia, Facoltà di Architettura, Dipartimento di Statistica, Facoltà di Scienze Politiche, Facoltà di Scienze della Formazione.
Il PIS indica come priorità la costruzione delle relazioni di sistema da instaurare con l'Università di Firenze attraverso accordi e protocolli che individuino spazi di collaborazione:

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

Riveste inoltre campo di particolare interesse, nell'ambito della integrazione dell'attività assistenziale, formativa e di ricerca tra Servizio Sanitario e Università la valutazione e la costruzione di specifici percorsi che, nella ottica della continuità assistenziale, permettano il raccordo e la proiezione in ambito territoriale di specifiche attività che fanno riferimento alle Aziende Ospedaliere-Universitarie.

3.5.6 L'Arpat

Nel quadro degli Obiettivi di Salute particolare importanza assumono quelli derivanti da azioni nei confronti dei determinanti ambientali. La situazione fiorentina presenta livelli di inquinamento dell'aria, che necessitano di particolare attenzione.

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

In questo quadro la SdS 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 l'Osservatorio della SdS;
- effettuazione delle analisi di laboratorio di rilievo ambientale e di prevenzione sanitaria collettiva.
- informazione, educazione e formazione in campo ambientale, con particolare attenzione alle tematiche di particolare interesse per la salute

3.5.7 Le ASP

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

La Regione Toscana con la legge n. 43/2004 recepisce e qualifica gli indirizzi normativi nazionali, insistendo su un ruolo attivo nelle ASP nel quadro di programmazione e di operatività locale.

Il Comune di Firenze ha da tempo concettualizzato il ruolo delle IPAB come poli tematici inseriti nella programmazione e attuazione delle politiche segnatamente della marginalità, della disabilità, degli anziani, e dei minori.

L'avvio della sperimentazione della SdS permette quindi la conferma della strategia del Comune ed evidenzia il ruolo delle ASP, come potenti poli di presidio del territorio, sia per la rilevazione dei bisogni (e loro trasformazione in programmi) sia di attivazione di politiche operative e di raccordo con le altre forze del territorio.

3.6 Il ruolo del Terzo Settore

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

In questo senso va interpretato quanto previsto dalla Legge Regionale 41/2005 art.2 (comma 3): "La Regione e gli enti locali, nell'ambito delle rispettive competenze, riconoscono e agevolano il ruolo che il volontariato, gli organismi della cooperazione sociale, le associazioni e gli altri soggetti privati senza scopo di lucro, operanti nel settore, svolgono nella organizzazione e nella gestione del sistema integrato."²⁰

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

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

Al punto 4.9 a pag. 94 viene inoltre affrontate il tema degli organismi di partecipazione della Società della Salute.

3.7 Le Reti di Solidarietà

A partire dalla fine del 2002 si è costituito il coordinamento cittadino delle Reti di Solidarietà. In tutti i quartieri fiorentini le Reti di Solidarietà hanno acquisito un importante livello di consolidamento nel territorio, di visibilità tra la popolazione, di capacità di incidenza e di risposta ai bisogni espressi dai cittadini. Le Reti si danno il comune obiettivo di intervenire sui bisogni delle persone in difficoltà, offrendo le possibili risposte coordinate alle richieste

²⁰ Il "Terzo Settore" ha trovato una definizione nel comma 4 dell'art. 1 della Legge 328/2000 che lo ha individuato negli organismi non lucrativi di utilità sociale, negli organismi della cooperazione, delle associazioni e negli enti di promozione sociale, delle fondazioni e negli enti di patronato, delle organizzazioni di volontariato, negli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese

dei cittadini. Nate prevalentemente per fornire supporto ai cittadini anziani che versano in condizione di disagio e di solitudine, in più di una realtà vanno incontro anche ad altre fasce di età e di utenza, a chi si trova in stato di bisogno, emarginazione, abbandono, rivolgendo l'intervento verso le problematiche afferenti il disagio in generale. Le Reti si qualificano come una parte della rete più generale, rappresentata dall'insieme degli interventi pubblici e privati, che il sistema attuale di welfare stende a tutela dei percorsi di protezione della cittadinanza. Obiettivo permanente è ottenere forme sempre più efficaci e condivise di coordinamento degli interventi che le varie forze del volontariato ed i servizi esprimono nel territorio, all'interno della comunità.

La SdS promuove il coinvolgimento delle Reti di Solidarietà nel sistema integrato di assistenza in particolare su:

- compagnia e accompagnamento
- aggregazione sociale e ricreativa
- acquisto farmaci
- spesa a domicilio
- aiuto nell'espletamento di pratiche
- informazioni su: diritti del cittadino, servizi pubblici, attività delle associazioni, occasioni e opportunità che offrono i quartieri

3.8 La concertazione con le Organizzazioni Sindacali

In forza di quanto indicato nell'Atto di Indirizzo Regionale, gli atti di indirizzo e programmazione sono soggetti alla preventiva concertazione con le Organizzazioni Sindacali firmatarie dei CCNL della sanità.

Pertanto la SdS opererà rapportandosi con i soggetti titolari della concertazione sindacale, rispetto agli obiettivi ed azioni da assumere nel PIS quale strumento di programmazione integrata delle politiche sociali e sanitarie del territorio.

Gli esiti della concertazione saranno sanciti da un verbale e/o un Protocollo di Intesa quale documento di riferimento per le scelte inerenti l'assunzione dei percorsi che potranno essere individuati dalla SdS.

Fermo restando che la SdS si è dotata di un Protocollo di relazioni sindacali siglato in data 21.9.2005 per il confronto sulle scelte e gli indirizzi, nel quale sono state definite le materie e modalità di concertazione e/o contrattazione, verranno stabilite, in attuazione di questo, le procedure di concertazione, in modo da allargare le pratiche di coesione sociale e di politica locale attraverso la valorizzazione del confronto.

Al fine di rendere ulteriormente efficaci le scelte e gli atti di natura programmatica, potranno essere attivati mirati tavoli di confronto su specifici percorsi che richiedono il coinvolgimento, per le competenze professionali, di ulteriori soggetti sindacali formalmente organizzati.

I sopra citati richiami, che tengono conto delle disposizioni in vigore relative alle relazioni sindacali, potranno essere estesi ed implementati qualora ritenuti necessari a seguito di aggiornamenti, integrazioni, modifiche, relative alle azioni previste dal PIS e/o ad atti ulteriori che potranno incidere sulla natura organizzativa inerenti le risorse umane.

Per qualsiasi ulteriori adempimenti si richiama quanto disposto dallo Statuto SdS per le attribuzioni in materia agli organi del Consorzio.

4 Dispositivo di piano

In relazione agli obiettivi del progetto di sperimentazione ed alle priorità rilevate dal Profilo di Salute si propone l'approvazione:

- dei progetti relativi alle priorità della alta integrazione sociosanitaria:
 - Sistema Integrato Anziani
 - Sistema Integrato Disabili

- dei progetti relativi alle altre aree della integrazione
 - Salute Mentale
 - Dipendenze
 - Progetti relativi ai diritti dei minori alle responsabilità familiari e a sostegno della natalità

- dei progetti relativi agli obiettivi di salute e benessere:
 - Ambiente e determinanti di salute
 - Progetti relativi al Contrasto delle Povertà
 - La strategia del progetto
 - Interventi finalizzati sul problema casa
 - Sport e salute
 - Incidenti stradali
 - Salute e carcere

- dei progetti speciali:
 - Screening colon retto
 - Scompenso cardiaco
 - Controllo ventilazione assistita
 - Vaccinazione antiinfluenzale e strategie di prevenzione della influenza aviaria
 - Codici DEA di bassa priorità (accessi al Pronto Soccorso per patologie non urgenti e accessi impropri)
 - Unità cure primarie
 - Il controllo e la cura del dolore come diritto del cittadino - Cure palliative
 - Odontoiatria

- degli obiettivi di riorganizzazione
 - Sistema informativo
 - Osservatorio socio sanitario della SdS
 - Procedure adozione atti SdS

- le linee strategiche della comunicazione

- la definizione del ruolo degli organismi di partecipazione

4.1 Le Priorità dell'alta integrazione sociosanitaria

4.2 Sistema Integrato Anziani - progettazione SdS

Nel 1951 la città di Firenze aveva una popolazione di 374.625 abitanti; 50 anni dopo la numerosità della popolazione è pressoché la stessa, 373.594 abitanti secondo i dati anagrafici. Se si guarda però la suddivisione della popolazione in fasce di età è evidente che vi è stato un cambiamento strutturale sostanziale: in mezzo secolo i minori di 0-14 anni sono diminuiti del 40% mentre, al contrario, gli ultra 65enni sono aumentati del 172% e gli ultra 75enni del 235%. In termini assoluti i ragazzi di 0-14 anni hanno subito una contrazione di 27.641 unità, mentre la popolazione anziana è aumentata di ben 59.000 unità.

Dopo il 1951 la popolazione fiorentina è aumentata fino a raggiungere il picco massimo nel 1971 di 457.083 abitanti, grazie non solo all'aumento degli anziani ma soprattutto a quello dei ragazzi sotto i 14 anni, figli del ben noto baby-boom degli anni 60. Dopo il baby boom la fecondità, che in una popolazione stazionaria dovrebbe assumere valori di poco superiore a 2 figli per donna, si è progressivamente ridotta registrando i valori più bassi del mondo.

Tabella 1 **Residenti a Firenze per anno e fasce di età**

Anno	0-4	0-14	15-64	65 e >	75e >	Totale
1951	20.653	68.215	271.994	34.416	14.404	374.625
1961	23.334	65.780	312.875	57.861	19.691	436.516
1971	26.997	82.354	302.193	73.256	26.080	457.803
1981	16.049	67.652	298.850	81.829	32.754	448.331
1991	12.469	40.020	274.624	88.650	41.152	403.294
2001*	14.007	39.290	241803	92.501	46.911	373.594
2004*	14.775	40.574	232.736	93.740	48.325	367.050

/*/ dati anagrafici

Parallelamente la durata media della vita si è allungata al di là di ogni più ottimistica previsione cosicché l'invecchiamento della popolazione è da qualche anno uno dei principali problemi del paese, sia per l'incremento in termini assoluti degli anziani che il peso sempre maggiore che hanno sulla popolazione.

Come mostra la tabella 1 il peso dei giovani sotto i 15 anni era nel 1951 doppio di quello degli anziani; mezzo secolo dopo la situazione è completamente ribaltata in quanto sono gli anziani ad avere un peso nella popolazione più che doppio rispetto a quello dei giovani sotto i 15 anni di età.

Tabella 2 **Composizione percentuale dell'età dei residenti a Firenze per anno**

Anno	0-14	15-64	65 e >	Totale
1951	18,2	72,6	9,2	100,0
1961	15,1	71,7	13,3	100,0
1971	18,0	66,0	16,0	100,0
1981	15,1	66,7	18,3	100,0
1991	9,9	68,1	22,0	100,0
2001*	10,5	64,7	24,8	100,0
2004*	11,1	63,4	25,5	100,0

/*/ dati anagrafici

Questi dati indicano da soli la dimensione e la complessità di queste problematiche che necessitano di azioni da un lato di sostegno alla natalità e dall'altro di sostegno alla popolazione anziana.

I dati esposti fanno emergere una considerazione: solo qualche decennio fa la società conosceva sostanzialmente solo due fasce di età: i minori e la popolazione attiva. Gli anziani presenti non avevano una rilevanza "sociale"; presenti e accuditi sostanzialmente dalle reti familiari. L'aumento della durata della vita, il conseguente progressivo aumento della numerosità degli anziani, il venir meno delle reti familiari di supporto fanno emergere quindi gli anziani come fascia di popolazione con rilevanza sociale, da cui consegue il diritto delle persone di invecchiare con una vita di qualità, anche nella fase in cui la vita diventa dipendente.

La situazione di Firenze, con una forte presenza di popolazione anziana e con un'aspettativa di vita fra le più alte in Toscana indica nella nostra città la presenza contemporanea di "opportunità" e "bisogni".

Le opportunità del territorio sono quelle collegate alla presenza di una forte rete di offerta di servizi, non solo sanitari e sociali, ma anche culturali, sportivi, commerciali, di svago ecc. nonché dalla presenza di una forte rete di associazionismo che fa degli stessi anziani "attori" di socialità nella città.

I bisogni sono quelli collegati alla popolazione anziana che è sola, che perde l'autosufficienza o entra nella fase di "fragilità", collegata sempre più non solo ad aspetti sanitari, ma anche economici per il progressivo impoverimento determinato negli ultimi anni dalla perdita di potere d'acquisto. I bisogni poi vengono aggravati dalla assenza della tradizionale rete di supporto familiare: ormai a Firenze la numerosità media delle famiglie è pari a 2,1.

4.2.1 La strategia del progetto

Sotto la denominazione "Sistema Integrato Anziani", sono da intendersi tutte le azioni, le iniziative, i servizi, le strutture che, programmate e governate dal servizio pubblico possono afferire a enti, istituzioni, soggetti diversi fino ad ora operanti in maniera a volte scollegata fra loro, agiscono in maniera integrata, unitariamente governata e unitariamente orientata a fornire risposte appropriate ai bisogni degli anziani. Risposte inserite in un quadro di risorse definito nel volume complessivo, ma senza rigidi confini al proprio interno.

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

- Tempo di vita: un'invenzione continua
- Gli interventi per gli anziani "fragili" o non autosufficienti
 - Le prestazioni e i servizi per la domiciliarità
 - Le prestazioni delle strutture residenziali

Il Progetto "Sistema Integrato Anziani" è contenuto nell'allegato II.

Di seguito si illustrano in maniera sintetica le azioni

4.2.2 Le azioni

4.2.3 Tempo di vita: un'invenzione continua

Target: tutta la popolazione anziana

Promozione delle occasioni di socializzazione, aggregazione, svago, adozione di stili di vita adeguati con l'obiettivo di prolungare l'autonomia delle persone anziane attraverso una vita di qualità, soprattutto con il contrasto dell'isolamento (anziani soli).

Sport

Una costante e moderata attività fisica favorisce il mantenimento di un buono stato di salute (ben note le prescrizioni in tal senso per la prevenzione di disturbi cardio-circolatori) e dello stato di benessere (altrettanto nota la produzione di endorfine in corso di attività fisica)

Fare sport in età geriatrica significa individuare la tipologia di sport adatta e le modalità di offerta della stessa, favorendo anche gli aspetti di socializzazione che alcune attività fisiche comportano.

In particolare si ritiene che la cosiddetta "ginnastica dolce" sia particolarmente indicata, e specialmente gradita alla popolazione femminile, come dimostrano le numerose richieste di questo tipo di attività da parte dei Centri Anziani. Il raggiungimento di tali finalità presuppone interventi rivolti direttamente alla popolazione interessata e la ricerca di una offerta di servizi con questi obiettivi, per raggiungere i quali è necessario il coinvolgimento di attori diversi che operano in modo integrato. Questi obiettivi vengono perseguiti da tutti i Consigli di Quartiere e queste attività vengono svolte nelle palestre scolastiche o, nel caso ad esempio del Quartiere 5 nelle micropiscine da esso gestite.

Anziani in movimento

Uno dei punti su cui si sta concentrando l'attenzione della medicina geriatrica, così come dell'economia sanitaria, è l'efficacia di programmi di prevenzione per la popolazione anziana attuati attraverso interventi di educazione alla salute. In letteratura, accanto a numerosissimi studi sull'efficacia dell'esercizio fisico *nella prevenzione delle malattie cardiovascolari*, sono emersi i risultati di esperienze di attività motoria mirata a gruppi di anziani con effetti significativi *nella prevenzione delle cadute, causa di frattura del femore*.

Un altro elemento significativo delle prestazioni a favore della popolazione anziana è il ricorso alla prescrizione di terapia fisica per disturbi, prevalentemente legati alla ridotta mobilità e sedentarietà, che potrebbero essere più efficacemente affrontati con programmi di attività motoria.

È presente infine la necessità di garantire una attività motoria 'di mantenimento' alle persone che hanno completato un percorso riabilitativo e che trovano difficoltà ad ottenere una risposta di stretta caratterizzazione sanitaria dai servizi di riabilitazione.

Questi elementi sostengono la necessità di intervenire con attività di educazione alla salute che inducano nella popolazione anziana comportamenti maggiormente ispirati ad un'attività motoria preventiva sia individuale che di gruppo. A tal proposito la pratica del "camminare insieme" con passeggiate nel verde urbano, permette di riappropriarsi delle proprie capacità psico-fisiche e di riscoperta della sfera sensoriale, di ricostruire percorsi di comunicazione e interessi nuovi, di rinsaldare rapporti sociali.

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

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

Cene

Istituire e sperimentare un servizio di erogazione pasti presso la mensa di Montedomini (in prospettiva estendibile anche ad altri presidi, a partire dal Quartiere 4 e 2) a quegli anziani che non sono in condizione di dover richiedere pasti a domicilio, ma per i quali anche la preparazione del pasto può costituire una difficoltà, anche per problemi economici. Il mangiare insieme ad altre persone costituisce anche occasione di svago e socialità.

Ballo

Per rimanere in buona salute è essenziale una buona qualità di vita.

Il ballo rappresenta una attività di tipo ricreativo socializzante, graditissima alle persone anziane, che contribuisce al mantenimento della vivacità e dell'allegria.

Rappresenta inoltre una grande risorsa per non far sentire gli anziani "troppo diversi" rispetto a come erano (quelli che ballano con piacere hanno sempre ballato). In poche parole continuano a fare una cosa che hanno fatto sin da giovani. E' dunque una azione che serve a limitare la sensazione dell'ostile trascorrere del tempo che costringe a mutare abitudini perdendo quelle più piacevoli.

Tutto questo con un modesto impegno di energie e di risorse economiche.

Orti sociali

Esistono attualmente, gestiti dai rispettivi Quartieri i cosiddetti "Orti Sociali" nella misura di alcune centinaia. Tali orti, le cui assegnazioni seguono criteri precisi in ordine a situazione economica, situazione familiare e stato di salute, rispondono a diverse esigenze quali:

- possibilità di dedicarsi ad una attività gradita che si svolge all'aria aperta e favorisce il movimento
- possibilità di essere inserito in un ambiente composto da altre persone che condividono interessi favorendo la socializzazione
- possibilità di produrre ortaggi e frutta che costituisce integrazione al reddito, contribuendo ad abbassare le spese per l'acquisto
- possibilità di donare i prodotti ad amici e parenti ponendosi dunque nella condizione di poter offrire ancora agli altri il prodotto del proprio lavoro ponendosi ancora come soggetto attivo.

Casa

La presenza di un altissimo numero di richiesta di alloggi, in relazione al numero di anziani, all'elevato numero di sfratti che riguardano la popolazione anziana, all'allentamento delle reti parentali e alla maggiore mobilità delle famiglie giovani, oltre alla sempre maggiore indisponibilità delle stesse a farsi carico direttamente dell'anziano. Necessità e opportunità di conservare per l'anziano condizioni di vita dignitose e soddisfacenti: l'anziano che può contare di vivere in una casa senza la preoccupazione di essere da essa allontanato vive meglio (nulla come stare in una casa propria fa mantenere l'attaccamento alla realtà e il gusto delle proprie abitudini che scandiscono la vita). Se si riesce a evitare o a ritardare il più possibile il ricovero dell'anziano si realizza certamente un risparmio di risorse economiche.

Vacanze anziani

Il servizio vacanze anziani si pone come obiettivo il miglioramento della qualità della vita degli anziani attraverso la prevenzione delle situazioni di isolamento e di disagio, offrendo idonee opportunità di svago, impegno, ricreazione ed aggregazione in un contesto nel quale il soggetto identificato come potenzialmente fragile si pone in rapporto con gli altri, sentendosi nel contempo libero di esprimersi e tutelato.

È un servizio organizzato dai Quartieri ormai da diversi anni, che si rivolge a pensionati o a persone in età pensionabile e che propone una vasta gamma di soggiorni estivi bisettimanali in rinomate località turistiche marine, montane e termali, con la formula del "tutto compreso" (viaggio A/R, pensione completa incluso bevande ai pasti, assistenza di un accompagnatore per gruppo).

L'Amministrazione garantisce ai soggetti economicamente più deboli un sostegno economico per permetterne la partecipazione mediante il pagamento di quote di contribuzione graduate in 5 fasce sulla base del reddito mensile netto percepito, prevedendo una detrazione per chi abita in affitto.

Podologia

La salute del piede assume grande rilevanza soprattutto per gli anziani, in quanto condiziona il benessere fisico di tutta la persona. Infatti, il piede della persona anziana è sinonimo di piede doloroso, per cui, nella valutazione delle sue condizioni fisiche generali, è opportuno un esame posturale-podologico. La cura del piede della persona anziana è importante perché i problemi podologici possono accrescere il rischio di perdita di autonomia della persona, in uno studio epidemiologico condotto a Dicomano (Istituto di Gerontologia e Geriatria ed I Fraticini) il 15% della popolazione ultrasessantacinquenne non esce di casa o lo fa per brevi tratti, in quanto impossibilitata ad indossare scarpe da passeggio. È stato calcolato che la risoluzione del dolore potrebbe ridurre del 15% circa la prevalenza di disabilità nella popolazione.

La risposta a questa patologia diffusa e limitante è affidata molto spesso ad iniziativa personale, ed assolta, ancora troppo frequentemente, da operatori non professionali, a livello artigianale (i cosiddetti callisti) a rapporto professionale diretto.

Il Centro Servizi Montedomini, che gestisce sedi distaccate in varie parti della città può svolgere un grande ruolo sociale nel settore, attivando una serie di ambulatori nel territorio, collegati ad un unico centro dotato di laboratorio centralizzato per la costruzione di ortesi e tutori mobili, da inserire nelle calzature personali. Il PRIM è già dotato, per i suoi scopi, di un tappeto elettronico con videocamera per l'analisi del passo, collegato ad un podoscan per l'analisi clinica dell'appoggio del piede, che potrebbe svolgere un servizio specializzato per tutte le strutture periferiche.

Odontoiatria geriatrica

Nell'ambito del progetto di cui al punto 4.6.8 a pag. 85, è prevista l'azione "Odontoiatria geriatrica".

Si prevede la costituzione di un ambulatorio in ambito RSA, visite, prestazioni in RSA, ricerca epidemiologica e la progressiva integrazione con ADI e Ospedali (riduzione trasporti sanitari)

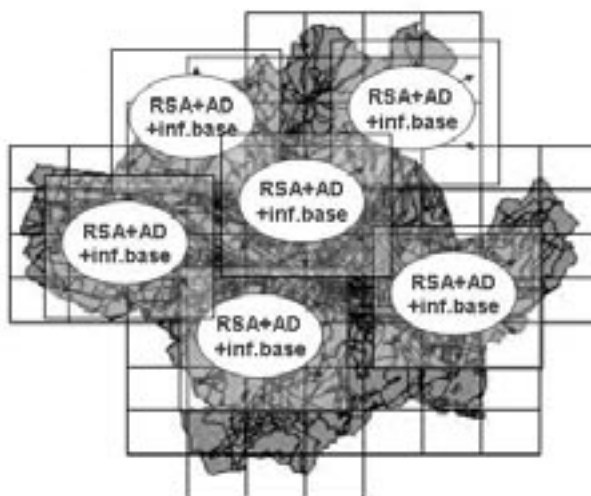
4.2.4 Gli interventi per gli anziani "fragili" o non autosufficienti

Target: la popolazione anziana "fragile" ed in condizione di progressiva perdita della autosufficienza; la popolazione anziana non autosufficiente.

Promozione di servizi ed interventi che supportino l'anziano in difficoltà a permanere nel proprio domicilio, anche attraverso supporti tecnologici (TELECARE), interventi sul domicilio, sviluppo di nuove forme abitative (Condomini protetti), sorveglianza attiva, assistenza domiciliare, centri diurni, assistenza infermieristica, pasti.

4.2.5 I servizi e le prestazioni per la domiciliarità

Global care L'integrazione dell'offerta a livello territoriale



Nell'ambito della qualificazione delle azioni di sostegno alla domiciliarità si intende promuovere l'offerta integrata di servizi a livello territoriale. La scelta è quella di organizzare, incentrando sui presidi pubblici e privati, l'offerta della residenzialità, l'offerta di assistenza domiciliare, di centri diurni, di servizi infermieristici di base. La dislocazione dei presidi nel territorio cittadino permette di ipotizzare una presenza nel territorio, in grado di ottimizzare la risposta in termini di "presa in carico totale" degli anziani. I SAD presidiano i percorsi di continuità assistenziale, il controllo della qualità delle prestazioni di assistenza domiciliare erogate nel territorio.

Si attua pertanto un decentramento nel territorio dell'offerta, auspicando anche la formazione di raggruppamenti di imprese nel settore. Si può prevedere la permanenza di un'offerta di assistenza domiciliare centralizzata gestita dai SAD nel caso che l'accreditamento delle strutture non permetta il presidio complessivo del territorio cittadino.

L'integrazione delle risorse e il decentramento favoriscono la crescita complessiva della qualità dell'offerta, attraverso percorsi che permettono di stabilizzare il personale operante nel settore.

L'offerta dei servizi e delle prestazioni del Global Care è gestita dalla Cabina di Regia, in rapporto con i percorsi definiti dalla microequipe di comunità.

Centri diurni

I Centri Diurni sono un servizio che si sta affermando come alternativa all'istituzionalizzazione residenziale. Sono rivolti a quei soggetti che per livello di autonomia e/o per la presenza di supporto familiare sono in grado di mantenere la permanenza presso il proprio domicilio ma che, durante le ore diurne, hanno bisogno di un forte, qualificato e continuativo punto di riferimento assistenziale, educativo e/o sanitario. Le strutture di riferimento a tal scopo sono differenziabili in tre tipologie principali:

- Centri Diurni per anziani non autosufficienti;
- Centri Diurni per malati di Alzheimer;
- Centri Diurni per anziani fragili (anziani autosufficienti o parzialmente tali, in condizioni di disagio e a rischio di perdita dell'autonomia)

Potenziare la rete dei Centri Diurni sull'intero territorio cittadino, anche in rapporto con il Global Care e promuoverne l'utilizzo, con particolare riferimento ai Centri Diurni per anziani fragili aperti di recente dal Comune.

Apertura Centro Diurno per anziani non autosufficienti presso la RSA La Chiocciola (gestione ASL).

Completamento e apertura Centro Diurno Alzheimer presso Montedomini.

Incentivare una maggiore apertura dei Centri al territorio di riferimento, tramite la possibilità di accesso ad alcuni servizi (pasti, podologia, lavanderia, bagno assistito, socializzazione, ...) anche da parte di anziani non iscritti.

Assistenza domiciliare sociale

Il servizio ha lo scopo di prevenire e rimuovere le cause che limitano l'autonomia della persona e mirano a mantenerla nel proprio ambiente di vita, con l'obiettivo di limitare/rimandare processi di istituzionalizzazione o emarginazione e di sostenere l'azione di cura della famiglia. L'intervento di Assistenza Domiciliare si articola in una gamma di prestazioni assistenziali programmate mirate a:

- cura alla persona nelle sue funzioni quotidiane;
- aiuto all'anziano nell'accudimento dell'ambiente domestico dove vive;
- disbrigo di pratiche, acquisto di generi alimentari e accompagnamento dell'individuo a visite mediche, centri ambulatoriali, ecc.;
- aiuto alla persona nelle pratiche di riattivazione funzionale o riabilitative su indicazione di figure professionali competenti;
- realizzazione, in alcuni casi, ai fini di migliorare la qualità della vita degli anziani, di interventi di risanamento ambientale, con pulizia a fondo e/o piccole riparazioni nei locali dell'abitazione.

L'effettivo perseguimento degli obiettivi di politica sociale rivolti alla domiciliarità necessita di un ripensamento dei servizi a ciò dedicati, che valorizzi esperienze e buone prassi maturate in modo non uniforme e condiviso nei vari quartieri.

Il progetto di riorganizzazione dei servizi di assistenza domiciliare intrapreso negli ultimi anni va in questo senso e intende promuovere la realizzazione di un'effettiva rete di servizi per la domiciliarità, articolata territorialmente come descritto nel Global Care.

Il Pronto Sociale Domiciliare

Nell'ambito del servizio di assistenza domiciliare si è consolidato negli anni in alcuni Quartieri un servizio di Pronto Sociale Domiciliare, che interviene in situazioni di emergenza o urgenza sociali, sia tramite l'azione diretta degli operatori comunali del SAD, sia eventualmente tramite l'attivazione, da parte dello stesso SAD, di risorse e servizi esterni.

