



Piano Integrato di Salute

Allegato 4

Gli altri Progetti

Indice

1	Altri obiettivi di integrazione	91
1.1	Salute mentale	91
1.2	Dipendenze	92
1.3	Progetti relativi alla responsabilità familiari, ai diritti dei minori e di sostegno della natalità	93
2	Obiettivi di salute e benessere	107
2.1	Ambiente e determinanti di salute	107
2.2	Progetti relativi al Contrasto delle Povertà	113
2.3	Educazione alla salute e promozione stili di vita	126
2.4	Sport ed esercizio fisico	143
2.5	Interventi finalizzati sul problema casa	144
2.6	Incidenti stradali	146
2.7	Incidenti domestici: una metodologia di azione integrata ed operativa	149
2.8	Salute e carcere	153
2.9	Sportello ECO EQUO	156
2.10	Progetto di intervento terapeutico in acqua in casi di psicopatologie infantili gravi	158
3	Progetti speciali	159
3.1	Screening dei tumori del colon retto a Firenze	159
3.2	Scompenso cardiaco	160
3.3	Monitoraggio domiciliare notturno in pazienti con insufficienza respiratoria cronica in ventilazione meccanica domiciliare a Firenze	161
3.4	Vaccinazione antinfluenzale e strategie della prevenzione dell'influenza aviaria	163
3.5	Codici DEA di bassa priorità	164
3.6	Unità cure primarie	165
3.7	Il controllo e la cura del dolore come diritto del cittadino - Cure palliative	166
3.8	Odontoiatria	167
3.9	Progetto CH.A.T (CHECK list for Autism in Toddlers)	169

1 Altri obiettivi di integrazione

1.1 Salute mentale

2 Titolo dell'azione: Riorganizzazione del servizio di salute mentale adulti come servizio di comunità

2b) Motivazione dell'azione

L'obiettivo del progetto è di promuovere, attraverso pratiche d'integrazione sociosanitaria, 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 sociosanitaria 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.

2c) Obiettivi specifici / Risultati attesi

- Articolazione dell'Unità Funzionale Salute Mentale Adulti, soggetto erogatore del servizio a livello di SdS/Zona-distretto, in Moduli Operativi Multidisciplinari 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'UFSMA.
- Condivisione progettuale e gestionale con il Terzo Settore nell'ambito residenziale e per interventi riabilitativo-educativi.
- L'apertura dei CSM 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 3, 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 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.
- Ridefinizione della convenzione con l'Università di Firenze con la gestione di un servizio territoriale completo da parte della Clinica Psichiatrica dell'AOC 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.

2d) Suddividere gli obiettivi in fasi (descrivere cioè le attività da intraprendere per il raggiungimento degli obiettivi, indicando i tempi per la realizzazione - diagramma di Gant

- Definizione di un documento-programma condiviso tecnicamente e politicamente. Tale documento deve prevedere in fase di stesura il coinvolgimento di tutti gli operatori e attori del sistema.
- Confronto e costante relazione con i Consigli di Quartiere, la Consulta Comunale e le singole associazioni dei familiari, il Terzo Settore, il Volontariato e Privato Sociale.

1.2 Dipendenze

Motivazione dell'azione

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.

Il progetto dovrà ridefinire i seguenti punti:

- a) Valutazione integrata e monitoraggio dell'andamento del fenomeno;
- b) Rafforzamento della capacità di presa in carico individuale;
- c) Conferma dei processi di integrazione sociosanitaria territoriale e con il Terzo Settore;
- d) Potenziamento del circuito preventivo, terapeutico e riabilitativo;
- e) Conferma di percorsi formativi e di ricerca anche in collaborazione con Istituti di ricerca ed Università.

Obiettivi specifici / Risultati attesi

- 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)** Riqualficazione 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)** Riqualficazione 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 farmacologica;
- 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;

Le fasi

- Definizione delle linee programmatiche consapevolmente condivise
- Rafforzamento del Sistema Integrato con la condivisione delle linee programmatiche sia in ambito pubblico che privato
- Confronto con la Cittadinanza, le Comunità/Quartieri, il Coordinamento Comunale Dipendenze, il Terzo Settore, gli Enti Ausiliari e il Volontariato

1.3 Progetti relativi alla responsabilità familiari, ai diritti dei minori e di sostegno della natalità

1.3.1 Azioni di tutela

- Fondo Natalità e Azioni di Sostegno alla Genitorialità (Progetto RT Mamma Segreta)
- Rette e convenzioni di accoglienza minori
- Centro Sicuro
- Minori stranieri non accompagnati/Progetto sperimentale per tutori di minori stranieri non accompagnati
- Centro Affidi
- Centro Adozioni
- Mediazione Penale Minorile

Attività di accoglienza per minori, gestanti e/o madri con figlio (rette e convenzioni)

I servizi di accoglienza residenziale e semiresidenziale destinati 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 sono state oggetto nel corso dell'anno 2005 di nuove convenzioni. Tutte le strutture di accoglienza del territorio fiorentino debitamente autorizzate hanno manifestato l'interesse al convenzionamento con l'Amministrazione Comunale.

L'obiettivo prioritario è stato quello di definire le nuove procedure, le nuove condizioni economiche e le nuove modalità di rapporto tra le suddette strutture, la Direzione Sicurezza Sociale ed i Servizi Socio Territoriali locali.

La nuova attività contrattuale (sono state attivate n. 32 nuove convenzioni, approvate con Deliberazione dell'Esecutivo della S.d.S n. 27 dell'8/6/2005) ha permesso di ricondurre tutto il mercato dell'offerta fiorentina a rapporti standard con l'Amministrazione Comunale tali da consentire una più proficua collaborazione tra i servizi (pubblico e privato sociale) e uno sguardo più attento dell'andamento del fenomeno dell'accoglienza sul territorio fiorentino.

Anche per l'attività relativa agli incontri protetti genitori e figli è stata sottoscritta una nuova convenzione: tale progetto, in linea con l'art. 9 del Regolamento per gli interventi di assistenza sociale e Servizio Sociale Professionale (Deliberazione C.C. n. 108 dell'11/04/94), si realizza mediante interventi per il superamento delle difficoltà nei rapporti familiari ed è destinato a fornire adeguata risposta alle richieste da parte degli organi di giustizia minorile nell'ambito della vigilanza e controllo dei nuclei familiari che presentano problemi di grave conflittualità relativi all'incontro di uno dei coniugi con il/i figlio/i.

In tale contesto si collocano anche le convenzioni vigenti con L'Istituto Degli Innocenti:

- per i servizi socio-educativi di tipo residenziale destinati all'infanzia (bambini di età compresa tra 0 e 6 anni) per i quali l'Istituto è chiamato a svolgere un ruolo di rilievo sul territorio fiorentino soprattutto in relazione alle situazioni di emergenza-urgenza segnalate dall'Autorità Giudiziaria Minorile, dagli organi di polizia e dalle strutture ospedaliere
- per i servizi destinati alle gestanti e madri con figlio in gravi situazioni di difficoltà e rischio sociale che necessitano di particolare supporto per lo sviluppo delle capacità genitoriali;

L'attività di accoglienza si esplica altresì attraverso i rapporti con i Servizi ubicati fuori dal territorio fiorentino, mediante lo strumento delle c.d. "lettere contratto"; tale modalità che si configura come un vero e proprio contratto ad personam tra l'Amministrazione Comunale e le strutture autorizzate del territorio regionale e nazionale, ha l'obiettivo di soddisfare specifiche esigenze del minore (es. allontanamenti dal contesto familiare e parentale) o far fronte alle prescrizioni dei provvedimenti degli organi di giustizia minorile.

Stante l'entità delle risorse relative all'espletamento delle attività in questione già a far data dal settembre 2003 è stato attivato un sistema di gestione e monitoraggio delle risorse assegnate mediante l'attribuzione di un budget "virtuale" ai Servizi Socio territoriali ed un controllo costante delle disponibilità finanziarie destinate a tali servizi. Questa attività, che si incrocia con le procedure di liquidazione dei compensi al privato sociale (convenzionato o non convenzionato) che effettua tali servizi di accoglienza, permette una verifica quotidiana circa l'andamento della spesa relativa.

Attività di accoglienza per minori, gestanti e/o madri con figlio	2005		2006											
	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Convenzione CPA														
Convenzione gestanti e madri														
Convenzione residenze														
Convenzione semiresidenziale														
Convenzioni con servizi ubicati fuori dal territorio fiorentino														

Centro sicuro

Il "Centro Sicuro," nato nel 2001, ha lo scopo immediato di tutelare 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 dalle Forze dell'Ordine e da queste accompagnate alla struttura.

Il Centro prevede un'accoglienza sulle 24 ore per un massimo di otto posti, per minori in età compresa tra i 3 ed i 14 anni, anche se possono essere ammesse deroghe all'età in presenza di situazioni particolari ed in caso di assenza di disponibilità di posto negli altri Centri di Pronta Accoglienza convenzionati.

Il Centro è stato attivato sulla base di un Protocollo d'Intesa interistituzionale firmato nel dicembre 2000 da Comune di Firenze, Provveditorato agli Studi, Tribunale per i Minorenni, Procura c/o il Tribunale per i Minorenni, Questura, Polizia Municipale, Carabinieri, Guardia di Finanza.

Nel periodo di temporanea accoglienza vengono attivati tutti gli interventi e i contatti necessari al superamento dei motivi che hanno causato l'inserimento d'urgenza, costruendo, in collaborazione con i servizi preposti alla tutela minorile, un progetto individuale in base alle caratteristiche del minore e della sua storia personale e socio-familiare.

	Centro Sicuro	2005		2006															
		11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12				

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.

Lo status di "minore straniero non accompagnato" è regolamentato in parte dalla normativa riguardante i minori (art. 403 Codice civile, L.184/83, L.149/2001) e in parte dalla normativa riguardante l'immigrazione (T.U. D.L.286/98 e successive integrazioni).

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.

L'Ente Locale si è trovato quindi a dover far fronte ad un fenomeno nuovo, di difficile previsione e gestione, infatti il minore straniero non accompagnato deve essere considerato:

- come minore, verso il quale devono essere garantite adeguate misure di protezione e di rispetto di alcuni bisogni fondamentali (scolarizzazione, cure mediche, ecc.), che si esplicano con un immediato inserimento presso una struttura di Pronta Accoglienza e una conseguente segnalazione di presenza di minore "solo" sul territorio comunale a Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni e Giudice Tutelare;
- come "straniero," con la tempestiva segnalazione al Comitato Minori Stranieri, in vista del rimpatrio assistito che, secondo la normativa vigente va attuato nella maggior parte dei casi, salvo non sussistano gravi motivi ostativi.

L'aumento del fenomeno dei m.s.n.a. ha comportato, per l'Ente Locale, anche dei cambiamenti organizzativi sia interni che esterni:

- la creazione di un Ufficio, il Servizio Minori e Famiglia della Direzione Sicurezza Sociale, che si occupa, della gestione delle segnalazioni da parte delle FF.OO., del collocamento del minore e della prosecuzione della presa in carico;
- la costruzione di una Rete di Pronte Accoglienze, allo scopo di accogliere, nell'arco delle 24 ore, i minori segnalati dalle autorità competenti. Le principali caratteristiche dei Centri di Pronta Accoglienza sono:
- offerta di ricovero temporaneo ai minori in situazione di abbandono o comunque di urgente bisogno di ospitalità e protezione;
- una équipe educativa presente nell'arco delle 24 ore;
- la predisposizione di un progetto d'intervento, fatto in collaborazione tra servizi territoriali e équipe educativa, per una sistemazione stabile ed idonea ad affrontare le cause del disagio.

Allo stato attuale il Comune ha 25 (15 posti CPA Gian Burrasca 1 e 2, 8 posti CPA Mercede, 2 posti presso Comunità Educativa Alberto).

All'iniziale preoccupazione del collocamento urgente di questi minori (art. 403 del Codice Civile), è subentrata l'esigenza di qualificare la permanenza di questi ragazzi in Italia, in vista anche del rimpatrio assistito.

In attesa pertanto che il Comitato Minori Stranieri decida riguardo al minore, l'équipe della Pronta Accoglienza e il Servizio Minori e Famiglia predispongono per il minore accolto una progetto educativo che racchiude interventi sanitari, scolastici-formativi, di socializzazione. In questi anni di lavoro gli interventi attuati nel Comune di Firenze hanno conseguito i seguenti risultati:

- una migliore sinergia con gli altri Enti che sul territorio comunale si occupano di tutela minorile al fine di fornire interventi tempestivi e integrati. Tali collaborazioni sono stati sanciti anche attraverso il Protocollo di Intesa tra Comune di Firenze, Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni, Tribunale per i Minorenni, ASL Firenze e Centro Giustizia Minorile del Ministero di Giustizia.
- La costituzione di un Gruppo Operativo Integrato minore straniero non accompagnato 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.
- Un confronto quotidiano con la Rete delle Pronte Accoglienze sia sull'accoglienza giornaliera dei minori che sui relativi progetti individuali.
- Una fattiva collaborazione con i mediatori culturali.
- Una mappatura del fenomeno dei minori stranieri non accompagnati: provenienza, motivazioni, possibilità di rientro nei paesi di origine.
- un maggior confronto con altre realtà italiane, con l'ANCI e la partecipazione al Coordinamento Nazionale minore straniero non accompagnato integrato tra Pubblico e Privato.

PROGETTO SPERIMENTALE DI FORMAZIONE PER TUTORI DI MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI

Nel corso del 2005 Il Comune di Firenze, anche su sollecito del Piano di Azione "Diritti dei minori", ha pensato di migliorare l'accoglienza del crescente numero di bambini ed adolescenti stranieri che vivono soli, privi di familiari, anche attraverso la formazione di coloro che sono chiamati a rappresentare i loro interessi.

Tale iniziativa, realizzata in collaborazione con l'Istituto degli Innocenti che si è avvalso a sua volta anche dell'apporto del Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza, è stato

finalizzato alla formazione di tutori volontari di minori stranieri non accompagnati.

L'elemento innovativo e obiettivo principale di tale esperienza è stato che la formazione è stata orientata non solo agli aspetti normativi ma anche ad avvicinare i futuri tutori ad avere cura della persona del minore, intendendo con tale termine non solo la cura da un punto di vista legale (autorizzazione per interventi sanitari, scolastici, ecc.), ma come una sorta di accompagnamento e di compartecipazione alla vita quotidiana del ragazzo, instaurando con esso una relazione basata sul dialogo e sul confronto reciproco. Il corso ha previsto la partecipazione a 9 seminari, di 4 ore ciascuno, inerenti la tutela minorile e, in particolare, la normativa e le problematiche dei minori stranieri non accompagnati. Le persone che hanno frequentato sono state 10 e 5 hanno dato la disponibilità a diventare tutori.

	Minori stranieri non accompagnati	2005		2006													
		11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12		
	Attività di un Ufficio, il Servizio Minori e Famiglia della Direzione Sicurezza Sociale.																
	Attività della Rete di Pronto Accoglienze																
	Progetto sperimentale di formazione di tutori di minori stranieri non accompagnati																

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.

L'organizzazione del Servizio di affidamento familiare del Comune di Firenze si realizza attraverso l'integrazione tra il lavoro dei Servizi Sociali territoriali ed il Centro Affidi. Al Servizio Sociale territoriale (SIASST), referente per territorio, compete la presa in carico della famiglia di origine del minore e l'elaborazione del progetto d'intervento, mentre il Centro Affidi si occupa del sostegno della famiglia affidataria prima, durante e dopo l'affidamento di un minore, attraverso colloqui di supporto alle problematiche dell'affidamento, gruppi di condivisione e incontri tematici di approfondimento.