Si propone di orientare il Pronto Sociale anche sul percorso di continuità assistenziale Ospedale-Territorio, con riferimento a pazienti soli o con familiare anziano con conservata sufficiente autonomia nel proprio domicilio (Bisogno semplice) e a pazienti con perdita di autonomia parziale o totale, già precedente al ricovero, o aggravata dall'evento clinico acuto sopraggiunto (Bisogno complesso).

Aiuto Anziani

Firenze attua, ormai da diversi anni, un programma di interventi nel periodo estivo rivolti alla popolazione anziana denominato "Aiuto Estate Anziani".

E' un servizio di "sorveglianza passiva" in risposta alle situazioni di emergenza sociale, rivolto agli anziani, con particolare a quelli che vivono in condizioni di solitudine e attivabile tramite un apposito numero verde.

Rilevato il significativo successo che il servizio Aiuto Estate Anziani ha ottenuto nell'estate appena passata, riuscendo a dare risposta adeguata alle più svariate necessità degli oltre 450 anziani che, trovandosi in una situazione di momentanea difficoltà, hanno contattato il numero verde del servizio, la Società della Salute si è proposta di giungere a un consolidamento degli interventi di sorveglianza e supporto predisposti per il periodo estivo, decidendo di proseguirli in via sperimentale fino al mese di marzo del 2006, allo scopo di valutarne la completa estendibilità a tutto l'anno, trasformando pertanto il servizio Aiuto Estate Anziani in un servizio denominabile Aiuto Anziani.

Sorveglianza attiva Anziani

Collegato al servizio Aiuto Estate Anziani, nelle ultime due estati è stato predisposto, secondo le linee guida regionali e nell'ambito di un più complessivo progetto di interventi estivi in favore degli anziani, un servizio di sorveglianza attiva in favore di quegli anziani ultrasettantacinquenni la cui condizione di rischio viene segnalata dai Medici di Medicina Generale e dai servizi territoriali. La sorveglianza attiva si è realizzata tramite un monitoraggio telefonico costante e tramite l'attivazione di servizi di supporto o dei presidi di emergenza in caso di bisogno.

Anche in questo caso, in riferimento a quanto già prospettato dal Piano Sanitario Regionale, è all'ordine del giorno una valutazione, in raccordo con la Regione, circa opportunità ed eventuali modalità di estensione del servizio al resto dell'anno

Assistenza Infermieristica Domiciliare

Il sottosistema delle cure domiciliari è inserito all'interno delle cure primarie ed ha come nucleo operativo la microequipe multidisciplinare costituita dal medico di famiglia, l'assistente sociale e l'infermiere.

Rappresenta un settore di sviluppo per nuove strategie assistenziali verso:

- Grandi Anziani
- Anziani Fragili
- Pazienti affetti da malattie croniche

Nell'ambito dello sviluppo del sistema di cure domiciliari si ipotizza una diversa organizzazione del sistema dell'assistenza infermieristica domiciliare per fornire risposte articolate sulla base dell'intensità assistenziale della domanda.

1. Bassa intensità assistenziale

Prestazioni sanitarie semplici, occasionali e/o ripetute nel tempo a pazienti stabili.

Le prestazioni infermieristiche domiciliari richieste a questo livello sono:

- prelievi venosi.
- medicazioni semplici di lesioni cutanee
- somministrazione di terapia per via intramuscolare e sottocutanea
- aiuti nei bisogni di base (eliminazione, alimentazione, movimento etc)
- gestione alimentazione enterale
- gestione delle stomie

e fanno riferimento ad un volume di attività pari al 50% circa delle prestazioni oggi effettuate dal servizio infermieristico domiciliare.

2. Media intensità assistenziale

Preso in carico dei pazienti con bisogni assistenziali complessi che necessitano di un piano integrato e realizzazione del monitoraggio delle malattie croniche attraverso *follow-up* e attività di *self management*.

Le prestazioni infermieristiche attribuibili a questo livello sono:

- medicazioni complesse di lesioni cutanee
- gestione di accessi venosi centrali e periferici
- somministrazione terapia endovenosa
- gestione nutrizione parenterale
- gestione stomie
- educazione all'auto cura
- orientamento care-givers
- monitoraggio parametri indicativi di stabilità-instabilità della malattia

il volume di attività costituisce meno del 50% delle prestazioni effettuate dal servizio infermieristico domiciliare

3. Alta intensità assistenziale

A questo livello viene garantito il percorso di cure continue per i pazienti affetti da malattie croniche-progressive in fase avanzata presi in carico dal team multidisciplinare che, sulla base del piano di assistenza condiviso con il Medico di Famiglia, garantisce la continuità delle prestazioni mediche e infermieristiche.

Le prestazioni infermieristiche oggi garantite fanno riferimento all'assistenza generale al paziente oncologico in fase terminale e al supporto alla famiglia.

I percorsi di riabilitazione territoriale

Le attività sanitarie riabilitative territoriali, si rivolgono ad anziani in condizioni cliniche stabilizzate in fase acuta o sub acuta (tali da non richiederne l'ospedalizzazione) con disabilità complesse. Esse costituiscono un sottosistema delle Cure Primarie formato da Professionisti Medici Specialisti (geriatri, fisiatri, neurologi, ortopedici) e da Professionisti Sanitari della Riabilitazione (fisioterapisti logopedisti, educatori professionali) i quali programmano la "presa in carico" dei pazienti con disabilità attraverso la formulazione in equipe di un "Progetto Riabilitativo Individuale" con obiettivi definiti. La valutazione multiprofessionale dei bisogni che costituisce il primo momento nella programmazione del PRI può far emergere condizioni di bisogno che richiedono il coinvolgimento sinergico di altre agenzie sanitarie (servizio infermieristico territoriale), sociali e/o assistenziali presenti nel territorio.

Queste attività rappresentano un settore in sviluppo che affianca la microequipe per migliorare le abilità dei pazienti con disabilità, (quando compatibile con la condizione clinica), per facilitare i processi assistenziali anche attraverso gli ausili (assistenza protesica), per garantire il *self management* con istruzioni e soluzioni tecniche che coinvolgono la famiglia o il *care giver*.

I Presidi Ambulatoriali di Riabilitazione presenti in tutti e cinque i Quartieri di Firenze, sono parte della rete integrata dei Presidi di Riabilitazione (Ospedalieri e territoriali) e costituiscono con le loro attività un nodo significativo dei percorsi riabilitativi nella continuità assistenziale ospedale territorio nelle patologie disabilitanti acute e progressive degli anziani.

La recente approvazione della D.G.R 595/05 "Percorso assistenziale per le prestazioni di medicina fisica e riabilitazione (allegato 2b, DPCM 29 novembre 2001). - Percorso assistenziale per le prestazioni di riabilitazione ambulatoriale", che definisce i LEA e riorienta nel SSR questo settore di attività, pone come obiettivo dal primo gennaio 2006,

l'applicazione della Delibera stessa con il monitoraggio degli effetti. In questo indirizzo si propone lo sviluppo dell'approccio per percorsi assistenziali riabilitativi, affiancando a quelli già in essere (ictus, frattura di femore, parkinson) anche altre condizioni significative quali le disabilità conseguenti all'artrite reumatoide e alla sclerosi multipla al fine di facilitare l'accesso e l'appropriatezza della risposta.

Servizi di supporto alla domiciliarità

Garantire la permanenza a domicilio delle persone con limitata autonomia significa non solo coprirne le necessità assistenziali intese in senso stretto (necessità sanitarie, aiuto nella movimentazione, cura della casa, igiene personale), ma anche offrire soluzioni che rispondano a bisogni base, di natura più ordinaria, ma comunque fondamentali per la sopravvivenza e il mantenimento di condizioni dignitose.

Pertanto, la gamma di servizi offerti non può limitarsi ai solo servizi di valenza assistenziale (ad esempio, assistenza domiciliare e centri diurni), ma occorre prevedere anche risorse integrative, magari collegate da un punto di vista organizzativo e gestionale, che forniscano supporti anche in merito ad aspetti quali l'assunzione di pasti, la cura estetica, la lavanderia,

Garantire la continuità del servizio di consegna pasti a domicilio.

Garantire la continuità del servizio di consegna pedicure a domicilio.

Sostegno al ruolo assistenziale autonomo delle famiglie

La forte e crescente incidenza della popolazione anziana sul territorio fiorentino e il costante e progressivo innalzamento dell'età media e dell'incidenza delle disabilità collegate all'età stanno producendo importanti conseguenze sulle politiche pubbliche in favore della terza età, sempre più orientate a sostenere lo sviluppo di quei servizi integrativi delle risorse personali e familiari tesi a rispondere, nel modo più appropriato, alla gamma di bisogni di tale fascia di popolazione, con l'obiettivo di favorire il mantenimento dell'anziano presso il proprio domicilio e nel proprio ambiente, prevenendo il ricorso inappropriato a servizi sostitutivi (quali quelli residenziali).

In tale quadro, le politiche di prevenzione e cura in favore dei cittadini anziani devono mirare al perseguimento di alcuni fondamentali obiettivi assistenziali, particolarmente orientati a favorire il più a lungo possibile un'adeguata permanenza della persona anziana fragile o non autosufficiente presso il proprio domicilio, fornendo i mezzi integrativi alle perdite funzionali e intervenendo a sostegno delle famiglie, anche quando le stesse sono in grado di organizzare da sole le attività di cura, con particolare riferimento al ruolo degli Assistenti Familiari.

Telecare

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

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

In tale ottica, è stato istituito un sistema globale denominato Firenze Telecare (predisposto in collaborazione con Montedomini e affidato alla gestione della stessa IPAB), che, sfruttando le potenzialità offerte dalle nuove tecnologie della comunicazione, arricchisce le tradizionali funzioni di teleassistenza/telesoccorso (monitoraggio programmato delle condizioni psicofisiche dell'utente e risposta alle richieste di aiuto e alle segnalazioni di emergenza) con funzioni innovative quali il teleconforto (possibilità di contatto audio-video con la centrale operativa; di collegamento con servizi specialistici; di accesso ad eventuali servizi di supporto; di videoconferenza con la rete familiare o amicale; di diffusione informazioni in rete; ecc.) e la

telemedicina (sorveglianza medica, ad esempio, in ambito cardiologico e respiratorio). In tale contesto, assume particolare rilevanza anche la possibilità di sperimentare interventi di Telemedicina. A tal proposito, è di imminente sperimentazione un progetto sul controllo a distanza dello scompenso cardiaco.

Centro ascolto Alzheimer

Per gravità e diffusione, la demenza può essere considerata una vera e propria malattia sociale, con un'incidenza di oltre il 6% sul totale della popolazione ultrasessantacinquenne.

In considerazione del forte impatto sociale della malattia e della crescente necessità di supportare le famiglie coinvolte nel loro compito assistenziale, nell'ambito del Progetto Sperimentale Alzheimer, nel dicembre 1999 è nato, grazie alla collaborazione tra Amministrazione Comunale e Associazione Italiana Malattia di Alzheimer (AIMA), un Centro di Ascolto per familiari di malati di Alzheimer. Il Centro costituisce un punto di riferimento per informazioni, orientamento, consulenza e sostegno per tutte le problematiche connesse alla malattia. Il Centro assicura informazioni specifiche sulla malattia e sulla cura della persona, orientamento e contatto con la rete dei servizi sociosanitari, consulenze (generiche, mediche e legali), supporto per pratiche invalidità e altri servizi di supporto vari attinenti alle problematiche connesse alla malattia. Ogni anno fanno riferimento al Centro e fruiscono dei relativi servizi oltre 1.000 famiglie.

Inoltre, tramite la struttura del Centro d'Ascolto, l'AIMA collabora con i servizi pubblici al fine di sviluppare processi d'informazione e formazione del personale e progetti e iniziative sperimentali nel campo della ricerca e dei servizi.

Qualificazione assistenti familiari

Il bisogno di aiuto domiciliare da parte degli anziani e delle persone non autosufficienti in genere è in costante aumento. Dunque aumenta anche la domanda del lavoro di cura che può essere effettivamente offerto da lavoratori disposti ad orari lunghi e/o alla convivenza con l'anziano fragile o non autosufficiente, tra i quali hanno un peso rilevante i cittadini stranieri extracomunitari.

Recenti rilevazioni su dati INPS sulla provincia di Firenze registrano oltre 8.000 collaboratori domestici, di cui circa i 2/3 stranieri. E' immediato immaginare che gran parte di tali lavoratori svolga attività di care nei confronti di persone non autosufficienti presenti nelle famiglie presso cui prestano servizio.

E' noto che una consistente parte del bisogno assistenziale degli anziani non autosufficienti trova risposta - spesso in assenza del coinvolgimento dei servizi territoriali, restando nell'ambito della capacità di autoorganizzazione delle famiglie - nel lavoro di cura in favore di anziani non autosufficienti svolto privatamente da collaboratori domestici.

Nella consapevolezza dell'importanza (in termini di diffusione e di risultato) del ruolo dei cosiddetti Assistenti Familiari, occorre qualificare e far emergere questa figura professionale, anche al fine di integrarla e collegarla in modo più efficace alla rete dei servizi.

L'obiettivo è di qualificare il lavoro svolto da cittadini, nella gran parte dei casi immigrati, in favore delle persone anziane non autosufficienti e consistente nell'espletamento delle attività di *care* connesse alla vita quotidiana e domestica, attività che spesso si realizzano in regime di convivenza. Tale azione si rende necessaria anche per promuovere e sostenere l'integrazione di tali figure con la rete territoriale dei servizi assistenziali, in coerenza con le attuali politiche pubbliche per la domiciliarità.

4.2.6 Le prestazioni delle strutture residenziali

Target: tutta la popolazione anziana non autosufficiente

Riorganizzazione dell'offerta di residenzialità protetta, con integrazione a livello territoriale dei servizi di assistenza domiciliare, attraverso l'integrazione degli attori del sistema.

La numerosità dei posti in RSA per anziani è confermata nell'1,6% della popolazione anziana, pari a 1.500 unità.

Il mantenimento di questa numerosità (1.500 posti per 65enni), in relazione all'aumento delle persone anziane, è fortemente condizionato da interventi domiciliari con alto contenuto assistenziale che assicurino appropriatezza nei ricoveri in RSA e qualità di servizi per le persone non autosufficienti che restano nel proprio domicilio.

Riabilitazione - Il Polo Geriatrico

La DGR 111/2003 ha autorizzato un progetto di riorganizzazione di alcune attività di geriatria nella Asl fiorentina, dando vita ad un "polo geriatrico" di continuità assistenziale, con la partecipazione della Asl 10, del Comune di Firenze, dell'ex INRCA-Ospedale I Fraticini e di Montedomini. La delibera richiama anche una serie di accordi precedenti, finalizzati alla collaborazione dei soggetti citati nel settore della gestione integrata delle risorse, dell'assistenza socio-sanitaria e della formazione. Elemento portante della delibera, in linea con i principi costitutivi della Società della Salute, è la predisposizione di un continuum riabilitativo che riunisce più enti in un sistema di cure progressive e garantisce, nella invarianza della spesa complessiva, un aumento medio del percorso di circa 13 giorni. Il progetto è stato realizzato con la trasformazione di 30 letti di riabilitazione ospedaliera presso l'ex INRCA-Fraticini in 40 letti riabilitativi extraospedalieri.

Con la definitiva uscita dell'Inrca dal territorio ed il passaggio delle sue attività e beni mobili alla ASL 10, si rende necessario dare nuovo impulso al progetto, rivedendo i rapporti convenzionali. Prendendo spunto dal riassetto in corso nel territorio per la riabilitazione ospedaliera ed extraospedaliera, il progetto di "polo geriatrico" pubblico riveste un particolare significato sperimentale anche in tema di conduzione tecnica ed amministrativa dei servizi. Il polo pubblico, meno vincolato da sistemi prospettici di finanziamento, può creare un monosistema di gestione di servizi internamente articolati sulla base differenziale del loro livello di assorbimento di risorse, senza soluzione di continuità e senza trasferimenti di competenza, professionale ed amministrativa. Un "sistema" dinamico e flessibile, in grado di intervenire sul "rischio disabilità" dalle fasi acute della malattia fino all'integrazione con i servizi territoriali, ma soprattutto in grado di superare l'attuale mal funzionante modello di rete integrata, sostanzialmente ancorato alla logica della molteplicità degli enti erogatori.

Con la creazione del polo, un paziente geriatrico, inteso come portatore di malattie multiple, simultanee ed interattive con un forte impatto sulle capacità funzionali, potrebbe "entrare una volta sola" nel sistema assistenziale, con una "presa in carico" complessiva, diretta e permanente.

Sistema Residenziale

Nonostante il crescente sostegno delle politiche e dei servizi orientati al mantenimento degli anziani in condizioni di disagio (a rilevanza sia sociale che sanitaria), la domanda di istituzionalizzazione rimane forte, anche a causa del generale crescente invecchiamento della popolazione e della consistente e crescente incidenza delle disabilità legate all'età e alla assenza di una rete familiare di supporto per il progressivo esaurirsi della "famiglia numerosa".

Le strutture di riferimento a tal scopo sono differenziabili in due tipologie principali:

- Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), rivolte ad anziani non autosufficienti;
- Residenze Assistite (RA), rivolte ad anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti.

Negli ultimi anni è aumentato il ricorso a forme di intervento residenziale a tempo determinato, individuabili in due categorie:

ricovero temporaneo, per necessità specifiche o in presenza di particolari momentanei aggravamenti dell'anziano normalmente assistito dalla famiglia;

ricoveri di sollievo, per sollevare periodicamente la famiglia dallo stress e dall'impegno di cura, in momenti specifici quali una vacanza, un intervento chirurgico, necessità per figli piccoli, ecc..

Dal punto di vista della gestione, il sistema residenziale si caratterizza per forme di gestione pubblica (ASL, Comune, IPAB) e forme di gestione privata. Nel settore delle RSA, nell'area territoriale della ASL sono attivi oltre 3.000 posti. Di questi attono alla gestione pubblica 400 posti.

Le quote sanitarie per la SDS di Firenze sono attestate (2004) in 1.698, di cui 1.444 per anziani in RSA, 158 per disabili, e 96 per Centri Diurni.

Nella tipologia di servizi il sistema pubblico è omogeneo a quello privato.

Il sistema è oggi, in particolare per le RSA, cristallizzato su prestazioni indifferenziate, sia all'interno delle stesse strutture, sia all'interno del sistema.

La Regione ha approvato nel corso del 2004 la delibera 402, che ridefinisce tutto il sistema della residenzialità per gli anziani non autosufficienti, attribuendo alle strutture in possesso di determinati requisiti la possibilità di accogliere situazioni differenziate per patologie, ma soprattutto per bisogni con remunerazioni altrettanto differenziate. Vengono previsti quattro livelli di prestazioni :

- livello base per situazione di non autosufficienza stabilizzata
- livello per disabilità prevalentemente motoria
- livello per disabilità cognitivo comportamentale, Alzheimer etc
- livello per stati vegetativi permanenti stabilizzati, terminali

Su questa base normativa di riferimento, una differenziazione dell'offerta è oltre che formalmente obbligatoria, opportuna per le conseguenze sulla appropriatezza delle risposte. I dati epidemiologici presenti richiedono la attivazione di tutte le modularità previste dalla Delibera 402/04, tuttavia nei rapporti fra pubblico e privato è in corso un livello di contrattazione, da accentuare nel prossimo futuro, per definire ruoli e competenze.

Il rapporto con il settore privato, che fino ad oggi ha svolto una insostituibile funzione di intervento, di complementarietà, di integrazione, costituisce elemento strategico del sistema. Nella definizione concertata degli ambiti prevalenti di intervento c'è un sostanziale salto di qualità, là dove il settore privato può al meglio esprimere le proprie caratteristiche di imprenditorialità, di flessibilità. In questo ambito si colloca un livello di contrattazione aperto a tutti gli ambiti di intervento , non solo quelli legati alla residenzialità , ma anche quelli legati alla domiciliarietà, come illustrato nel Global care.

Lista di attesa

Al momento esistono due liste di attesa separate per l'inserimento in RSA. Una comunale, riservata alle persone con diritto alla compartecipazione del Comune al pagamento della quota sociale; una dell'Azienda Sanitaria - Zona Firenze, relativa alle persone con diritto alla sola quota sanitaria. Le due liste hanno anche logica di composizione diversa: quella comunale viene ridefinita ogni 15/20 giorni circa, da parte di un'apposita Commissione e le posizioni in graduatoria vengono assegnate sulla base di punteggi derivanti da indicatori di condizione sociosanitaria; quella aziendale è basata sull'ordine cronologico di presentazione della domanda.

La presenza di due uffici per l'accesso alle RSA e la conseguente presenza di due liste d'attesa, tra l'altro gestite con criteri differenti, ha creato finora difficoltà e differenze di trattamento, a parità di bisogno, tra le persone iscritte (a sfavore delle persone in lista ASL), determinando anche una consistente crescita della stessa lista ASL.

In una prospettiva di effettiva integrazione sociosanitaria e di efficacia dell'azione della Società della Salute, l'obiettivo principale consiste quindi nell'unificazione dei due uffici e nella conseguente costituzione di una lista unica, a sua volta alimentata da invii determinati dal nuovo percorso di accesso ai servizi per anziani e dai relativi strumenti di valutazione e determinazione della prestazione più appropriata.

Tuttavia, la forte consistenza numerica degli anziani in lista di attesa per l'inserimento in RSA rende opportuno mettere in atto un'iniziativa straordinaria di sostegno dei cittadini inseriti nelle liste di attesa per l'inserimento in RSA, anche con l'obiettivo di determinare una significativa riduzione della consistenza delle liste stesse e di consentire una maggiore flessibilità di azione nella definizione del su richiamato programma più generale di revisione dei servizi per anziani e delle modalità di accesso agli stessi, in una prospettiva di unificazione delle due liste.

Tale iniziativa consiste nell'erogazione di un contributo economico che sostenga le persone in lista di attesa nell'acquisto di servizi e ausili necessari per coprire le necessità assistenziali delle persone interessate. Il contributo viene concesso con l'obiettivo principale di sostenere le persone per la loro permanenza a domicilio e comunque in seguito alla scelta di rinunciare alla posizione in lista di attesa ed ha una durata massima di 12 mesi. L'iniziativa viene integrata con il Progetto Immigrazione - Buone Prassi per l'area fiorentina, modulo Immigrati e lavoro di cura, sommando al suddetto contributo economico un ulteriore importo, da riconoscere in caso di assunzione di un Assistente familiare immigrato. L'attuazione dell'iniziativa è delegata al Centro Servizi di Montedomini e San Silvestro.

Servizi per le cure intermedie

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

In conseguenza della deliberazione, la SdS intende attuare i Servizi per le cure intermedie, nel quadro dei servizi di offerta residenziale, con particolare attenzione:

- a) Pazienti che si trovano al proprio domicilio, che presentano problematiche sanitarie per le quali le possibilità di assistenza domiciliare non offrono garanzie sufficienti, ma che possono essere risolte con modalità diverse dal ricovero ospedaliero;
- b) Pazienti dimissibili dall'ospedale ma che non sono in condizioni di poter essere adeguatamente assistiti al proprio domicilio per complessità del quadro clinico o per insufficienti garanzie di supporto familiare e/o sociale;

Per questi tipi di pazienti si dovrà prevedere la durata presunta del periodo di assistenza in RSA o in Casa di Cura per

■ una fase intensiva di circa 15 giorni, ed una eventuale fase estensiva di ulteriori 15 giorni che vengono concordati direttamente tra il medico di medicina generale e le competenti strutture di riferimento territoriale. In caso di dimissioni programmate dall'ospedale, concordano il percorso assistenziale: il responsabile medico del reparto di Medicina, il medico di Medicina Generale e la struttura di riferimento territoriale.

■ una fase di più lunga assistenza per un periodo superiore ai 30 gg, fino ad un massimo di 45 giorni, con la definizione della valutazione delle necessità assistenziali che in fase prognostica superano i trenta giorni

4.2.7 Le azioni di sistema

Accesso dal territorio - Microequipe di comunità

L'assistenza territoriale agli anziani segue il modello definito a livello aziendale ed è affidata a microequipe di comunità composte da:

- medico di medicina generale dell'assistito
- 1 infermiere dell'area Cure Primarie
- 1 assistente sociale

che assicurano all'utente facilità di identificazione, continuità nell'assistenza e personalizzazione delle relazioni.

Ogni microequipe utilizza per la valutazione gli stessi strumenti di supporto alle decisioni e attiva la risposta appropriata individuata attraverso un algoritmo decisionale. Gli strumenti consentono la definizione dei progetti individuali di assistenza ma forniscono elementi predittivi da utilizzare a lungo termine per pianificare le tipologie di offerta da garantire in relazione all'evoluzione della domanda.

Ogni équipe è un gruppo di lavoro permanente che ha il compito di prendere in carico "virtualmente" il paziente fin dal momento della segnalazione del caso e successivamente per tutta l'evoluzione del bisogno.

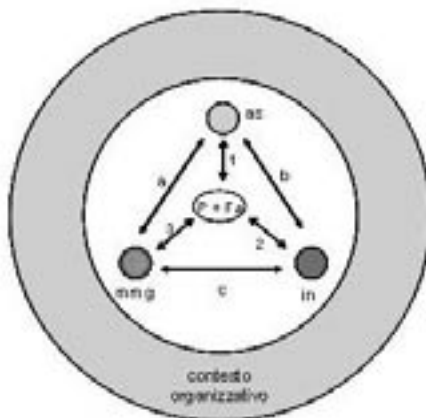
Funzioni della microéquipe:

- assicurare la gestione integrata dell'assistenza

La microequipe racchiude le competenze professionali necessarie alla costruzione e validazione nel tempo del piano di assistenza individuale e all'erogazione delle prestazioni necessarie.

Costruisce e aggiorna il piano utilizzando i criteri indicati nelle varie schede di valutazione. Le schede sono modulari, cioè consentono il completamento della valutazione attraverso l'integrazione delle sole informazioni aggiuntive, evitando inutili duplicazioni, e vengono gestite in rete. Il medico di medicina generale attiva di norma il percorso assistenziale sanitario e contribuisce alla gestione del caso all'interno dell'équipe. L'attivazione degli altri componenti dell'équipe avviene nel momento in cui un componente ne evidenzia la necessità, utilizzando i criteri individuati dal protocollo di intervento

Il nuovo modello ha lo scopo di coniugare snellezza organizzativa, facilità di accesso per gli utenti, appropriatezza delle risposte, possibilità di controllo degli outputs dei percorsi di assistenza.



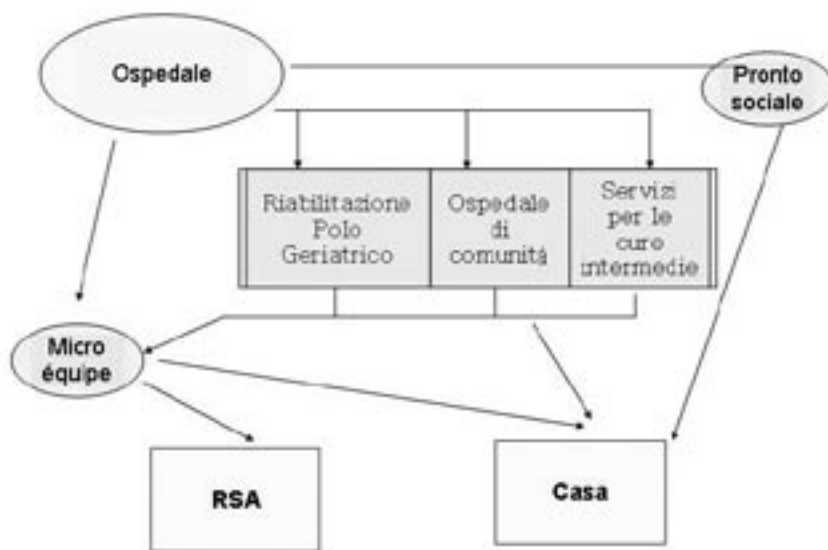
E' allo studio la definizione e la sperimentazione di un nuovo strumento di analisi dei bisogni che attraverso una valutazione oggettiva di parametri predefiniti indichi la risposta più appropriata. Il valore del prodotto del nuovo strumento di valutazione è il rapporto fra la risposta indicata e le risorse a disposizione.

La risposta indicata avrà pertanto il carattere della esigibilità ,soprattutto per le situazioni gravi ed indifferibili, ed il soggetto che ha valutato sarà quello che prosegue il lavoro di presa in carico, di accompagnamento, di verifica della situazione. Il risultato di questo passaggio sarà quello dell'annullamento delle liste di attesa (o comunque di una forte riduzione delle stesse).