Gli operatori dei Servizi Sociali territoriali e del Centro Affidi hanno momenti di verifica comune tra i soggetti coinvolti (minore, famiglia affidataria e famiglia di origine) e garantiscono in ogni fase del percorso, circolarità e correttezza di comunicazione fra i soggetti e i servizi coinvolti.

In particolare i compiti del Centro Affidi sono:

- promuovere occasioni di sensibilizzazione, pubblicizzazione ed informazione sull'affidamento familiare;
- recepire, conoscere e valutare la disponibilità delle persone interessate all'affidamento attraverso colloqui singoli e formazione di gruppo riguardo agli aspetti normativi, sociali e procedurali dell'affido;
- individuare, in collaborazione con i servizi sociali territoriali, la famiglia affidataria ritenuta più idonea alla richiesta di risorsa dei servizi;
- creare e mantenere costante il collegamento con il servizio sociale territoriale per garantire la corretta applicazione del progetto di affido, individuando tempi e modalità delle verifiche.
- sostenere la famiglia affidataria prima, durante e dopo l'affidamento familiare.

- organizzare una banca dati per le famiglie affidatarie e una per i minori in affidamento;
- promuovere la formazione degli operatori, favorendo l'approfondimento e la riflessione della metodologia di lavoro.

Queste azioni si realizzano attraverso i seguenti percorsi formativi:

Il percorso per i nuclei che si rendono disponibili per l'affidamento: un primo incontro informativo sulla realtà dell'affidamento familiare, un gruppo di formazione (4 incontri) sulle problematiche dell'affido. Al termine del gruppo gli operatori del Centro Affidi e la coppia o il singolo si incontreranno per un primo momento di confronto sulle motivazioni che ha portato il nucleo ad intraprendere il percorso di affidamento. Se la coppia o il single decide di continuare il percorso dovranno fare: un colloquio personale di approfondimento con l'Assistente Sociale e un colloquio individuale e/o di coppia con lo psicologo. Seguiranno poi: una visita domiciliare e un incontro di restituzione del percorso al nucleo e/o single da parte degli operatori del C.Affidi, in cui sia gli operatori del Centro Affidi che la coppia o il single possono comunemente decidere l'inserimento in banca dati oppure rivedersi in tempi successivi. Se la famiglia conferma la propria disponibilità, viene inserita nella banca dati. Le persone inserite verranno chiamate dagli operatori del Centro Affidi per eventuali abbinamenti.

Una volta infatti che il Centro Affidi ha recepito una richiesta di reperimento di un nucleo affidatario da parte dei servizi sociali territoriali, gli operatori del Centro Affidi individuano dei nuclei disponibili.

Il nucleo individuato può decidere di non aderire al progetto: in tale caso il nucleo sarà reinserito in Banca Dati. Se invece decide di aderire al progetto di affido, gli operatori del Centro Affidi procederanno alla presentazione del nucleo all'Assistente Sociale del SIAST; nell'incontro verranno stabiliti i tempi e le modalità dell'ingresso del minore nella nuova famiglia, gli incontri con la famiglia naturale e le verifiche della situazione.

Le verifiche del progetto di affido sono di due tipi: tra gli operatori del Centro Affidi e il nucleo affidatario come momento di sostegno rispetto alle funzioni genitoriali con il minore in affidamento; tra centro affidi, nucleo affidatario, SIAST competente come momento di revisione del progetto. A questi incontri è spesso presente anche il nucleo familiare di origine del minore.

Il sostegno alle famiglie affidatarie viene garantito attraverso: 1) i gruppi di auto-mutuo-aiuto, condotti dagli operatori del Centro Affidi e si rivolgono a tutte le famiglie in banca dati.; 2) il sostegno individuale e/o di coppia: in ogni momento del processo di affido sia l'assistente sociale che lo psicologo (collegialmente o separatamente) sono disponibili ad incontrare, individualmente o in coppia, coloro che richiedono di avere un momento di confronto o di sostegno sulle problematiche inerenti l'approccio all'affidamento familiare.

Centro affidi	2005		2006											
	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Azioni di sensibilizzazione, pubblicizzazione ed informazione sull'affidamento familiare														
colloqui singoli e formazione di gruppo su aspetti normativi, sociali e procedurali dell'affido per valutare la disponibilità delle persone interessate all'affidamento														
individuare, in collaborazione con i servizi sociali territoriali, la famiglia affidataria ritenuta più idonea alla richiesta di risorsa dei servizi.														
creare e mantenere costante il collegamento con il servizio sociale territoriale per garantire la corretta applicazione del progetto di affido, individuando tempi e modalità delle verifiche.														
sostenere la famiglia affidataria prima, durante e dopo l'affidamento familiare														
banca dati per le famiglie affidatarie e una per i minori in affidamento														

Centro Adozioni

I Centri per l'informazione e la preparazione all'adozione nascono in Toscana nel 2002 da un Accordo di Programma fra la Regione e i 34 comuni capofila delle zone sociosanitarie e le 12 Aziende Sanitarie.

I Centri Adozioni hanno sede a Firenze, Pisa, Prato e Siena.

Sono servizi pubblici e gratuiti, aperti a tutti i cittadini e offrono 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.

Il Centro Adozioni del Comune di Firenze offre:

- Informazioni telefoniche su tematiche relative all'adozione;
- Colloqui di accoglienza, di informazione e di approfondimento, individuali e di coppia, per conoscere le fasi del percorso, gli aspetti normativi, socio-educativi e psicologici dell'adozione;
- Corsi di preparazione in gruppo ai quali partecipano coppie aspiranti all'adozione. I gruppi sono condotti da un assistente sociale e da uno psicologo;
- Incontri di gruppo con gli Enti Autorizzati per l'adozione internazionale che hanno firmato un Protocollo d'Intesa con la Regione Toscana, sia per illustrare l'attività svolta dagli Enti stessi, sia per conoscere la normativa e l'organizzazione dei Paesi stranieri, la realtà dei bambini provenienti dalle aree geografiche interessate, la situazione degli istituti e delle case-famiglia, i motivi dell'abbandono.

Queste attività vengono organizzate e offerte alle coppie prima che presentino la domanda al Tribunale per i Minorenni.

Dal gennaio 2002 al giugno 2005 si sono rivolte telefonicamente al Centro Adozioni di Firenze n. 1995 persone per avere informazioni sulle tematiche dell'adozione.

Poiché il Centro ha una pagina web le richieste di informazioni giungono anche da altre Regioni e una volta fornite le notizie generali vengono indirizzate ai Servizi competenti territorialmente.

Il Centro Adozioni ha contribuito alla riorganizzazione delle procedure con il Tribunale per i Minorenni e alla ridefinizione di percorsi integrati con la ASL nell'attività rivolta alle coppie aspiranti all'adozione per la fase di valutazione dell'idoneità e al bambino e ai genitori adottivi durante il periodo dell'affidamento pre-adottivo.

A breve questo servizio curerà assieme ai Servizi territoriali l'attivazione di appositi gruppi che seguiranno la fase post-adottiva con l'obiettivo di facilitare la creazione sul territorio di gruppi di auto-mutuo-aiuto formati dalle famiglie stesse.

Centro Adozioni	2005		2006												
	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
Informazioni telefoniche su tematiche relative all'adozione:															
Colloqui di accoglienza, di informazione e di approfondimento, individuali e di coppia, per conoscere le fasi del percorso, gli aspetti normativi, socio-educativi e psicologici dell'adozione:															
Corsi di preparazione in gruppo ai quali partecipano coppie aspiranti all'adozione. I gruppi sono condotti da un assistente sociale e da uno psicologo:															
Incontri di gruppo con gli Enti Autorizzati per l'adozione internazionale che hanno firmato un Protocollo d'Intesa con la Regione Toscana, sia per illustrare l'attività svolta dagli Enti stessi, sia per conoscere la normativa e l'organizzazione dei Paesi stranieri, la realtà dei bambini provenienti dalle aree geografiche interessate, la situazione degli istituti e delle case-famiglia, i motivi dell'abbandono:															

Mediazione penale minorile

La mediazione penale minorile costituisce all'interno del ventaglio delle possibili risposte che le istituzioni possono dare a seguito della commissione di un fatto-reato, un'importante opportunità di incontro e composizione del conflitto offerta sia ai minori che siano entrati nel circuito penale sia cittadini vittime di reato.

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).

La mediazione, quindi, da una parte offre alla vittima la possibilità di essere ascoltata e compresa e, dall'altra, contribuisce a promuovere consapevolezza nel minore autore di reato. Il Servizio Regionale di Mediazione Penale Minorile, ubicato a Firenze, è attivo dal 3 Ottobre 2005 ed è rivolto a tutti i cittadini ed i minori autori di reato, che siano residenti o domiciliati all'interno della Regione Toscana e per fattispecie di reato segnalate dalle Autorità Giudiziarie Minorili competenti territorialmente sulla Regione Toscana.

Si tratta di un servizio sperimentale, completamente nuovo per la realtà toscana, usufruibile da tutti i comuni della regione, fortemente voluto e finanziato sia dalla Regione Toscana, (Delibera CR n° 238 del 23/12/2003 Piano d'Azione dei Diritti dei Minori) che dal Comune di Firenze, che ne è il soggetto titolare e gestore.

Il Servizio, previsto nel Protocollo d'Intesa interistituzionale firmato in data 22 dicembre 2000, è stato condiviso, oltre che con la Regione Toscana anche con il Centro di Giustizia Minorile per la Regione Toscana, il Tribunale per i Minorenni di Firenze e la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni di Firenze con la firma in data 11/2/2005 del Protocollo Operativo per l'Istituzione Sperimentale dell'Ufficio di Mediazione Penale Minorile nella Regione Toscana.

Il progetto nello specifico si articola in tre macroattività:

- un'attività di sensibilizzazione ed informazione rivolta ad un target omogeneo di operatori addetti ai lavori (magistrati, polizia, carabinieri, assistenti sociali, educatori)
- un'attività di formazione volta alla formazione di un gruppo di mediatori penali minorili
- un'attività di mediazione penale vera e propria rivolta a minori autori di reati ed alle vittime dei reati segnalati dalla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni e dal Tribunale per i Minorenni di Firenze e Genova (quest'ultimo competente per la circoscrizione di Massa Carrara).

Mediazione penale minorile	2005		2006											
	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
attività di sensibilizzazione ed informazione rivolta ad un target omogeneo di operatori addetti ai lavori (magistrati, polizia, carabinieri, assistenti sociali, educatori)														
attività di formazione volta alla formazione di un gruppo di mediatori penali minorili														
attività di mediazione penale vera e propria rivolta a minori autori di reati ed alle vittime dei reati segnalati dalla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni e dal Tribunale per i Minorenni di Firenze e Genova (quest'ultimo competente per la circoscrizione di Massa Carrara).														

territorio nelle zone maggiormente interessate al traffico, tra cui il Comune di Firenze, che ha aderito ufficialmente con delibera n.670 del 26.05.00.

Obiettivo del Numero Verde è di fornire informazioni e una prima consulenza rispetto ai percorsi sociali e sanitari alle donne vittime della tratta.

Il Numero Verde della Toscana, che fa capo al Comune di Firenze, per la sua attività dispone di una data-base fornito di indirizzi utili per lo svolgimento del lavoro di ricerca dei luoghi di accoglienza - prima accoglienza-case di fuga - ospedali - consultori - sportelli immigrati e legali - consulenze varie e centri di ascolto, in modo da dare informazioni puntuali e aggiornate ai richiedenti.

Numero Verde contro la tratta	2005		2006												
	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	

1.3.3 Azioni e strumenti di integrazione

A seguito del Protocollo d'Intesa, firmato in data 22.12.2003 fra il Comune di Firenze, l'Azienda Sanitaria Locale di Firenze e le Istituzioni Giudiziarie (Tribunale per i Minorenni, Procura della Repubblica per i Minorenni di Firenze e Centro di Giustizia Minorile del Ministero di Giustizia) e alla relativa presa d'atto (Deliberazione di Giunta Comunale N. 2004/G/00085 - N. 2004/00157) sono stati istituiti alcuni organismi, che hanno lo scopo di giungere alla realizzazione di azioni comuni volte ad intervenire su tutte le forme di disagio minorile.

Tali organismi sono:

Tavolo interistituzionale infanzia e adolescenza

(istituito con Determinazione Dirigenziale 2005/DD/2108)

E' un organismo ampio, che ha lo scopo di programmare e definire le politiche generali e gli interventi interistituzionali nel territorio comunale a favore di minori e adolescenti.

Il Tavolo è coordinato e convocato dall'Assessore alla Pubblica Istruzione e Servizi Socio Educativi per l'Infanzia ed è supportato dal Gruppo Tecnico Minori, al fine di integrare le competenze di carattere professionale e operativo.

Il Tavolo si riunisce ogni qualvolta ne emerga necessità.

Tale organismo è composto da:

- Comune di Firenze - Direzione Sicurezza Sociale - Servizio Minori e Famiglia;
- Comune di Firenze - Direzione Sicurezza Sociale - Coordinamento Funzionale Siast;
- Regione Toscana;
- Provincia di Firenze;
- Questura di Firenze;
- Tribunale per i Minorenni di Firenze
- Procura della Repubblica c/o Tribunale per i Minorenni di Firenze;
- Prefettura di Firenze;
- Centro per la Giustizia Minorile;
- Istituto degli Innocenti;
- Azienda Sanitaria 10 di Firenze;
- Azienda Ospedaliera Careggi;
- Azienda Ospedaliera Meyer;

Gruppo tecnico minori

(istituito con Determinazione n. 5903 del 16/5/2001, ridefinito nelle funzioni e nei componenti con Determinazione Dirigenziale 2004/DD/03735)

E' un gruppo istituito, su richiesta delle istituzioni firmatarie del Protocollo sopra citato, a supporto dell'Unità Operativa Minori con funzioni di valutazione, proposta di interventi e verifiche periodiche relative a situazioni caratterizzate da particolari problematiche, che richiedono l'elaborazione di progetti mirati e definiti con l'apporto di professionalità sociali e sanitarie.

Svolge funzioni di segnalazione e presa in carico su mandati delle istituzioni firmatarie del protocollo d'intesa e fornisce le indicazioni operative per la risoluzione del caso avvalendosi delle risorse presenti sul territorio.

Si riunisce almeno ogni due mesi con cadenza variabile a seconda delle necessità derivanti dalle singole situazioni.

Tale organismo è coordinato dal Dott. Duilio Borselli - Direzione Sicurezza Sociale ed è composto da:

- Comune di Firenze - Direzione Sicurezza Sociale - U.O. Dipendenze e Salute Mentale;
- Comune di Firenze - Direzione Sicurezza Sociale - Ufficio Prevenzione Disagio Giovanile;
- Comune di Firenze - Direzione Sicurezza Sociale - Servizio Minori e Famiglia;
- U.F.M. Ser.T C Fi - ASL 10 Firenze;
- U.F.S.M.I.A. - ASL 10 Firenze;
- Tribunale per i Minorenni di Firenze;
- Procura della Repubblica c/o Tribunale per i Minorenni di Firenze;
- CNCA;
- Centro Giustizia Minorile;

Gruppo tecnico minori stranieri non accompagnati

(istituito con Determinazione Dirigenziale 2004/DD/03737)

E' un Gruppo istituito per situazioni di minori stranieri non accompagnati, caratterizzate da alta problematicità, che richiedono l'elaborazione di progetti mirati e definiti per tale fenomeno, avvalendosi dell'apporto di professionalità sociali e sanitarie e ha il fine di promuovere metodologie di lavoro multidisciplinare.