Accesso dall'ospedale

Ogni ospedale del territorio dispone di un presidio di servizio sociale che ha il compito di gestire, insieme al reparto, i percorsi di dimissione a fronte di particolari patologie e se del caso avviarli al domicilio senza prevedere servizi di supporto o indirizzarli verso una soluzione protetta (domiciliare, residenziale o casa di cura).

Occorre pertanto potenziare tale strumento, dotandolo di strumenti e criteri per la corretta valutazione del bisogno assistenziale del paziente (tipologia del bisogno, risorse personali e familiari, risorse attivabili nella rete dei servizi) e di risorse di più certa e tempestiva disponibilità (assistenza domiciliare, posti in RSA, in casa di cura, etc) in modo tale da assicurare la prima risposta con garanzie di continuità e appropriatezza assistenziale.



La cabina di regia

Le risorse sono gestite in maniera integrata da un unico punto che, sulla base dei piani individuali predisposti dalla microequipe di comunità attiva le risorse per la gestione dei casi. La Cabina di Regia ha un sistema informativo di supporto che la collega con le risorse disponibili (erogatori) e con le microequipe di comunità, rendendo disponibile in tempo reale le risorse per l'attivazione dei piani individuali (risorse domiciliari, residenziali ecc.).

La Cabina di Regia monitorizza le risorse per la verifica della compatibilità con il budget complessivo ed effettua compensazioni

4.3 Sistema Integrato Disabili - progettazione SdS

Se per alcune problematiche è possibile fornire un dato preciso sulle dimensioni quantitative, per quel che riguarda i soggetti disabili il discorso si complica, in quanto il disabile può esserlo in mille modi, non sempre e non tutti considerati, previsti e codificati da qualche legge o provvedimento.

Inoltre, salvo fattispecie molto precise, come l'handicap fisico o l'invalidità post-traumatica, le altre patologie - dall'Alzheimer alla malattia mentale - originano l'invalidità senza che l'invalidità ne sia per questo il tratto costitutivo.

Così l'invalidità si presenta ai servizi sociali sotto molteplici forme ma senza che vi sia un tratto comune ad unirle. E così, infine, l'invalidità è più conoscibile a posteriori, come risultato di "quel che si fa", piuttosto che non come un enucleabile e circoscrivibile condizione sociale o patologia sanitaria o, ancora, evento sociosanitario del quale sia possibile tracciare a tutto tondo una sorta di identikit.

Da queste considerazioni è scaturita la necessità di stimare il numero dei disabili residenti a Firenze, e il numero di quelli che usufruiscono di servizi sociosanitari.

Utilizzando l'archivio contenente le certificazioni di invalidità e/o di handicap e quello relativo alle esenzioni ticket per invalidità civile, entrambi "tagliati" per i soggetti con esenzione per patologia o invalidità superiore ai 2/3, si stima in 6.268 il numero dei soggetti con disabilità residenti a Firenze (23 disabili ogni 1.000 residenti di età inferiore ai 65 anni).

Tabella 3 **Disabili stimati residenti a Firenze per classe di età e tassi*1.000 ab. residenti**

Età	N. Disabili	Tassi*1.000 ab. residenti
<18	380	8,0
18-24	222	11,0
25-34	615	12,0
35-44	1.062	18,2
45-54	1.427	29,3
55-64	2.562	50,6
Totale	6.268	23,0

La tabella evidenzia che all'aumentare dell'età aumenta il numero di soggetti disabili. Si passa dagli 8 disabili minori ogni 1.000 residenti minorenni ai 50,6 soggetti disabili di età compresa tra i 55 e i 64 anni ogni 1.000 residenti nella stessa classe di età.

4.3.1 La strategia del progetto

L'azione della Società della Salute di Firenze nel settore della disabilità si pone in linea con quanto previsto dal Piano Sanitario Regionale 2005 - 2007 per "impostare un progetto di intervento che possa migliorare lo stile di vita della persona con disabilità". Attraverso l'integrazione delle risorse sociali e sanitarie sia pubbliche che del privato sociale, si intendono rafforzare i livelli di governo e di coordinamento territoriale, allo scopo di affermare la dimensione unitaria della strategia di intervento.

I principi di riferimento possono essere così sintetizzati:

- centralità della persona con disabilità e della sua famiglia;
- presa in carico della persona con disabilità finalizzata a rafforzare l'unitarietà dell'intervento;
- continuità del percorso assistenziale e individuazione di specifiche responsabilità degli operatori;
- coordinamento dei servizi rivolti alla persona con disabilità allo scopo di favorire la piena realizzazione del piano individuale di intervento;
- monitoraggio e valutazione del grado di realizzazione dei risultati e controllo della qualità degli interventi.

Il programma disabili risulta quindi organizzato secondo una strategia che è così rappresentabile:

Azione di sistema: la definizione del modello organizzativo

Target: tutto il sistema

Sviluppo di nuove forme di coordinamento e di impiego sinergico delle risorse pubbliche e private e del privato sociale già operanti nel settore. Definizione di un più appropriato percorso assistenziale e rafforzamento dei rapporti tra territorio e ospedale.

- Costituzione di una cabina di regia cittadina;
- Individuazione di gruppi di valutazione integrati operanti a livello territoriale o per area specialistica;
- Definizione di un gruppo di supervisione scientifica;
- Strutturazione del sistema informativo;
- Specializzazione e aree di trattamento.

Attori: Operatori sanitari e sociali pubblici e privati, Polo sulla disabilità, Associazioni.

La cura e il sostegno alle persone disabili e alle loro famiglie: la rilettura dell'offerta

Target: tutti i cittadini disabili e le loro famiglie

Qualificazione, diversificazione e specializzazione dell'offerta delle prestazioni socio-sanitarie rivolte alle persone disabili e alle loro famiglie da realizzare anche attraverso un maggiore coordinamento e un utilizzo sinergico delle risorse pubbliche e private del settore.

- Il sistema residenziale;
- Il sistema abitativo (il "Dopo di Noi", il "Durante Noi" e le sistemazioni di emergenza);
- Il sistema semi-residenziale;
- Il sostegno alla vita autonoma;
- Il supporto alle famiglie;
- Vacanze, tempo libero e sport.

Attori: Servizi sociali e sanitari (Comune e Azienda), privato sociale, privato, Polo sulla disabilità, Associazioni

Lavoro e disabilità: per un percorso integrato con il mondo della scuola e con il sistema della formazione

Target: tutti i cittadini disabili in età lavorativa o di obbligo scolastico

Individuazione di un servizio strutturato per gli inserimenti al lavoro che sia referente per tutti i servizi socio-sanitari territoriali, interfaccia omogenea con il mondo del lavoro e garantisca adeguata consulenza professionale ai servizi della Provincia. Coordinamento e integrazione con il ruolo svolto dal Terzo Settore.

- Rafforzamento dei rapporti tra scuola e lavoro
- Costituzione di un coordinamento cittadino;
- Formazione di un gruppo tecnico;
- Definizione di un'articolazione territoriale coerente con il modello organizzativo.

Attori: Servizi sociali e sanitari (Comune e Azienda), Provincia, privato sociale, privato, Associazioni, CSA (Centro Servizi Amministrativi scolastici ex Provveditorato: GLIP, Gruppo Handicap).

Il sistema di pubblica tutela

Target: tutti i cittadini disabili in condizioni di debolezza

La recente introduzione nell'ordinamento italiano dell'istituto dell'Amministrazione di Sostegno (legge n. 6/04) richiede la predisposizione di un contesto complessivo di supporto che ne favorisca il corretto funzionamento, coinvolgendo anche gli altri tradizionali strumenti di protezione civilistica delle persone in condizioni di debolezza, quali l'interdizione e l'inabilitazione

Una tale azione si pone inoltre in linea con quanto previsto dalla legge regionale n.41/05 ai fini della definizione della più ampia rete di servizi e interventi relativi alla pubblica tutela (anche nell'ottica della loro diffusione e omogeneizzazione sul territorio della Toscana).

- Definizione di meccanismi procedurali chiari e rapidi;
- Coordinamento tra servizi socio-sanitari e strutture giudiziarie;
- Formazione e aggiornamento dei soggetti coinvolti.

Attori: Servizi sociali e sanitari (Comune e Azienda), Polo sulla disabilità, Procura della Repubblica, Tribunale, Associazioni.

4.3.2 La pianificazione degli obiettivi

Il raggiungimento degli obiettivi strategici si attua attraverso

4.3.3 La definizione del modello organizzativo

4.3.3.1 Costituzione di una cabina di regia cittadina

Con la costituzione della cabina di regia si intendono svolgere, anche attraverso un continuo interscambio con il gruppo di supervisione scientifica (punto 1.1.3.3), le seguenti funzioni:

- a) supporto alla programmazione di settore;
- b) monitoraggio e gestione delle risorse umane ed economiche;
- c) indirizzo e sviluppo di singoli protocolli operativi per una maggiore omogeneità e appropriatezza delle prestazioni;
- d) coordinamento e promozione degli interventi presso altri partner (scuola, sport, ambiente, ecc.) e loro integrazione con il piano della formazione;
- e) stipula delle convenzioni e gestione dei rapporti amministrativo-contabili;
- f) coordinamento dei gruppi di valutazione integrati operanti a livello territoriale o di area specialistica.

4.3.3.2 Individuazione di gruppi di valutazione integrati

Con l'azione si intende procedere alla costituzione di gruppi di valutazione a partire dall'individuazione di un nucleo operativo di base costituito per i minori dal Pediatra di Libera Scelta (PLS), dall'Assistente Sociale (AS) e da un Neuropsichiatra Infantile e per gli adulti dal Medico di Medicina Generale (MMG) o comunque da una figura delle Cure Primarie, dall'Assistente Sociale e da una figura di riferimento individuata sulla base degli indirizzi della cabina di regia. I gruppi opereranno a livello territoriale o di area specialistica e saranno integrati da professionalità identificate in relazione ai bisogni espressi. Essi garantiranno:

- a) una migliore integrazione operativa tra pubblico e privato;
- b) una maggiore omogeneità della presa in carico e delle prestazioni erogate;
- c) la definizione delle responsabilità attraverso l'individuazione di un *case manager* (che, scelto secondo la prevalenza dei bisogni espressi, assume la responsabilità dell'attuazione del progetto) e di un *care manager* (che segue e coordina l'andamento dell'intervento);
- d) la valorizzazione del ruolo del PLS e del MMG;
- e) la garanzia dell'appropriatezza delle prestazioni attraverso l'applicazione di protocolli e procedure condivise e omogenee;
- f) il monitoraggio e la verifica dei risultati ottenuti con il progetto;
- g) un'azione di interfaccia continua con la cabina di regia.

Da questo modello organizzativo deriva un percorso così articolato:

- accesso territoriale tramite sportello unico con segnalazioni da parte dei PLS/MMG, dell'Ospedale, delle famiglie, della scuola, del lavoro e dei servizi;
- inquadramento e presa in carico da parte del gruppo di valutazione territoriale;
- gestione del trattamento a livello territoriale o in area specialistica;
- verifica periodica dei risultati con monitoraggio da parte del gruppo di valutazione territoriale e interfaccia con la cabina di regia mediante il supporto di un sistema informativo capillare.

Per quanto concerne l'area minori, gli operatori dello SMIA (Salute Mentale Infanzia Adolescenza), oltre a destinare una quota oraria al lavoro territoriale (dove, come detto in precedenza, opereranno in nuclei di valutazione insieme ai PLS e agli operatori del servizio sociale del territorio), dedicheranno la quota rimanente al lavoro in settori specialistici di riferimento, all'interno dei quali lavoreranno gruppi multidisciplinari formati da neuropsichiatri infantili, terapisti della riabilitazione (fisioterapisti, logopedisti, psicomotricisti, educatori professionali), psicologi che garantiranno:

- la presa in carico;
- il *front office*;
- la prima visita entro 15 giorni;
- una diagnosi secondo linee guida validate;
- il progetto terapeutico;
- le verifiche del progetto.

Tali gruppi assicureranno inoltre:

- una metodologia comune con momenti di discussione e verifica;
- i rapporti con il PLS e con le altre risorse del territorio (scuola, sport, tempo libero, ecc.);
- il rapporto con l'ospedale;
- il rapporto con le altre aree specialistiche per i minori che presentano più patologie.

Relativamente all'area adulti, il gruppo di valutazione sarà costituito da un nucleo di base composto da una figura di coordinamento e raccordo, espressione della cabina di regia, da un operatore del servizio sociale del territorio e dal medico di medicina generale o comunque da una figura dell'area delle Cure Primarie. Tale nucleo attiverà tutte le competenze necessarie e reperibili sul territorio o in ambiti più specialistici, sia pubblici (aziendali e non) sia privati, per costituire una équipe operativa. Riguardo al percorso che si attiverà, rivestono una particolare rilevanza:

- **la figura di coordinamento** è l'elemento essenziale del gruppo, espressione della cabina di regia, che avrà la funzione di coordinare, a livello di ogni settore territoriale individuato, i vari gruppi di valutazione. Garantirà pertanto la corretta e tempestiva attivazione di questi gruppi, ne monitorerà il funzionamento, assicurerà omogeneità alle prese in carico e controllerà l'applicazione dei protocolli validati, di concerto con la cabina di regia. Costituirà inoltre il punto di riferimento per la garanzia di continuità assistenziale tra minori e adulti e adulti ed anziani;
- **il case manager** nell'ambito del Gruppo di Valutazione Territoriale verrà individuato il case manager che sarà il garante della presa in carico e del relativo progetto per la gestione del caso. Questa figura assicurerà anche l'eventuale passaggio di informazioni e competenze alle altre aree operative del percorso (minori, anziani);
- **il care manager** verrà individuata altresì la figura del *care manager*, responsabile della gestione del trattamento.

4.3.3.3 Definizione di un gruppo di supervisione scientifica

Con l'azione si intende garantire:

- a) una supervisione specialistica per la definizione di indirizzi e protocolli operativi;
- b) un'offerta di consulenza di alta specialità ai gruppi di valutazione integrati operanti a livello territoriale o di area specialistica;
- c) risposte omogenee e di qualità verificata.

4.3.3.4 Strutturazione del Sistema Informativo

Con l'azione si intende strutturare un sistema informativo centrato sulla persona e sul progetto individuale capace sia di mettere in relazione tutte le risorse del sociale e del sanitario presenti sul territorio, che di mettere in connessione gli operatori, i professionisti, e le strutture (facilitando i gruppi di valutazione nel compiere insieme una parte del percorso ed evitare interruzioni e discontinuità), relazionandosi al contempo con la cabina di regia anche ai fini della programmazione e del consumo delle risorse.

4.3.3.5 Specializzazione e aree di trattamento

Nell'ambito del processo di rilettura dell'offerta, sia pubblica che privata, si propone un processo di specializzazione in aree specialistiche di trattamento, a partire dall'area minori. In particolare si possono prevedere i seguenti settori di specializzazione:

- autismo;
- ritardo mentale;
- disturbi neuro-motori;
- disturbi psichici;
- disturbi sensoriali.

Come accennato sopra, tale azione di specializzazione avrà anche una ricaduta sul modello organizzativo, con particolare riferimento all'area minori dove, per ciascuno dei settori di maggiore impatto assistenziale in termini di gravità della disabilità o di consistenza della casistica, verranno costituiti gruppi di lavoro che aggregeranno i professionisti che hanno sviluppato competenze specifiche nell'ambito specialistico i quali, pur continuando ad operare presso i presidi decentrati, rappresenteranno un team virtuale in grado di condividere le scelte tecnico professionali, di valutare l'andamento dell'attività di assistenza attraverso il monitoraggio degli output e degli outcome rispetto a standard stabiliti a livello cittadino. Il modello assistenziale assicurerà la qualità della risposta, garantendo la necessaria omogeneità e mantenendo la facilità dell'accesso decentrato per l'utenza.

Ad esempio, nel caso del percorso autismo sarà previsto lo sviluppo di sinergie strutturali con i pediatri di libera scelta attraverso la ricerca attiva dei casi con una valutazione specifica dello sviluppo psico-relazionale al 18° mese, l'invio dei casi sospetti agli ambulatori specialistici e, nelle situazioni in cui la diagnosi viene confermata, la messa in atto di interventi riabilitativi

allineati con le indicazioni dell'appropriatezza in ambito clinico (come da progetto CH.A.T. presente nell'Allegato IV). Il gruppo di lavoro dello SMIA continuerà a seguire i ragazzi fino al 18° anno attraverso l'attuazione di percorsi assistenziali calibrati in relazione alle diverse esigenze nelle varie fasce d'età e coordinando il passaggio alle strutture per adulti.

Analogamente i percorsi per i disturbi neuro-motori, ritardo mentale, disturbi sensoriali, disturbi psichici prevederanno step strutturati e l'individuazione puntuale della risorsa di volta in volta coinvolta in tutta l'evoluzione del bisogno. Il valore aggiunto sarà il collegamento nel tempo e nello spazio delle diverse tappe assicurato dai professionisti, superando l'attuale criticità in cui sono gli utenti a dover creare i link tra i vari servizi attraverso passaggi di mano non coordinati e non guidati.

I settori specialistici dell'area adulti non sono esattamente sovrapponibili a quelli dei minori. Infatti esistono patologie per le quali è individuabile un percorso specialistico che inizia nell'area dei minori e continua in quella degli adulti, ma, in gran parte dei casi, tale percorso di esaurisce con la maggiore età.

Pertanto per gli adulti devono essere mantenute solo alcune aree di specializzazione previste per l'infanzia, lasciando la gestione dei casi con minore specificità e di minor gravità a una presa in carico territoriale. Con questa infatti si garantiscono interventi più diffusi anche a forte prevalenza sociale e integrati con il contesto di vita della persona.

Sono altresì da tenere in considerazione tutte le disabilità insorgenti in età adulta. Anche per alcune di queste è necessario individuare settori di competenza specialistica.

Nella disabilità adulta si compone quindi un quadro di aree di specializzazione diverso e più complesso che andrà più dettagliatamente definito. Allo stato attuale possono essere previsti soltanto due ambiti specialistici, uno in continuità con l'infanzia e uno per patologie che possono insorgere in età adulta

- autismo;
- disturbi neuro-motori con particolare riferimento alle Lesioni Midollari.

Le aree specialistiche si possono quindi configurare come Centri con modelli operativi definiti (protocolli, procedure, accreditamento) e apporti di componenti variabili, pubbliche (ASL, Comune, Aziende Ospedaliere, Università), private e privato sociale, che offriranno consulenze e trattamenti al gruppo di valutazione territoriale che ha in carico il soggetto.

4.3.3.6 La cura e il sostegno alle persone disabili e alle loro famiglie: la rilettura dell'offerta

Con l'azione si intende promuovere un maggiore coordinamento e un utilizzo sinergico delle risorse pubbliche e private del settore che consenta la qualificazione, la diversificazione e, in linea con quanto detto sopra, la specializzazione dell'offerta di prestazioni socio-sanitarie destinate alle persone disabili e alle loro famiglie.

Il sistema residenziale

L'attuale situazione del sistema residenziale si caratterizza per un'offerta di prestazioni, sia pubbliche che private, che spesso risultano indifferenziate e talvolta anche non esclusivamente dedicate alla disabilità, sia nell'ambito del settore sociale, che di quello sanitario.

Si tratta quindi di avviare un'azione di rilettura dell'offerta residenziale che si inserisca nel processo di specializzazione in aree specialistiche di trattamento che, si intende sviluppare a partire dall'area dei minori.

In tale quadro possono già essere evidenziate alcune azioni che vanno in questa direzione, quali:

- Progetto *Casa Domotica*: struttura destinata all'accoglienza di persone paraplegiche o tetraplegiche che possa rappresentare una posizione "intermedia" tra l'Unità Spinale del Centro Traumatologico Ortopedico (C.T.O.) e il ritorno nella propria abitazione o una sistemazione nelle situazioni di emergenza (quali, ad esempio, quelle derivanti da un'indisponibilità del care-giver familiare);
- Progetto *Vicolo del Cionfo*: struttura finalizzata all'accoglienza di persone affette da autismo da edificare su un terreno di proprietà comunale. La spesa complessiva è stimata in 1.700.000,00 euro, di cui 1.200.000,00 euro derivanti da finanziamenti regionali, 400.000,00 euro con l'accensione di un mutuo da parte del Comune e 100.000,00 euro con un contributo dell'IPAB Sant'Ambrogio a cui, con la deliberazione dell'Esecutivo della Società della Salute n. 40 del 13 luglio 2005, è stato attribuito il compito di procedere allo sviluppo del progetto.

Il sistema abitativo (il "Dopo di Noi", il "Durante Noi" e le sistemazioni di emergenza)

L'obiettivo di un progetto di "Dopo di Noi" deve essere quello di dar vita a una rete residenziale integrata per le persone disabili per le quali risulterebbe improprio un inserimento nelle strutture tradizionali (RSA, RSD, istituti, ecc.). Oggi salgono richieste di servizi residenziali che possano permettere un tipo di vita libera da stretti vincoli regolamentari e in ambienti a misura di "casa". Lo spirito che deve guidare nella scelta del modello d'intervento è quello di ricercare una sistemazione che possa offrire le caratteristiche di "una vera e propria casa", cioè un luogo dove la persona con disabilità possa sentirsi non ospite, ma a casa propria e possa essere attrezzato, arredato, sistemato secondo il gusto personale.

Si tratta quindi di avviare concretamente iniziative di questo tipo, a partire da quelle che hanno ricevuto finanziamenti nell'ambito del Piano Triennale degli Investimenti nel settore sociale previsto dall'Accordo di Programma approvato con il decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 162 del 4 settembre 2003. Si tratta in particolare di:

- Progetto Casa Armonica (Cooperativa "Il Girasole"): il progetto consiste nella realizzazione di una Comunità Alloggio per Disabili per 6 persone con disabilità psico-fisica grave (più 2 posti in accoglienza temporanea) presso un appartamento localizzato nella zona di Brozzi (Via di Brozzi) di proprietà della Cooperativa "Il Girasole";
- Progetto "Una Casa per Imparare a Vivere" (AMIG): il progetto consiste in sei appartamenti (per 400 mq) con una potenzialità abitativa di 22 posti, compresi quelli disponibili con funzioni di "sollevio temporaneo";
- Progetto "Casa Famiglia" (ANFFAS): il progetto consiste in sei posti per disabili gravi più due di pronta accoglienza.

Un altro progetto che potrà essere attivato è quello de "La Casina" (Associazione "La Fonte"), consistente in una Comunità Alloggio per Disabili per 8 persone con disabilità psico-fisica (più 2 posti in accoglienza temporanea) presso una colonica localizzata nella zona di Cercina (Sesto Fiorentino) gestita dall'Associazione "La Fonte".

Nell'ambito di tale contesto, risulta di grande importanza anche la previsione di azioni di "Durante noi", finalizzate cioè a "far sperimentare" alle persone con disabilità momenti di vita autonoma (valutandone quindi il grado di autonomia) a garantire periodi di sollievo ai familiari che si prendono cura di loro e a fronteggiare quelle situazioni di emergenza in cui esse possono venire a trovarsi (ad esempio a seguito di un periodo di malattia del care-giver).

Si tratta quindi di riservare quota parte delle sistemazioni che si andranno ad attivare nell'ambito del progetto "Dopo di Noi" ai casi di bisogno urgente e immediato (per le situazioni di maggiore gravità tali spazi vanno comunque previsti anche nelle strutture residenziali tradizionali) e di ampliare le iniziative di "Durante Noi".

Il sistema semi-residenziale

I Centri Diurni rappresentano un'importante risposta alternativa alla istituzionalizzazione, offrendo un sostegno e un aiuto al soggetto disabile e alla sua famiglia e supportandone il lavoro di assistenza, socializzazione e riabilitazione.

Nel più generale processo di rilettura dell'offerta, sia pubblica che privata e nell'individuazione di specifiche aree d'intervento e trattamento, anche i Centri Diurni dovranno essere oggetto di approfondimento e di rivisitazione organizzativa e metodologica.

Il sostegno alla vita autonoma

Da alcuni anni vengono erogati contributi economici per la realizzazione di progetti individuali finalizzati alla permanenza della persona disabile nella propria abitazione e alla riduzione di quelle cause che potrebbero portare a un ricovero in strutture residenziali, favorendo in particolare i processi di autonomia e di integrazione nel contesto sociale.

Obiettivo della Società della Salute sarà quello di provvedere, attraverso una ricognizione complessiva dei progetti attualmente finanziati e la verifica degli esiti di una sperimentazione regionale in corso di svolgimento, ad una rilettura dell'intervento in essere allo scopo di procedere a una ridefinizione della sua disciplina anche attraverso un più stretto collegamento con le iniziative finalizzate alla individuazione di idonee sistemazioni abitative e coerenti soluzioni lavorative.

Il supporto alle famiglie

Nelle politiche di supporto alle famiglie con disabili vanno costruiti percorsi di sostegno che abbiano come obiettivi la riduzione dell'isolamento e del disagio e il miglioramento della qualità della vita delle famiglie medesime.

Un'azione concreta mirante al raggiungimento di tali obiettivi sarà l'attivazione di gruppi di auto aiuto che, adeguatamente supportati, potranno condividere e socializzare le proprie problematiche ed esperienze, contenendo l'esordio di stati ansiosi o di disagio, migliorando l'autostima e il senso di autoefficacia e promuovendo le potenzialità positive.

Vacanze, sport e tempo libero

Le attività di tempo libero e di sport rivolte alle persone con disabilità dovranno essere pensate come traducibili in esperienze educative di carattere ludico-esplorativo, socializzante e terapeutico, ma non dovranno essere disgiunte da una loro collocazione all'interno di un complessivo disegno nei settori del turismo, dell'arte e della cultura in generale.

Tale azione dovrà inserirsi e coordinarsi con il servizio di soggiorni vacanza che viene organizzato da alcuni anni e che consiste in un percorso agevolato per la fruizione, da parte di soggetti disabili con complesse problematiche socio-sanitarie, di soggiorni vacanza nel periodo estivo in alberghi situati presso località turistiche (marine o montane) o presso strutture attrezzate denominate "case vacanza" con lo scopo di valorizzare il tempo libero e favorire la socializzazione, la comunicazione e la solidarietà.

4.3.4 Scuola, formazione e lavoro

Con l'azione si propone un modello teso a superare alcune delle criticità emerse a Firenze nell'applicazione della legge n. 68/99, proponendo un modello operativo da confrontare e condividere con l'impostazione che la Provincia di Firenze (titolare delle competenze in materia di inserimento lavorativo delle persone disabili) intende adottare sul territorio di riferimento.

Si dovranno innanzitutto rafforzare i rapporti con la scuola per l'inserimento dei minori disabili, (PEI - Piano Educativo Individualizzato), anche mediante la definizione di protocolli per i ragazzi oltre la scuola dell'obbligo, finalizzati a favorire il passaggio dalla scuola al lavoro, oppure dalla scuola a laboratori o corsi di formazione.

Di particolare importanza sarà inoltre la formazione degli insegnanti sui temi della disabilità e dei percorsi individuati (gli accordi sono all'interno del Gruppo di Lavoro per l'Integrazione Provinciale Scolastica (GLIP) e del Gruppo Handicap del Centro Servizi Amministrativi e per la scuola materna comunale con l'Assessorato alla Pubblica Istruzione). Il progetto di formazione prevedrà anche il coinvolgimento degli educatori per l'assistenza scolastica e del servizio domiciliare.

Infine, in linea con l'obiettivo generale di sviluppare nuove forme di coordinamento e uso sinergico delle risorse pubbliche e private, si intende valorizzare il ruolo svolto dal Terzo Settore, anche allo scopo di facilitare un'azione di programmazione e pianificazione della presenza sul mercato del lavoro delle Cooperative di tipo B.

Il modello organizzativo proposto prevede:

4.3.4.1 Costituzione di un coordinamento cittadino

Costituzione di un organismo di coordinamento cittadino che riunisca tutti gli interlocutori pubblici, privati e del Terzo Settore con lo scopo di elaborare politiche e strategie complessive (con particolare attenzione al momento dell'integrazione tra scuola, formazione e lavoro e agli inserimenti socio-terapeutici) e definire le modalità operative più idonee per la loro realizzazione.