Si attiva con la segnalazione del caso al Responsabile Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza (UFSMIA) - Zona Firenze, che individua idoneo operatore per l'elaborazione di un progetto educativo individuale e per aggiornamenti e verifiche sul caso.

Il Gruppo si riunisce almeno ogni due mesi, con cadenza variabile a seconda delle necessità.

Tale organismo è coordinato dalla D.ssa Lucia Dallai - Referente U.O. Professionale e Centro Affidi - Direzione Sicurezza Sociale ed è composto da:

- Responsabile U.F.S.M.I.A. - ASL 10 Firenze
- Comune di Firenze - Direzione Sicurezza Sociale - Servizio Minori e Famiglia

Tavolo strutture per minori

(istituito con Determinazione Dirigenziale 2004/DD/03750)

E' un Gruppo di Coordinamento con le strutture di accoglienza per minori del territorio fiorentino, svolge funzioni di promozione, studio e ricerca ed è costituito da un rappresentante per ogni tipologia di struttura (Casa Famiglia, Comunità a dimensione familiare, Comunità Educativa, Casa Madri con figli, Pronta Accoglienza, Centro Diurno).

La costituzione di tale organismo è stata richiesta dai responsabili delle strutture di accoglienza.

Questo strumento coordina in modo omogeneo le attività, al fine di studiare e creare risposte idonee ai bisogni del territorio nel campo dell'accoglienza per i minori. Sono previste anche funzioni di ricerca, formulazione di protocolli operativi comuni per l'accoglienza, socializzazione consulenza e coordinamento di iniziative nel settore.

Il Tavolo si riunisce, di regola, ogni primo venerdì del mese.

Tale organismo è coordinato dal Dirigente del Servizio Minori e Famiglia - Direzione Sicurezza Sociale - D.ssa Anna Bini ed è composto:

- da un rappresentante per ogni tipologia di struttura
- dalla coordinatrice delle strutture per minori Sig.ra Laura Lolli
- dal Coordinamento Funzionale Sias, nella persona della D.ssa Laura Frullini.

Gruppo minori SIAST

E' un Gruppo istituito su richiesta dei Sias, per rispondere all'esigenza di scambiare reciprocamente informazioni e discutere di azioni e progetti sociali rilevanti, per concordare modalità quotidiane di intervento adeguate e condivise. In questo caso il gruppo svolge la funzione di definizione e condivisione di linee comuni, anche per la gestione dei budget "virtuali", assegnati ai SIAST.

Il Gruppo si riunisce mensilmente (ogni ultimo lunedì del mese).

Tale organismo è coordinato dalla Dirigente del Servizio Minori e Famiglia - Direzione Sicurezza Sociale - D.ssa Anna Bini ed è composto:

dal Coordinamento Funzionale Sias, nella persona della D.ssa Laura Frullini dagli Assistenti Sociali, referenti dell'Area Minori, nominati dai Responsabili Sias.

Tavolo permanente contro la violenza, il maltrattamento e l'abuso sessuale in danno ai minori

(istituito a seguito di Deliberazione Giunta Comunale n. 729/509 del 5/5/1999)

E' un organismo istituito all'interno della cornice disegnata dalla Conferenza nazionale sull'Infanzia e Adolescenza che si è svolta a Firenze nel 1998 ed è denominato "Tavolo permanente contro la violenza, il maltrattamento e l'abuso sessuale in danno ai minori" con funzioni di promozione, coordinamento, definizione di strategie.

Ha la finalità di costruire un sistema coordinato di interventi e di servizi sul territorio con l'attivazione di percorsi per vittime dell'abuso e del maltrattamento.

Il Tavolo si riunisce ogniqualvolta se ne verifichi la necessità ed è convocato e coordinato dall'Assessore Lastri.

Il Tavolo è composto da:

- Provincia di Firenze, Comune di Firenze
- Provveditorato agli Studi
- ASL 10
- Azienda Ospedaliera di Careggi
- Azienda Ospedaliera Mayer
- Associazione Artemisia
- Questura
- Prefettura
- Istituto degli Innocenti.

Protocollo operativo relativo agli interventi per il funzionamento del Centro Sicuro

(approvato con Deliberazione di Giunta Comunale n. 1602/1251 del 20/12/2000)

Il protocollo è finalizzato alla nascita della struttura di accoglienza temporanea, denominata "Centro Sicuro", che è deputata ad accogliere in forma residenziale minori di età non superiore ai 18 anni, in condizioni di abbandono in costanza dei presupposti dell'art. 403 del codice civile.

I firmatari del protocollo citato sono:

- Il Sindaco di Firenze il Prefetto di Firenze
- il Presidente del Tribunale per i Minorenni
- il Procuratore della repubblica presso il Tribunale per i Minorenni
- il Questore di Firenze
- il Comandante Provinciale dei Carabinieri
- il Comandante Provinciale della Guardia di Finanza
- il Comandante della Polizia Municipale
- il Presidente della Provincia di Firenze
- il Provveditore agli Studi di Firenze.

Il protocollo ha previsto anche la costituzione di un Tavolo finalizzato ad affrontare e risolvere problematiche che possono sorgere, al fine di agevolare il miglior funzionamento possibile del servizio.

Il Tavolo si riunisce ogniqualvolta se ne verifichi la necessità ed è convocato e coordinato dall'Assessore Lastri ed è composto dai firmatari del protocollo.

Tavolo di lavoro sulla qualità dei servizi socioassistenziali

(istituito con Provvedimento Dirigenziale n. 2004/DD/09579)

E' un organismo che è nato a seguito della volontà emersa da entrambe le parti (Comune di Firenze e Istituto degli Innocenti) di condurre una riflessione propositiva sulle modalità e i criteri relativi allo sviluppo della qualità dei servizi e delle prestazioni e di predisporre strumenti per la loro verifica e valutazione, poiché l'Istituto degli Innocenti gestisce strutture di accoglienza per minori e per gestanti e madri con figlio ed opera direttamente nel campo della ricerca e della promozione dei diritti dell'Infanzia. Inoltre, tale Istituto collabora alla realizzazione del Progetto Affidato.

Il Tavolo si riunisce, di regola, ogni ultimo giovedì del mese ed è composto da:

- Dott. Mario D'Alfonso - Dirigente Settore Servizi Socio-Educativi e Culturali dell'Istituto degli Innocenti;
- D.ssa Anna Bini - Dirigente Servizio Minori e Famiglia - Direzione Sicurezza Sociale - Comune di Firenze.

Essi possono avvalersi di professionalità ritenute più idonee.

2 Obiettivi di salute e benessere

2.1 Ambiente e determinanti di salute

2.1.1 Migliorare la qualità dell'aria

Sicurezza impianti termici e riduzione uso combustibili per riscaldamento

Motivazione dell'azione: Garanzia sicurezza impianti termici in ottemperanza alla vigente legislazione

Obiettivi specifici/Risultati attesi:

Garantire efficienza della combustione e sicurezza impianti

Effetto secondario: riduzione consumi e conseguenti benefici su qualità dell'aria

Suddividere gli obiettivi in fasi:

- Ricevimento documentazione relativa alla manutenzione degli impianti
- Controlli
- Eventuale diffida ai non conformi

Scheda economico finanziario

Ai sensi del DPR 412/93 tutte le attività sono a carico degli utenti

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo:

- Impianti soggetti a manutenzione
- Controlli effettuati
- Impianti in regola con le norme
- Impianti non in regola ma successivamente regolarizzati.

Inquinamento atmosferico da impianti termici - Azione per la tutela della salute - Limitazione emissioni

Titolo dell'azione: Ordinanze di limitazione tempi accensione impianti termici privati

Motivazione dell'azione:

superamento concentrazioni in atmosfera NO₂

Risparmio energetico - contenimento emissioni

Obiettivi specifici/Risultati attesi:

Ridurre le emissioni per contenere le concentrazioni in atmosfera

Suddividere gli obiettivi in fasi:

- Analisi Bollettini ARPAT
- Esame temperature esterne
- Emissione ordinanze
- Pubblicizzazione

Scheda economico finanziario

Risorse umane

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo:

Verifiche su miglioramento qualità aria da Bollettino ARPAT.

Inquinamento atmosferico da traffico - Azione per la tutela della salute - Limitazione emissioni in atmosfera da traffico

Titolo dell'azione: Ordinanze di limitazione a segmenti di traffico

Motivazione dell'azione:

Il Sindaco quale autorità sanitaria deve mettere in atto i provvedimenti di sua competenza a tutela della salute pubblica relativamente ai limiti di legge per la qualità dell'aria.

Sorgente di inquinamento: traffico

Motivazione: Riduzione delle emissioni

Obiettivi specifici/Risultati attesi:

Raggiungimento obiettivo qualità dell'aria al 2010 Riduzione della concentrazione degli inquinanti in atmosfera

Suddividere gli obiettivi in fasi:

- Individuare i segmenti di traffico più inquinanti
- Adottare provvedimento di restrizione della circolazione
- Pubblicizzare il provvedimento

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo:

- Controllo per rispetto divieti da parte della Polizia Municipale
- Riduzione emissioni/riduzioni traffico

Inquinamento atmosferico da traffico - Azione per la tutela della salute - Rischio ozono

Titolo dell'azione: Avviso alla popolazione - rischio ozono

Motivazione dell'azione:

Il Sindaco quale autorità sanitaria visto il bollettini dell'ARPAT avvisa la popolazione sui comportamenti da adottare in caso di superamenti dei limiti di legge per la qualità dell'aria

Obiettivi specifici/Risultati attesi:

- limitare l'esposizione dei cittadini
- ridurre il rischio sanitario

Suddividere gli obiettivi in fasi:

- leggere il bollettino
- preparare il testo dell'avviso
- inviare l'avviso ai canali di comunicazione (rete civica, scuole, pannelli a messaggio variabile, ufficio stampa...)

Inquinamento atmosferico da traffico - Azione per la tutela della salute - Conformità emissioni dei veicoli

Titolo dell'azione: Controllo emissioni veicoli- Bollino Blu

Motivazione dell'azione:

controllare le emissioni nell'anno in cui i veicoli non sono sottoposti a revisione

Obiettivi specifici/Risultati attesi:

Contenere le emissioni nei limiti delle norme

Beneficio sulla qualità dell'aria

Suddividere gli obiettivi in fasi

- Abilitare officine (controllo strumentazione e taratura) al rilascio del Bollino Blu
- Costituzione database officine autorizzate

Scheda economico finanziario

Stampa bollini - Vendita bollini - Introito: circa 70.000 €

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo:

- Analisi schede riconsegnate dalle officine
- n. auto conformi alle emissioni/auto controllate
- Controlli Polizia Municipale

Inquinamento atmosferico da impianti industriali - Azione per la tutela della salute - conformità emissioni da impianti industriali

Titolo dell'azione: Parere interdirezionale alla Provincia

Motivazione dell'azione:

Coordinare le problematiche igienico sanitarie con la gestione del territorio

Obiettivi specifici/Risultati attesi:

Supportare la Provincia nel rilascio dell'autorizzazione prevista dalla legge DPR 203/88

Suddividere gli obiettivi in fasi

- Raccolta documentazione
- riunione gruppo di lavoro intersettoriale
- espressione parere

Scheda economico finanziario

Risorse umane

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo:

- n° pareri rilasciati
- n°pratiche esaminate

Emissioni in atmosfera: orientamento all'utilizzo delle tecnologie più avanzate per la mobilità mediante regimi di incentivazione

Titolo dell'azione: Adesione ad iniziative nazionali e regionali finalizzate all'accesso a finanziamenti specifici

Motivazione dell'azione:

Ricambio del parco circolante orientando gli acquisti del parco veicolare verso motorizzazioni a basso impatto ambientale e combustibili meno inquinanti

Obiettivi specifici/Risultati attesi:

Ridurre le emissioni da traffico

Suddividere gli obiettivi in fasi

- Redazione atti
- Adesione a protocolli e progetti
- Informazione ai cittadini

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo:

- Finanziamenti erogati
- Parco auto rinnovato

Emissioni in atmosfera: orientamento all'utilizzo delle tecnologie più avanzate in edilizia

Titolo dell'azione: Promozione utilizzo ecocemento

Motivazione dell'azione: Evidenza scientifica dell'efficacia dell'intervento proposto

Obiettivi specifici/Risultati attesi:

Ridurre le concentrazioni in atmosfera

Suddividere gli obiettivi in fasi

- Studio delle tecnologie disponibili
- Scelta di promuovere quelle più efficaci
- Azioni di formazione ed informazione agli addetti ai lavori

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo:

- Tecnologia impiegata
- alternativa ai metodi classici

Titolo del Progetto: Inquinamento atmosferico - informazione ai cittadini

Titolo dell'azione: Redazione prospetto informativo

Motivazione dell'azione:

Riassumere, integrare, pubblicizzare le iniziative per il contenimento delle emissioni in atmosfera

Obiettivi specifici/Risultati attesi:

Informare i cittadini sulle iniziative intraprese dall'Amministrazione Comunale per limitare l'inquinamento atmosferico.
Diffusione dell'informazione

Suddividere gli obiettivi in fasi

Raccolta norme obbligatorie per legge, iniziative, consigli, riassumere e diffondere con terminologia adatta alla comunicazione

Scheda economico finanziario

Risorse umane

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo:

n° telefonate di cittadini per informazioni.

Inventario emissioni da traffico

Titolo dell'azione: Valutazione emissioni da traffico

Motivazione dell'azione: Supporto ai documenti della Mobilità (PUT)

Obiettivi specifici/Risultati attesi:

Realizzazione inventario emissioni da traffico in relazione ai vari segmenti del parco veicolare.

Individuare la miglior soluzione trasportistica al fine di contenere le emissioni.

Suddividere gli obiettivi in fasi

Modellizzazione dei flussi di traffico con i dati output-input al modello emissivo

Scheda economico finanziario

Già finanziato 99.000 € cofinanziamento R.T.

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo:

Congruità dei dati mediante la validazione del modello con la stima dei consumi dei combustibili utilizzati.

2.1.2 Tutela delle aree protette metropolitane

Interventi di riqualificazione verde pubblico

Titolo dell'azione: abbattimenti e sostituzione alberature

Motivazione dell'azione: sicurezza, produzione ossigeno, fissazione polveri e agenti inquinanti, ombreggiamento etc.

Obiettivi specifici/Risultati attesi:

individuare piano pluriennale di reimpianti in funzione anche di grandi lavori urbanistici

Suddividere gli obiettivi in fasi

- inventario alberature
- valutazione stabilità
- individuazione soggetti idonei
- abbattimenti e reimpianti razionali

Scheda economico finanziario

necessità evidenziate in circa € 3.000.000,00/annui x 10 anni

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo:

Valutazioni sugli attecchimenti.

2.1.3 Tutela delle aree protette metropolitane

Rete aree protette

Titolo dell'azione: le ANPIL nel sistema metropolitano

Motivazione dell'azione: tutela aree di particolare rilevanza e loro reciproca interrelazione con le zone urbanizzate per una diversa e più efficace fruizione

Obiettivi specifici/Risultati attesi:

costituzione di una rete di ANPIL di cui l'Arno va a costituire l'asse portante

Suddividere gli obiettivi in fasi

- individuare aree
- predisporre programma di sviluppo
- ratificare la costituzione delle stesse
- promuovere soggetti gestionali

Scheda economico finanziario

necessità legate all'estensione del territorio

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo:

Fruizione e gradimento da parte dell'utenza

Miglioramento delle condizioni edafiche dei luoghi.