4.3.4.2 Formazione di un gruppo tecnico

Formazione a livello cittadino di un gruppo tecnico stabile di professionisti che, nelle situazioni di "idoneità complicata" al lavoro, svolgerà compiti di coordinamento e collaborazione con gli uffici della Provincia di Firenze, di riferimento per l'utenza e per gli operatori dei servizi socio-sanitari e di interfaccia con le aziende e con le imprese cooperative.

4.3.4.3 Definizione di un'articolazione territoriale

Si tratta di definire un'articolazione territoriale coerente con il modello organizzativo delineato. Il sistema di pubblica tutela

4.3.5 Definizione di meccanismi procedurali chiari e rapidi

Si tratta di provvedere alla definizione di meccanismi procedurali che siano allo stesso tempo chiari (in relazione alle esigenze di trasparenza che gli strumenti di pubblica tutela necessariamente richiedono) e rapidi (in relazione ai vincoli temporali connessi alla loro attivazione);

4.3.5.1 Coordinamento tra servizi sociosanitari e strutture giudiziarie

Si intende garantire un maggior livello di coordinamento tra i servizi socio-sanitari e le strutture giudiziarie, attraverso la costruzione di un sistema informatizzato locale e la previsione di una specifica figura di raccordo;

4.3.5.2 Formazione e aggiornamento dei soggetti coinvolti

Si tratta di avviare un'azione di formazione e aggiornamento dei soggetti coinvolti nell'applicazione degli istituti di pubblica tutela (con particolare riferimento agli operatori dei servizi socio-sanitari e agli Amministratori di sostegno) da realizzare sia con corsi periodici, sia con uno specifico servizio di consulenza.

Azioni del sistema disabili

		2005		2006												
		11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
1	Definizione del modello organizzativo															
1.1	Costituzione di una cabina di regia cittadina															
1.2	Individuazione di gruppi di valutazione integrati															
1.3	Definizione di un gruppo di supervisione scientifica															
1.4	Strutturazione del sistema informativo															
1.5	Specializzazione e aree di trattamento															
2	Rilettura dell'offerta															
2.1	Il sistema residenziale															
2.2	Il sistema abitativo															
2.3	Il sistema semi-residenziale															
2.4	Il sostegno alla vita autonoma															
2.5	Il supporto alle famiglie															
2.6	Vacanze, tempo libero e sport															
3	Lavoro e disabilità															
3.1	Rafforzamento dei rapporti tra scuola e lavoro															
3.2	Costituzione di un coordinamento cittadino															
3.3	Formazione di un gruppo tecnico															
3.4	Definizione dell'articolazione territoriale															
4	Il sistema di pubblica tutela															
4.1	Definizione dei meccanismi procedurali															
4.2	Coordinamento tra servizi socio-sanitari e strutture giudiziarie															
4.3	Formazione e aggiornamento dei soggetti coinvolti															

4.4 Altri obiettivi di integrazione

4.4.1 Salute mentale - programmazione aziendale e comunale

L'obiettivo del progetto è di promuovere, attraverso pratiche d'integrazione socio-sanitaria, la riorganizzazione di un Servizio di Salute Mentale, articolato nel decentramento comunale, che si orienti verso la comunità di riferimento apprezzandone le risorse e i limiti definendo così appropriati percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione in coerenza con il Piano Sanitario Regionale 2005 - 2007 al punto 4.3.4.3

Il progetto dovrà quindi ridefinire i seguenti punti:

- La conferma ed incremento dei processi d'integrazione socio-sanitaria nel territorio di riferimento, coinvolgendo anche il Terzo Settore;
- Rafforzamento ed omogeneità sul territorio comunale della presa in carico individuale;
- Ridefinizione di un sistema coerente per l'accoglienza diurna e la residenzialità;
- Il contenimento sostenibile dell'impatto dell'urgenza tale da incidere sul ricovero ospedaliero;
- Ridefinizione del rapporto con l'Università di Firenze per quanto attiene l'assistenza, la formazione e la ricerca.

4.4.1.1 La strategia del progetto

- Articolazione dell'Unità Funzionale Salute Mentale Adulti (SMA), soggetto erogatore del servizio a livello di SdS/Zona-distretto, in Moduli Operativi Multidisciplinari (MOM) definiti per quartiere e per una dimensione demografica di 60.000-90.000 abitanti. Pertanto si prevedono 4 MOM SMA per la città con l'accorpamento del MOM SMA 3 sul MOM SMA 1. I MOM SMA sono costituiti da: psichiatri, psicologi, personale delle professioni sanitarie infermieristiche, educatori professionali, assistenti sociali; diretti da un responsabile nominato dall'Unità Funzionale Salute Mentale.
- Condivisione progettuale e gestionale con il Terzo Settore nell'ambito residenziale e per interventi riabilitativo-educativi.
- L'apertura dei Centri Salute Mentale per 12 ore diurne (8-20) nei giorni feriali, con la tempistica degli appuntamenti secondo le indicazioni della Regione Toscana e con particolare attenzione alla risposta all'urgenza che deve essere garantita per l'intero territorio comunale.
- Riorganizzazione della filiera cittadina semiresidenziale e residenziale secondo i criteri della delibera D.G. n.784 del 9/12/2004, nonché del decreto del Presidente Del Consiglio dei Ministri 14.02.01 sull'integrazione sociosanitaria recepito dal Piano Sanitario Regionale 2005 - 2007 all'allegato III, precisamente:
 - Centro Diurno: almeno uno per MOM SMA;
 - Comunità Terapeutica: almeno una per UFSMA/SdS-Zona-distretto nel rapporto di 1/15.000 abitanti;
 - Struttura Residenziale Terapeutico-Riabilitativa: almeno 1 posto letto ogni 15.000 abitanti;
 - Struttura Residenziale Socio-Riabilitativa: almeno 1 posto letto ogni 10.000 abitanti;
 - Gruppi-Appartamento: almeno 1 posto letto ogni 12.000 abitanti
 - Verifica di fattibilità del progetto Comunità Terapeutica denominata Casa Martelli.

- Ridefinizione della rete degli SPDC (Servizi per la Diagnosi e Cura) e integrazione per la prestazione ricovero con le Case di Cura convenzionate, Poggio Sereno e Villa dei Pini, e la Clinica Universitaria dell'AOC. Gli SPDC in quanto presidi dell'UFSMA/MOM SMA di Firenze sono allocati presso le strutture ospedaliere cittadine della SDS (A.S.F./A.O.C.).
- Ridefinizione di percorsi assistenziali finalizzati alla collaborazione con il MMG.
- Programmare la ridefinizione della convenzione con l'Università di Firenze per la gestione di un servizio territoriale completo da parte della Clinica Psichiatrica dell'AOUC (Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi) all'interno del governo UFSM/Zona-distretto.
- Processi formativi per tutto il personale della Salute Mentale attinente alla nuova organizzazione integrata dei servizi e alla cultura della Salute Mentale di comunità.

4.4.2 Dipendenze - programmazione aziendale e comunale

L'obiettivo del progetto è quello di promuovere percorsi di prevenzione, cura, riabilitazione delle dipendenze e delle condotte di uso e abuso secondo un sistema integrato di salute che confluisca in maniera sinergica nel più complesso piano integrato, con particolare riguardo alle aree confinanti dei minori, della salute mentale, della marginalità e del carcere.

L'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope raggiunge popolazioni più vaste in particolare quella giovanile e l'utenza dei servizi risulta stabile con una tendenza all'aumento del consumo di alcool, thc e cocaina anche se l'eroina mantiene la centralità come sostanza di uso primario: infatti per più dei 2/3 dei soggetti (69%) la sostanza di uso primario è rappresentata dall'eroina, seguita in ordine di frequenza da thc (14%) e cocaina (9%). La prevalenza della domanda di trattamento è pari a 8,6 per mille abitanti e l'incidenza dei nuovi casi è pari al 1,8 per 1.000. Si deve tenere presente che, in questi settori, l'utenza dei servizi di riferimento sottostima il fenomeno della diffusione di tossicodipendenza ed in particolare dell'alcolismo, in quanto solo una parte dei soggetti con tali problematiche si rivolge ai servizi sanitari. Si stima che, per chi abusa di eroina, per ogni persona conosciuta dai Sert ci sono quasi tre persone che non fanno ricorso al servizio.

4.4.2.1 La strategia del progetto

Il progetto dovrà ridefinire i seguenti punti:

Valutazione integrata e monitoraggio dell'andamento del fenomeno;

Rafforzamento della capacità di presa in carico individuale;

Conferma dei processi di integrazione sociosanitaria territoriale e con il terzo Settore;

Potenziamento del circuito preventivo, terapeutico e riabilitativo;

Conferma di percorsi formativi e di ricerca anche in collaborazione con Istituti di ricerca ed Università.

4.4.2.2 Le azioni

a1) Condivisione nel Coordinamento Comunale Dipendenze, delle priorità e linee di indirizzo delle strategie di intervento;

b1) Sviluppo di un sistema di gestione orientato alla qualità, correlato alla verifica dei requisiti di accreditamento dei presidi SERT (del.70/05 Regione Toscana) già attuata per le strutture degli Enti Ausiliari, finalizzato al miglioramento della presa in carico individuale effettuata dalle equipe multidisciplinari SERT. Sostegno al miglioramento della qualità dell'accoglienza dei presidi SERT;

b2) Ridefinizione della filiera di opportunità e di offerte complessive in ambito sociale e sanitario anche attraverso il piano di zona al fine di rispondere a bisogni ed esigenze diverse espresse da specifiche tipologie di utenza (es. rafforzamento intervento integrato sugli adolescenti: prevenzione primaria e secondaria);

b3) Sostegno alla qualificazione dei servizi e degli interventi specialistici dipartimentali in ambito penitenziario area adulti e minori;

b4) incremento delle attività di cura e riabilitazione in ambito alcologico rivolte a soggetti multiproblematici anche attraverso la valutazione e l'eventuale rafforzamento dell'attività del Centro alcologico diurno "la Fortezza"

c1) Riqualificazione del sistema informativo integrato con le prestazioni sociali;

c2) Ampliamento degli interventi rivolti alle nuove problematiche di abuso (es. uso e abuso cocaina) e dipendenze comportamentali (es. gioco d'azzardo);

c3) Rafforzamento dell'integrazione con enti ausiliari dell'intervento sugli adolescenti: prevenzione primaria e secondaria;

c4) Promozione della definizione di protocolli che vanno ad affrontare questioni di particolare complessità come il trattamento della doppia diagnosi e di soggetti minorenni in carico a strutture convenzionate del Comune o ai servizi giudiziari minorili;

d1) Riqualificazione del Progetto Centro Caos 41 e suo accreditamento nell'area 4 - Servizio semiresidenziale pedagogico riabilitativo ai sensi della Delibera R.T.n.1165/2002;

d2) Avvio del progetto "Centro Diurno il Guarlone" rivolto ad un'utenza multiproblematica che ha anche necessità di contenimento e stabilizzazione farmacologia;

d3) Affiancamento e rete per la prevenzione e la cura delle dipendenze patologiche nella popolazione rom del territorio fiorentino;

d4) Ipotesi progettuale di una comunità residenziale terapeutica per minori e adolescenti;

e1) Azione costante di formazione e aggiornamento integrato sia in ambito sociosanitario e professionale sia verso il percorso della costruzione del Piano Integrato;

4.4.3 Progetti relativi ai diritti dei minori alle responsabilità familiari e a sostegno della natalità - programmazione comunale

I minori a Firenze, nel numero di 48.170, rappresentano il 13,1% della popolazione residente rispetto al 17,2% registrato a livello nazionale.

Al contrario di quanto accade per gli anziani, la problematica minorile non sta nella loro numerosità, quanto piuttosto nel peso crescente che tra i minori hanno i minori stranieri.

Dal 2001 al 2004 a fronte di un aumento dei minori pari al 4% i minori italiani sono aumentati del 2% mentre i minori stranieri ben del 23%.

L'aumento dei minori stranieri - a rischio di emarginazione più dei minori italiani in quanto alla tradizionale emarginazione della condizione infantile e adolescenziale si somma quella della estraneità etnica e nazionale - e i maggiori livelli di povertà che si riscontrano tra le famiglie italiane con figli, in particolare con figli minori (La povertà relativa in Italia nel 2004 - Statistiche

in breve - ISTAT - 6 ottobre 2005) confermano l'adeguatezza dei servizi sociali offerti, che si indirizzano prioritariamente ai minori che risiedono in famiglie con disagio economico e sociale, ai minori a rischio di devianza (giustizia minorile) e ai minori stranieri, in particolare a quelli non accompagnati.

Nel 2004 i minori assistiti dai servizi sociali sono stati 1.616 (+2% rispetto al 2003)

Fatto 100 il numero delle prestazioni sociali di cui può usufruire un minore, quasi la metà (48%) consistono in contributi economici - essenzialmente di tipo straordinario, tipici di chi si trova in una situazione di precarietà contingente; il 28% di inserimenti in strutture residenziali e di pronta accoglienza, il 15% sono prestazioni di assistenza al domicilio - che comprende interventi e servizi educativi come quello educativo domiciliare - e infine il 9% sono inserimenti in centri diurni, che accolgono prevalentemente bambini con problemi di socializzazione al fine di prevenirne fenomeni di emarginazione e/o devianza.

Per maggiori dettagli relativi agli utenti minori e alle prestazioni di cui usufruiscono si rimanda al capitolo 6 "Minori e Famiglia" della Relazione sullo stato di salute.

4.4.3.1 La strategia del progetto

L'attuazione dei diritti dei minori esige che la comunità locale consideri prioritario il tema della tutela e della promozione della personalità dei minori e di conseguenza sviluppi adeguate politiche di sostegno nel processo evolutivo e di aiuto al superamento di condizioni di disagio. Obiettivo qualificante è certamente quello di garantire ai minori presenti sul territorio comunale, senza alcuna discriminazione, il diritto fondamentale ad essere accolti, tutelati ed educati. Di conseguenza anche la famiglia è posta al centro di numerosi interventi, così come il peso della responsabilità familiare e genitoriale.

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

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

Il Progetto "diritti dei minori responsabilità familiari e sostegno della natalità" è contenuto nell'allegato IV. Di seguito si illustrano in maniera sintetica le azioni

4.4.3.2 Le azioni

■ Azioni di tutela

Target: minori con problematiche quali l'abbandono, lo sfruttamento e il coinvolgimento in attività criminali da parte di adulti; gestanti e madri in gravi difficoltà

Contrastare le situazioni di disagio attraverso interventi che garantiscano al minore l'effettiva possibilità di vivere in un ambiente familiare idoneo ad assicurare la crescita psico-sociale; offrire servizi di alta protezione per accogliere minori con problematiche di particolari complessità quali l'abbandono, lo sfruttamento e il coinvolgimento in attività criminali da parte di adulti. Offrire servizio di sostegno alle gestanti e madri in gravi difficoltà per prevenire il fenomeno dell'abbandono traumatico dei bambini alla nascita. Offrire servizio di supporto per soggetti coinvolti direttamente o indirettamente nel reato

Attività di sostegno alla natalità

Il Fondo Regionale di sostegno alla Natalità (Deliberazione del Consiglio Regionale n. 208 del 2 dicembre 2003) gestito dal Servizio Minori e Famiglia in collaborazione con i Servizi Socio Territoriali, è indirizzato prioritariamente verso famiglie che versano in situazione di non autonomia economica ed è concesso in forma coordinata con le altre prestazioni e con il complesso dei servizi sociali ed assistenziali presenti sul territorio in rapporto alle condizioni sociali ed economiche delle famiglie stesse. Nella concessione del beneficio sono presi in considerazione in primis nuclei monogenitoriali, famiglie numerose, famiglie con presenza di minori disabili, gestanti in difficoltà.

Mamma segreta - Progetto contro l'abbandono dei bambini alla nascita.

Il Progetto Mamma Segreta si prefigge l'obiettivo di sostenere le gestanti e le madri (comprese le donne extracomunitarie anche in situazioni di clandestinità, senza limiti di età, né vincoli di residenza o di nazionalità in gravi difficoltà) e di prevenire il fenomeno dell'abbandono traumatico dei bambini alla nascita. Il DPR 396 del 3.11.2000 ha sancito definitivamente il diritto della madre a partorire in anonimato, esprimendo al momento del parto le volontà di non essere nominata. Il progetto intende rivolgere azioni differenziate.

Attività di accoglienza per minori, gestanti e/o madri con figlio

L'obiettivo prioritario è stato quello di definire le nuove procedure, le nuove condizioni economiche e le nuove modalità di rapporto tra le strutture di accoglienza residenziale e semiresidenziale destinate ai minori in stato di rischio e/o disagio sociale (soggetti o meno ai provvedimenti degli organi di giustizia minorile) nonché l'attività di accoglienza residenziale a favore di gestanti e/o madri con figlio in situazione di grave difficoltà e la Direzione Sicurezza Sociale ed i Servizi Socio Territoriali locali.

Centro Sicuro

Ha lo scopo immediato di tutelare e proteggere i minori che si trovano in stato di abbandono materiale ai sensi dell'art. 403 c.c., specialmente in situazioni fortemente a rischio, di sfruttamento o di coinvolgimento in attività criminose, trovati nel territorio del Comune di Firenze.

Minori stranieri non accompagnati

La presenza di minori stranieri non accompagnati a Firenze è iniziata a essere consistente agli inizi del 2000 con un crescente aumento di presenze presso le strutture di pronta accoglienza. Si è creata per questo una rete di pronta accoglienza allo scopo di accogliere nell'arco delle 24 ore, i minori segnalati dalle autorità competenti. Tali collaborazioni sono sancite anche attraverso il Protocollo di Intesa tra Comune di Firenze, Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni, ASL Firenze e Centro Giustizia Minorile del Ministero di Giustizia. La costituzione di un Gruppo Operativo Integrato per i minori stranieri non accompagnati tra Comune di Firenze e ASL Firenze per la presa in carico integrata di quei minori per i quali si rende necessario un intervento specialistico.

La costituzione di un gruppo operativo con i Servizi Pubblici di Tossicodipendenza.

La costituzione di un gruppo operativo con il Dipartimento di Grazia e Giustizia.

Un maggior collegamento con le Forze dell'Ordine, in particolare con la Polizia Municipale, per l'identificazione dei minori e, a volte, della sua rete parentale.

Progetto sperimentale di formazione per tutori di minori stranieri non accompagnati.

Per "minore straniero non accompagnato presente nel territorio dello Stato," s'intende il minore non avente cittadinanza italiana o di altri Stati dell'Unione europea che, non avendo presentato domanda di asilo, si trova per qualsiasi causa nel territorio dello Stato privo di assistenza e rappresentanza da parte dei genitori o di altri adulti per lui legalmente responsabili in base alle leggi vigenti nell'ordinamento italiano.

Centro affidi

L'affidamento familiare è un servizio rivolto ai minori, che privi temporaneamente di un ambiente familiare idoneo, possono essere affidati ad una famiglia in grado di assicurarli il mantenimento, l'educazione, l'istruzione e le relazioni affettive di cui hanno bisogno. L'affidamento familiare può essere considerato anche un intervento preventivo per evitare forme di disadattamento alternativo alla istituzionalizzazione e si realizza inserendo il minore in un altro nucleo familiare, o comunità di tipo familiare, tenendo conto di eventuali prescrizioni dell'autorità giudiziaria

Centro Adozioni

Il Centro Adozioni è un servizio pubblico e gratuito, aperto a tutti i cittadini e offre informazioni sull'adozione nazionale ed internazionale, sul percorso adottivo, sulle norme che lo regolano e sulle altre forme di solidarietà e di cooperazione a favore dell'infanzia. Vi operano assistenti sociali, psicologi e amministrativi appositamente formati sulle tematiche dell'adozione.

Mediazione penale minorile

La mediazione penale minorile è una delle attività complementari all'intervento giurisdizionale ed è rivolta a tutti i soggetti coinvolti direttamente o indirettamente nel reato (reo, vittima e società) nell'intento di prendersi carico del conflitto e di ristabilire i legami sociali. Questo metodo contribuisce alla responsabilizzazione del minore autore di reato, alla sua educazione, alla definizione di un diverso concetto di responsabilità, attraverso uno "spazio libero" di incontro tra le parti alla presenza di un terzo neutrale (il mediatore).

Attori: Privato Sociale, Comune Firenze, Comuni area vasta, Regione Toscana, Organi di Giustizia Minorile, ASL 10, Istituto degli Innocenti

Azioni contro lo sfruttamento

Target: donne e minori vittime di soggetti dediti al traffico di persone a scopo di sfruttamento. Consolidare e sviluppare i servizi di protezione sociale per giovani donne e minori vittime di soggetti dediti al traffico di persone a scopo di sfruttamento, attraverso azioni collegate tra loro quali: prevenzione ed informazione sanitaria, accompagnamento a servizi socio-sanitari, azioni di counselling e sostegno, accoglienza per chi richiede protezione, presenza in strada degli operatori, assistenza e consulenza giuridica specifica.

Abuso e maltrattamento minorile

Il Comune di Firenze da tempo, sostiene il progetto dell'Associazione Artemisia che si occupa, in stretta collaborazione con i servizi territoriali, di fornire consulenza psicologica e legale, sostegno e accompagnamento nelle fasi di elaborazione e rielaborazione del vissuto dei minori con problematiche inerenti l'abuso e il maltrattamento minorile.

Presenza di un Tavolo interistituzionale per la formazione e per il coordinamento tra Enti finalizzato ad interventi appropriati.

C.I.P. (Collegamento Interventi Prostituzione)

Il progetto si rivolge a donne, in prevalenza immigrate, e minori vittime del traffico di persone a scopo di sfruttamento sessuale. Il progetto prevede un insieme di azioni collegate fra loro quali: prevenzione e informazione sanitaria, accompagnamento delle donne ai servizi, azioni di counselling e sostegno, "servizi di fuga", accoglienza per chi richiede protezione, presenza in strada degli operatori, assistenza e consulenza giuridica specifica.

Numero Verde contro la tratta

Con Decreto del Ministro per le Pari Opportunità del 23.11.1999, il Dipartimento per le Pari Opportunità e il Dipartimento per gli Affari Sociali ha elaborato un progetto numero verde nazionale da attivare a supporto delle vittime della tratta esercitata a scopo di sfruttamento sessuale, che ha previsto la costituzione di una postazione centrale (tel n. 800 290290), ad iniziativa del Dipartimento per le Pari Opportunità, e di undici postazioni decentrate sul territorio nelle zone maggiormente interessate al traffico, tra cui il Comune di Firenze che opera per tutta la Toscana. Obiettivo del Numero Verde è di fornire informazioni e una prima consulenza rispetto ai percorsi sociale e sanitari alle donne vittime della tratta.

Attori: privato Sociale, Comune di Firenze, Ministero delle Pari Opportunità, Asl 10, Organi di Giustizia Minorile

Azioni e strumenti di integrazione

Target:

I tavoli, i gruppi e il protocollo sotto indicati costituiscono strumenti di supporto al fine di integrare competenze di carattere professionale e operativo nell'ambito del settore minori e responsabilità familiari

- Tavolo interistituzionale infanzia e adolescenza
- Gruppo tecnico minori
- Gruppo tecnico minori stranieri non accompagnati
- Tavolo strutture per minori
- Gruppo minori SIAST
- Tavolo permanente contro la violenza, il maltrattamento e l'abuso sessuale in danno ai minori
- Protocollo operativo relativo agli interventi per il funzionamento del Centro Sicuro
- Tavolo di lavoro sulla qualità dei servizi socioassistenziali

Attori: Comune di Firenze, ASL, Regione Toscana, Provincia di Firenze, Questura di Firenze, Tribunale per i minorenni di Firenze, Procura della Repubblica, Centro per la Giustizia Minorile, Istituto degli Innocenti, Azienda Ospedaliera Careggi, Azienda Ospedaliera Meyer, Polizia Municipale, Guardia di Finanza, Arma dei Carabinieri, CSA.

4.5 Obiettivi di salute e benessere

4.5.1 Ambiente e determinanti di salute

Fra le città toscane, Firenze presenta livelli di inquinamento dell'aria, che necessitano di particolare attenzione. Qualità dell'aria, dell'acqua, del suolo e degli alimenti sono fra loro interconnessi e interdipendenti: difendere efficacemente la qualità dell'ambiente di vita nel suo complesso ha effetti positivi, talvolta anche immediati, sulle condizioni di salute. Nel lungo periodo, un ambiente con bassi livelli di inquinamento migliora la qualità della vita e riduce il rischio di contrarre numerose malattie cronico - degenerative fra cui i tumori.

A tal fine la SdS di Firenze richiama in questo piano e adotta, obiettivi ed azioni della Direzione Ambiente, del Comune di Firenze. In particolare:

- **Provvedimenti volti a migliorare la qualità dell'aria**
- **Rinaturalizzare lo spazio urbano**
- **Tutela delle aree protette metropolitane**
- **Incentivazione della mobilità ciclabile**

Le schede progetto sull'ambiente, sono contenute nell'allegato IV. Di seguito si illustrano in maniera sintetica le azioni.

4.5.1.1 Le azioni

■ **Migliorare la qualità dell'aria**

Target: tutta la popolazione

- Sicurezza impianti termici e riduzione uso combustibili per riscaldamento
- Inquinamento atmosferico da impianti termici - azioni per la tutela della salute-limitazione emissioni
- Inquinamento atmosferico da traffico - Azione per la tutela della salute - limitazione emissioni in atmosfera da traffico
- Inquinamento atmosferico da traffico - Azione per la tutela della salute - Rischio ozono
- Inquinamento atmosferico da traffico - Azione per la tutela della salute - conformità emissioni dei veicoli
- Inquinamento atmosferico da impianti industriali - Azione per la tutela della salute - conformità emissioni da impianti industriali
- Emissioni in atmosfera: orientamento all'utilizzo delle tecnologie più avanzate per la mobilità mediante regimi di incentivazione
- Emissioni in atmosfera: orientamento all'utilizzo delle tecnologie più avanzate in edilizia
- Inquinamento atmosferico - informazione ai cittadini
- Inventario emissioni da traffico

Fra le matrici ambientali che indicano la priorità su cui concentrare iniziative e risorse, la scelta di puntualizzare gli interventi sull'inquinamento atmosferico, ed in particolare di incidere sul traffico veicolare, deriva dalle oggettività evidenziate dagli studi sanitari, ma anche dalla esigenza collettiva di incidere su un aspetto della vita delle città che va oltre la qualità dell'aria che si respira. Le emissioni da traffico veicolare e dagli impianti termici nella città di Firenze sono la principale fonte di inquinamento. In particolare il traffico veicolare contribuisce in

misura maggiore e costante, mentre gli impianti termici incidono ovviamente solo nel periodo invernale. La modalità di quantificazione degli inquinanti avviene mediante la realizzazione di appositi inventari che consentono di quantificare e dettagliare la tipologia delle varie sorgenti, quali ad esempio i vari segmenti del parco circolante. Il Comune di Firenze ha recentemente realizzato l'inventario delle emissioni da traffico e, nell'ambito della realizzazione di questo progetto, ha provveduto a stimare la riduzione dell'inquinamento con l'introduzione dei sistemi di mobilità integrata e sussidiaria ed il rinnovo del parco veicolare. L'adozione delle azioni mirate al contenimento delle emissioni in atmosfera sono messe in atto da parte dei vari enti in relazione alle proprie competenze. Il Comune di Firenze adotta provvedimenti di limitazione della circolazione per i segmenti più inquinanti delle varie categorie di veicoli, contribuendo al rinnovo del parco veicolare mediante l'erogazione di incentivi economici e progettando sistemi di mobilità alternativi ed integrati al trasporto privato, mediante la realizzazione di infrastrutture ed iniziative contenute in appositi piani settoriali. Per quanto riguarda gli impianti termici vengono effettuati controlli per la sicurezza e l'efficienza della combustione. Nel caso dell'inquinamento atmosferico una buona comunicazione contribuisce alla messa in atto di comportamenti virtuosi collettivi ed individuali volti alla tutela della salute, particolarmente in termini di prevenzione di patologie respiratorie croniche o acute.

Rinaturalizzare lo spazio urbano

Target: tutta la popolazione

- Interventi di riqualificazione verde pubblico

Il verde urbano nelle aree metropolitane è un indicatore di qualità complessiva e un fattore di benessere con ampie ricadute anche sulla salute dei cittadini. La rinaturalizzazione degli spazi urbani reca evidenti benefici sulla salute fisica e psicologica degli abitanti. In particolare le alberature, oltre a liberare ossigeno e assorbire CO₂, dando un apporto significativo alla riduzione dell'inquinamento atmosferico e alla qualità dell'aria, contribuiscono inoltre a mitigare l'inquinamento acustico come efficaci barriere sonore e a termoregolare l'ambiente urbano, specie nella stagione più calda, creando microclimi più salubri.

Tutela delle aree protette metropolitane

Target: tutta la popolazione

- Rete aree protette

La rete integrata del verde urbano, costituita dalle alberature stradali, dai parchi e giardini e dalle aree protette metropolitane, che rappresentano l'anello di congiunzione tra lo spazio urbano e l'ambiente naturale circostante, costituisce un ecosistema importante da considerare in maniera unitaria come "rete ecologica". Una rete naturale che favorisce la sopravvivenza delle varie specie animali e vegetali, tra cui l'uomo stesso, è quindi da considerarsi come un bene ambientale primario legato alla salute ed al benessere complessivo dei cittadini, prima ancora degli ulteriori aspetti qualitativi di carattere urbanistico, sociale e culturale che comunque rientrano a pieno titolo nel concetto di "qualità della vita".

Si evidenzia inoltre come la funzione dei parchi-gioco all'aperto abbia rilevanza anche sanitaria, in particolare per i bambini di età 3-8 anni, per cui se ne prevede una diffusa distribuzione sul territorio ed una sempre migliore rispondenza ai requisiti pedagogici, nonché psicomotori e di socializzazione.

Incentivazione della mobilità ciclabile

Target: tutta la popolazione

Dalle Linee Guida del Piano di settore delle piste ciclabili, approvato dal Consiglio Comunale (del.n.74 del 20.07.2005), si evince come la mobilità ciclabile a Firenze sia oggi stimata intorno agli 80.000 spostamenti/giorno (circa 20.000 utenti giornalieri), corrispondenti ad un "modal split" di circa l'8% (1.000.000 di spostamenti giorno). Si stima che con 15 M€ di investimenti sulla mobilità ciclabile in pochi anni, si potrebbe incrementare questo dato portandolo almeno al 12-15%, ovvero a 150.000 spostamenti giorno circa, pari ad una diminuzione di circa 10.000 auto/giorno in circolazione. In questo senso, la realizzazione di una rete integrata di piste ciclabili urbana (esistenti km 34, da realizzare circa km 70), avrebbe immediate ricadute su:

- inquinamento atmosferico e qualità dell'aria (riducendo una quota significativa del traffico veicolare privato e quindi delle emissioni);
- sicurezza stradale e incidentalità (una rete di piste protette aumenta la sicurezza stradale delle cosiddette "utenze deboli");
- qualità della vita in generale (attività fisica e riduzione dello stress).

4.5.2 Sicurezza sui luoghi di lavoro

Le trasformazioni del mercato del lavoro in ambito locale con l'ampliarsi dei fenomeni del lavoro sommerso e flessibile, comportano la necessità di monitorare e intervenire sulle conseguenze che da questo possono derivare in tema di sicurezza sui luoghi di lavoro. Il tema della salute del cittadino (nel luogo di lavoro) è di fondamentale interesse per le ricadute che da questo possono derivare in termini di prestazioni sociali e sanitarie. Un primo obiettivo è quello di monitorare il fenomeno al fine di individuare i settori e gli ambiti lavorativi maggiormente interessati dalla casistica infortunistica per poi avviare una campagna di sensibilizzazione tra i soggetti interessati (associazioni datoriali e sindacali, ASL-Dipartimento Prevenzione e INAIL) al fine di adottare le misure di intervento utili a ridurre i livelli di rischio infortunistico.

In quest'ottica è in procinto di concludersi un accordo con la ASL perché venga consolidata ed ampliata l'attività di prevenzione sui luoghi di lavoro attualmente in essere.

Il Dipartimento della Prevenzione fornirà inoltre collaborazione per la realizzazione di altri progetti del Piano Integrato di Salute per i quali siano ritenute importanti le competenze presenti nel Dipartimento con particolare riferimento all'educazione alla salute, formazione, comunicazione, epidemiologia e tossicologia ambientale ed occupazionale. Infine il Dipartimento si è dichiarato disponibile a collaborare, sulla base di una programmazione concordata, a tutte le attività che coinvolgono le proprie strutture organizzative a valenza sovrazonale (Laboratorio di Sanità Pubblica, Medicina Legale, Medicina dello sport, Verifica impianti e macchine, Indirizzo e vigilanza per le strutture di ricovero e di diagnostica, Igiene urbana veterinaria, TAV e Grandi Opere).

4.5.3 Nuovi stili di vita

Vi è sempre più consapevolezza nell'opinione pubblica che l'attuale modello di sviluppo che produce inquinamento, sfruttamento eccessivo della natura e problemi sociali sta mettendo a rischio la salute dell'intera umanità. Riorientare le azioni quotidiane dei cittadini verso un consumo più consapevole può diminuire l'impatto ecologico e sociale e avere anche un'influenza positiva sulla nostra salute. Risparmiare energia, adottare comportamenti che

permettono la raccolta differenziata dei rifiuti e l'utilizzo di materiali riciclati (carta, plastica,...) prestare attenzione al consumo di acqua, permettono la riduzione dell'inquinamento e dell'effetto serra e la diminuzione dell'impatto di tutta una serie di malattie a partire da quelle respiratorie.

Educare verso comportamenti più attenti e consapevoli, dall'acquisto fino al cassonetto, è uno degli obiettivi dello Sportello Eco-Equo sugli stili di vita e sulla sostenibilità. Lo Sportello è un luogo dove i cittadini che vogliono vivere in modo più equo e sostenibile possono trovare informazioni sulle buone pratiche che ognuno può intraprendere per attuare comportamenti corretti nella direzione della difesa dell'ambiente e del miglioramento della qualità della vita di tutti e quindi anche della propria salute. Lo sportello ha inoltre anche l'obiettivo di mettere in comune esperienze, progetti e idee riguardanti pratiche di politica energetica e ambientale da diffondere su tutto il territorio.

4.5.4 Progetti relativi al Contrasto delle Povertà e inclusione delle fasce deboli - programmazione comunale

Per avere un quadro il più possibile completo della povertà a Firenze, ai 17.000 "relativamente poveri" residenti - stimati sulla base dei dati derivanti dall'ultimo rapporto ISTAT sulla povertà relativa in Italia - vanno sommate le persone afferenti al fenomeno dell'esclusione sociale, ovvero persone con problemi economici/abitativi, spesso associati a problemi di affettività sia familiare che sociale.

La città di Firenze da una parte registra indici di povertà relativa più bassi rispetto a quelli nazionali, dall'altra, non sottraendosi alla logica delle aree metropolitane che oltre al benessere producono sacche di disagio e marginalità, si connota come forte polo attrattivo per persone a rischio di esclusione sociale. Nella maggior parte dei casi queste persone sono essenzialmente persone sole con disagio sociale e difficoltà a trovare soluzioni lavorative durature, immigrati, senza fissa dimora, ex-detenuiti, ecc..

Queste persone che nella maggior parte dei casi non risiedono a Firenze, su Firenze però gravitano e incidono, soprattutto in termini di assistenza sociosanitaria.

Ecco che, accanto all'intervento classico dei contributi economici, l'amministrazione comunale ha messo in piedi soluzioni di carattere alloggiativo oltre ad una serie di azioni mirate al reinserimento nel tessuto sociale di quei soggetti che ne manifestano la volontà. Nel 2004 hanno usufruito dei circa 600 posti alloggiativi messi a disposizione dall'amministrazione 1.600 persone. Di queste il 78% sono state inserite in strutture per persone con disagio sociale, il 14% in strutture per ex-carcerati, il 7% in strutture per immigrati e l'1% in strutture per persone con problemi di salute mentale.

4.5.4.1 La strategia del progetto

In continuità con la programmazione sociale degli anni precedenti, si intende qui prevedere azioni di inclusione che rafforzino la cittadinanza e siano rivolte ad offrire al cittadino "opportunità di vita" tali da sviluppare le "capacità effettive" dello stesso e da abbracciare l'intero processo che si snoda lungo il ciclo di vita della persona.

Tali strategie daranno priorità ai servizi piuttosto che ai trasferimenti monetari e ad una rete articolata di politiche differenziate: formative, abitative, di avviamento al lavoro, di reinserimento

Il programma Contrasto delle Povertà e inclusione delle fasce deboli risulta quindi organizzato secondo una strategia che è incentrata sui seguenti obiettivi:

- Azioni di pronta accoglienza e interventi di emergenza sociale
- Accoglienza per uomini soli, donne sole e donne con figli
- Alloggio sociale, uomini donne e nuclei familiari
- Azioni ad integrazione sociosanitaria
- Azioni di promozione e gestione delle reti integrate tra i servizi pubblici e le risorse territoriali del volontariato e del privato sociale
- Accoglienza per lavoratori immigrati e richiedenti asilo
- Azioni di sostegno all'inclusione sociale e al recupero di una vita autonoma per persone senza fissa dimora
- Azioni di osservazione, monitoraggio, informazione e orientamento alle fasce deboli della popolazione
- Azioni di accoglienza e sostegno a persone in stato di detenzione e in misura alternativa al carcere

Il progetto "Contrasto delle Povertà e inclusione delle fasce deboli" è contenuto nell'allegato IV. Di seguito si illustrano in maniera sintetica le azioni.

4.5.4.2 Le azioni

Azioni di pronta accoglienza e interventi di emergenza sociale

Target: cittadini in disagio socio-sanitario

Attivare, con coerenza rispetto ai bisogni espressi dai cittadini in disagio socio-sanitario, gli interventi funzionali ed articolati di fronte a problematiche complesse che riguardano la quotidianità e la gestione immediata delle emergenze, anche per quelle persone, non residenti nella città e non seguite dai SIAST, ma che necessitano di una risposta; il pasto giornaliero, la doccia con cambio di indumenti, il pronto intervento sociale ed infine, l'inserimento in affittacamere, per far fronte alle situazioni di estrema difficoltà abitativa e che coinvolgono sempre di più interi nuclei familiari, anche se tale modalità di risposta è in forte contenimento.

Accoglienza durante tutto l'anno, tramite protocollo d'intesa stipulato tra forze dell'ordine, volontariato e strutture di accoglienza, in corrispondenza delle convenzioni attive sulle strutture

Attori: Comune di Firenze, Asl 10, Privato Sociale, Organizzazioni di Volontariato

Accoglienza per uomini soli, donne sole e donne con figli

Target: uomini soli donne sole e donne con figli in disagio sociale

Questa tipologia di accoglienza viene messa a disposizione dei SIAST per progetti di inclusione sociale rivolti a cittadini residenti, nell'ottica di superare il modello assistenziale per investire

sulle persone e sulle loro potenzialità, al fine di superare una condizione di dipendenza e delega rispetto alle responsabilità personali.

- Albergo popolare. Tipologia di accoglienza suddivisa tra breve, lunga, emergenza, emergenza freddo, ospiti storici, pronta accoglienza e pronto intervento sociale
- Centro di accoglienza Oasi
- Casa della Solidarietà San Paolino. Tipologia di accoglienza suddivisa tra inserimenti SIAST e pronta accoglienza
- Casa della Solidarietà - Ostello notturno donne
- Casa della Solidarietà - Accoglienza adulti marginalità
- Centro di prima accoglienza Santa Caterina
- Centro di accoglienza San Michele a Rovezzano
- Accoglienza - Progetto Arcobaleno
- Accoglienza Casa Santa Lucia. Tipologia di accoglienza suddivisa tra inserimenti SIAST e pronta accoglienza
- Settore camere Fuligno Donne

Attori: Comune di Firenze, Asl 10, Privato Sociale, Organizzazioni di Volontariato

Alloggio sociale, uomini donne e nuclei familiari

Target: singoli e interi nuclei familiari in disagio sociale

Questo servizio risponde ad un'esigenza di accoglienza di seconda soglia finalizzata alla impostazione di un progetto di inserimento sociale centrato sulle potenzialità e risorse della persona. L'accoglienza temporanea si intende come periodo di "sosta protetta", per permettere alle persone ospitate (singoli ed interi nuclei familiari) di canalizzare le proprie risorse ed energie per una nuova organizzazione della propria esistenza, attraverso l'assunzione di responsabilità e la ricostruzione dell'autonomia nella gestione della vita quotidiana.

- Mini alloggi Albergo popolare
- Accoglienze in concessione
- Sistema Foresterie Fuligno
- Educatorio Fuligno
- Casa Albergo Mameli

Attori: Comune di Firenze, Asl 10, Privato Sociale, Organizzazioni di Volontariato

Azioni ad integrazione sociosanitaria

Target: persone multiproblematiche

L'obiettivo di questa azione è garantire un servizio adeguato di accoglienza e di assistenza in un'ottica di risposta integrata di fronte ad un bisogno al contempo sociale e sanitario, di base e specialistico. Da una parte la mancanza di strutture intermedie per il recupero ed il reinserimento nella società degli ex degenti degli ospedali psichiatrici, dall'altra l'elevata presenza di doppie diagnosi nei servizi per le tossicodipendenze ed il disagio che tale condizione comporta, hanno avuto l'effetto di portare nelle strutture di accoglienza una

notevole percentuale di soggetti con queste caratteristiche (circa il 10 % delle persone accolte). Le strutture ed il servizio di accoglienza non presentano caratteristiche adeguate di fronte a queste condizioni per le quali sarebbe invece necessario definire assieme al Servizio sanitario del territorio strategie più mirate di risposta, riqualificando in tal senso i progetti di residenzialità ed il personale coinvolto. Allo stesso tempo, è forte la necessità di dare assistenza sanitaria di base, ma anche specialistica, a tutte quelle persone immigrate che, non essendo residenti sul territorio comunale, non possono accedere ai servizi.

- Progetto Stenone: servizio medico di assistenza specialistica
- Appartamenti AMIG

Attori: Comune di Firenze, Asl 10, Privato Sociale, Organizzazioni di Volontariato

Azioni di promozione e gestione delle reti integrate tra i servizi pubblici e le risorse territoriali del volontariato e del privato sociale

Target: associazioni di volontariato, organizzazioni del privato sociale

Le associazioni di volontariato e le organizzazioni del privato sociale operano nell'ambito dell'inclusione sociale svolgendo un'azione di osservazione del fenomeno in strada, di ascolto sistematico e rilevazione dei bisogni, di accoglienza, intervento e sostegno delle persone per la promozione delle loro potenzialità e di un recupero delle capacità residue di autonomia. In un'ottica di sussidiarietà orizzontale si promuove e sostiene l'azione di coordinamento per un dialogo costruttivo ed un'azione integrata tra Istituzione e organizzazioni territoriali.

- Progetto CIO: Progetto annuale
- Tavolo di coordinamento tra le associazioni: sistematicità metodologica che si esprime negli incontri mensili di un tavolo cittadino per l'inclusione sociale

Attori: Comune di Firenze, Asl 10, Privato Sociale, Organizzazioni di Volontariato

Accoglienza per lavoratori immigrati e richiedenti asilo

Target: immigrati

Il ricorso degli immigrati ai Servizi Socio-Sanitari è spesso caratterizzato da difficoltà nell'accesso alle risorse, nella loro fruibilità, nelle relazioni di reciprocità tra utenti ed operatori e dalla scarsa conoscenza dei percorsi socio assistenziali. È quindi obiettivo garantire l'accesso ai servizi adeguando l'offerta di assistenza per renderla visibile, attivamente disponibile e in sintonia con i bisogni, anche culturali, dei nuovi gruppi di popolazione, limitando le barriere alla salute degli immigrati.

- Casa della solidarietà - Pensionato Lavoratori uomini
- Struttura di accoglienza per immigrati Villa Pieragnoli
- Struttura di accoglienza in Via Baccio da Montelupo

Attori: Comune di Firenze, Asl 10, Privato Sociale, Organizzazioni di Volontariato

Azioni di sostegno all'inclusione sociale e al recupero di una vita autonoma per persone senza fissa dimora

Target: soggetti in condizioni di disagio

Dare vita ad un percorso strutturato, anche attraverso l'organizzazione di uno spazio identificato, luogo di incontro, socializzazione, informazione, laboratorio sociale ed orientamento di soggetti in condizione di disagio, nel quale costruire azioni di accompagnamento delle persone senza fissa dimora, favorendo processi di sviluppo delle potenzialità e autodeterminazione dei singoli individui.

- Progetto Centro di Via del Leone e percorsi di inclusione per persone senza fissa dimora
- Progettazione di specifico percorso di inclusione sociale per senza fissa dimora da realizzare in rete con le associazioni di volontariato cittadino

Attori: Comune di Firenze, Asl 10, Privato Sociale, Organizzazioni di Volontariato

Azioni di osservazione, monitoraggio, informazione e orientamento alle fasce deboli della popolazione

Target: fasce deboli della popolazione

Costituire strumenti utili alle politiche di programmazione territoriali degli interventi a sostegno delle fasce di popolazione svantaggiate e che possono favorire il miglioramento qualitativo degli interventi e delle prestazioni socio-sanitarie erogate nelle strutture di accoglienza o di orientamento, con attenzione ai diritti di salute degli ospiti e degli operatori impegnati nei programmi riabilitativi. Garantire l'accesso ai servizi adeguando l'offerta di assistenza pubblica per renderla visibile, attivamente disponibile e in sintonia con i bisogni, anche culturali, dei nuovi gruppi di popolazione; a livello giuridico-legale, economico, organizzativo e burocratico-amministrativo; e nelle difficoltà di fruibilità dei servizi a livello

linguistico, comunicativo e interpretativo. Favorire la socializzazione e la comunicazione interculturale fra cittadini sostenendo le azioni dell'associazionismo a supporto della popolazione immigrata, valorizzando il tema della diversità ed intervenendo sulle possibili dinamiche di disuguaglianza.

- Pagine web dedicate ai servizi ed alle azioni per l'inclusione sociale
- Infopoint immigrati
- Archivio dati accoglienze del Polo per le Marginalità
- Archivio dati immigrati - osservatorio dell'Ufficio Immigrati e note periodiche sulle presenze

Attori: Comune di Firenze, Asl 10, Privato Sociale, Organizzazioni di Volontariato

Azioni di accoglienza e sostegno a persone in stato di detenzione e in misura alternativa al carcere

Target: persone in carcere e persone che escono dal carcere

L'azione si articola in due livelli d'intervento, interni ed esterni agli istituti di pena. Gli interventi di coordinamento culturale, di animazione e formazione interni al carcere sono finalizzati ad un miglioramento della qualità della vita e della detenzione, affinché il periodo di pena non

abbia l'effetto di incidere negativamente sulla persona. Il sostegno esterno consiste in un accompagnamento in favore di chi esce dal percorso carcere, verso il lavoro ed uno stato di equilibrio relazionale e personale.

- Arci coordinamento culturale interno: coordinamento culturale interno ai due carceri.
- Ciao sostegno esterno: Sostegno alle persone in misura alternativa o in attesa di chiedere il beneficio.
- Attavante centro diurno: sostegno alle persone e alle famiglie. Corsi di formazione per ex-detenuti e volontari
- Attività sportive in carcere: organizzazione di corsi sportivi dentro alle carceri
- Samaritano: accoglienza
- Casanova: accoglienza residenziale e sostegno
- Garante detenuti: difesa dei diritti dei detenuti

Attori: Comune di Firenze, Asl 10, Privato Sociale, Organizzazioni di Volontariato

4.5.5 Educazione alla salute e promozione stili di vita

La Società della Salute attiva e partecipa ai processi di programmazione per la promozione ed educazione alla salute. Proprio l'approccio esteso al concetto di salute, precisato nella Carta di Ottawa afferma che per conseguire uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, l'individuo o il gruppo devono essere in grado di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di modificare l'ambiente o di adattarvi. L'educazione alla salute è dunque una funzione che si rivolge a tutti i cittadini di ogni età con interventi informativi ed educativi singoli o di gruppo. Si svolge: a livello individuale informativo e mediante interventi educativi strutturati rivolti a gruppi di cittadini, insegnanti, alunni, studenti, genitori, ecc. Le diverse attività di Educazione alla Salute si propongono di promuovere l'adozione di comportamenti e stili di vita in grado di favorire la salute e di sostenere la diffusione di attività di controllo e di riduzione dei fattori di rischio. Qui si riportano i progetti prioritari e significativi all'interno delle politiche incidenti sulla qualità della vita, finalizzate alla tutela del benessere delle persone e delle famiglie.

Il programma "Educazione alla salute e promozione stili di vita" risulta organizzato secondo una strategia incentrata sui seguenti obiettivi:

- Firenze città libera dal fumo
- Alimentazione e salute
- Anziani in movimento - attività fisica e sport
- Salute e sicurezza negli ambiti domestici
- Sicurezza alimentare nella produzione e somministrazione di pasti speciali per allergici e intolleranti ad alimenti

Il Progetto "Educazione alla salute e promozione stili di vita" è contenuto nell'allegato IV. Di seguito si illustrano in maniera sintetica le azioni.

4.5.5.1 Le azioni

Firenze città libera dal fumo

Target: tutta la popolazione

L'intento deve essere quello di promuovere con esempi positivi ed azioni persuasive, unitamente al rispetto della normativa vigente sul divieto del fumo, la formazione di una cultura ampiamente diffusa e condivisa del NON FUMO. Il fumo e la relativa dipendenza rappresentano un importante determinante di impatto economico sanitario, sociale, ed educativo; un grave problema che coinvolge non soltanto la sanità, e che per la sua complessità richiede soluzioni di tipo sistemico. Rappresenta un campo da affrontare in maniera integrata, all'interno di reti costituite da tutte le forze che possono muovere e/o modificare i comportamenti; un modello di network, nel quale i soggetti non sono più solamente gli addetti ai lavori (EAS, Sert, Lega Tumori, Dipartimento della prevenzione, medici di medicina generale e pediatri ...ecc) ma sono anche esterni allo specifico sanitario e parte della società: gli amministratori, il volontariato, gli operatori sociali, gli enti locali, i mezzi di comunicazione di massa, gli imprenditori, i negozianti.

- Iniziative di sostegno all'interno di ciascun quartiere, negli ambienti di lavoro per l'applicazione del divieto di fumo
- Autoformazione del gruppo integrato antibagismo
- Interventi nella scuola
- Interventi rivolti alla popolazione

Alimentazione e salute

Target: tutta la popolazione

Da molti anni tutti i soggetti interessati alla salute lavorano per intrecciare reti che possano affrontare il tema dell'educazione alimentare, area di interesse ed intervento molto ampio, condizionata dalla cultura, dalla storia, dall'economia, dallo stato sociale, dalle mode; ad essi si intrecciano le abitudini, i comportamenti, le relazioni. Nella regione Toscana, anche in conformità agli indirizzi OMS, da anni viene ricercata la trasversalità degli ambiti operativi coinvolti nei processi di programmazione ed elaborazione dei progetti di Educazione alla salute rivolti all'alimentazione e salute, ed i nostri territori hanno realizzato e tuttora conducono esperienze qualificate, che coinvolgono soggetti diversi, con obiettivi di efficacia sempre più alti.

AZIONE 1 "Consumatore e Sicurezza Alimentare: le malattie trasmesse da alimenti nell'ambito domestico"

AZIONE 2 "Allenarsi al benessere: alimentarsi bene, fare attività fisica, non fumare per stare bene"

AZIONE 3 "Consumo critico di alimenti e farmaci"

Anziani in movimento - attività fisica e sport

Target: tutta la popolazione

L'invecchiamento della popolazione pone, alla comunità il problema di garantire ai cittadini più anziani, condizioni di salute e di qualità delle cure sempre migliori e sempre più coerenti con un

uso razionale delle risorse. Uno dei punti su cui si sta concentrando l'attenzione della medicina geriatrica, così come dell'economia sanitaria, è l'efficacia di programmi di prevenzione per la popolazione anziana attuati attraverso interventi di educazione alla salute. In letteratura, accanto a numerosissimi studi sull'efficacia dell'esercizio fisico nella *prevenzione delle malattie cardiovascolari*, sono emersi i risultati di esperienze di attività motoria mirata a gruppi di anziani con effetti significativi nella *prevenzione delle cadute, causa di frattura del femore*. Un altro elemento significativo delle prestazioni a favore della popolazione anziana è il ricorso alla prescrizione di terapia fisica per disturbi, prevalentemente legati alla ridotta mobilità e sedentarietà, che potrebbero essere più efficacemente affrontati con programmi di attività motoria. E' presente infine la necessità di garantire una attività motoria "di mantenimento" alle persone che hanno completato un percorso riabilitativo e che trovano difficoltà ad ottenere una risposta di stretta caratterizzazione sanitaria dai servizi di riabilitazione. Questi elementi sostengono la necessità di intervenire con attività di educazione alla salute che inducano nella popolazione anziana comportamenti maggiormente ispirati ad un'attività motoria preventiva sia individuale che di gruppo. Il raggiungimento di tali finalità presuppone interventi rivolti direttamente alla popolazione interessata e la ricerca di una "offerta" di servizi con questi obiettivi, per raggiungere i quali è necessario il coinvolgimento di attori diversi che operino in modo integrato.

Il progetto ricerca, nella logica integrata della nuova programmazione locale, la collaborazione di tutti i soggetti che stanno o hanno lavorato sull'attività motoria degli anziani, per garantire la condivisione delle esperienze ed il coinvolgimento degli attori sociali interessati.

Salute e sicurezza negli ambiti domestici

Target: tutta la popolazione

La relazione sullo stato sanitario del paese nel 1999, include tra le cause di morte evitabili gli incidenti domestici, che in Italia fanno registrare una media fra le più alte in Europa (con 5.000 morti all'anno e 1.800.000 ricoveri al pronto soccorso). Le vittime sono soprattutto bambini ed anziani. Nel nostro Paese gli incidenti in ambiente domestico, secondo il Piano Sanitario Nazionale 2001-2003, rappresentano la quinta causa di morte. Il fenomeno è in costante aumento.

Nel 1999, in Toscana, si sono verificati 7.715 incidenti domestici, i soggetti più colpiti sono le donne - 67% del totale -, e gli anziani (il 19,3% per le persone di 65 anni o più, il 21,4 % per quelle oltre i 75 anni), ma anche i bambini piccoli (l'11% per quelli da 0 a 4 anni) per i quali, secondo l'OMS, gli incidenti domestici rappresentano, nei paesi sviluppati, la prima causa di morte. Le cause principali degli incidenti domestici sono rappresentate dalle cadute (28% degli incidenti) e dalle attività in cucina (33%), dalla struttura edilizia dell'ambiente (20%), dall'uso di elettrodomestici (15,7%). In questo senso si intende intervenire attraverso le seguenti azioni:

Progetto di ricerca "Prevenzione degli infortuni e dei rischi domestici." il fine è quello di individuare i principali fattori di rischio legati a deficienze del sistema edilizio, sia dal punto di vista funzionale che impiantistico, imputabili ad errori di progettazione o esecuzione o a fenomeni di obsolescenza fisica e/o tecnologica

Campagne informative per Informare la popolazione sulle modalità di identificazione dei pericoli presenti fra le mura domestiche e degli eventuali rischi connessi (in particolare l'indicazione relativa ai soggetti competenti cui rivolgersi sia in fase preventiva che in caso di avvenuto incidente).

Promuovere iniziative di educazione specifiche sui pericoli e i rischi più frequenti in ambito

domestico rivolte alle scuole elementari e medie e all'associazionismo giovanile-Progetto casa sicura.

Promuovere iniziative di educazione-formazione specifiche sui pericoli e i rischi più frequenti in ambito domestico rivolte alle associazioni di rappresentanza dei lavoratori/ci in ambito domestico (e badanti), alle associazioni femminili e familiari, e altre associazioni interessate a favore della sicurezza degli anziani.

Offrire un'attività di consulenza e di assistenza in materia di prevenzione degli infortuni domestici, tramite incontri programmati, da parte della Azienda sanitaria e della facoltà di architettura dell'università di Firenze rivolti agli amministratori condominiali. (possibile anche ricercare la collaborazione di INAIL e ISPEL)

■ **Sicurezza alimentare nella produzione e somministrazione di pasti speciali per allergici e intolleranti ad alimenti**

Target: tutta la popolazione

L'impatto epidemiologico e sociale di queste malattie è notevole e l'interesse verso le medesime è ampio a tutti i livelli dell'opinione pubblica e delle fasce culturali. Attualmente la qualità della vita degli allergici ed intolleranti agli alimenti già diagnosticati è aggravata dal problema della sicurezza alimentare che, se non assicurata e mantenuta, è giornalmente limitante e riduce la qualità della vita: per questo sono opportuni interventi ad hoc, attuati già presso altre Regioni ed in altri Paesi. I problemi dell'alimentazione di allergici e celiaci sono, tra l'altro, strettamente interconnessi con quelli relativi al consumo di pasti speciali sia nel contesto scolastico che in quello lavorativo (mense scolastiche / aziendali) e non solo (mense ospedaliere / penitenziarie / attività ricettive dedicate a questa categoria di utenti, etc). Le associazioni di pazienti che tutelano questi malati e promuovono il miglioramento della qualità della vita non possono (e non devono) restare scardinate dal contesto degli interventi pubblici di prevenzione, diagnosi e cura così come gli Enti Pubblici della Sanità Toscana non possono non farsi carico delle istanze delle associazioni di questi malati.