2.1.4 Incentivazione della mobilità ciclabile. Ricadute sulla salute e sul benessere dei cittadini.

Dalle Linee Guida del Piano di settore delle piste ciclabili, approvato dal Consiglio Comunale (del. n.74 del 20.07.2005) si evince come solo a Firenze la mobilità ciclabile sia oggi stimata intorno a 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 genere (riduzione dello stress e attività fisica).

2.2 Progetti relativi al Contrasto delle Povertà

2.2.1 Azioni di pronta accoglienza e interventi di emergenza sociale

Motivazione dell'azione

La programmazione complessiva del sistema di accoglienza ed emergenza sociale è orientato ad 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.

Obiettivi e risultati attesi dell'azione

Rispetto al servizio di mense e docce, sulla base delle esperienze pregresse, ci si attende di erogare un totale di circa 230.000 pasti e 21.000 docce. Il progetto del Pronto Intervento Sociale vede ogni anno il passaggio di circa 50 uomini e di circa 20 soggetti tra donne e minori. Il progetto emergenza freddo, nella struttura principale, ha una capacità ricettiva di 80 posti, nei quali si alternano, tra novembre e marzo, circa 160 persone, senza contare l'apertura di strutture di estrema emergenza per l'abbassamento della temperatura invernale che negli anni passati hanno raddoppiato le possibilità di accoglienza. Inoltre, alcune strutture offrono un servizio di pronta accoglienza per il quale non è necessario un invio da parte dei SIAST (Albergo Popolare, San Paolino per uomini, Santa Lucia per donne) ed un servizio di affittacamere sul mercato privato per un totale di circa 160/170 posti letto.

Fasi - progetti

- Progetto Pronto Intervento Sociale (365 giorni nell'arco dell'anno, tramite protocollo d'intesa stipulato tra forze dell'ordine, volontariato e strutture di accoglienza, in corrispondenza delle convenzioni attive sulle strutture).
- Emergenza freddo (dal mese di novembre alla fine del mese di marzo di ogni anno).
- Servizi di pronta accoglienza nelle strutture (365 giorni nell'arco dell'anno, in corrispondenza delle convenzioni attive sulle strutture).

- Servizio di accoglienza in affittacamere (365 giorni, in funzione di specifiche situazioni di emergenza)
- Progetti di bassa soglia finanziati
- Servizio di mense e docce (365 giorni nell'arco dell'anno, tramite convenzione, nuova convenzione 1 aprile 2006)

Scheda economico finanziaria

Progetto Pronto Intervento Sociale Emergenza freddo	compresi nelle convenzioni delle strutture € 101.624,00 convenzione € 17.000,00 contributi al volontariato
Servizi di pronta accoglienza nelle strutture Servizio di accoglienza in affittacamere	compreso nella convenzione € 973.000,00 (compresa ex convenzione AB&AB terminata il 30-09-05)
Progetti di bassa soglia finanziati (porte aperte, ecc.) Servizio di mense e docce	€ 562.063,00 convenzione

Criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e di processo

Sono monitorate le presenze e l'adeguatezza dell'intervento rispetto ai bisogni attraverso incontri di coordinamento, supervisione delle attività e l'utilizzo di opportuni strumenti di valutazione del processo (schede periodiche di elaborazione dei dati dell'accoglienza nelle strutture convenzionate del Polo della Marginalità).

		2005		2006															
		11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12				
Progetto Pronto Intervento Sociale																			
Emergenza freddo																			
Servizi di Pronta Accoglienza nelle strutture																			
Servizi di accoglienza in affittacamere																			
Servizio mense e docce																			

2.2.2 Accoglienza per uomini soli, donne sole e donne con figli

Motivazione dell'azione

Il principio dell'accoglienza è quello del superamento del modello assistenziale e dell'investimento sulle persone e sulle loro potenzialità, al fine di superare una condizione di dipendenza e delega rispetto alle responsabilità personali. Questa tipologia di accoglienza viene messa a disposizione dei SIAST per progetti di inclusione sociale rivolti a cittadini residenti.

Obiettivi e risultati attesi dell'azione

In base all'esperienza pregressa, si attende di registrare in tali strutture di accoglienza circa 1.400 presenze nell'arco di 365 giorni.

Fasi - progetti

- Albergo polare (365 giorni nell'arco dell'anno, tramite convenzione, tipologia di accoglienza suddivisa tra breve, lunga, emergenza, emergenza freddo, ospiti storici, pronta accoglienza e pronto intervento sociale, fine convenzione 31 dicembre 2008)
- Centro di accoglienza OASI (365 giorni nell'arco dell'anno, tramite convenzione, nuova convenzione 1 giugno 2006)
- Casa della Solidarietà San Paolino (365 giorni nell'arco dell'anno, tramite convenzione, tipologia di accoglienza suddivisa tra inserimenti SIAST e pronta accoglienza, fine convenzione 10 settembre 2009)
- Casa della Solidarietà - Ostello notturno donne (365 giorni nell'arco dell'anno, tramite convenzione, nuova convenzione 1 ottobre 2006)
- Casa della Solidarietà - Accoglienza adulti marginalità (365 giorni nell'arco dell'anno, tramite convenzione, nuova convenzione 1 ottobre 2006)
- Centro di prima accoglienza Santa Caterina (365 giorni nell'arco dell'anno, tramite convenzione, nuova convenzione 1 settembre 2006)
- Centro di Accoglienza San Michele a Rovezzano (365 giorni nell'arco dell'anno, tramite convenzione, nuova convenzione 1 agosto 2006)
- Accoglienza - Progetto Arcobaleno (365 giorni nell'arco dell'anno, tramite convenzione, nuova convenzione 1 luglio 2006)
- Accoglienza - Casa Santa Lucia (365 giorni nell'arco dell'anno, tramite convenzione, tipologia di accoglienza suddivisa tra inserimenti SIAST e pronta accoglienza, nuova convenzione 1 ottobre 2006)
- Settore camere Fuligno Donne (365 giorni nell'arco dell'anno, vedere sistema foresterie fuligno, nuova convenzione 1 gennaio 2006)

Scheda economico finanziaria

Albergo polare	€ 1.429.358,44 (incluso nella gestione IPAB)
Centro di accoglienza OASI	€ 179.449,00
Casa della Solidarietà San Paolino	€ 118.067,00
Casa della Solidarietà - Ostello notturno donne	-----
Casa della Solidarietà - Accoglienza adulti marginalità	€ 220.501,00
Centro di prima accoglienza Santa Caterina	€ 82.943,00
Centro di Accoglienza San Michele a Rovezzano	€ 233.460,00
Accoglienza - Progetto Arcobaleno	€ 239.776,00
Accoglienza - Casa Santa Lucia	€ 219.000,00
Settore camere Fuligno Donne	(vedi Sistema Foresterie Fuligno)

Criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e di processo

Per il monitoraggio di processo e la valutazione delle attività e della qualità del servizio offerto è prevista la messa a punto di strumenti di verifica degli standard di performance. Inoltre, sono elemento di verifica i verbali degli incontri di coordinamento delle attività degli operatori. Inoltre, una valutazione dei flussi e delle presenze avviene attraverso un sistema di monitoraggio attivo per tutte le strutture di accoglienza da parte del Polo della Marginalità.

	2005		2006												
	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
Albergo popolare															
Centro di accoglienza Oasi															
Casa della Solidarietà San Paulino															
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															
Settore camere Fuligno Donne															

2.2.3 Alloggio sociale, uomini, donne e nuclei familiari

Motivazione dell'azione

Tale opportunità 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.

Obiettivi e risultati attesi dell'azione

In base all'esperienza pregressa, si intende riscontrate in tali strutture di accoglienza circa 160 presenze, nell'arco di 365 giorni. I tempi di permanenza nelle strutture, un progetto personalizzato costruito sulla persona, la rete di sostegno, nel rapporto tra risorse istituzionali, del privato sociale e del volontariato, rappresentano un'opportunità per costruire il momento dell'uscita dall'accoglienza verso l'inclusione sociale.

Fasi - progetti

- Mini-alloggi Albergo Popolare (accoglienze in concessione, fine convenzione 31 dicembre 2008)
- Sistema Foresterie Fuligno - Educatorio Fuligno (365 giorni nell'arco dell'anno, tramite convenzione, nuova convenzione, fine convenzione 31 dicembre 2005)
- Sistema Foresterie Fuligno - Casa Albergo Mameli (365 giorni nell'arco dell'anno, tramite convenzione, fine convenzione 31 dicembre 2005)

Scheda economico finanziaria

Mini-alloggi Albergo Popolare

(costo compreso nella convenzione Albergo Popolare)

Sistema Foresterie Fuligno - Educatorio Fuligno
Sistema Foresterie Fuligno - Casa Albergo Mameli

€ 749.097,16 (comprende la spesa per Educatorio Fuligno e Casa Albergo Mameli)

Criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e di processo

Per il monitoraggio di processo e la valutazione delle attività e della qualità del servizio offerto è prevista la messa a punto di strumenti di verifica degli standard di performance, attraverso un sistema di monitoraggio dei flussi e delle presenze. Inoltre, sono elemento di verifica i verbali degli incontri di coordinamento delle attività degli operatori (Foresterie Fuligno e Polo della Marginalità). La valutazione dei flussi e delle presenze avviene attraverso un sistema di monitoraggio attivo per tutte le strutture di accoglienza da parte del Polo della Marginalità.

		2005		2006													
		11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12		
	Mini alloggi Albergo popolare																
	Sistema Foresterie Fuligno - Educatorio Fuligno																
	Sistema Foresterie Fuligno - Casa Albergo Mameli																

2.2.4 Azioni di integrazione sociosanitaria

Motivazione dell'azione

Da una parte la mancanza di strutture intermedie per il recupero e per 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.

Obiettivi e risultati attesi dell'azione

L'obiettivo di questa azione è dunque 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. In base all'esperienza pregressa, si immagina che i soggetti provenienti dalla psichiatria o dal Ser.T ed accolti in strutture per la marginalità siano circa 60 ogni anno e che il progetto Stenone eroghi circa 4000 prestazioni di carattere specialistico nel corso di 365 giorni di attività.

Fasi - progetti

- Progetto Stenone (servizio medico di assistenza specialistica, tramite convenzione, nuova convenzione 1 febbraio 2006)
- Appartamenti AMIG (365 giorni all'anno, tramite convenzione, nuova convenzione 1 marzo 2006)

Scheda economico finanziaria

Progetto Stenone	€ 31.041,00
Appartamenti AMIG	€ 120.670,00

Criteria di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e di processo

Il monitoraggio delle presenze, la valutazione delle attività e della qualità del servizio offerto è affidata alle relazioni presentate annualmente dai soggetti attuatori del servizio. Inoltre sono elemento di verifica gli incontri di coordinamento delle attività.

	2005		2006											
	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Progetto Stenone														
Appartamenti AMIG														

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

Motivazione dell'azione

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.

Obiettivi e risultati attesi dell'azione

Oltre al miglioramento della qualità degli interventi per l'inclusione sociale, è obiettivo dell'azione sostenere attività che vedono come protagonista il volontariato, rivolte a innovazioni operative e sperimentazioni culturali del tessuto sociale, per favorire la ricostruzione ed il rafforzamento dei meccanismi di solidarietà, di relazionalità, di socialità, ritrovando o strutturando uno spazio comunitario di interesse e concretezza, per favorire processi di appartenenza, fiducia e partecipazione (la base della partecipazione è costituita attualmente da un insieme di circa venti soggetti tra le Associazioni di Volontariato e le Organizzazioni del Privato Sociale).

Fasi - progetti

- Progetto CIO (progetto annuale, tramite convenzione, nuova convenzione 5 maggio 2006)
- Tavolo di Coordinamento tra le associazioni (sistematicità metodologica che si esprime negli incontri mensili di un tavolo cittadino per l'inclusione sociale)

Scheda economico finanziaria

Progetto CIO	€ 28.000,00
Tavolo di Coordinamento tra le associazioni	-----

Criteria di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e di processo

La verifica della qualità delle azioni per un'attuazione concreta del principio di sussidiarietà è data dalla capacità di fare sistema delle risorse e dalle opportunità propositive e progettuali dei soggetti del Privato Sociale coinvolti sulla base delle opportunità di finanziamento.

	2005		2006											
	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Progetto CIO														
Tavolo di coordinamento tra le associazioni														

Accoglienza per lavoratori immigrati e richiedenti asilo

Motivazione dell'azione

Tra le fasce deboli della popolazione, quella degli immigrati non comunitari incide fortemente e potremmo dire in modo determinante, sulle politiche cittadine per la marginalità, sia per quanto riguarda le presenze, sia per i relativi costi. Gli immigrati rappresentano quasi la metà dei singoli e addirittura il 60% dei nuclei familiari che costituiscono l'utenza del servizio di emergenza alloggiativa. In questa prospettiva assumono particolare importanza l'adesione del Comune di Firenze al Sistema Nazionale di Protezione per Richiedenti asilo e rifugiati con il Progetto di Villa Pieragnoli ed i due pensionati per immigrati lavoratori.

Obiettivi e risultati attesi dell'azione

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.

All'interno del Sistema Nazionale di Protezione per Richiedenti asilo e rifugiati gli obiettivi sono legati all'accoglienza (50 posti per nuclei familiari e single) di richiedenti asilo e rifugiati e agli interventi tesi all'orientamento ed all'integrazione socio-economica di coloro che ottengono lo status di rifugiato o il permesso per motivi umanitari. In base alle attività pregresse ci si attende un positivo percorso d'integrazione per ca. il 50% di quanti ottengono il riconoscimento dello status o la possibilità di permanenza sul territorio nazionale. I due pensionati per lavoratori immigrati offrono una opportunità di accoglienza per 32 soggetti che pur lavorando hanno difficoltà a reperire un alloggio in modo autonomo.

Fasi - progetti

- Casa della Solidarietà - Pensionato Lavoratori Uomini (365 giorni nell'arco dell'anno, tramite convenzione, nuova convenzione 1 ottobre 2006)
- Struttura di accoglienza per immigrati richiedenti asilo e rifugiati Villa Pieragnoli (365 giorni nell'arco dell'anno, tramite convenzione, nuova convenzione 1 gennaio 2006)
- Struttura di accoglienza in Via Baccio da Montelupo (365 giorni nell'arco dell'anno, tramite convenzione, nuova convenzione 15 novembre 2006)

Scheda economico finanziaria

Casa della Solidarietà - Pensionato Lavoratori Uomini	€ 89.900,00
Struttura di accoglienza per immigrati Villa Pieragnoli	€ 600.000,00
Struttura di accoglienza in Via Baccio da Montelupo	€ 35.000,00

Criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e di processo

Il monitoraggio delle presenze, la valutazione delle attività e della qualità del servizio offerto è affidata alle relazioni presentate annualmente dai soggetti attuatori del servizio. Inoltre, per l'accoglienza di Villa Pieragnoli sono elemento di verifica gli incontri di coordinamento delle attività effettuati dal responsabile del progetto per l'Amministrazione Comunale con i soggetti della gestione.

	2005		2006											
	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Casa della solidarietà														
Villa Pieragnoli														
Struttura di accoglienza in Via Baccio da Montelupo														

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

Motivazione dell'azione

Come accennato nella premessa, i cambiamenti sociali in atto ed il continuo emergere di nuovi bisogni e domande d'intervento, induce a promuovere un ripensamento delle modalità di approccio e di contatto con le diverse fasce della popolazione in difficoltà. L'impegno è dunque quello di portare a sintesi il dibattito, tra soggetti istituzionali e del privato sociale, in tema di accesso alla residenza e alla cittadinanza sociale della popolazione senza fissa dimora attraverso una risposta articolata per questa tipologia di cittadini, anche in ottica sperimentale, in base alle tante domande e in funzione delle risorse disponibili.

Obiettivi e risultati attesi dell'azione

Obiettivo di questa azione è 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. Emerge quindi fortemente il ruolo della rete dei soggetti interessati, come agenti di cambiamento inerente lo stile dell'accoglienza in area di contrasto alle povertà e tutela dei diritti fondamentali di ogni cittadino. Motore del sistema di sostegno alla persona che vede coinvolti gli operatori nell'attivazione e nel coordinamento delle risorse territoriali, istituzionali e non istituzionali, al fine di realizzare percorsi di emancipazione e di autonomia, buone prassi verso nuove opportunità d'inclusione sociale.

Fasi - progetti

- Progetto Centro di Via del Leone e percorsi di inclusione sociale per persone senza fissa dimora (365 giorni nell'arco dell'anno, tramite convenzione, compresa nella convenzione IPAB Fuligno)
- Progettazione di specifico percorso di inclusione sociale per senza fissa dimora da realizzare in rete con le associazioni di volontariato cittadino

Scheda economico finanziaria

Progetto Centro di Via del Leone e percorsi di inclusione sociale per persone senza fissa dimora

Criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e di processo

Il monitoraggio e la valutazione delle attività e della qualità del servizio offerto è affidata agli incontri sistematici di coordinamento delle attività organizzati tra i soggetti attuatori del servizio.

	2005		2006											
	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Centro di Via del Leone														
Progettazione di specifico percorso di inclusione sociale per senza fissa dimora														

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

Motivazione dell'azione

Quello del contrasto alla povertà è un ambito d'intervento complesso che necessita di un alto livello di competenza e professionalità degli operatori coinvolti, sia istituzionali, sia professionisti del Privato Sociale, sia volontari delle associazioni. L'osservazione sistematica dei fenomeni rappresenta un passo fondamentale nella definizione degli obiettivi e delle azioni prioritarie d'intervento. Ma è necessario anche un buon livello di comunicazione relativa alla presentazione dei servizi in atto per le marginalità e l'inclusione sociale, come anche dare informazioni generali aggiornate rispetto a bisogni e risorse del contesto cittadino. Ciò sarà utile e faciliterà il lavoro degli operatori istituzionali impegnati nella gestione dei servizi e dei volontari delle associazioni, rendendo più efficiente ed efficace la risposta nei confronti delle fasce di popolazione in difficoltà. In particolare è necessario intervenire per limitare le barriere alla salute degli immigrati che trovano ancora difficoltà nell'accesso ai servizi.

Obiettivi e risultati attesi dell'azione

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.

Fasi - progetti

- Pagine web dedicate ai servizi ed alle azioni per l'inclusione sociale (da ultimare nell'arco dell'anno 2006) ed alle attività svolte dai servizi per l'immigrazione (già esistente)
- Infopoint immigrati
- Archivio dati accoglienze del Polo per le Marginalità (365 giorni nell'arco dell'anno, tramite convenzione, compresa nella convenzione IPAB Fuligno)
- Archivio dati immigrati - osservatorio dell'Ufficio Immigrati e note periodiche sulle presenze

Scheda economico finanziaria

Pagine web dedicate ai servizi ed alle azioni per l'inclusione sociale e per l'immigrazione -----

Infopoint immigrati	€ 45.000,00
Archivio dati accoglienze del Polo per le Marginalità	-----
Archivio dati immigrati - osservatorio privilegiato dell'Ufficio Immigrati	-----

Criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e di processo

Confronto con la comunità professionale, flussi di consultazione delle pagine web, elaborazione dati e report relativi ai contatti presso gli sportelli degli Uffici e delle strutture per la marginalità e l'inclusione sociale. Organizzazione di eventi di diffusione dei risultati dell'osservazione dei fenomeni.

	2005		2006											
	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Pagine Web dedicate ai servizi														
Infopoint immigrati														
Archivio dati accoglienze del polo marginalità														
Archivio dati immigrati														

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

Motivazione dell'azione

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. La predisposizione di centri di accoglienza per persone in condizione di esecuzione penale esterna permette agli stessi di fruire di benefici penitenziari e delle misure alternative al carcere (permessi premio giornalieri, affidamenti in prova fino a 3 anni, detenzione domiciliare) e di essere quindi sostenute nel percorso di rientro in società e di riequilibrio personale e relazionale. Per persone prive di riferimenti familiari e sociali è spesso l'unica modalità possibile per cercare emergere dal mondo della marginalità e devianza.

Obiettivi e risultati attesi dell'azione

Gli obiettivi sono i seguenti: miglioramento della qualità della vita e diminuzione del sovraffollamento in carcere, sostegno a persone che hanno commesso reati, prive o meno di riferimenti familiari e sociali, per il rientro in società e la prevenzione in generale della recidiva e difesa dei diritti dei detenuti.

In base all'attività pregressa si ritiene di realizzare attività per 550 detenuti (in media giornaliera) sui circa 1000 presenti; di seguire circa 200 persone in esecuzione penale esterna e accogliere altrettante persone, nelle varie tipologie di accoglienza.

Fasi - progetti

- Arci - Coordinamento culturale interno (Coordinamento culturale interno ai due carceri, per 365 giorni all'anno, tramite convenzione, nuova convenzione 1 aprile 2006)
- Ciao - Sostegno esterno (Sostegno alle persone in misura alternativa o in attesa di chiedere il beneficio, per 365 giorni all'anno, tramite convenzione, nuova convenzione 1 aprile 2006)
- Attavante Centro Diurno (Sostegno alle persone e alle famiglie. Corsi di formazione per ex-detenuti e volontari, per 365 giorni all'anno, tramite convenzione, nuova convenzione 16 settembre 2006)
- Attività Sportive in carcere (Organizzazione di corsi sportivi dentro alle carceri, per 365 giorni

- all'anno - incarichi professionali 1 gennaio 2006)
- Samaritano (accoglienza, per 365 giorni all'anno, tramite convenzione, nuova convenzione 1 aprile 2006)
- Casanova (Accoglienza residenziale e sostegno, per 365 giorni all'anno, tramite convenzione, nuova convenzione 1 febbraio 2006)
- Garante Detenuti (Difesa dei diritti dei detenuti, per 365 giorni all'anno, fine incarico 2009)

Scheda economico finanziaria

Arci - Coordinamento culturale interno	€ 23.700,00
Ciao - Sostegno esterno	€ 32.515,00
Attavante Centro Diurno	€ 14.714,29
Attività Sportive in carcere	€ 17.500,00
Samaritano	€ 53.557,50
Casanova	€ 36.151,98
Garante Detenuti	€ 20.500,00

Criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e di processo

Pertutte le attività a convenzione sono previsti report di norma quadrimestrali e a conclusione delle attività, comprensivi sia del resoconto delle spese effettuate sia del monitoraggio dei risultati del progetto. Per le attività a contributo è previsto un rendiconto/report finale, anch'esso comprensivo sia del resoconto delle spese effettuate sia del monitoraggio dei risultati del progetto. Gli indicatori di risultato e di processo sono costituiti dal numero di soggetti con cui si è operato, rapportato all'universo dei detenuti e per gli esterni, da tutti coloro che sono in misura alternativa. I flussi dei soggetti in entrata ed in uscita dai centri di accoglienza sono monitorati mensilmente, per alcune categorie sono previste procedure di ammissione con nulla-osta preventivo da parte dell'Amministrazione Comunale. Vengono realizzate periodiche riunioni di confronto e monitoraggio della situazione, che includono un'analisi quantitativa e qualitativa dei flussi e della loro composizione.

	2005		2006												
	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
Arci															
Ciao															
Attavante centro diurno															
Attività sportive in carcere															
Samaritano															
Casanova															
Garante detenuti															

2.2.9 Nuovo progetto Foresterie Sociali del Fuligno, Centro di socializzazione e orientamento dell'Albergo Popolare, Progetto Emergenza Freddo

Foresterie Sociali del Fuligno

Il modello delle Foresterie Sociali del Fuligno, alla luce di un bilancio ormai pluriennale, rileva una diffusa difficoltà dei nuclei ospitati a raggiungere livelli ottimali di autonomia per ciò che concerne la capacità di reperire autonomamente idonee soluzioni abitative. Certamente le caratteristiche del contesto fiorentino costituiscono un elemento di ulteriore difficoltà, non

trascurabile, per gli altissimi costi di mantenimento dell'abitazione sul mercato degli affitti cittadini, nel complesso percorso di emancipazione personale e sociale degli ospiti destinatari del servizio.

Tutto ciò appare maggiormente evidente per ciò che riguarda i minialloggi del Mameli nei quali, l'elevata età degli ospiti, associata ad una scarsa possibilità di collocarsi sul mercato del lavoro, rende assolutamente improbabile il raggiungimento di tale obiettivo.

Ciò premesso appare opportuno che i minialloggi del Mameli assumano le caratteristiche di appartamenti dati in concessione per un congruo lasso di tempo, rinnovabile a scadenza, per adulti in condizione di marginalità sociale, secondo modalità analoghe a quelle di altre esperienze cittadine (si veda l'esperienza dei minialloggi dell'Albergo Popolare o quella per anziani fragili di Via Modigliani).

I minialloggi del Fuligno dovranno mantenere invece le caratteristiche di "alloggio sociale" per nuclei familiari ma con una caratterizzazione più marcata della temporaneità della concessione (un lasso di tempo ragionevole configurabile in un anno con eventuale proroga di 6 (sei) mesi) a fronte della corresponsione di un canone (congruo con le caratteristiche socio-economiche dell'utenza) e, per quanto imputabile, del costo delle utenze. La tipologia prioritaria del progetto di accoglienza è quella del nucleo familiare in difficoltà sociali ed economiche nell'ambito di progetti di recupero dell'autonomia abitativa. Si indica inoltre la continuazione, secondo il modello già in essere, del progetto inerente l'accoglienza donne e donne con minore presso la Foresteria di Via Faenza.

L'IPAB del Fuligno provvederà a studiare nuovi modelli di impiego delle strutture che garantiscano comunque gli attuali livelli quantitativi e qualitativi dell'accoglienza, avviando anche una analisi per il superamento dell'annoso problema dell'inserimento di nuclei familiari in strutture private.

Centro di Socializzazione e Orientamento Albergo Popolare

L'IPAB del Fuligno, quale Polo della Marginalità, dovrà predisporre un progetto di gestione del Centro - che si renderà disponibile alla fine dei lavori di restauro in essere presso l'ala dell'Albergo Popolare con accesso da Via del Leone (si veda progetto definito tra Polo Marginalità e Direzione Servizi Tecnici) - così come previsto nel documento allegato alla Delibera di Consiglio Comunale n.677 del 2003.

Il Centro di Socializzazione e Orientamento dovrà operare quale luogo di incontro, socializzazione, informazione ed orientamento di soggetti in condizione di disagio sociale e senza fissa dimora anche con il coinvolgimento delle associazioni che si renderanno disponibili a collaborare apportando il contributo delle risorse del volontariato, secondo il progetto della Amministrazione Comunale delineato nell'Ordinanza sindacale n. 474 del 2005. L'Amministrazione Comunale collaborerà, attraverso la nomina di un rappresentante della Direzione Sicurezza Sociale, coadiuvando il Fuligno nell'avvio del progetto per ciò che concerne i rapporti con le associazioni del volontariato e l'integrazione con ogni altra organizzazione in grado di contribuire alla realizzazione del progetto medesimo, nonché con il progetto CIO (Centro Informazione e Orientamento).

Per garantire la funzionalità del Centro, il Fuligno provvederà a definire uno Staff di gestione. Tale Staff professionale dovrà svolgere una funzione strategica rispetto a quanto definito nell'Ordinanza Sindacale n.474 del 2005, in merito al progetto di inclusione per persone senza fissa dimora, in quanto fulcro di un sistema di sostegno alla persona che vede coinvolti gli operatori nell'attivazione e nel coordinamento delle risorse territoriali non istituzionali al fine di realizzare percorsi di emancipazione e di autonomia, buone prassi verso un'opportunità di inclusione sociale.

Per fare fronte alle necessità del Centro di Socializzazione e Orientamento, l'amministrazione dell'IPAB del Fuligno provvederà a riorganizzare il proprio personale, riallocando il monte ore delle varie strutture e riconsiderando i servizi fino ad ora forniti, così da recuperare risorse indispensabili alla riuscita del progetto.

Per quanto concerne l'entità della spesa per la gestione del nuovo modello delle Foresterie Sociali e dell'Ala nuova dell'Albergo Popolare essa va contenuta quindi entro e non oltre i limiti di quanto attualmente impegnato per la gestione dell'Albergo Popolare e del Sistema delle Foresterie del Fuligno, utilizzando, se necessario, i residui di gestione dei progetti attualmente affidati al Polo della Marginalità.

Progetto speciale "Emergenza Freddo"

Il Comune di Firenze attribuisce all'IPAB la titolarità e la responsabilità della gestione del progetto "Emergenza Freddo" (parte ordinaria ed eventuali interventi straordinari). A tale scopo verrà assegnato alla stessa IPAB, tramite apposita convenzione, l'immobile dell'Ostello del Carmine (con accesso da Piazza Piattellina) utilizzato sino ad oggi per realizzare il progetto denominato Emergenza Freddo.

Al fine di ottimizzare l'uso della struttura Ostello del Carmine ci si pone l'obiettivo di integrare l'attività di accoglienza invernale con una funzione d'ospitalità connessa a finalità di turismo sociale per la restante parte dell'anno. Si dovranno pertanto conciliare le due seguenti funzioni:

- Accoglienza ai senza tetto nel periodo invernale;
- Ospitalità per il turismo sociale, con particolare attenzione al volontariato nel restante periodo dell'anno.

Conseguentemente, in detti ambienti, si dovrà dare attuazione al progetto sperimentale dell'associazione Mani Tese ammesso ad un finanziamento CESVOT per la realizzazione di una struttura ricettiva destinata al turismo sociale. Pertanto si ritiene necessario che l'IPAB del Fuligno definisca una convenzione con l'associazione Mani Tese affinché si realizzi un progetto che oltre a garantire il pieno utilizzo della struttura ed il significativo obiettivo della facilitazione del turismo sociale consenta, con la gestione primaverile ed estiva, una ricaduta economica capace di contribuire al sostegno delle attività attuate nei mesi invernali a favore delle persone senza fissa dimora.

Per una realizzazione sostenibile del progetto Emergenza freddo (parte ordinaria ed eventuali interventi straordinari) l'IPAB del Fuligno, quale Polo della Marginalità, dovrà raccordarsi nei tempi e nelle modalità opportune con le associazioni di volontariato che si renderanno disponibili ad impegnare le proprie risorse nel fronteggiare le emergenze derivanti dai rigori invernali, assumendone un ruolo di coordinamento nel quadro degli indirizzi politici indicati dall'Amministrazione Comunale sulla base delle proposte programmatiche presentate dal Fuligno.