4.5.6 Interventi finalizzati sul problema casa

La casa è uno dei problemi più urgenti nella città di Firenze soprattutto per quelle fasce di popolazione più fragili quali anziani, immigrati, giovani, la cui capacità di spesa è insufficiente per consentire loro di trovare soluzioni abitative sul libero mercato. Su questa problematica si è così costituito un gruppo di lavoro integrato SdS, Direzione Urbanistica del Comune di Firenze, Casa S.P.A. IPAB fiorentine, al fine di individuare un piano organico per incrementare la dotazione di servizi e attrezzature della città. La scelta è stata fondamentalemente quella di:

- Recuperare e rifunzionalizzare aree dismesse
- Recuperare patrimonio immobiliare delle IPAB attualmente inutilizzato

Le schede di dettaglio sugli interventi casa, sono contenute nell'allegato IV, di seguito si illustrano in maniera sintetica le azioni.

4.5.6.1 Le azioni

Edificio di edilizia residenziale pubblica nel lotto 1 del P.R.U. dell'ex SIME, Comune di Firenze, via Toscanini. 16 alloggi

Target: alloggi per il settore sociale anziani

- Ex macelleria sita in Firenze, via Gian Paolo Orsini 16 r. Studio di fattibilità per recupero e rifunzionalizzazione della struttura. Due alloggi

Target: alloggi per il settore sociale anziani

- Appartamento di "Vicolo il Cionfo" e "Casa domotica"

Target: alloggi per il settore sociale disabili

4.5.7 Sport e salute

L'attività fisica e lo sport sono raccomandati dalla Organizzazione Mondiale della Sanità come interventi essenziali affinché una comunità sia protetta da una serie di gravi patologie, conseguenze di errati stili di vita.

Il progetto è organizzato secondo una strategia incentrata sui seguenti obiettivi:

- Aumento della percentuale di popolazione che pratica regolarmente attività fisica o sportiva, anche tra i gruppi meno attivi;
- Organizzazione di una rete di servizi che favorisca la partecipazione e sia garanzia di un completo percorso assistenziale;
- Prevenzione dei fattori di rischio specifici come il fenomeno del DOPING fra i giovani atleti;
- Organizzazione di corsi di formazione anche al fine di far conoscere un metodo corretto di fare attività fisica o sportiva.

In questo quadro la progettualità futura nell'ottica della promozione della salute, anche in rapporto con le scelte del piano strutturale, dovrà prevedere ed incentivare gli spazi per lo sport aperto.

Esiste infatti la necessità di dare una risposta a quella parte della popolazione che non richiede per la pratica dello sport uno spazio attrezzato, ma necessita invece di una progettazione di spazi verdi, parchi dello sport e del tempo libero fruibili liberamente dai cittadini.

Il progetto è contenuto nell'allegato IV.

4.5.8 Incidenti stradali

Nella Comunità europea gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di morte tra i 15 e i 35 anni. Secondo stime conservative basate sulla rilevazione ACI/ISTAT in Toscana si verificano oltre 17.000 incidenti stradali ogni anno, con circa 23.000 feriti e oltre 520 decessi. Gli incidenti più gravi si verificano nelle ore notturne, nei week-end, nei periodi festivi e sulle strade extraurbane. Una fascia di popolazione particolarmente a rischio è rappresentata dai giovani di sesso

maschile. In particolare in ambito urbano i pedoni, e soprattutto gli anziani, rappresentano una quota rilevante delle vittime. Comportamenti di guida non corretti, ed in particolare l'eccesso di velocità, sono la causa della maggior parte degli incidenti. Un ruolo molto importante viene rivestito anche dalle condizioni del conducente e si stima che l'uso di alcool abbia un ruolo fondamentale in almeno il 25% degli incidenti stradali (ARS Toscana, maggio 2005).

Una recente ricerca della Unità di Epidemiologia dell'Azienda USL di Firenze (condotta in collaborazione con l'UF Igiene e Sanità - Zona Firenze, il Servizio Progetti e Mobilità - Direzione Mobilità ed il Corpo della Polizia Municipale del Comune di Firenze) ha valutato l'impatto sanitario degli incidenti stradali avvenuti nel 2002 a Firenze mediante l'uso integrato di dati sanitari (ricoveri ed accessi al pronto soccorso) ed archivio della Polizia Municipale. Lo studio ha evidenziato che, anche se le conseguenze sono in qualche misura sottostimate, questi incidenti hanno causato rilevanti volumi di attività sanitarie (circa 3.900 accessi al PS con un totale di quasi 18.000 prestazioni; 675 ricoveri con un totale di poco più di 4.400 giornate di degenza; valorizzazione complessiva di 2,2 milioni di euro). E' inoltre da tenere presente che i ricoveri avvenuti in diretta conseguenza dell'evento hanno rappresentato circa l'83% del totale dei ricoveri (e circa l'80% della relativa valorizzazione) verificatisi nel primo anno di follow-up dopo l'incidente stradale. Per quanto riguarda più propriamente i danni alla persone che si rivolgono alle strutture sanitarie in seguito a incidente stradale, nella maggior parte dei casi l'intervento sanitario si è risolto con accertamenti o con il trattamento ambulatoriale di lesioni di minor gravità, traumi superficiali, lussazioni, distorsioni ecc. (rispettivamente 56% e 24% della casistica). Il 12% degli incidentati ha avuto un ricovero ospedaliero, di questi l'8% con una ospedalizzazione complessiva tra 15 e 29 giorni ed il 6% di 30 o più giorni. La tipologia più frequente delle lesioni di maggior gravità è rappresentata dalle fratture di vario tipo. Inoltre si sono verificate alcune lesioni con possibili esiti invalidanti (9 frattura di volta/base cranica, 12 emorragie intracraniche, 3 frattura rachide + lesione midollo spinale). Lo studio ha anche evidenziato che per ogni decesso si sono verificati circa due feriti "gravi". Infine i dati sanitari hanno confermato la maggior pericolosità degli incidenti che coinvolgono pedoni, ciclisti e motociclisti (es. necessità del ricovero ospedaliero, durata della degenza, necessità di un trattamento chirurgico ecc.).

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

Il Progetto è contenuto nell'allegato IV. Di seguito si illustrano sinteticamente le azioni:

- attività di prevenzione, attraverso campagne informative ed educative
- interventi di carattere strutturale sulla rete stradale (rotonde, guard-rail, ecc.)
- riorganizzazione della mobilità
- attività di repressione in applicazione al codice della strada

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

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

4.5.9 Incidenti domestici: una metodologia di azione integrata ed operativa

Il progetto ha come obiettivo la modifica degli stili di vita degli abitanti, in questo caso (ma con valenza metodologica riproducibile) della Comunità-Quartiere 4, con anche l'obiettivo programmatico di poter formulare ipotesi di lavoro per poter incidere, se possibile, anche su procedure e normative istituzionali in modo da contribuire alla tutela del Diritto alla Salute che dovrebbe essere patrimonio di tutti i Cittadini, residenti e migranti.

Questa specifica azione programmatica è stata avviata con il contributo determinante dell'Assessorato al Diritto alla Salute della Regione Toscana, della Facoltà di Architettura di Firenze e del Dipartimento Prevenzione dell'ASL 10 e con la collaborazione di Casa Spa, Cooperativa Unica e della stessa Direzione dei servizi Urbanistici del Comune di Firenze.

Tale azione, nel suo percorso complessivo, prevede una prima parte prettamente mirata all'individuazione di un modello metodologico possibile e sostenibile mediante una ricerca sul campo in materia di incidenti domestici ed una seconda parte tendente alla declinazione dei risultati dell'indagine confrontandoli con la stessa cittadinanza coinvolta in modo da favorire una partecipazione consapevole nella modifica degli stili di vita e, allo stesso tempo, un dialogo costruttivo con Istituzioni, Enti Locali, Ordini Professionali ecc. in modo da avviare riflessioni comuni e, se possibile, modifiche normative mirate.

A tal fine sono stati avviati accordi di collaborazione proprio con il Servizio Edilizia Privata del Comune di Firenze e con Casa Spa (ex ATER).

Il Progetto è contenuto nell'allegato IV. Di seguito si illustrano sinteticamente gli obiettivi

- Individuazione dei principali fattori di rischio legati a deficienze del sistema edilizio, sia dal punto di vista funzionale che impiantistico, imputabili ad errori di progettazione o esecuzione o a fenomeni di obsolescenza fisica e/o tecnologica
- Evidenziazione di stili di vita e di modalità d'uso degli ambienti domestici generatori di rischio per gli utenti

4.5.10 Salute e carcere

A Firenze sono operanti tre Istituti Penitenziari:

Solliciano con una media di circa 900 detenuti maschi ospiti (con punte anche oltre 1000) e di circa 90 donne (con punte anche oltre 100) quando la capienza prevista a regime, si attesterebbe al massimo intorno alle 450 unità.

In totale la popolazione detenuta in Solliciano in base alla residenza può essere così descritta (rilevazione della Direzione Sicurezza Sociale del Comune di Firenze del 25 ottobre 2004):

- Comune Firenze 17,60 %
- Provincia Firenze 14,92 %
- Regione Toscana 19,30 %
- Italia 21,22 %
- Senza fissa dimora 23,64 %
- Non rilevato 2,29 %

Principali criticità dell'Istituto di Sollicciano si possono riassumere nelle seguenti:

- 1 - carenza di organici proporzionale di medici, infermieri, educatori, assistenti sociali ecc.;
- 2 - spesa farmaceutica in progressivo e conseguente aumento
- 3 - invivibilità degli ambienti
- 4 - sicurezza sanitaria
- 5 - promiscuità e malattie infettive
- 6 - percezione rilevata dai detenuti di scarsa attenzione per i loro problemi sociosanitari

Gozzini con una media di 50 detenuti (con punte anche sino a 60) di cui circa la metà residenti a Firenze e l'altra metà nella Regione. La caratteristica dei detenuti del Gozzini è che sono tutti tossicodipendenti, di fascia di età medio-giovane e che sono in trattamento presso il Sert.

Meucci con una media di 25 detenuti di età minore ai 18 anni. Nell'Istituto vengono anche ospitati annualmente circa 350 ragazzi nella Sezione Centro Prima Accoglienza con una presenza di non oltre 72 ore.

Ciascuno dei tre Istituti è dotato di un Servizio sanitario penitenziario con medici interni ed infermieri e con un relativo dirigente sanitario. Nel caso di Sollicciano e del Gozzini sono presenti anche servizi di medicina specialistica ed attrezzature sanitarie a carico dell'Amministrazione Penitenziaria mentre il Meucci utilizza i servizi specialistici dell'Azienda sanitaria ed in particolare del Presidio Santarosa del Distretto 4 secondo un'apposita convenzione e con finanziamento regionale.

L'Azienda sanitaria è da tempo presente all'interno degli Istituti penitenziari sia per il servizio Dipendenze che per la Prevenzione (dovuti per specifica normativa nazionale) ma anche con altri servizi di supporto ad integrazione della sanità penitenziaria in una logica di "leale collaborazione". Vengono regolarmente fornite le dotazioni farmaceutiche richieste dagli Istituti mediante un protocollo con la Farmaceutica Aziendale, mediante la Farmacia del N.S.G.D. e mediante una specifica convenzione con una Farmacia territoriale di Scandicci per urgenze o particolari necessità aggiuntive.

Il Servizio di Malattie infettive dell'Ospedale S.S. Annunziata ha un suo protocollo d'intervento ormai consolidato.

Per il Meucci è stata attivata una convenzione mirata, con finanziamento regionale, per garantire consulenze specialistiche, prelievi ematici ed altri supporti strumentali per i ragazzi detenuti.

Il Distretto 4 ha attivato una convenzione specifica per la proiezione consultoriale per le donne detenute e per i bimbi sino a tre anni di età ospiti loro malgrado. La convenzione prevede anche la partecipazione dei Pediatri di libera scelta del territorio dello stesso Distretto.

Operatori aziendali partecipano ad iniziative di Educazione alla salute per i detenuti.

Gli Ospedali Aziendali hanno sempre garantito, mediante apposito protocollo, il ricovero ospedaliero per i detenuti che presentavano una condizione clinica non altrimenti risolvibile in Istituto.

L'Azienda ha firmato inoltre, insieme ad altri Enti, un protocollo provinciale per l'inserimento a lavoro dei detenuti (Legge Smuraglia).

Il Direttore Generale dell'Azienda sanitaria infine ha di recente nominato un Referente Aziendale per le politiche di Salute nelle Carceri in modo da coordinare tutto l'insieme delle attività aziendali svolte in modo da poterle interfacciare in maniera congiunta con l'Amministrazione penitenziaria.

Il progetto, contenuto nell'allegato IV, ha come obiettivo quello di

- coordinare tutto l'insieme delle attività aziendali svolte in modo da poterle interfacciare in maniera congiunta con l'Amministrazione penitenziaria.

Di seguito si illustrano in maniera sintetica le azioni messe in atto per perseguire l'obiettivo su descritto

- costituzione di un gruppo tecnico integrato che si riconosca in un percorso condiviso.
- l'iter della proposta di Legge Regionale n. 38/04 sulla Sanità penitenziaria, equiparazione dei Diritti di Salute e compiti del Sistema Sanitario Regionale.

Attori coinvolti: Dirigenti Sanitari di Sollicciano, Gozzini e Meucci, il responsabile educatori di Sollicciano, il Sert aziendale e penitenziario, le Malattie Infettive, Salute Mentale sia adulti che minori, la Prevenzione, il Consultorio del Distretto 4, le Cure Primarie del Distretto 4, l'Educazione alla salute, la Direzione sicurezza sociale del Comune di Firenze, la Direzione Politiche giovanili del Comune di Firenze, la Farmaceutica territoriale, la Farmacia del N.S.G.D.

4.5.10.1 Carcere e Immigrati

A tal proposito si intendono approfondire azioni di prevenzione sia per quanto riguarda gli alloggi che il problema lavoro.

4.5.11 Tutela del benessere e politiche antidiscriminatorie

Nello spirito della Carta di Ottawa la Società della Salute promuove attivamente interventi contro ogni forma di discriminazione -per genere, orientamento sessuale (omosessuale, bisessuale, eterosessuale), identità sessuale (maschile, femminile, transessuale), età, provenienza, confessione religiosa, stili di vita, disabilità, caratteristiche personali, convinzioni e/o opinioni personali etc.- e informa al rispetto delle diversità tutti i settori di intervento previsti nel Piano Integrato di Salute.

La Società della Salute tutela il benessere di ogni donna e di ogni uomo rispettandone le peculiarità e le differenze. Fra i suoi vari obiettivi:

- si impegna a promuovere politiche socio/sanitarie che rispettano i bisogni dei/delle singoli/e cittadini/e e la pluralità delle loro forme di relazione e aggregazione, anche al di fuori del modello familiare tradizionale.
- rende esplicita la consapevolezza delle differenze -di genere, orientamento e identità sessuale, età, provenienza, confessione religiosa, stili di vita, disabilità, caratteristiche personali, convinzioni e/o opinioni personali etc- nelle modalità linguistiche e negli strumenti adottati per la comunicazione con i/le cittadini/e.
- prevede un'attenzione e valorizzazione delle differenze nella progettazione delle iniziative rivolte alla formazione degli operatori e delle operatrici nei servizi socio/sanitari pubblici e del privato sociale (insegnanti, medici, infermieri/e, assistenti sociali, psicologi/ghe, educatori/trici etc.); a questo fine vengono riservati specifici percorsi formativi.
- in un'ottica di collaborazione con il privato sociale nella gestione dei servizi socio/sanitari, garantisce che questi soggetti prevedano una specifica preparazione degli operatori e delle operatrici sulle tematiche delle differenze e la non discriminazione dei/delle dipendenti.

- si impegna a realizzare periodicamente campagne volte a promuovere il rispetto delle differenze e un'efficace prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili che faccia riferimento a comportamenti a rischio e non ad ipotetiche categorie sociali.
- attua servizi di informazione, consulenza e sostegno agli/alle adolescenti per garantire il diritto all'autodeterminazione responsabile del proprio orientamento sessuale ed identità di genere; più in generale per supportarli in presenza di qualsiasi situazione di emarginazione scolastica o lavorativa causata dalla diversità.

4.6 Progetti speciali:

4.6.1 Screening colon retto

Nella città di Firenze non è mai stato eseguito uno screening sistematico ed organizzato, nonostante le evidenze scientifiche dimostrino che l'intervento risulta efficace nel ridurre la mortalità per cancro. Tutte le esperienze concordano che il coinvolgimento della Medicina Generale determina una maggiore adesione della popolazione bersaglio e che la gestione degli elenchi dei soggetti da sottoporre a screening da parte del MMG assicura una maggiore precisione nell'identificazione della popolazione.

L'obiettivo dell'azione, già approvata dalla Giunta della SdS, è quello di aumentare l'adesione, portandola almeno al 60%, per un totale di 26.679 invitati, di cui 16.000 da screenare con protocollo sperimentale, anche sperimentando il protocollo di coinvolgimento sistematico dei Medici di Medicina Generale.

Il progetto è contenuto nell'allegato IV

4.6.2 Scompenso cardiaco

Lo scompenso cardiaco rappresenta una patologia ad "elevato impatto" sulle strutture sanitarie perché negli ultimi anni il numero dei pazienti affetti da tale patologia è andato progressivamente crescendo, sia per l'aumento dell'età media della popolazione che per la riduzione della mortalità in fase acuta di patologie come la cardiopatia ischemica grazie ai nuovi trattamenti di rivascularizzazione in fase acuta dell'infarto miocardico. Questo fa sì che attualmente il DRG scompenso cardiaco rappresenti la seconda diagnosi di dimissione dalle strutture ospedaliere. Un ulteriore dato da tenere presente nella gestione di questa malattia è che spesso i pazienti vanno incontro a ripetute fasi di instabilizzazione della malattia che comportano spesso ricoveri ospedalieri reiterati. Ciò accade anche perché si tratta spesso di pazienti anziani o con problemi di carattere sociale e quindi scarsamente aderenti agli stili di vita consigliati ed al trattamento terapeutico, spesso complesso ed articolato su numerose sostanze farmacologiche. Per tale motivo l'aspetto gestionale-organizzativo in questa patologia come in molte patologie croniche rappresenta un punto cruciale per ottenere risultati sia sulla qualità di vita del paziente che sulla riduzione del numero di ricoveri.

La Società della Salute ha quindi individuato fra i suoi obiettivi quello di promuovere l'applicazione di un percorso assistenziale per i pazienti con scompenso che, partendo da quello già concordato a livello dell'Azienda Sanitaria con la FIMMG ed i rappresentanti degli Specialisti convenzionati, integri nei vari bracci del percorso le sperimentazioni che stanno partendo su aspetti peculiari del problema e quelle che potenzialmente potranno essere proposte in futuro. In particolare è obiettivo del gruppo di lavoro integrare nel percorso il progetto di monitoraggio in telemedicina di pazienti anziani impossibilitati a compiere

un follow-ambulatoriale che prevede la collaborazione della ASF-Università degli Studi di Firenze.

Obiettivi dell'azione:

- Miglioramento della qualità di vita dei pazienti affetti da scompenso cardiaco
- Aumento dell'aderenza dei pazienti agli stili di vita ed alla terapia medica consigliata
- Riduzione dei ricoveri ospedalieri per scompenso cardiaco

4.6.3 Controllo ventilazione assistita

L'insufficienza respiratoria cronica determina uno stato di invalidità progressivamente ingravescente che limita le capacità lavorative dei soggetti e, a lungo termine, lo svolgimento di una normale vita di relazione. Le implicazioni socio-economiche di questa sofferenza cronica sono enormi sia in termini di costi previdenziali (perdite di giornate lavorative, prepensionamenti etc) sia di spesa sanitaria farmaceutica o di ospedalizzazione (uso continuo di farmaci, ricoveri ricorrenti con degenza prolungata), e si accompagnano, ad un progressivo deterioramento della qualità di vita dell'ammalato.

Nella Azienda Sanitaria di Firenze il numero di pazienti in Ossigenoterapia Domiciliare a lungo termine/100.000 abitanti è passato da 57.6 nel 1996 a 97.4 nel 2002

I pazienti in ventilazione meccanica domiciliare a causa di grave insufficienza respiratoria cronica e/o turbe respiratorie durante il sonno nella Regione Toscana nel 2000 erano approssimativamente 339 con una prevalenza di 9.7/100.000, e nella Azienda Sanitaria locale n° 10 erano circa 93 pazienti con una prevalenza di 11.6/100.000. Attualmente questo numero è sicuramente aumentato e si colloca presumibilmente ad un tasso di 13/100.000.

Allo stato attuale pur disponendo di risorse terapeutiche (Ossigenoterapia a lungo termine, Ventiloterapia domiciliare) che se attuate in modo precoce possono controllare e/o ritardare l'evoluzione della IRC, non sono stati adeguatamente studiati e validati sistemi di monitoraggio domiciliare che possano permettere di individuare e trattare precocemente episodi di riacutizzazione della IRC evitando il ricorso a ricoveri ospedalieri reiterati.

Si prevede l'impiego della telemedicina per il monitoraggio domiciliare notturno dei parametri ventilatori e della SaO₂ in pazienti con Insufficienza respiratoria cronica in ventilazione meccanica domiciliare.

Interventi previsti: monitoraggio dei parametri ventilatori e della SaO₂ durante ventilazione meccanica domiciliare notturna tramite un impiego integrato delle tecnologie a disposizione di Telecare e Qubisoft, e visite di follow-up bimestrali presso l'UTIP

Centri partecipanti: UTIP AOUC Careggi Dr Corrado (Firenze); Azienda Sanitaria Locale 10 Firenze; Società della Salute; Tele assistenza Montedomini, Qubigroup Padova

Il progetto è contenuto nell'allegato IV

4.6.4 Vaccinazione antinfluenzale e strategie di prevenzione della influenza aviaria

La Regione Toscana ha recentemente fissato come obiettivo di copertura la vaccinazione dell'80% degli anziani ultrasessantacinquenni e dei cronici di qualunque età. Ha inteso promuovere inoltre un incremento di vaccinazione dei soggetti addetti ai servizi di pubblica utilità o a rischio per motivi professionali. Ciò avrà importanza sia per la prevenzione delle complicanze dell'influenza nei soggetti "fragili" sia come aumento della protezione anticorpale nella popolazione generale quale intervento utile ai fini di una preparazione ottimale per la eventuale pandemia di influenza aviaria, per la quale siamo in attesa dell'uscita delle

indicazioni ministeriali che saranno sviluppate in un percorso locale dallo specifico gruppo di lavoro della Società della Salute.

Obiettivi dell'azione:

- raggiungere l'obiettivo di copertura dell'80% degli anziani e dei cronici di età inferiore a sessantacinque anni
- promozione della ricerca attiva delle categorie a rischio
- sensibilizzazione della popolazione generale e delle singole categorie a rischio

Il progetto è contenuto nell'allegato IV

4.6.5 Codici DEA di bassa priorità (accessi al Pronto Soccorso per patologie non urgenti e accessi impropri)

Nel 2004 i codici di bassa priorità hanno rappresentato il 41,3% degli accessi DEA nei presidi ospedalieri dell'Azienda Sanitaria di Firenze. Fra gli accessi in esame la maggioranza, pari al 37.3% del totale (53.462 accessi complessivi) sono stati classificati come codici azzurri, quindi non urgenti. Questi pazienti, che per la loro tipologia clinica possono trovare risposta più appropriata presso il proprio MMG, appesantiscono la gestione delle emergenze-urgenze di livello più grave, che sono l'obiettivo di attività del DEA e che rappresentano il 60% dei pazienti che si rivolgono al pronto soccorso. Inoltre, benché la media delle attese per i codici di bassa priorità presso l'Azienda rientri nei parametri previsti dal PSR (massimo due ore), una piccola quota di pazienti si trova ad attendere di più.

Obiettivi dell'azione:

■ una rimodulazione dell'offerta, che offra possibilità di risposta non solo presso il DEA, ma anche a livello territoriale, presso il Medico di Medicina Generale (MMG), perseguendo un obiettivo di incremento dell'appropriatezza. In particolare ci si propone di sperimentare modelli di primo soccorso, ovvero strutture mirate alla ricezione dei codici di bassa priorità ad opera dei medici curanti degli stessi pazienti che operano nelle Unità di Cure Primarie (UCP), elaborare percorsi di diagnostica rapida a supporto dei MMG che operano sui codici minori in grado di supportare in tempi adeguati la soluzione dei quesiti clinici, implementare la gestione delle patologie croniche attraverso modelli che riducano i ricorsi inappropriati al DEA.

■ una riduzione dei tempi di attesa per i codici di bassa priorità da realizzare attraverso un migliore drenaggio dei pazienti in carico al DEA da parte dell'ospedale.

4.6.6 Unità di Cure Primarie (UCP)

Nel corso degli ultimi anni gli atti di programmazione sia nazionale (Piano Sanitario Nazionale 2003-5, accordo Conferenza Stato-Regioni 2003) che regionale (Piano Sanitario Regionale 2005-7, atti di Giunta Regionale) hanno ribadito l'esigenza di individuare strategie di integrazione fra i professionisti della salute sia pubblici che convenzionati (MMG, Pediatri di Famiglia, specialisti ambulatoriali e la comunità locale, da sperimentare al fine di implementare l'assistenza territoriale).

Le Unità di Cure Primarie si ispirano al concetto di "continuità degli interventi in una logica multiprofessionale" nell'ambito di una presa in carico globale ed organizzata. Intendono, con questa logica, ispirarsi ai principi di "governo clinico" inteso quale strumento di qualità, efficacia

ed appropriatezza degli interventi in un contesto di efficienza. Attraverso la valorizzazione del ruolo dei MMG, dei PLS, degli specialisti ambulatoriali, degli infermieri professionali, dei servizi sociali etc. il cittadino entra al centro del sistema sanitario territoriale.

L'Azienda Sanitaria di Firenze ha già elaborato un progetto aziendale secondo le indicazioni della Delibera di Giunta Regionale 1204/2003 "Sperimentazione di un modello di Unità di Cure Primarie", attualmente ancora in fase di valutazione da parte della Regione Toscana. Il progetto aziendale ha seguito le indicazioni contenute nella delibera GRT n. 1204 sulla modularità degli interventi; una prima fase caratterizzata dall'istituzione di Punti di Primo Soccorso (già attivati ed integrati nelle azioni della SdS sui codici DEA a bassa priorità) ed una seconda fase dedicata alla gestione delle patologie (i cui protocolli sono già stati concordati quale parte integrante degli Accordi Contratto con le Cooperative dei MMG).

Gli obiettivi che si intende perseguire attraverso l'UCP sono:

- Miglioramento dei percorsi;
- integrazione degli operatori sanitari e sociali;
- semplificazione dell'accesso alle prestazioni;
- intercettazione del bisogno territoriale e risposta appropriata (codici DEA di bassa priorità, patologie croniche, continuità assistenziale).

La Società della Salute di Firenze ha quindi strutturato un gruppo di lavoro specifico, incaricato di concertare entro giugno 2006 un modello di UCP, da sperimentare sul territorio fiorentino, anche in coerenza con quanto detto al paragrafo 5.

4.6.7 Il controllo e la cura del dolore come diritto del cittadino - Cure palliative

Il Piano Sanitario Regionale 2005/2007 contiene, nell'ambito dei Progetti speciali di interesse regionale, il progetto "Il controllo e la cura del dolore come diritto del cittadino"²¹ in cui viene definito, a livello del territorio, il modello organizzativo per il percorso assistenziale in campo oncologico, attraverso un sistema di rete per le cure palliative costituito, anche, dall'assistenza domiciliare integrata.