Per quanto riguarda infine le risorse finanziarie da destinare a tale gestione per il primo anno di sperimentazione, l'Amministrazione Comunale garantirà la copertura dei costi del progetto Emergenza Freddo per un'entità pari a quella sostenuta nell'ultimo anno di realizzazione del progetto (anno 2004), con il concorso alle spese derivante dall'attività gestionale di Ostello Sociale. In ogni caso il servizio prestato sarà correlato al finanziamento garantito dall'Amministrazione Comunale, ricomprendendovi anche tutte le eventuali risorse messe a disposizione allo scopo dal volontariato di settore.

2.3 Educazione alla salute e promozione stili di vita

Titolo delle azioni:

- Lotta al tabagismo
- Alimentazione e salute
- Sport e salute
- Anziani in movimento
- Sicurezza domestica

Soggetti partner.

Istituzioni pubbliche e private, Enti Locali, Agenzie formative, Scuola, associazionismo e volontariato, grande distribuzione Regione Toscana, Mass media, ecc .

Motivazione dell'azione

La promozione della salute rinvia ad un processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla; un processo politico e sociale globale che non solo comprende le azioni dirette a rafforzare le abilità e le capacità degli individui, ma anche quelle finalizzate a modificare le condizioni sociali, ambientali ed economiche per alleviare il loro impatto sulla salute dei singoli e della comunità.

L'Educazione alla salute deve svilupparsi attraverso azioni multifattoriali e multidisciplinari finalizzate a realizzare interventi informativi ed educativi aventi lo scopo di rendere il cittadino più consapevole dell'importanza del proprio ruolo nella gestione del bene salute e per sviluppare e/o potenziare atteggiamenti e stili di vita favorevoli all'autotutela ed al mantenimento della propria salute sulla base di valori e principi personali.

Il ruolo dell'EAs è quello di contribuire allo sviluppo della comunicazione, alla costruzione del patto di solidarietà tra gli attori del territorio, supportando e favorendo la rete socio sanitaria, promuovendo e coordinando azioni all'interno dei PIS, per la realizzazione di nuovi intrecci tra obiettivi di salute e più in generale progetti rivolti al miglioramento della qualità della vita, fondati sulla partecipazione e responsabilizzazione della comunità e dell'individuo.

La Società della Salute attiva e partecipa ai processi di programmazione per la promozione ed educazione alla salute, prevedendone la loro collocazione nel sistema budgetario ed integrandoli con gli interventi previsti dal piano di comunicazione, dalla qualità, dal programma delle attività formative ed anche, attraverso l'Azienda, con le attività sviluppate dalla rete degli Ospedali che promuovono salute (HPH).

Tenendo presenti i bisogni delle comunità dei singoli quartieri, nel rispetto dell'integrazione sociosanitaria e dei Profili di Salute, il programma di promozione ed Educazione alla Salute, individua, all'interno del PIS, i progetti prioritari e significativi all'interno delle politiche incidenti sulla qualità della vita, finalizzate alla tutela del benessere delle persone e delle famiglie."

Obiettivi specifici / Risultati attesi (loro articolazione attraverso flowchart)

- lo sviluppo di un sistema di conoscenze che permei la cultura degli individui e delle comunità e sia in grado di sostenere scelte di autotutela della salute (empowerment) e di accrescere le competenze dei cittadini.
- lo sviluppo delle reti utili al funzionamento del sistema

Ed inoltre ricerca:

- una congrua programmazione degli interventi SdS in tema di Eas, anche rispetto alle risorse utilizzabili
- l'integrazione tra gli indirizzi regionali e nazionali ed i bisogni espressi dalle comunità locali

- l'economia e la definizione dei piani finanziari, con il massimo utilizzo delle risorse professionali ed economiche già disponibili da parte dei soggetti che collaborano in maniera integrata agli obiettivi del progetto
- l'utilizzazione di verifiche e metodi fondati sull'efficacia.

Suddividere gli obiettivi in fasi (descrivere cioè le attività da intraprendere per il raggiungimento degli obiettivi, indicando i tempi per la realizzazione - diagramma di Gantt

Le attività che permetteranno il raggiungimento degli obiettivi, sono quelle riportate nelle SCHEDE PROGETTO.

Scheda economico finanziario

All'interno dei progetti vengono previsti e riportati i relativi piani finanziari.

L'attività ricerca l'economia e la definizione dei piani finanziari, con il massimo utilizzo delle risorse professionali ed economiche già disponibili, da parte dei soggetti che collaborano in maniera integrata agli obiettivi del progetto

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo

- N° delle reti attivate
- N° delle associazioni partecipanti/strutture ed istituzioni/Scuole
- Produzione di materiale
- N° interventi e comunicazioni pubbliche sulle iniziative previste nei progetti
- Stesura di una Relazione finale a cura integrata dei partecipanti al progetto
- Seminario di restituzione finale dei risultati di attività.

2.3.1 Lotta al Tabagismo

Titolo del progetto "Firenze città libera dal fumo"

Soggetti partners

ASL: Dipartimento Dipendenze-Dipartimento Prevenzione-Dietetica-Medicina dello Sport
 Comune: Istruzione, Sport, Decentramento, Attività produttive, Lega Italiana Lotta contro i Tumori -Agenzia regionale della Sanità-Provincia -Coni-Cspo-MMG-PLS-Associazioni-

Motivazione dell'azione

La distribuzione attuale della popolazione toscana con età superiore ai 14 anni secondo l'Indagine Istat Multiscopo del 2002 è illustrata dalla Tabella 1.

Tabella 1 *Abitudine al fumo nella popolazione toscana maggiore di 14 anni secondo il genere nell'anno 2002. Istat 2003*

	Genere		Totale
	Maschi	Femmine	
Ex- fumatori	33,1%	15,3	24,1
Mai Fumatori	39%	64,7	52,5
Fumatori Correnti	27%	20	23,4

Nel complesso il 23,4% dei toscani adulti (di 14 anni ed oltre) dichiara di essere fumatore di tabacco (il 27% dei maschi e il 20% delle femmine). In Toscana gli ex fumatori costituiscono, sempre nel 2002, il 24,1% del campione (il 33,1% dei maschi ed il 15,3% delle donne), mentre coloro che dichiarano di non aver mai fumato rappresentano il 52,6% del campione.

Trasformando i valori percentuali in cifre assolute possiamo affermare che in Toscana i fumatori di pipa, tabacco o sigarette sono circa 750.000, mentre sono circa 800.000 quelli che dichiarano di aver smesso.

Nonostante la Toscana sia una delle regioni nelle quali l'abitudine al fumo è più diffusa, è altrettanto vero che negli ultimi 20 anni sempre meno toscani hanno acquisito il vizio del fumo. Mediante l'analisi dei dati Istat, che danno la possibilità di fornire un dettaglio del consumo di tabacco per la popolazione generale e per un trend lungo circa 20 anni, è possibile osservare come in Toscana (vedi tabella 2) l'abitudine al fumo sia passata dal 30% del 1983 al 23,4% del 2002 e parallelamente si sia innalzata la quota degli ex fumatori (dal 9% al 24,1) e notevolmente abbassata la quota di chi non ha mai iniziato a fumare (dal 61% al 52,5%).

Tabella 2 Abitudine al fumo (% fumatori) nella popolazione toscana ED italiana >14 anni nel periodo 1983-2002. Istat 2003

	FUMATORI		EX FUMATORI		MAI FUMATORI	
	TOS	ITA	TOS	ITA	TOS	ITA -
1983	30,0%	31,0%	9,0%	8,0%	61,0%	61,0%
1986-1987	27,0%	28,0%	12,0%	9,0%	61,0%	61,0%
1991	25,8%	27,0%	16,0%	13,0%	58,0%	59,0%
1993	27,3%	25,9%	21,4%	19,5%	51,3%	54,6%
1994	25,0%	25,4%	23,0%	19,8%	52,0%	54,8%
1995	25,4%	25,6%	21,7%	20,6%	52,9%	54,2%
1996	26,3%	26,3%	21,9%	19,5%	51,8%	54,2%
1997	25,3%	25,3%	23,3%	20,6%	51,5%	54,1%
1998	26,5%	25,0%	23,4%	21,9%	50,1%	53,2%
1999	23,8%	25,2%	24,9%	20,2%	51,3%	54,7%
2000	24,8%	25,9%	21,5%	20,4%	53,7%	54,6%
2001	25,6%	24,3%	22,8%	20,6%	51,6%	55,1%
2002	23,4%	23,4%	24,1%	21,2%	52,5%	55,6%

Tabella 2a Abitudine al fumo (% fumatori) nella popolazione toscana ED italiana tra i 14 anni ed i 19 anni nel periodo 1993-2002. Istat 2003

	MASCHI		FEMMINE	
	TOSCANA	ITALIA	TOSCANA	ITALIA
1993	19,3	14,1	11,6	7,7
1994	15,4	14,9	12,4	6,2
1995	16,1	15,3	6,9	6,7
1996	15,4	18,1	13,8	9
1997	20,2	18,5	12,4	9,2
1998	15,8	16,3	15,6	10,7
1999	19,6	18,4	13,1	10,7
2000	16,9	15,5	16,6	9,6
2001	14,3	15,2	7,5	8,5
2002	14,1	14,2	13,2	10,5

Obiettivi specifici / Risultati attesi (loro articolazione attraverso flowchart)

- Ridurre il numero dei fumatori
- Educare i giovani a non fumare
- Casalinghe e donne in gravidanza

1 Iniziative di sostegno, all'interno di ciascun quartiere ,negli ambienti di lavoro per l'applicazione del divieto di fumo (informazione e sensibilizzazione sui rischi da fumo attivo e passivo e programmi di dissuasione per i fumatori)

- Incontri di sensibilizzazione nei Quartieri rivolti a operatori socio sanitari SDS - e Centri giovani
- sviluppo ambulatori ed interventi per la dissuasione all'uso del tabacco

2 Autoformazione del Gruppo integrato antitabagismo (ASL e LILT).

3 Interventi nella Scuola

- Definire progetti rivolti a sensibilizzare giovani e insegnanti e personale ausiliario su stili di vita sani e comportamenti favorevoli alla salute.
- Diffusione di materiale
- Convegno "Arte non fumo"
- Giornata mondiale contro il fumo: "Corri e sfumati"

4 Interventi rivolti alla popolazione

Informazione

- Informazione-educazione attraverso Mass media (articoli giornali locali, stampa e TV)
- Informazione-educazione rivolta alle donne in gravidanza
- Informazione-educazione rivolta alle casalinghe (invio materiale a domicilio tramite quartieri, corsi su smettere di fumare)

Suddividere gli obiettivi in fasi (descrivere cioè le attività da intraprendere per il raggiungimento degli obiettivi, indicando i tempi per la realizzazione - diagramma di Gantt-, il personale coinvolto)

Azioni	Gen.	Febr.	Marzo	Apr.	Magg.	Giugno	Luglio	Ag.	Sett.	Ott.	Nov.	Dic.
Creazione gruppo di lavoro multidisciplinare e proposta azioni	4.5.3.2											
Convegno nazionale ARTENONFUMO	4.5.3.3											
Giornata mondiale contro il fumo "CORRI E SFUMATI"	4.5.3.4											
Azione scuole: progettazione congiunta e proposta POF	4.5.3.5											
Autoformazione operatori gruppo aziendale integrato	4.5.3.6											
Intervento EAS nei quartieri (operatori socio sanit. e Centri Giovani)												
Informazione e comunicazione												
Verifica e nuova progettazione											4.5.3	

Scheda economico finanziario

Azioni 2006	SDS	Spese sostenute da altri soggetti
<i>Giornata mondiale contro il fumo "CORRI E SFUMATI"</i>	2.000,00	FI Marathon LILT Regione (non quantizzabili)
<i>Azione scuole: progettazione congiunta e proposta POF</i>	3.000,00 (a favore della IILT)	Nell'anno 2005 spese dalla asl 5.000,00 a favore LILT
<i>Intervento nei quartieri(operatori socio sanit. e Centri Giovani)</i>	1000,00 (a favore della IILT)	(*)
<i>Informazione e comunicazione</i>	1.000,00	(*)
TOTALE EURO	7.000,00	

(*) costi non quantizzati del personale che opera nell'azione

Azioni	ASL	SDS	Spese
Anno 2005			sostenute da altri soggetti
<i>Convegno nazionale ARTENONFUMO</i>	4.500,00	2.500,00	LILT 1.660,00
<i>Autoformazione operatori gruppo aziendale integrato</i>	(*)		

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo

Indicatori di processo

Dimensione della popolazione interessata dall' intervento per strato di appartenenza (di età, di genere, di tipologia)

- numero degli operatori sanitari coinvolti
- numero degli interventi individuali di counselling svolti dagli operatori sanitari
- tempo-persona dedicato al counselling
- numero di locali pubblici che hanno partecipato alla iniziativa in modo attivo
- numero di azioni sui mass media locali
- numero di interventi e tempo-persona dedicato a "parlare di fumo" nelle iniziative pubbliche nell'ambito dell'intervento

Sitografia sul fumo

SITI ISTITUZIONALI INTERNAZIONALI

- Sezione dedicata al fumo sul sito della World Health Organization (WHO).
http://www.who.int/health_topics/smoking/en/
- Pagina della sezione dedicata al fumo sulla World No Tobacco Day 2005.
<http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2005/en/>
- Sito della Direzione Generale dell'Unione Europea per la protezione della salute e del consumatore.
http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/tobacco_en.htm
- Sito dell'Istituto di Medicina Sociale e Preventiva dell'Università di Ginevra, interamente dedicato alla dipendenza da tabacco e ai metodi per smettere di fumare, che contiene informazioni in otto lingue.
<http://www.stop-tabac.ch/>

SITI ISTITUZIONALI ITALIANI

- Sito dell'OSSFAD (Osservatorio Fumo Alcol Droghe) dell'Istituto Superiore di Sanità, in cui una sezione è interamente dedicata al fumo.
<http://www.iss.it/sitp/ofad/>

SITI DI ORGANIZZAZIONI, ASSOCIAZIONI E CENTRI STUDI E RICERCA ITALIANI

- Sito della organizzazione internazionale UICC Global link (Tobacco Control Community), volta a monitorare i danni prodotti dal tabacco su scala planetaria, a pubblicizzarne rischi e possibilità di uscita e a mettere gratuitamente a disposizione una grande quantità di documentazione e informazione sulla materia.
<http://www.globalink.org/>

SITI DI ORGANIZZAZIONI, ASSOCIAZIONI E CENTRI STUDI E RICERCA ITALIANI

- Sezione relativa alla legislazione in materia di tabacco sul sito nazionale della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori
<http://www.legatumori.it/index.php?/weblog/main/C6/6>
 - Sito del Centro di Documentazione "Osservatorio sul Tabacco", costituito su iniziativa del Registro Tumori Lombardia, con il supporto della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori di Varese e di Milano e della Azienda Sanitaria n.1 (Varese) della Regione Lombardia
http://www.istitutotumori.mi.it/int/osserv_tabacco/oss_tabacc.asp
 - Sito sul fumo di tabacco, realizzato con il patrocinio della Federazione Italiana contro le Malattie Polmonari Sociali e la Tuberculosis, che permette di selezionare differenti percorsi interattivi in relazione ai diversi rapporti con la dipendenza da fumo.
<http://www.fumo.it/>
 - Sito della Società italiana di Tabaccologia (SITAB), società scientifica privata volta alla prevenzione del fumo, del tabagismo e delle patologie fumo correlate.
<http://www.tabaccologia.org/>
- Sito dell'Associazione di non fumatori "Aria Pulita"
<http://www.nonfumatori.it/default.htm>

- Sito della Associazione “Gea Progetto Salute” Onlus, associazione volta a promuovere la salute individuale e sociale in aree a carenza di servizi. L’associazione è particolarmente attiva nel settore della prevenzione del fumo da tabacco.
<http://www.gea2000.org/>
- Interessante sezione termatica dedicata al fumo, nell’ottica della tutela della salute del consumatore e del non fumatore, sul sito del Codacons.
<http://www.codacons.it/>

2.3.2 Alimentazione e salute

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 EAS 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 (Quartiere 4)

Titolo dell’azione 1 “Consumatore e Sicurezza Alimentare: le malattie trasmesse da alimenti nell’ambito domestico”

Soggetti partner

Dipartimento Prevenzione, UO Epidemiologia, UO Educazione alla Salute, UO Dietetica, Associazione dei Consumatori, Scuola.

Motivazione dell’azione

adesione agli obiettivi del Piano Sanitario Regionale 2005/07 (rif. Cap. 2.2.12.)

Il persistere di episodi correlabili a malattie trasmissibili da alimenti, in ambito domestico, evidenzia l’opportunità di proseguire gli interventi di EAS rivolti alla popolazione interessata.

Le rilevanti novità tecnico-scientifiche e normative (quest’ultime di derivazione comunitaria) pongono il consumatore in un ruolo più attivo nei confronti della sicurezza alimentare; da qui la necessità di aggiornamento e revisione del materiale prodotto contenuto nel CD “Consumatore e Sicurezza Alimentare” (ultima edizione maggio 2004) .

Fonte dei dati:

- Analisi dei risultati del questionario somministrato alla popolazione scolastica e non, effettuato nell’ambito del progetto “Sicurezza alimentare”
- Dati epidemiologici del territorio (ambito aziendale, regionale e nazionale)

In bibliografia non si evidenziano standard di riferimento, in considerazione anche dei

molteplici fattori esterni che influenzano sia la gestione degli alimenti in ambito domestico sia gli stili di vita.

Obiettivi specifici / Risultati attesi

Favorire la crescita consapevole del consumatore ai fini della prevenzione delle malattie trasmesse da alimenti in ambito domestico nonché del miglioramento degli stili di vita.

Incentrare l'intervento sugli insegnanti, quali tramite tra gli alunni (futuri consumatori) e la popolazione adulta (*famiglia: per la gestione degli alimenti in ambito domestico*) affinché il consumatore acquisisca una maggiore consapevolezza nei riguardi degli alimenti che acquista, conserva, manipola e consuma. I docenti /genitori dovranno:

- acquisire corretti elementi di conoscenza sulla sicurezza alimentare
- sostenere il passaggio delle conoscenze acquisite da parte dei docenti agli alunni
- aggiornare ed elaborare materiale divulgativo sulla sicurezza alimentare
 - incontri con le associazioni dei consumatori;
 - incontri con la popolazione nell'ambito di manifestazioni locali attinenti
 - sviluppare la collaborazione con la Coop e le altre agenzie coinvolte e dedicate al tema dell'alimentazione
 - consolidamento della collaborazione esistente nella rete regionale HBSC con l'Università di Siena (Rete delle scuole che promuovono salute), a forte interesse nell'ambito della ricerca stili di vita/alimentazione.

Suddividere gli obiettivi in fasi (descrivere cioè le attività da intraprendere per il raggiungimento degli obiettivi, indicando i tempi per la realizzazione - diagramma di Gantt-, il personale coinvolto)

	maggio 2005	luglio 2005	settembre 2005	ottobre 2005	dicembre 2005	giugno 2006	dicembre 2006
presentazione del progetto alle scuole nell'ambito della programmazione specifica	X						
elaborazione di materiale didattico e delle verifiche di apprendimento		X					
partecipazione al corso di formazione con gli insegnanti			X				
esame e valutazione dei progetti di intervento proposti dagli insegnanti			X				
partecipazione/organizzazione di esperienze pratiche rivolte agli alunni, nell'ambito dei percorsi formativi elaborati dagli insegnanti -			X	X	X	X	
censimento e selezione del materiale divulgativo esistente				X			
predisposizione di materiale divulgativo (pieghevole illustrativo)					X		
aggiornamento e revisione CD							X

Scheda economico finanziario

aggiornamento del CD rom, produzione pieghevole € 1.000,00

Risorse professionali dell' Azienda Sanitaria (Dipart.Prevenzione Epidemiologia-EAS-Dietetica)

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo

- Indicatori di risultato
- produzione CD aggiornato e di un pieghevole
- somministrazione di post test a seguito dell'incontro formativo rivolto ai docenti con spostamento positivo di almeno il 30% del valore minimo riscontrato rispetto ai risultati del pre test
- rispondere al 100% delle richieste di formazione da parte degli insegnanti previa stima di fattibilità: numero minimo partecipanti 15 numero massimo 50
- materiale didattico

Titolo dell'azione 2 "Allenarsi al benessere, alimentarsi bene, fare attività fisica, non fumare per stare bene"

Soggetti partner

SdS (Comune: Sport, Decentramento, Istruzione, ASL: Medicina dello sport, Dipartimento Prevenzione, Dietetica, Dipartimento Dipendenze), CSPO, Lega Italiana Lotta contro i Tumori (Sez. Provinciale Firenze), Firenze Marathon, Atletica Asics, Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana, Confederazione Italiana Agricoltori Toscana, ACU, Associazioni ambientaliste, COOP, Training Consultant, Lady Radio.

Motivazione dell'azione

Il progetto si inserisce in un contesto di scelte locali comuni sui tre temi alimentazione, fumo e attività fisica, in particolare.

L'attivazione da parte della Regione Toscana di campagne e progetti riferiti agli aspetti nutrizionali, ambientali e culturali del tema alimentazione l'esistenza di un Piano della Regione Toscana per la promozione della qualità agricola regionale, nel quale è inserita la Confederazione Italiana Agricoltori Toscana. Ritenendo l'accostamento tra lo sport sano e l'alimentazione genuina un bisogno naturale, la CIA toscana agisce da tempo all'interno dei principali eventi sportivi organizzati dalla Firenze Marathon.

la consapevolezza della necessità di inserire nelle attività formative di base temi di educazione alla salute, convinti del fatto che la qualità della vita futura ha radici nello stile di vita acquisito da giovani. Attività fisica e corretta alimentazione sono ingredienti fondamentali per sperimentare con modalità attive e ludiche attraverso i laboratori didattici i temi dell'Educazione alla Salute, facilita l'apprendimento e il mantenimento di comportamenti corretti.

Motivazione dell'azione

perché la qualità della vita può essere mantenuta a tutte le età: attività fisica, corretta alimentazione, riduzione del fumo di tabacco sono ingredienti fondamentali perché anche da adulti si possono modificare i propri stili di vita adottando abitudini più sane perché si possono sperimentare con modalità più attive ed in maniera ludica i temi di *Educazione alla Salute*

Il Piano Regionale propone di sostenere la diffusione di attività di controllo e di riduzione dei fattori di rischio e di promuovere l'adozione di stili di vita positivi in grado di favorire la salute, attraverso azioni sui fattori considerati determinanti per prevenire numerose condizioni di morbosità, disabilità e mortalità prematura (malattie cardio e cerebrovascolari, tumori, malattie infettive, incidenti e malattie professionali).

Per la "mens", la nostra parte intellettuale, esistono molti stimoli come i mezzi di informazione, di comunicazione, di svago. Per il nostro corpo spesso interveniamo solo per curarci e la qualità della nostra vita ne risente.

Naturalmente il benessere è dato da diversi fattori, tra altri: attività fisica, sana alimentazione, riduzione del fumo. Nel fare attività fisica o praticare uno sport l'individuo stabilisce un rapporto con il proprio corpo, ed impara a conoscerne limiti, capacità ed esigenze; è un momento in cui, quindi, può imparare meglio a gestire la propria alimentazione in maniera corretta. Una corretta alimentazione ed un adeguato esercizio fisico aiutano a prevenire malattie croniche nell'adulto e sono premesse essenziali per un equilibrato sviluppo psicofisico nel ragazzo in crescita. Introdurre attività e riflessioni sui temi dell'alimentazione, dell'attività fisica e del fumo di tabacco vuol dire già sollecitare nei ragazzi una particolare attenzione alla propria salute fisica e psichica, quindi indirizzarli verso la scelta di stili di vita favorevoli alla salute, dar loro strumenti che permettono di acquisire capacità critiche e di scelta originali, orientate al benessere individuale e sociale.

Obiettivi specifici / Risultati attesi (loro articolazione attraverso flowchart)

Attivare un progetto orientato all'acquisizione di stili di vita favorevoli alla salute, originali e orientati al benessere individuale e sociale rivolto agli studenti della scuola media inferiore, agli adulti di età dai 20 ai 29 anni e alla popolazione anziana, in cui vengono coniugati i temi dell'alimentazione, dell'attività fisica e del fumo di tabacco.

Il progetto prevede alcuni incontri con i gruppi (classi, giovani, anziani), visite ad aziende agricole, e numerose attività fisiche, sportive e ludiche.

Sport

- Avviare il maggior numero di giovani fiorentini alla pratica della corsa intesa come regola salutistica oltre che come disciplina sportiva,
- Promuovere l'aumento del livello di attività fisica nei cittadini sedentari, e motivare la popolazione generale ad adottare un atteggiamento positivo verso l'attività fisica
- Promuovere un atteggiamento positivo verso l'attività fisica non formalizzata (come pratica di beneficio per la salute) quali le camminate, le gite nella natura, il trekking, la bicicletta.
- Aumentare il numero di bambini che svolgono attività fisica.
- Prevenire e ridurre le possibilità di infortuni o pericoli nell'esercizio fisico o sportivo.

Fumo di tabacco

- Ridurre il numero di fumatori.
- Ridurre le patologie e le morti fumo-correlate.
- Tutelare la salute dei cittadini che non fumano, riducendo l'esposizione al fumo negli ambienti pubblici e privati
- Prevenire il contatto con la sigaretta o lo sviluppo di dipendenza da nicotina nelle persone che non fumano, in particolare gli adolescenti.

Alimentazione

- Ridurre il numero di persone obese ed in sovrappeso e i rischi di salute connessi
- Ridurre il numero di persone con comportamenti alimentari squilibrati ed eccessivi
- Aumentare il consumo quotidiano di frutta e verdura come parte di una dieta protettiva contro le neoplasie ed altre patologie.
- Promuovere una cultura dell'acquisto attento e consapevole dei cibi che preveda la lettura delle componenti nutrizionali, la provenienza geografica, le procedure di produzione e il controllo di qualità.

Suddividere gli obiettivi in fasi (descrivere cioè le attività da intraprendere per il raggiungimento degli obiettivi, indicando i tempi per la realizzazione - diagramma di Gantt-, il personale coinvolto)

	settembre 2005	ottobre 2005	novembre 2005	dicembre 2005	gennaio 2006	febbraio 2006	marzo 2006	aprile 2006	maggio 2006	giugno 2006	luglio 2006	agosto 2006	settembre e 2006
presentazione del progetto alle scuole e ai cittadini durante la settimana dello sport e													
Incontri nelle scuole Laboratori/incontri per adulti Laboratori/incontri per anziani													
Firenze MARATHON Expo, Firenze Marathon Mini Run, LABORATORI con gli operatori socio sanitari,													
MOSTRA e DEGUSTAZIONE di prodotti tipici, incontro con gli esperti CIA.													
Mini GUARDA FIRENZE I ragazzi parteciperanno gratuitamente													
31 maggio Giornata Mondiale lotta contro il Fumo: "TROFEO SCOLASTICO di STAFFETTA "CORRI e SFUMATI" iniziative dedicate ad adulti e anziani.													

Scheda economico finanziaria

Associazione FI Marathon mette a disposizione tecnici professionalità e strutture.
 LadyRadio mette a disposizione tecnici, professionalità e strumenti.
 Lega Italiana Lotta ai Tumori mette a disposizione personale e tecnici.
 ASL 10 mette a disposizione professionalità (Educazione alla salute-Dietetica- Medicina Sport).
 ASL 10 € 2.000,00 produzione di materiale e ricerca degli sponsor.

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo

Indicatori di Risultato:

- N° classi - N° insegnanti - N° genitori partecipanti
- N° partecipanti al laboratorio didattico ed alle tre manifestazioni sportivo culturali (Minirun- Mini guarda Firenze-Corri e sfumati)
- N° interventi sui mass media

Titolo dell'azione 3 Consumo critico di alimenti e farmaci (Quartiere 4)

Soggetti partner

Gruppo Coordinamento Salute e Benessere Quartiere 4, Educazione alla Salute, Dietetica, Igiene pubblica, AUSER, ACLI, ARCI, CARITAS Firenze Oltrarno, Humanitas, MCL, Misericordia Firenze Oltrarno, UISP Firenze

Motivazione dell'azione

La maggior parte delle persone ha la possibilità di scegliere tra un'ampia varietà di alimenti, ma su questo influiscono spesso altri fattori quali la convenienza economica, la spinta pubblicitaria, lo stato di salute, che lega il consumo alimentare al piacere fisico ed ad un non sempre corretto concetto di salute.

Questa azione intende orientare la capacità di scelta della popolazione su corretti comportamenti in merito alla consuetudine di utilizzare il farmaco come sostituto di carenze alimentari: infatti una mirata e corretta assunzione di nutrienti può efficacemente, e con meno danni, sostituire l'assunzione di alcuni farmaci.

Target

Volontari della varie associazioni dei quartieri che si occupano di servizi di assistenza per anziani e ammalati, gli anziani che partecipano ai centri anziani e ai circoli di quartieri, tutti i cittadini, soprattutto giovani, componenti o meno di associazioni culturali e ricreative.

Obiettivi specifici / Risultati attesi

- Promozione della dieta mediterranea (incentrata su frutta e verdura, pane, pasta, olio di oliva e pesce) nel segno del consumo critico e delle recenti ricerche sulla nutrizione
- Aumentare nel cittadino la consapevolezza che la scelta degli alimenti va effettuata sulla base di un equilibrato contenuto di nutrienti utili al funzionamento del proprio corpo
- Aumentare nel cittadino la consapevolezza che i farmaci sono uno strumento importante per la salute il cui impiego va condiviso con il medico di famiglia.
- Sensibilizzare, anche con la collaborazione dei MMG, sull'importanza di una corretta alimentazione e sull'uso di bevande alcoliche.

Suddividere gli obiettivi in fasi (descrivere cioè le attività da intraprendere per il raggiungimento degli obiettivi, indicando i tempi per la realizzazione - diagramma di Gantt-, il personale coinvolto)

	gena 2006	febbre 2006	mar 2006	apr 2006	ma 200	giu 200	lugl 200	agos 2006	Sett 2006	ott 200	Nov 2006	dic 2006
Incontri mensili con la popolazione target (circa 500 persone)												
Verifica tramite analisi dei dati del questionario di apprendimento												

Scheda economico finanziario

Risorse professionali dell'Azienda (Farmacisti, EAS, Dietetica e Dip. Prevenzione), dei MMG, Associazionismo.

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo

Indicatori di processo:

- n° di associazioni aderenti al progetto e n° di partecipanti.
- n° incontri realizzati
- risultati questionario apprendimento (65% risposte corrette)

2.3.3 Anziani in movimento

vedi allegato 2 anziani

Salute e sicurezza negli ambiti domestici

Informare e sensibilizzare (stili di vita e modalità d'uso degli ambienti domestici) la popolazione del territorio fiorentino sui rischi presenti in ambito domestico, per il miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza domestici.

soggetti partner: U.O. Prevenzione - Area Funzionale Firenze - U.O Educazione alla Salute - Quartieri - Associazionismo (casalinghe, pensionati, consumatori, auser...) - Scuola - Famiglie - Facoltà Architettura - Università di Firenze - CESVOT - Vigili del Fuoco - COOP.

Motivazione dell'azione

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%).

Obiettivi specifici / Risultati attesi (loro articolazione attraverso flowchart)

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.

Progetto di ricerca "Prevenzione degli infortuni e dei rischi domestici."

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). Campagne informative.

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)

Titolo dell'azione n.1 Ricerca "Prevenzione degli infortuni e dei rischi domestici."

Vedi p. 149

Titolo dell'azione n.2 "Campagne informative"

Obiettivo:

- promuovere campagne informative rivolte alla 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 la partecipazione della cittadinanza ad iniziative collettive sui temi inerenti il progetto.
- Distribuzione di materiale informativo
- Incontri nei quartieri
- Indicatori di processo:
 - n. iniziative realizzate
 - produzione di materiale
 - n. associazioni coinvolte

Titolo dell'azione n.3 Iniziative di educazione specifiche sui pericoli e i rischi più frequenti in ambito domestico rivolte alle scuole elementari e medie ed associazionismo giovanile. Progetto casa sicura

Responsabile dell'azione: Stefania Polvani

Obiettivo: Prevenire gli incidenti domestici nella popolazione 6 - 11 anni

azione scuola e ragazzi: Coinvolgimento attivo della scuola attraverso una progettazione integrata delle azioni educative da effettuare nelle classi.

Incontri preliminari con i docenti che aderiscono all'iniziativa per la definizione delle azioni ed eventuali chiarimenti sui contenuti teorici del progetto.

Distribuzione di materiale informativo e sviluppo in classe con le insegnanti di interventi di informazione/educazione rivolti agli alunni.

Una volta appresi i contenuti, i bambini coinvolgeranno i loro genitori con una attività ludica.

Agli allievi del secondo ciclo sarà invece distribuito un gioco da fare a casa insieme ai genitori dal titolo "Caccia al rischio". Lo scopo è quello di verificare, divertendosi, se in casa le norme di sicurezza sono rispettate. (prodotto da UO EAS EMPOLI).

Casa sicura prefabbricata. La Azienda Sanitaria di Empoli-Educazione alla salute dispone di una casa prefabbricata in miniatura (che possiamo portare a Firenze oppure realizzare ex novo), adeguatamente equipaggiata con i dispositivi di sicurezza obbligatori e facoltativi degli impianti termici, elettrici e adduzione gas; nonché dotata di tutti gli accorgimenti e dispositivi atti a diminuire le cause di caduta e di altri rischi presenti all'interno delle abitazioni. Con dimostrazioni pratiche della "Casa sicura", effettuate da personale opportunamente formato, si possono organizzare accessi con i ragazzi delle scuole elementari, (due classi per mattina): ad attenderli troveranno operatori per orientarli attraverso percorsi educativi/informativi sui più comuni incidenti domestici.

Si prevede di regalare un gadget ad ogni bambino che ritornerà con un adulto a visitare la Casa Sicura nei pomeriggi dedicati alla popolazione generale.

Indicatori di processo:

- N° di classi aderenti al progetto / N° totale di classi presenti sul territorio
- N° gadget distribuiti sulla casa mobile

Titolo dell'azione n.4 Iniziative di educazione rivolte all' associazionismo a favore della sicurezza degli anziani.

Obiettivo:

Sensibilizzare le persone ultrasessantenni e i loro familiari sui rischi e le modalità per prevenire gli incidenti domestici.

Metodologia e strumenti:

Formazione di gruppi di "promotori di salute" in ambito domestico: le associazioni di rappresentanza dei lavoratori/ci in ambito domestico (e badanti), le associazioni femminili e familiari, AUSER e altre - dopo formazione ed informazioni di carattere generale sugli incidenti domestici, potranno svolgere un'attività informativo-educativa su aspetti di rischio prioritari per gli anziani (barriere architettoniche, equilibrio e disorientamento, difficoltà di movimento, solitudine) al fine di ridurre gli incidenti domestici in questa fascia di età.

Anziani sicuri e telefonia

Indicatori di processo:

- N° di iniziative svolte nella attività di promozione della campagna.
- N° famiglie di anziani contattate dal gruppo di promotori
- N° di materiale informativo distribuito

Titolo dell'azione n.5 Attività di consulenza e di assistenza

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).

Indicatore di processo: n. iniziative ed incontri realizzati

Suddividere gli obiettivi in fasi (descrivere cioè le attività da intraprendere per il raggiungimento degli obiettivi, indicando i tempi per la realizzazione - diagramma di Gantt-, il personale coinvolto)

Azioni	Dic. 2005	Genn. 2006	Febbr. 2006	Marzo 2006	Apr. 2006	Magg. 2006	Giugno 2006	Luglio 2006	Ag. 2006	Sett. 2006	Ott. 2006	Nov. 2006	Dic. 2006
Creazione gruppo lavoro multidiscipl.													
Definizione gruppi/ progetti organizzazione attività.													
Incontro pubblico presentazione													
Iniziativa EAS Scuole/ associar giovanile													
Iniziativa EAS rivolte all associazionismo a favore sicurezza degli anziani.													
Campagne informative													
attività di consulenza e di assistenza													
Ricerca/durata 15 mesi													
Indicatori di verifica													

Scheda economico finanziario

Ricerca	8357,20 € + IVA
Iniziativa EAS Scuole/	2.000,00
Iniziativa EAS rivolte all associazionismo a favore sicurezza degli anziani.	2.000,00 (Possibile partenariato con Cesvot)
Campagne informative	2.500,00
attività di consulenza e di assistenza	Da quantificare (possibile economia ,grazie alla collaborazione con CESVOT)

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo

I criteri sono riportati all'interno di ciascuna azione. L'indicatore resta comunque la riduzione degli incidenti domestici (indice che ancora non è possibile valutare in quanto manca una rilevazione esaustiva e specifica del fenomeno).

Attività fisica e sport come determinanti di salute

Titolo dell'azione Prevenzione e Sportterapia

Motivazione dell'azione.

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, caratteristiche conseguenze di errati stili di vita

Obiettivi specifici / Risultati attesi

- 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 di 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.

Suddividere gli obiettivi in fasi

- Individuazione delle aree maggiormente critiche (bambini stranieri, anziani, doping fra i giovani atleti);
 - Consultazioni con gli organismi territoriali (quartieri, enti sportivi e società sportive, volontariato);
- Preparazione di materiale informativo;
Progettazione di progetti specifici, anche di educazione alla salute
Coinvolgimento dell' Azienda Careggi e Azienda Meyer nella rete di Servizi Sanitari.

Titolo dell'azione: pasti sicuri per allergici ad alimenti e celiaci somministrati presso mense scolastiche / aziendali / ospedaliere

Motivazione dell'azione

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 integrarsi e non farsi carico delle istanze delle associazioni di questi malati

Obiettivi specifici / Risultati attesi

In caso di eventuali non conformità.

I punti principali che il piano di autocontrollo, per la parte destinata alla preparazione pasti per celiaci, deve prendere in esame sono:

- 1 - modalità di fornitura;
- 2 - accettazione dei prodotti;
- 3 - gestione operativa;
- 4 - decontaminazione da glutine dei locali e delle attrezzature ad uso promiscuo;
- 5 - formazione delle figure professionali coinvolte nella produzione e somministrazione pasti sicuri per gli allergici ed i celiaci, quindi: azione su mense scolastiche e pubbliche e nella ristorazione privata;

In particolare dovrà essere individuata e verificata la procedura di controllo e accettazione dei prodotti privi di glutine in entrata.

- 1 - selezione dei fornitori;
- 2 - ricevimento merci
 - a - indicazione dei limiti di accettabilità delle merci in ingresso, o di quei parametri (stato fisico degli imballi, etichettatura, temperatura, presenza/assenza fonti di glutine ecc.), che consentano di accettare e quindi introdurre nel ciclo produttivo o rifiutare la merce consegnata;
 - b - utilizzo e archiviazione della documentazione;
 - c - azioni da adottare

Suddividere gli obiettivi in fasi (descrivere cioè le attività da intraprendere per il raggiungimento degli obiettivi, indicando i tempi per la realizzazione - diagramma di Gantt-, il personale coinvolto)

Sopralluoghi presso le attività di ristorazione per evidenziare le carenze non solo di tipo igienico, ma in particolare, dall'esame dei piani di autocontrollo, le carenze gestionali con

particolare riferimento agli aspetti legati alla produzione di alimenti destinati ad una alimentazione particolare (es. per soggetti celiaci); nel corso del 2006 saranno effettuati i sopralluoghi presso le attività di ristorazione, utilizzando il personale di vigilanza della Unità Funzionale Igiene Alimenti e Nutrizione della Zona Firenze.

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo:

- numero di sopralluoghi/numero delle attività di ristorazione 60%
- numero di prescrizioni per carenze nei piani di autocontrollo/numero dei sopralluoghi

2.4 Sport ed esercizio fisico

Motivazione dell'azione

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, caratteristiche conseguenze di errati stili di vita.

Obiettivi specifici / Risultati attesi

- 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.

Suddividere gli obiettivi in fasi (descrivere cioè le attività da intraprendere per il raggiungimento degli obiettivi, indicando i tempi per la realizzazione - diagramma di Gantt-, il personale coinvolto)

- Individuazione delle aree maggiormente critiche (bambini stranieri, anziani, doping fra i giovani atleti);
- Consultazioni con gli organismi territoriali (quartieri, enti sportivi e società sportive, volontariato);
- Preparazione di materiale informativo;
- Progettazione di progetti specifici, anche di educazione alla salute
- Coinvolgimento dell' Azienda Careggi e Azienda Meyer nella rete di servizi sanitari.

2.5 Interventi finalizzati sul problema casa

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

N. 94 alloggi di e.r.p. sovvenzionata (piano I/II/III/IV/V) e attrezzature sociali al piano terra: 16 alloggi per il settore sociale.

Tipologia degli alloggi:

n. 4 di S.U. mq. 44,00 (2 posti letto)

n. 4 di S.U. mq. 48,00 (2 posti letto)

n. 6 di S.U. mq. 50,00 (2 posti letto)

n. 2 di S.U. mq. 60,00 (3 posti letto)

Totale 16 alloggi (34 posti letto)

Costi Importo opere: € 570.000,00

Spese tecniche, allacc.

Imprevisti, IVA € 211.000,00

TOTALE € 781.000,00

Tempi

Completamento progettazione, validazione
Progetto, trasmissione Regione per visto Novembre 2005

Avvio gara d'appalto, pubblicità Dicembre 2005

Gara d'appalto Febbraio 2006

Contratto d'appalto/consegna lavori Maggio 2006

Ultimazione lavori (410 gg. n.s.c.) Ottobre 2007

N.B.

Nella tempistica di cui sopra occorre considerare i tempi necessari per la bonifica dell'area (6 mesi?)

2.5.2 Ex macelleria sita in Firenze, via Gian Paolo Orsini 16 r. Studio di fattibilità per recupero e rifunzionalizzazione a fini abitativi da destinare al sociale

Superficie Interna Lorda: mq 232

Si ricavano due alloggi (il numero è obbligato dalla conformazione dei fondi, con un affaccio limitato su via Gian Paolo Orsini, e dalla conseguente ridotta possibilità di areare e illuminare gli ambienti).

Le dotazioni dei due alloggi sono le seguenti:

Alloggio A (**destra guardando la facciata**)

Ampio Soggiorno/pranzo con angolo cottura

Tre servizi (ricavati nella parte centrale dell'alloggio, non illuminata e con areazione forzata)

Due camere matrimoniali o doppie (4 posti letto)
Ampi ripostigli ricavati negli spazi di risulta
Cantina interrata

Alloggio B (**sinistra guardando la facciata**)

Ampio Soggiorno/pranzo con angolo cottura
Due servizi (ricavati nella parte centrale dell'alloggio, non illuminata e con areazione forzata)
Due camere (una matrimoniale o doppia e una singola - 3 posti letto)
Ripostiglio.

I costi di recupero e ristrutturazione sono i seguenti:

Importo lavori:	€ 232.000,00
Spese tecniche, allacciamenti	
Imprevisti, I.V.A.	€ 80.000,00

Totale	€ 312.000,00

2.5.3 Progetto "Vicolo del Cionfo"

Nell'ambito della sperimentazione di soluzioni abitative destinate all'assistenza delle persone disabili a cui viene a mancare la propria rete familiare di riferimento ("Dopo di Noi"), è prevista la realizzazione di una struttura finalizzata all'accoglienza di persone affette da autismo da edificare su un terreno di proprietà comunale.

La spesa complessiva è al momento 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 secondo la seguente tempistica:

- gennaio 2006: espletamento gara di progettazione
- gennaio 2007: espletamento della gara per la realizzazione dell'opera;
- settembre 2008: realizzazione e collaudo dell'opera.

2.5.4 Progetto "Casa Domotica"

Si tratta di una 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 caregiver familiare).

La struttura (con un'estensione di 338 mq) si trova in un edificio di edilizia popolare di proprietà dell'Amministrazione Comunale situato in un interno di Piazza Leopoldo.

Con la deliberazione della Giunta Comunale n. 167 del 27 aprile 2004 è stato approvato il progetto esecutivo in linea tecnica (per un importo a base di gara di 567.103,25 euro oltre 12.253,88 euro per oneri della sicurezza non soggetti a ribasso d'asta), nonché l'esecuzione dei lavori per una spesa pari a 834.585,42 euro.

In questo momento sono in fase di valutazione alcune modifiche da apportare al progetto esecutivo finalizzate a rendere più funzionale la struttura rispetto agli obiettivi sopraesposti, che non consentono di definire con precisione una tempistica relativa all'esecuzione dei lavori.

2.6 Incidenti stradali

Titolo del progetto: Contrasto degli incidenti stradali

Titolo dell'azione: Avvio della integrazione dei vari attori del sistema

Motivazione dell'azione

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, negli 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 alle 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.).

A Firenze sono in atto ormai da anni azioni di contrasto degli incidenti stradali che coinvolgono vari attori: Polizia Municipale, Servizi Tecnici, Mobilità, Pubblica Istruzione, Dipartimento della Prevenzione dell'Azienda USL, Associazione dei familiari delle vittime della strada ecc.

Le azioni riguardano:

- 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

L'obiettivo del Programma è quello di promuovere avviare una strategia integrata delle principali istituzioni coinvolte in tema di sicurezza stradale, attraverso il rafforzamento del coordinamento degli interventi, e, nello specifico, promuovendo di valutazione dei risultati in termini 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.). Anche il sistema delle imprese non è esente da questo fenomeno, basti pensare che circa 1/3 dei morti e dei feriti è causato da incidenti stradali sul lavoro o durante il tragitto casa-lavoro.

Si intende promuovere dotata la diffusione delle informazioni e delle buone pratiche. Le azioni di piano dovranno quindi essere sviluppate puntando prioritariamente all'approccio integrato, attraverso la istituzione di un Gruppo di lavoro Integrato di tutti gli attori che operano nel settore. 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.

Obiettivi specifici / Risultati attesi

A