Lo sviluppo di tale progetto è ritenuto di primario interesse della Società della Salute di Firenze, nell'ottica di potenziare l'assistenza al malato oncologico, nell'ambito del proprio territorio, avvalendosi della collaborazione di alcune associazioni di volontariato, operanti nel settore delle cure palliative, per le attività sanitarie di assistenza domiciliare a malati oncologici in fase terminale;

Prendendo atto e ratificando, anche alla luce della apposita normativa regionale, lo schema di convenzione tra l'Azienda Sanitaria di Firenze e le seguenti Associazioni di Volontariato, regolarmente iscritte all'albo regionale, aventi tra i propri compiti istituzionali l'assistenza ai malati oncologici:

- A.N.T. - Fondazione Antitalia Onlus
- A.T.T. - Associazione Toscana Tumori Onlus,
- FILE - Fondazione Italiana Leniterapia Onlus
- PALLIUM - Associazione Scientifica Pallium Onlus,

²¹ Piano Sanitario Regionale 2005-2007 punto 3.2.3

e considerando che l'attività di assistenza svolta dalle anzidette Associazioni di Volontariato viene effettuata in collaborazione con le competenti strutture dell'Azienda Sanitaria di Firenze sembra opportuno sottolineare e ribadire che rientra nei fini istituzionali della Società della Salute la collaborazione con le associazioni di volontariato per il raggiungimento di obiettivi comuni, assicurando una risposta qualificata e tempestiva ai cittadini che esprimono un bisogno di salute.

Gli obiettivi:

- Presa d'atto e ratifica, mediante delibera SDS, dello schema di convenzione in proposito tra Asl 10 ed Associazioni di volontariato
- Apertura di un Tavolo tecnico allargato (coordinato da un Dirigente dell'U.O. Cure Palliative Aziendali e con la partecipazione dell'ITT, del Dipartimento Oncologico Aziendale e dei MMG) per la stesura di un Protocollo operativo che comprenda i necessari riferimenti alla normativa regionale, le modalità di Presa in Carico e i tempi ed i modi delle verifiche periodiche condivise
- Conferenza pubblica sullo stato di avanzamento del processo assistenziale integrato

Il progetto è contenuto nell'allegato IV

Si intende inoltre lavorare al fine di snellire le procedure per la richiesta di invalidità da parte di pazienti oncologici terminali perché i normali tempi burocratici di queste pratiche (circa tre/quattro mesi) spesso non risultano operativi poiché il richiedente decede prima.

4.6.8 Odontoiatria

Il Progetto "L'Odontoiatria: un percorso sostenibile"²² è previsto nell'ambito dei Progetti speciali di interesse regionale nel Piano Sanitario Regionale 2005-2007.

Il Progetto investe i seguenti ambiti:

- la prevenzione, con particolare attenzione alla promozione di stili di vita sani, con interventi che interessano la prevenzione prenatale, la prevenzione primaria e secondaria. Tra gli interventi previsti si evidenzia l'assicurazione di protesi gratuite a soggetti in condizioni di disagio economico;
- l'efficienza, qualità e appropriatezza delle prestazioni da assicurarsi con l'elaborazione di linee guida e di percorsi diagnostici e terapeutici secondo la medicina di provata efficacia e la definizione di criteri di priorità per gestire liste di attesa;
- l'accesso alle cure odontoiatriche con azioni che interessano il potenziamento della rete di offerta delle prestazioni anche creando sinergie con i soggetti privati.

²² Piano Sanitario Regionale 2005-2007 punto 3.2.4

Azione programmata	Considerazioni
Primo Intervento Festivo	Riorganizzare orario esistente, assegnare ore in convenzione specialistica SOSTITUTIVE, assistenza infermieristica produttività aggiuntiva, utilizzare per attività a reddito potenzialità produttive residue Costo annuo stimato con ore mediche sostitutive: € 5000
Privato accreditato	Stipula di contratti "a costo zero" e controllo di qualità
Odontoiatria geriatrica	Costituzione di ambulatorio in ambito RSA Visite, prestazioni in RSA, ricerca epidemiologica Integrazione progressiva con ADI e Ospedali (riduzione trasporti sanitari)
Protesi sociale	Fondo autofinanziato € 120.000 annui per protesi gratuite (450-500 arcate)
Razionalizzazione sedi Potenziamento Attrezzature	Firenze: Ospedale+ IOT + Montedomini + 2 poli (S.Rosa e ??) Osteria 3 riuniti, microscopio, laser, Videoradiografia, motori endodontici, localizzatori apicali
Informatizzazione	<ul style="list-style-type: none"> • selezione modalità interfacciamento ambulatorio - datawarehouse • completamento hardware, software, formazione personale • Dotazione strumentale digitale clinica • Gestione informatizzata di liste di attesa
Percorsi e protocolli	Articolazioni di struttura e nuovo sistema premiante (del. 367) controlli quantitativi e qualitativi.
Formazione	Prosecuzione formazione infermieristica Acquisto Corso formazione in Protesi con Università Siena e Firenze Vendita Corsi pratici di formazione in: Ortodonzia e Implantologia
Igienista	Contratto formazione od a progetto, ricavo 15.000
Polo Libero Professionale	Nell' ambito di Polo Aziendale con sviluppo di attività libero professionale individuale ed a tariffa aziendale liberalizzata
Materiale	Introdurre visto tecnico - Ridurre catalogo- Rapportare ad attività

4.7 Obiettivi di riorganizzazione

4.7.1 Sistema Informativo

Coerenza con i principi del Sistema Informativo

L'applicazione software di supporto al sistema informativo della Società della Salute deve necessariamente corrispondere ai principi di questo in modo adeguato e coerente e quindi deve:

- 1 Presentare in modo coerente le informazioni relative ai cittadini che si affidano alle risorse del sistema socio-sanitario della Società della Salute, garantendo il supporto al coordinamento all'esecuzione dei processi gestionali
- 2 Abilitare gli attori del processo socio sanitario (microequipe) garantendo la visibilità informativa in modo integrato e condiviso
- 3 Garantire la visibilità informativa a tutti gli altri soggetti che possono essere coinvolti nel processo che ha sempre e comunque come protagonista il cittadino che ricorre ai servizi del sistema sociosanitario, e quindi tutto il terzo settore (volontariato, etc.) e gli altri soggetti (farmacie, etc.).

- 4 Raccogliere le informazioni contestualmente al verificarsi dei processi e direttamente a carico degli operatori coinvolti riducendo ritardi o immissioni differite ad altri soggetti
- 5 Offrire la possibilità di poter attuare scelte a carico degli operatori di frontline sulla base delle risorse disponibili riducendo snodi e rinvii di carattere puramente amministrativo burocratico (ridurre i giorni di ritardo tra manifestazione del bisogno ed erogazione del servizio)
- 6 Migliorare la visibilità e controllo dello svolgersi dei vari processi relativi alle azioni intraprese permettendo il monitoraggio e la valutazione dell'andamento complessivo (cabina di regia) riducendo quindi i tempi per le necessarie azioni di tipo integrativo e/o correttivo
- 7 Produrre sulla base di standard pianificati di servizio gli indicatori di misurabilità di tali livelli
- 8 Costituzione di una base informativa solida comprendente i dati relativi all'offerta e alla domanda sanitaria e sociale da mettere a disposizione dell'Osservatorio SdS (cfr.paragrafo 4.7.2.) e costruzione di flussi in quei settori dove l'informazione manca o è carente

Le soluzioni applicative presenti su mercato

La Società della Salute ha scelto di sviluppare la propria attività focalizzando l'attenzione sul cittadino e sui suoi bisogni piuttosto che sulle prestazioni e servizi erogati.

Tradizionalmente il socio sanitario ha affrontato la propria attività sviluppando la componente funzionale e quindi della prestazione/servizio, i sistemi informatici di supporto sono stati condizionati da tale impostazione e sono quindi baricentrati sugli aspetti funzionali con scarsa integrazione e modesta attenzione al valore informativo sui soggetti destinatari di prestazioni e servizi.

L'applicazione necessaria alla Società della Salute rappresenta di fatto, come impostazione, una soluzione di tipo ERP che si caratterizza per avere una forte integrazione informativa e una distribuzione a tutti i settori e componenti la gestione della componente informativa.

La disponibilità di soluzioni con queste caratteristiche sono recenti e l'offerta in generale di mercato offre una ridotta capacità di scelta.

Le caratteristiche tecniche

L'architettura di riferimento che è praticamente imposta vista l'eterogeneità dei soggetti coinvolti nel processo informativo non può che essere web oriented.

L'applicazione sarà utilizzata attraverso il browser Internet e utilizzerà spesso anche la rete pubblica con i necessari livelli di sicurezza e privacy. Questo significa avere un'impatto minimo per gli operatori a livello di tecnologia: è sufficiente un personal computer collegato in Internet.

Altro aspetto significativo è quello di essere un'applicazione *open source* e quindi può essere usata da tutti i soggetti interessati senza dover in qualche modo corrispondere i costi di licenza d'uso.

Sono comunque da acquisire i servizi di realizzazione e messa a punto, ma quanto realizzato potrà essere riutilizzato da tutti i soggetti.

Questo aspetto definito come "riuso" risulta essere molto importante perché permette di razionalizzare l'uso delle risorse senza aggiungere o duplicare costi inutili ed è promosso a livello regionale dalla L.R. 1 del 2004 relativa alla società dell'informazione e sarà oggetto dei prossimi interventi del CNIPA con finanziamenti per la diffusione della pratica del riuso.

Tale opportunità risulta particolarmente conveniente per la Società della Salute dal momento che il sistema informatico di cui necessita ha una notevole complessità e quindi costo.

I riferimenti

La Società della Salute non può ovviamente essere isolata a livello di sistema nei confronti del livello regionale e quindi l'applicazione dovrà essere in grado di poter interagire in modo corretto secondo le regole della collaborazione applicativa (CART). Questo risulta particolarmente importante dal momento che l'accesso ai dati relativi all'anagrafe avverrà proprio attraverso il CART e in questi giorni sta per essere aggiudicata la fornitura di una soluzione che potenzia questo strumento e costruisce di fatto il sistema informativo socio sanitario a livello regionale.

Seguire un livello di coerenza con il lavoro svolto a livello regionale permette uno scambio informativo molto prezioso e favorisce soluzioni maggiormente condivise che possono ridurre in modo significativo fenomeni d'isolamento o di marginalità.

Il percorso

- 1** Le considerazioni espresse indicano con certezza che le caratteristiche dell'applicazione che sarà utilizzata dalla Società della Salute sarà: Fortemente integrata a livello informativo con particolare attenzione ai risultati ottenuti avendo come baricentro il cittadino
- 2** Diffusa presso tutti gli operatori coinvolti
- 3** *Open source* e quindi riutilizzabile, e questo vale sia per quanto sarà realizzato autonomamente dalla Società della Salute che per quello che sarà utilizzato sempre con la modalità del riuso e reso disponibile da altri soggetti esterni (non costi di licenza ma servizi di personalizzazione)
- 4** In cooperazione applicativa a livello regionale

4.7.2 Osservatorio socio sanitario della SdS

Elemento fondamentale del Piano Sanitario Regionale (PSR) è la valorizzazione della programmazione, quale garanzia di un uso appropriato delle risorse per diffondere servizi di pari qualità su tutto il territorio.

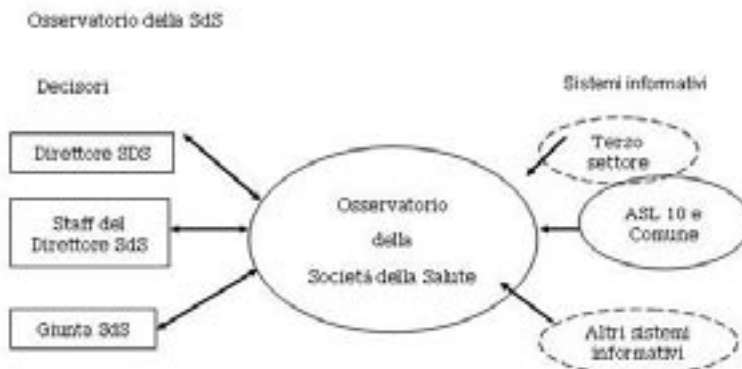
La ragione d'essere di un Osservatorio della SdS scaturisce dalla consapevolezza che una adeguata programmazione non può prescindere da una conoscenza quanto più possibile completa ed accurata della realtà in cui si agisce.

L'Osservatorio, dovendo essere di supporto agli organi decisori della Società della Salute, necessita quindi di informazioni tempestive per la programmazione e per la valutazione degli interventi socio-sanitarie.

Per tali scopi è necessario che l'Osservatorio disponga di una base informativa solida comprendente i dati relativi all'offerta e alla domanda sanitaria e sociale, pertanto l'esistenza stessa dell'Osservatorio non può prescindere da quella di un buon Sistema informativo sia sul versante sanitario che sociale che lo supporti e si attivi per la costruzione di flussi in quei settori dove l'informazione manca o è carente. Un pre-requisito di fondamentale importanza per la costruzione di tale basamento informativo è la costruzione di un archivio di popolazione che integri l'anagrafe del Comune di Firenze con l'anagrafe assistiti della Asl, ed il suo progressivo aggiornamento.

Sarà infine compito dell'Osservatorio avvalersi delle informazioni e dei dati prodotti da quei settori dell'Amministrazione Comunale e di altri enti (es. Provincia) che programmano politiche di intervento su fattori che pur non essendo strettamente di natura sanitaria o sociale incidono sulla salute delle persone (es. ambiente, urbanistica, occupazione, traffico ecc).

Uno schema riassuntivo del flusso delle informazioni è riportato nella figura sottostante.



L'Osservatorio della SdS è una struttura tecnico-scientifica formata, al momento, da due epidemiologi e due statistici, provenienti dai due enti consorziati (ASL 10 e Comune di Firenze). In relazione alla evoluzione delle funzioni e dei compiti che verranno progressivamente affidati all'Osservatorio dovrà essere valutata l'adeguatezza dell'attuale strutturazione, dotazione di personale, competenze professionale e dotazioni informatiche. Sono inoltre previste collaborazioni con l'Università degli Studi di Firenze e la Provincia di Firenze, al fine di approfondire particolari tematiche, costruire modelli di previsione, predisporre indagini ad hoc. L'Osservatorio, inteso come sistema di sorveglianza, informazione e valutazione sociosanitaria che risponda alle esigenze degli organi decisori della SdS svolge le seguenti attività:

- organizzare un sistema di osservazione permanente per la Società della Salute, basato sui flussi informativi sanitari correnti, sui flussi e le informazioni sociali esistenti, e su indagini ad hoc;
- contribuire a razionalizzare la raccolta di informazioni nel settore, attualmente frammentarie e disomogenee, nonché collaborare a ricerche "ad hoc" operate da soggetti diversi - pubblici e privati - perché possano essere utilizzabili per comparazioni fra ambiti territoriali;
- trasformare le informazioni raccolte dal sistema in indicatori sulla base dei quali i decisori predispongono misure di prevenzione e programmano prestazioni e servizi sanitari e sociali, e ne possano valutare i risultati;
- stesura di rapporti.

Ad oggi, l'Osservatorio è stato impegnato in una dettagliata ricognizione delle informazioni esistenti relativamente alle prestazioni sanitarie, sociali e socio-sanitarie territoriali, ed ai relativi utenti; laddove esistenti, le informazioni sono state acquisite ed analizzate. L'analisi delle stesse ha portato alla stesura del Profilo di Salute e della Relazione sullo stato di Salute, strumenti che oltre a descrivere la realtà fiorentina negli aspetti socio-sanitari e negli altri fattori che incidono, anche se non direttamente, sulla salute della popolazione, è di supporto al Piano Integrato di Salute, strumento principe della programmazione della SdS.

4.7.3 Procedure adozione atti SdS

In base allo Statuto del Consorzio, sono attribuite alla Società della Salute le “funzioni di indirizzo, programmazione e governo delle attività socio-assistenziali, sociosanitarie, sanitarie territoriali e specialistiche di base, di competenza degli enti aderenti (Comune e ASF), nel territorio corrispondente alla zona socio-sanitaria di Firenze.

Come precisato nello Statuto, il Consorzio SdS, con la sottoscrizione della Convenzione, è subentrato, al Comune e all’Azienda Sanitaria di Firenze nelle funzioni di indirizzo, programmazione, governo e controllo nelle suddette materie.

A regime, al termine della sperimentazione, il Consorzio SdS acquisirà anche la gestione dei servizi corrispondenti che, oggi, resta in capo agli enti aderenti (Comune e ASF).

Ciò premesso, nel nuovo assetto istituzionale, sono, quindi, da ricondurre alla competenza degli organi di governo del Consorzio (Giunta ed Esecutivo) tutti gli atti deliberativi (già di competenza degli organi di governo del Comune e della ASF) di pianificazione strategica, di programmazione, di indirizzo e di controllo, afferenti l’assistenza territoriale²³, fatta salva l’approvazione degli atti fondamentali da parte degli enti consorziati, come previsto dall’art.8 della Convenzione e come già indicato al precedente punto 1.1.

La Società della Salute approva, quindi, attraverso i propri Organi tutti gli atti deliberativi di natura non gestionale, sino ad oggi adottati dagli organi di governo dei Comuni (Consiglio e Giunta Comunale) o dal Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria, nelle materie di competenza del Consorzio.

Si tratta degli atti di:

- indirizzo
- programmazione
- programmazione intermedia
- controllo

Indirizzo: pianificazione strategica, individuazione delle scelte fondamentali e delle risorse del Consorzio, nel medio-lungo termine, tramite lo strumento del Piano Integrato di Salute (PIS)²⁴.

Programmazione: processo che consiste nell’individuazione degli obiettivi da raggiungere, nel periodo di riferimento, e delle relative risorse, sulla base degli indirizzi elaborati dalla Regione, e nell’assegnazione alle competenti strutture organizzative degli obiettivi specifici e delle corrispondenti risorse (budgeting)²⁵.

Programmazione intermedia: con gradualità nel triennio, laddove si debbano apportare modifiche agli obiettivi già fissati o inserirne di nuovi, ovvero si renda necessaria l’adozione di cd. “atti di indirizzo per la gestione” di ulteriore specificazione di obiettivi definiti in modo generale.

Controllo: verifica del raggiungimento degli obiettivi fissati dagli atti di programmazione nel rispetto delle compatibilità economiche e finanziaria e nel rispetto della legislazione vigente. N.B. Nella fase transitoria di sperimentazione - in assenza di tali atti di programmazione, approvati dalla SdS, che consentano il pieno dispiegarsi dell’attività gestionale (del Comune e della ASF), si rende necessario prevedere l’invio agli organi deliberativi del Consorzio di tutti

²³ Tali funzioni, per quanto riguarda la ASF, erano attribuite alla Direzione aziendale (v. art. 2 Regolamento di Organizzazione ASF e artt. 14 e segg.). Per quanto riguarda il Comune, le funzioni di cui trattasi sono state esercitate dai competenti organi di governo (Consiglio Com.le e Giunta)

²⁴ Nel Comuni tale strumento coincide con la Relazione revisionale e programmatica allegata al bilancio di previsione.

²⁵ Nel Comuni questo processo consiste nella predisposizione e approvazione del PEG (ed eventuale PDO).

quegli atti (progetti, accordi, schemi di convenzione, etc...) che implicano l'adozione di scelte di indirizzo politico che, in quanto tali, non possono essere adottate con provvedimenti gestionali. A tale proposito, si evidenzia che l'Azienda Sanitaria di Firenze ha individuato (sulla base di una ricognizione "storica" degli atti adottati nel corso del 2004) alcune tipologie di atti contenenti elementi programmatici chiedendo ai propri Dirigenti di predisporre, per ciascuna struttura, un programma delle attività riferite all'anno in corso (2005) da far approvare alle Società della Salute.

Per quanto riguarda il Comune, risulta di tutta evidenza che nelle anzidette materie, di competenza della Società della Salute, viene meno qualsiasi potestà deliberativa degli organi collegiali di governo (Consiglio Comunale e Giunta), in ordine all'adozione delle tipologie di atti di indirizzo e di controllo politico-amministrativo ricompresi nelle attribuzioni di detti organi, ai sensi degli artt. 42 e 48 del D.Lgs. 267/2000.

La Giunta della Società della Salute di Firenze, con deliberazione n° 7 del 13.04.05, ha approvato, nell'ambito della propria attività programmatica, il Piano degli Obiettivi e delle Risorse 2005 relativi ai servizi di competenza della SdS, gestiti dal Comune di Firenze, compresi nel budget virtuale 2005 della SdS. Ciò al fine di ripartire le risorse previste nel budget stesso tra i vari obiettivi gestionali, aggregati per area di intervento, per lo svolgimento delle attività che la SdS ha programmato di svolgere e che saranno materialmente erogate dalle strutture comunali le quali, attraverso il PEG/PDO approvato dalla Giunta Comunale, rimangono responsabili, sotto l'aspetto operativo e contabile delle risorse del budget virtuale.

Poiché la SdS non dispone, nell'attuale fase sperimentale, di una propria struttura amministrativa, l'istruttoria tecnico-amministrativa delle proposte di deliberazione di competenza della SdS spetta alle strutture degli enti consorziati (Comune e ASF).

L'Esecutivo della SdS, con deliberazione n. 49 del 21.09.2005, ha approvato la seguente procedura:

- le proposte di deliberazione di cui sopra devono essere istruite ed elaborate dagli enti aderenti, secondo quanto disposto dalla normativa dell'ente di appartenenza, ferma restando, ovviamente, l'autonoma potestà propositiva del Direttore del Consorzio²⁶;
- l'istruttoria comporta l'acquisizione dei pareri preventivi eventualmente richiesti dalla normativa dell'ente di appartenenza. Per gli atti comportanti spesa dovrà essere garantita la regolarità contabile; pertanto, ciascuna proposta dovrà contenere gli estremi attestanti la relativa copertura finanziaria. Nel caso di proposte di deliberazione istruite direttamente dal Consorzio, le stesse dovranno essere viste - quanto al parere di regolarità tecnico-amministrativa - dal Direttore del Consorzio stesso, previa verifica di idonea copertura economico-finanziaria sul bilancio reale, qualora riguardino costi direttamente imputabili al Consorzio e, da parte delle competenti strutture degli enti di appartenenza, qualora riguardino costi o impegni di spesa che graveranno sul bilancio degli enti consorziati (budget virtuale)²⁷;
- il Direttore della SdS, ricevuta la proposta di deliberazione (sia in formato elettronico che cartaceo)²⁸, se non ha osservazioni, cura l'iscrizione della proposta di deliberazione all'o.d.g. della prima riunione utile dell'Esecutivo/Giunta, facendo pervenire il testo della proposta, con congruo anticipo, ai membri dell'organo deliberante.

²⁶ Sul frontespizio della proposta di deliberazione il Dirigente della struttura proponente dovrà dare atto, ai sensi dell'art. 49 del D.Lgs. 267/2000 (Testo Unico Enti Locali), della regolarità tecnica della proposta stessa, ossia della legittimità amministrativa dell'atto. Ciò in quanto, in base allo Statuto della SdS, al Consorzio si applica, fatta salva la gestione economico-patrimoniale, la normativa degli enti locali che richiede, appunto, tale parere da parte del responsabile del servizio interessato.

²⁷ Naturalmente, le procedure interne ai singoli enti che precedono l'inoltro della proposta di deliberazione alla SdS sono autonome e svincolate da qualsiasi potestà decisionale della SdS.

²⁸ La redazione delle proposte di deliberazione deve avvenire su apposita modulistica predisposta dalla SdS.

N.B. Ai fini dell'inserimento all'o.d.g., le proposte di deliberazione in formato elettronico (conforme all'originale cartaceo) dovranno pervenire all'Ufficio di Segreteria della SdS entro i 5 gg. lavorativi precedenti la seduta deliberante (di regola, il mercoledì).

Entro i due gg. lavorativi precedenti la seduta dovrà pervenire all'Ufficio di Segreteria della SdS anche l'originale cartaceo della proposta di deliberazione, debitamente corredato e sottoscritto in ogni pagina (ivi compresi gli allegati).

- Gli organi competenti procedono, quindi, all'approvazione degli atti proposti;
- dopo l'approvazione degli atti, l'Ufficio di segreteria della SdS curerà la numerazione e la pubblicazione dell'atto all'Albo del Consorzio (ove vi rimarrà affissa per 10 gg. consecutivi) e provvederà a trasmettere agli uffici proponenti (per gli atti istruiti dall'Azienda, per il tramite della S.S. Organi Istituzionali) una copia conforme delle delibere approvate;
- gli Uffici proponenti del Comune e della Asl potranno avere notizia ufficiale dell'approvazione degli atti da parte dei competenti Organi del Consorzio attraverso la consultazione della pagina web della SdS;
- l'inserimento della delibere approvate nella pagina web equivale a comunicazione.

Per gli atti di interesse sovrazonale, che riguardano, cioè, tutte o alcune SdS dell'area fiorentina, se ne prevede l'inoltro, dopo il passaggio dal Collegio di Direzione dell'Azienda Sanitaria, al Tavolo dei Direttori delle SdS per completare, in modo congiunto, l'istruttoria dell'atto, prima della formale approvazione da parte dei competenti organi delle SdS interessate.

Tale passaggio dovrebbe assicurare, tra l'altro, l'approvazione dello stesso identico testo da parte di tutte le SdS interessate, in quanto eventuali modifiche alla proposta di deliberazione di interesse sovrazonale potranno essere discusse e concordate, nella fase ultimativa dell'istruttoria, in sede di Tavolo dei Direttori - d'intesa con l'ufficio proponente - prima dell'inoltro formale alle SdS per l'approvazione.

4.7.4 Indicatore della situazione economica equivalente - ISEE

L'I.S.E.E. (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) è lo strumento che il legislatore ha costruito quale modalità di valutazione della situazione economica dei cittadini beneficiari di prestazioni sociali agevolate. Istituito nel 1998, confermato e parzialmente modificato dal D.L. 130 del 2000, nel corso degli anni l'I.S.E.E. ha mostrato alcune criticità, in parte superabili con un appropriato uso del piccolo margine di discrezionalità che il legislatore concede agli Enti erogatori. In particolare, due sono i fattori sui quali è possibile intervenire: la definizione di un nucleo ristretto, estratto da quello anagrafico previsto dalla normativa, e l'utilizzo di ulteriori criteri da affiancare all'I.S.E.E. per la concessione di prestazioni sociali agevolate. E' così possibile stilare regolamenti che permettano di mirare, anche se parzialmente, l'uso dell'I.S.E.E. alle caratteristiche della prestazione.

L'applicazione dell'I.S.E.E., pur con i limiti enunciati, rappresenta in ogni modo lo strumento atto a perseguire principi di equità: il suo uso, studiato con coerenza per tipologie di prestazioni affini, offre la possibilità di rendere omogenei i criteri per concedere agevolazioni per prestazioni diverse (e similari) e garantisce l'uniformità sul territorio delle agevolazioni concesse.

4.8 La comunicazione

Il piano di comunicazione è lo strumento per programmare l'informazione della società della Salute. Il piano consente la finalizzazione, individua gli attori, indica i servizi.

Il piano si concretizza con l'attivazione nel territorio del Comune di Firenze dello **sportello informativo** capace di fornire al cittadino-utente informazioni dettagliate e modalità di accesso ai servizi offerti dalla Azienda sanitaria di Firenze e dal Comune di Firenze.

I percorsi realizzati nella comunicazione pubblica hanno rilevato uno scenario complesso, la trasparenza dell'azione istituzionale si accompagna alla semplificazione delle procedure, all'erogazione di servizi efficienti e a modalità di valutazione della propria attività sulla base della Customer Satisfaction.

Il modello che il progetto individua è quello della comunicazione organizzativa che definisce i processi strategici e operativi per condividere i messaggi informativi e valoriali. Coinvolge i componenti interni e tutti i soggetti esterni interessati e coinvolti nella vita dell'organizzazione, compreso i cittadini che entrano in contatto con l'ente.

I punti qualificanti sono:

- riferire le iniziative di comunicazione ai valori guida della Società della Salute;
- realizzare coerenza e sinergia tra le attività di comunicazione interne e esterne alla Società della Salute, con il Comune di Firenze e l'Azienda Sanitaria di Firenze;
- supportare i processi di innovazione organizzativa e gestionale;
- diffondere le competenze di comunicazione, a partire da quella interpersonale, tra tutti i componenti, dai vertici ai singoli operatori;
- realizzare i presidi strategici della comunicazione-informazione "Sportello informativo" in strutture presenti nel territorio del Comune di Firenze.

Analisi dello scenario.

Con il termine scenario si intende il contesto generale di riferimento (territoriale e socio-economico), il contesto di settore (situazione nella quale operano i servizi), il contesto organizzativo del Comune di Firenze e della Azienda Sanitaria di Firenze.

Individuazione degli obiettivi di comunicazione.

Definizione degli obiettivi partendo dalla consapevolezza degli obiettivi strategici della Società della Salute e dai dati e informazioni che l'analisi del contesto di riferimento ha messo in luce rispetto a ciascun obiettivo strategico.

La scelta strategica

Traduzione degli obiettivi in azioni e strumenti di comunicazione. Indicazione delle direzioni da seguire nella realizzazione concreta del piano di comunicazione. Valutazione e selezione delle tecniche e degli strumenti.

La scelta di contenuto

Valori e informazione che si intende veicolare nella costruzione dei messaggi in modo coerente rispetto agli obiettivi e alle scelte di strategia effettuate dalla Società della Salute.

L'individuazione delle azioni e degli strumenti di comunicazione

Le attività e gli strumenti di comunicazione sono molteplici, la loro selezione deve avvenire valutando la coerenza con i contenuti elaborati. Si individuano quali strumenti di comunicazione: pubblicità (attraverso i mass-media), comunicazione diretta (direct mail, urp), sportello informativo.

La misurazione dei risultati

La misurazione dei risultati è la fase conclusiva. L'assenza della analisi dei risultati vanifica la validità dell'azione. Individuazione degli strumenti di valutazione nelle seguenti tipologie:

Valutazione basata su dati di secondo livello;

Tecniche di valutazione che chiedono ai cittadini;

Tecniche di valutazione che chiedono agli esperti.

4.9 Gli organismi di partecipazione

Con l'attuazione della fase sperimentale della Società della Salute stanno prendendo forma i 2 organismi di partecipazione previsti nello statuto: la Consulta del Terzo Settore e il Comitato di Partecipazione.

I due organismi, nuovi ed importanti, fanno riferimento alla L.R. n. 155/2003 che istituisce la Società della Salute e allo Statuto della stessa e permettono alle organizzazioni di volontariato e terzo settore e alle associazioni della città di rappresentare sia le categorie sanitaria, socio-sanitaria e sociale che quelle che agiscono sui determinanti della salute. La Consulta del Terzo Settore partecipa alla costruzione del Piano Integrato di Salute (PIS) attraverso l'espressione di pareri o specifiche proposte mentre il Comitato di Partecipazione svolge funzioni di valutazione sull'attuazione del PIS e sulla qualità e quantità delle prestazioni erogate.

Gli organismi di partecipazione della S.d.S. permettono perciò al mondo dell'associazionismo e a tutto il terzo settore, attraverso la partecipazione e con un livello di rappresentanza di interessi collettivi superiore a quelli finora previsti, di condividere le linee di azione pubbliche in campo socio-sanitario e integrare la pianificazione pubblica con le esperienze e le progettualità del tessuto associativo. Tale tipo di organizzazione, attraverso la comunicazione diretta tra le diverse forme della rappresentanza, può svolgere un ruolo significativo per promuovere anche la consapevolezza diffusa delle politiche pubbliche tra i cittadini e valorizzare il ruolo del territorio e il rapporto tra cittadini e istituzioni. La costruzione di una cultura della salute allargata oltre l'ambito socio sanitario avviene attraverso la costruzione di sinergie tra tutti i soggetti operanti sui diversi determinanti di salute, non solo quelli che sono attivi nei settori come l'ambiente, ormai culturalmente considerato connesso al concetto di salute, ma anche altri, come le tematiche attinenti al mondo della produzione e del lavoro, la formazione e la cultura, lo sport e gli stili di vita innovativi ecc.

Sempre nel corso di tale riflessione, è stata posta una particolare attenzione a tre categorie di soggetti di interesse ai fini della costruzione e della realizzazione del Piano Integrato di Salute: le IPAB cittadine, le Associazioni di categoria (Confesercenti, Confcommercio, CNA, Associazione degli Industriali, ecc.) e le Consulte cittadine.

Se per le IPAB divenute "poli funzionali" nei settori degli anziani, della marginalità e della disabilità è prevista una diretta partecipazione alle Azioni programmate previste nel Piano Integrato di Salute con particolare riguardo ai temi di competenza (in tal senso dovrebbero essere incentivati i percorsi di fusione ad esse delle IPAB di più ridotte dimensioni), per le Associazioni di categoria si è ritenuto che un coinvolgimento diretto negli organismi di partecipazione avrebbe rappresentato allo stato attuale un'eccessiva "forzatura" del dettato statutario. La loro partecipazione appare invece più appropriata nell'ambito di un processo di confronto analogo a quello sino ad oggi svolto per la definizione del Piano di Zona, al quale prendano parte anche le Cooperative Sociali e le IPAB che concludano il proprio processo di trasformazione in aziende pubbliche di servizi alla persona in uno specifico tavolo di collaborazione programmata.

Il Comitato di partecipazione vede presenti anche le associazioni che si articolano nel territorio del quartiere, nel pieno rispetto delle competenze di ciascuno. Si presenta pertanto la necessità di individuare modalità operative per rendere efficace questo nuovo strumento. Il percorso che è stato scelto è sicuramente innovativo sotto molti punti di vista e richiede l'individuazione di strumenti per la conoscenza e il coordinamento funzionale delle associazioni presenti sul territorio di ciascun Quartiere (comprendente anche le associazioni informali) finalizzata a designare il rappresentante delle associazioni delle diverse comunità territoriali in seno al Comitato di partecipazione.

Diventa anche in questo caso centrale il ruolo del Consiglio di Quartiere, sia nel favorire la partecipazione del tessuto associativo del territorio ai percorsi decisionali della SdS, sia per promuovere forme di interazione tra le associazioni stesse e altri attori che operano sul territorio, quali le Reti di solidarietà, per porre la questione salute su un piano di discussione anche locale.

4.9.1 La composizione della consulta

Ai sensi dell'articolo 38, comma 1 dello Statuto istitutivo della Consulta del Terzo Settore, la Società della Salute "favorisce e valorizza la massima partecipazione delle organizzazioni di volontariato e del terzo settore operanti nel proprio territorio e coinvolte, a vario titolo, nel campo dell'assistenza socio-sanitaria".

La traduzione letterale del testo statutario limita quindi la possibilità di partecipare alla Consulta ai soggetti impegnati nei settori sanitario, socio - sanitario e sociale (escludendo quindi quelli operanti in aree culturali, sportive, ricreative o ambientali).

La dimensione della Consulta è pari a dieci componenti.

Relativamente alla sua composizione è prevista un'attribuzione di rappresentanza legata alla dimensione e, quindi, alla rappresentatività delle Associazioni, secondo la seguente proporzione:

- cinque componenti rappresentativi delle Associazioni più grandi (quelle con un numero di soci superiore a 1.000);
- cinque componenti rappresentativi delle Associazioni più piccole (quelle con un numero di soci inferiore a 1.000).

Sul piano operativo la Consulta agisce attraverso i seguenti organi:

- a) un coordinatore/referente;
- b) Commissioni di lavoro (a carattere tematico) alle quali, nell'ambito di una logica di programmazione fondata su obiettivi di salute e di benessere, possono partecipare anche soggetti non presenti nella Consulta e appartenenti a settori diversi da quello sociale, sanitario e socio - sanitario. Al riguardo è essenziale che gli Assessorati con competenze inerenti materie di rilevanza per la costruzione del Piano Integrato di Salute (quali sport, cultura, ambiente, ecc.) si assumano la responsabilità dell'individuazione di tali soggetti in ragione della loro funzionalità/rappresentatività, facendo ad esempio riferimento, laddove esistenti, agli organismi di rappresentanza/consultazione già operanti presso di essi.

Come indicato in premessa, all'interno delle Commissioni di lavoro operano anche le Consulte comunali istituite nei settori sociale, sanitario e socio-sanitario (Consulta degli Anziani, Consulta dei disabili, Consulta della Salute Mentale) che in tale sede trovano uno spazio idoneo per svolgere il proprio ruolo istituzionale, offrendo le proprie competenze e conoscenze ai fini dell'analisi delle diverse tematiche settoriali in esse affrontate e della proposta di specifiche azioni.

Ai lavori della Consulta partecipa inoltre un rappresentante della Società della Salute con funzioni di supporto/garanzia dei processi complessi inerenti la costruzione del Piano Integrato di Salute.

La Società della Salute si impegna a individuare uno spazio dove la Consulta e le sue Commissioni di lavoro possono svolgere i propri incontri e a supportarla nella funzione di segreteria.

Allo scopo di consentire un collegamento tra l'elettorato attivo e passivo della Consulta è infine prevista la convocazione periodica (nella sperimentazione semestrale, a regime annuale in corrispondenza con il periodo di definizione degli obiettivi di programmazione) di un'Assemblea Plenaria (una sorta di "Stati Generali" del Terzo Settore) nel corso della quale i componenti della Consulta "rendono conto" del lavoro svolto ai rappresentanti delle Associazioni che li hanno eletti.

4.9.2 La composizione del Comitato

Per il Comitato di partecipazione lo Statuto della Società della Salute prevede componenti che siano “espressione di soggetti della società rappresentativi dell’utenza, dell’associazionismo di tutela, purché non erogatori di prestazioni”²⁹.

E’ attraverso tale organismo che i cittadini “partecipano” alla Società della Salute, beneficiando di un meccanismo di tutela che supera il tradizionale confinamento 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..

Alla luce di tali elementi e delle necessarie esigenze di funzionalità e governabilità di tale strumento partecipativo, la dimensione del Comitato è fissata in un numero pari a 15 membri e la sua composizione così articolata:

- a) 10 rappresentanti di Associazioni operanti nei settori afferenti i determinanti di Salute³⁰;
- b) 5 rappresentanti “territoriali” (uno per ciascuno dei Quartieri cittadini) che rappresentano la declinazione del Comitato nella città, garantendo il raccordo con il territorio sia attraverso la raccolta delle istanze “provenienti dalla cittadinanza”, sia attraverso il “rendiconto” dei lavori del Comitato e dei risultati raggiunti.

4.9.3 Insediamento dei due Organismi e presentazione del Pis

Nelle due Assemblee deliberative del 18 e del 20 ottobre scorso infine sono state definite rispettivamente ed in base alle domande pervenute, collegialmente con i rappresentanti delle Associazioni presenti, le composizioni del Comitato di Partecipazione e la Consulta del Terzo Settore.

In data 28 ottobre entrambi gli organismi sono stati convocati sia per l’insediamento ufficiale che per la presentazione della bozza del Pis come previsto dallo Statuto.

²⁹ Articolo 39, comma 1 dello Statuto della Società della Salute di Firenze.

³⁰ Allo scopo di garantire la più ampia rappresentatività dei determinanti di salute e in analogia a quanto già avviato nell’ambito delle aree della disabilità e della salute mentale, si invitano le Associazioni a promuovere momenti di incontro e di confronto finalizzati alla definizione di raggruppamenti omogenei per aree tematiche e all’individuazione dei relativi candidati.

5 L'organizzazione territoriale e il Piano delle funzioni

La LR n. 40 (Disciplina del Servizio Sanitario Regionale) prevede all'art.64 l'articolazione organizzativa aziendale in zone-distretto, al fine di

- a) valutare i bisogni sanitari e sociali della comunità e definire le caratteristiche qualitative e quantitative dei servizi necessari a soddisfare i bisogni assistenziali della popolazione di riferimento;
- b) assicurare l'integrazione operativa delle attività sanitarie e sociali svolte a livello territoriale dall'azienda sanitaria e dai comuni, nonché la loro interrelazione con le politiche locali di governo del territorio;
- c) assicurare l'appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali attivati dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta, nonché dai servizi direttamente gestiti dalla Azienda Unità Sanitaria Locale;
- d) sviluppare iniziative di educazione sanitaria e di informazione agli utenti sulle attività svolte dal Servizio Sanitario Regionale;
- e) garantire l'accesso alle prestazioni offerte dai presidi distrettuali ed a quelle rese dagli altri presidi aziendali;
- f) assicurare il coordinamento tra le attività ospedaliere, le attività territoriali e quelle di prevenzione.

In questa fase di sperimentazione della S.d.S. e a maggior ragione nella prospettiva della futura gestione dei servizi, occorre mettere a punto modalità e procedure condivise per l'individuazione di luoghi che consentano l'integrazione dei processi per la presa in carico dell'utenza e per la gestione dei servizi sociosanitari.

Si prevede l'individuazione dei presidi territoriali come previsto nel Piano delle Funzioni di cui all'allegato V, in coerenza con l'articolazione territoriale dei Quartieri. Nell'ambito dei presidi è prevista la costituzione di uno sportello unico dove far affluire servizi di primo orientamento, di espletamento delle attività amministrative, di accoglienza personalizzata.

A livello territoriale si attua anche la sperimentazione prevista dal Piano Sanitario Regionale 2005-2007 del modello di Unità di cure primarie³¹, in stretto rapporto con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta. Si intende anche attivare la disponibilità "di una sede comune, dotata di collegamenti informatici con gli ambulatori dei singoli medici ... e con la azienda sanitaria locale di riferimento e di adeguate attrezzature per interventi di primo soccorso e di personale di supporto"³² nonché la "disponibilità dei medici di medicina generale a garantire una effettiva continuità assistenziale per 24 h per 7/7 giorni per gli assistiti dei medici di base che partecipano alla sperimentazione"³³ della Unità di Cure Primarie. Per coordinare tutte le attività sanitarie e di integrazione sociosanitaria a livello di Quartiere, si prevede l'attivazione di cinque coordinatori che integrino le attività verticali nel Quartiere. L'allegato V riporta infine il Piano delle Funzioni relativamente ai Servizi territoriali sanitari e sociosanitari.

³¹ Piano Sanitario Regionale 2005-2007, punto 3.2.8

³² *ibidem*

³³ *ibidem*

Il Piano qui presentato vuole porsi come un atto di programmazione su alcuni essenziali aspetti dello sviluppo della città nel campo dei servizi socio-sanitari.

Da una parte, quindi, il Piano contiene i lineamenti delle strategie di medio-lungo periodo che si intende perseguire nel campo delle politiche per i servizi sociali e sanitari; dall'altra parte, esso rappresenta anche, in quanto tale, uno strumento di governo del territorio, con ricadute sull'insieme del tessuto urbano, con tutti gli elementi di vincolo e di regolazione che sono propri di tali strumenti.

In questo senso il Piano delle Funzioni è in rapporto stretto con il Piano di settore socio-sanitario, da adottare nell'ambito del Piano Strutturale, come già indicato.

Nello sviluppo futuro del Piano Integrato di Salute, questo strumento troverà ulteriore approfondimento, anche in forte coerenza con i tempi e le scelte di governo derivanti dal Piano Strutturale.

6 Programma finanziario

6.1 Il budget virtuale della Società della Salute di Firenze

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

Tabella 4 **Livelli di assistenza Integrata**

LIVELLI DI ASSISTENZA INTEGRATA	2005							previsione di spesa (C)	C=(A+ B)
	previsioni risorse disponibili								
	contributi regionali	entrate proprie	Totale	contributi regionali	entrate proprie	Totale			
	A1	A2	A	B1	B2	B			
ASL	ASL	ASL	Comune	Comune	Comune				
1 Prevenzione Collettiva			0,0			0,0		0,0	
2 Assistenza Territoriale	259.131.253		259.131.253	9.546.299		68.221.350	327.352.602	0,8	
2.1 Assistenza Medica di base			0,0			0,0		0,0	
2.2 Farmaceutica	83.507.831		83.507.831			0,0	83.507.831	0,0	
2.3 Assistenza specialistica territoriale	32.880.096		32.880.096			0	32.880.096	0,0	
2.4 Assistenza distrettuale	54.278.918		54.278.918			0	54.278.918	0,0	
2.5 Riabilitazione	18.303.593		18.303.593			0	18.303.593	0,0	
2.5.2 Disabilità			0	1.231.255,77	7.032.946	8.264.202	8.264.202	0,0	
2.6 Assistenza agli anziani	41.304.503		41.304.503	3.729.993,03	25.977.548	29.707.541	71.012.144	0,0	
2.7 Salute mentale	20.288.039		20.288.039		0	0	20.288.039	0,8	
2.8 Dipendenze	8.568.273		8.568.273	172.000,00	244.126	416.126	8.984.399	0,0	
2.9. Sostegno Minori			0	1.094.890,67	11.447.462	13.142.353	13.142.353	0,0	
2.10. Marginalità			0	1.902.956,85	6.791.041	8.693.998	8.693.998	0,0	
2.11. Sostegno alle famiglie			0		5.899.346	5.899.346	5.899.346	0,0	
2.12. Integrazione Immigrati			0	815.203,01	1.282.480	2.097.683	2.097.683	0,0	
3 Assistenza ospedaliera	330.581.386		330.581.386			0	330.581.386	-0,4	
% su totale livelli			0			0		0,0	
Totale livelli	589.712.639	0	589.712.639	9.546.299	0	68.221.350	657.933.988	0	

Tabella 5 **Budget per voci raggruppate di Conto Economico**

Voci di Sintesi	Voci di Sintesi	Totale Budget Annuale	%
acquisti	20. Acquisti d'esercizio	7.119.641,00	1,08%
Servizi sanitari	21. Servizi sanitari	2.741.158,56	0,42%
personale	22.+ 22a Personale convenzionato	34.917.792,24	5,31%
personale	23. Personale dipendente	43.914.289,23	6,67%
personale	23a. Libera professione	-	0,00%
personale	23c. Cooperative	5.638.677,00	0,86%
spese generali	24. Spese generali + 24a + 25. + 27.+ 27a + 42. + 42a. + 42b. + 43 + 50 + 90	34.337.237,51	5,22%
servizi appaltati	25. Servizi vari appaltati	2.849.048,64	0,43%
assistenza farmaceutica	30. Assistenza Farmaceutica	83.507.831,00	12,69%
RSA, minori, L. 20, SM, Tox	31. RSA, minori, L. 20, SM, Tox, Disabili	84.107.790,68	12,78%
Riabilitazione art. 26	33. Riabilitazione art. 26 + 27 + 34 protesica	21.398.593,22	3,25%
Stranieri	35. Stranieri	-	0,00%
diagnostica	36. Diagnostica, specialistica e Assistenza sanit. varia	3.591.030,31	0,55%
Trasporti	37. Trasporti	2.639.512,41	0,40%
Sussidi	38. Sussidi	590.000,00	0,09%
Mobilità passiva - ospedali	39. Mobilità passiva + II a gest. Diretta + 32. Case di cura	330.581.386,40	50,25%
Totale		657.933.988,21	100,00%

6.2 Il budget di zona sanitario dell'ASL

Tabella 7 Budget della Zona di Firenze

VOCE DI SINTESI	FI	FL SDS_ASC	FL SDS_DIP	FL SDS_SM	FL SDS_SDC	FL SDS_TERR	FI NS OSP	TOTALE FI
20. Acciugisti d'esercizio		2.183.170	263.006	120.000	40.000	4.323.865		6.932.641
21. Servizi sanitari	257.383	2.384.720	6.308	14.503	29.589	48.566		2.741.159
22. Personale convenzionato	-	4.919.192	226.305	146.169	-	28.951.428	-	34.243.154
22a. Altro personale	-	435.972	28.144	4.727	37.696	-	-	506.540
23. Personale dipendente	-	10.768.494	4.267.257	8.318.436	2.748.156	4.220.055	-	30.352.398
23a. Libera professione	-	-	-	-	-	-	-	-
23c. Congrativo	-	197.117	537.226	2.195.331	2.708.003	-	-	5.638.677
24. Spese generali	-	1.720.660	281.666	660.804	1.321.270	2.168.679	-	6.153.399
24a. Leasing	-	-	-	-	-	-	-	-
25. Marmi, e G.S. Calore	-	291.166	42.766	124.582	246.524	231.942	-	937.000
26. Servizi vari ospedalieri	-	66.020	63.480	125.360	2.230.121	364.068	-	2.849.049
27. Ammortamenti, Fondi	-	523.689	155.350	303.458	672.943	994.373	-	3.051.814
27a. Costi gestione da sterilizzare	-	321.033	52.542	121.553	246.470	404.546	-	1.146.145
30. Assistenza Farmaceutica	73.404.619	-	-	-	-	-	-	73.404.619
31. RSA, minori, L. 20, SM, Tox	-	-	1.480.000	5.415.000	26.700.000	-	-	33.595.000
32. Case di cura	29.316.538	-	-	-	-	-	-	29.316.538
33. Riabilitazione art. 26	1.445.845	16.857.748	-	-	-	-	-	18.303.593
34. Ass. Professionica	-	-	-	-	-	3.095.000	-	3.095.000
35. Stralzieri	-	-	-	-	-	-	-	-
36. Diagnostica, specialistica e Assistenza sanit. varia	-	3.591.030	-	-	-	-	-	3.591.030
37. Trasporti	-	-	-	-	-	2.639.512	-	2.639.512
38. Sussidi	-	130.000	120.000	340.000	-	-	-	590.000
39. Mobilità passiva	172.228.516	-	-	-	-	-	-	172.228.516
42. Oneri gestionali	-	54.190	8.869	20.518	41.604	68.287	-	193.469
42a. Oneri finanziari	-	50.018	14.733	34.083	69.110	113.435	-	321.379
42b. Oneri straordinari	-	-	-	-	-	-	-	-
43. Imposte	-	1.055.309	298.430	611.993	507.510	819.434	-	3.292.766
50. Fondi	-	201.319	32.949	76.226	154.561	253.690	-	718.745
Sociale - Costi	-	-	-	-	7.753	-	-	7.753
X. Farmaci H	-	-	-	-	-	1.561.849	-	1.561.849
Y. Distribuzione diretta	-	-	-	-	-	8.541.353	-	8.541.353
90. Ribaltamento supporti Ospedali a gestione diretta	-	4.164.855	668.561	1.652.206	3.293.562	4.944.006	-	14.723.199
Totale	276.652.901	50.356.122	8.568.273	20.288.039	41.054.873	63.756.099	129.036.332	589.712.639

6.3 Le risorse sociali del Comune di Firenze

Tabella 8 **Budget del Comune di Firenze**

Le risorse sociali del Comune di Firenze sono rilevate dal Piano dettagliato degli obiettivi deliberato per l'esercizio 2005 disaggregato per area di riferimento e fonte di finanziamento

Area di riferimento	Budget totale erogazione	Di cui Contributi RT e altri	Totale erogaz.e per area	Personale diretto	Totale gen.le per area
Anziani	19.566.323,44	3.729.993,03	23.296.316,47	4.706.795,76	28.003.112,23
Disabili	4.591.730,20	1.231.255,77	5.822.985,97	1.967.042,24	7.790.028,21
Minori	8.407.123,71	1.694.890,67	10.102.014,38	2.286.272,63	12.388.287,01
Marginalità	5.541.816,14	1.702.956,85	7.244.772,99	750.391,54	7.995.164,53
Politiche familiari	2.010.550,86	-	2.010.550,86	3.550.310,00	5.560.860,86
Immigrati	866.194,00	815.203,01	1.681.397,01	295.928,00	1.977.325,01
Tossicodipendenze	47.000,00	172.000,00	219.000,00	173.250,00	392.250,00
Attività Trasversali	937.024,44	781.379,27	1.718.403,71	2.195.918,00	3.914.321,71
Personale			-	-	-
Direzioni di supporto (spese generali)			-	-	-
Totale	41.967.762,79	10.127.678,60	52.295.441,39	15.925.908,17	68.021.349,56
					100%

Tabella 9 **Fondo sociale e risorse correlate del Comune di Firenze**

Prospetto risorse Fondo Sociale e fondi correlati			
tipologia	residui 2004	competenza 2005	totale
fondi comunitari		54.000,00	54.000,00
fondi statali		387.252,58	387.252,58
fondi regionali pigr	6.123.548,80	1.000.000,00	7.123.548,80
fondi regionali diversi		2.113.368,08	2.113.368,08
fondi provinciali		27.829,14	27.829,14
altri trasferimenti		421.680,00	421.680,00
Totali	6.123.548,80	4.004.129,80	10.127.678,60

La rappresentazione delle risorse del Comune di Firenze provenienti dal Fondo Sociale Regionale e da altri trasferimenti segue il criterio economico dell'effettivo utilizzo delle risorse stesse, per cui si registrano nell'esercizio 2005 anche i fondi di provenienza 2004.

L'utilizzo del criterio economico (che non collima con le registrazioni del Bilancio finanziario del Comune di Firenze) si rende necessario per poter procedere ad una lettura integrata delle risorse disponibili ed effettivamente impiegate da ASL e Comune a prescindere dalla manifestazione meramente finanziaria delle entrate e delle spese.

Il prospetto fornisce altresì la rappresentazione finanziaria del flusso dei finanziamenti indicando l'esercizio nel quale sono accertati.

Per l'esercizio 2005, la mancata definizione del Fondo Sociale Nazionale per le politiche sociali, determina ad oggi una riduzione del 25% del trasferimento del Fondo Sociale Regionale come risulta dagli atti regionali già adottati, Deliberazione 01/08/2005 nr. 800 che indica un finanziamento effettivo pari al 75% dell'importo erogato nel 2004 per un ammontare complessivo di €. 5.648.188,50 per la zona di Firenze.

L'auspicabile mantenimento del fondo sociale nei livelli del 2004 (in corso di valutazione in queste ore da parte della Conferenza Unificata Stato Regioni) potrebbe permettere di ricomporre la previsione delle risorse utilizzabili nel 2006 allo stesso livello di quanto impiegato nel 2005 (vedi sopra Tabella 8 - Budget del Comune di Firenze)

Di seguito si fornisce una scheda di dettaglio della provenienza, dell'ammontare e della destinazione dei fondi di competenza 2005.

Tabella 10 **Dettaglio Fondi competenza 2005**

Dettaglio competenza 2005			
fondi comunitari	54.000,00	Progetti Europei	54.000,00
fondi statali	77.469,00	Numero verde	
	309.783,58	Accoglienza richiedenti asilo politico	387.252,58
fondi PISR 2005	800.000,00	rette anziani	
	200.000,00	rette disabili	1.000.000,00
fondi regionali diversi	500.000,00	interventi rom	
	6.000,00	cittadinanza sociale	
	500.000,00	immigrati buone prassi	
	225.000,00	cittadini non comunitari	
	2.076,35	servizio civile	
	38.482,00	progetto di formazione dei giovani in servizio civile	
	205.601,25	salute anziani	
	1.208,48	obiettori	
	50.000,00	Sviluppo dell'azione sul territorio regionale	
	20.000,00	mediazione penale minori	
	110.000,00	minori stranieri non acc.	
	5.000,00	mamma segreta	
	450.000,00	interventi rom	2.113.368,08
fondi provinciali	17.829,14	area carcere	
	10.000,00	Disabili sensoriali	27.829,14
altri trasferimenti	80.000,00	richiedenti asili	
	60.480,00	vita indipendente	
	25.000,00	sperimentazione sds	
	28.000,00	sanzioni	
	210.000,00	contributi gas	
	18.200,00	donazioni	421.680,00
Totale 2005			4.004.129,80

6.3.1 Il piano di riparto del Fondo Sociale Regionale

In attesa della definizione del quadro di finanziamento del Fondo Sociale Nazionale per l'anno 2005, con il presente piano si attribuiscono le risorse destinate, per l'anno 2005, alle zone sociosanitarie per l'attuazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali attribuite con la Deliberazione della Giunta Regionale nr. 800 del 01/08/2005 competenza 2005.

Le risorse sono attribuite:

al Comune di Firenze, Direzione Sicurezza Sociale per le seguenti finalità:

rette anziani: € 800.000

rette disabili € 200.000

al Comune di Firenze, Ufficio Area Metropolitana e Decentramento/ Direzione Organizzazione per le seguenti finalità:

rafforzamento organizzativo dei servizi di assistenza sociale territoriale: € 147.000

La Direzione Sicurezza Sociale, l'Ufficio Area Metropolitana e Decentramento/Direzione Organizzazione è tenuta a fornire all'Ufficio di Piano della SdS la modulistica prevista per la rendicontazione alla Regione Toscana del Fondo .

Le risorse del Fondo Sociale 2005 di competenza 2006 saranno attribuite al Comune di Firenze con atto di integrazione del Piano Integrato di Salute, non appena definito il quadro complessivo della disponibilità, in relazione alla definizione della vicenda del Fondo Nazionale delle Politiche Sociali ed in relazione al bilancio di previsione 2006 del Comune di Firenze.

Stampato in Febbraio 2006 - n. copie 500

TIPOGRAFIA MARTINELLI

Grafica e Impaginazione

STEFANO BENINI

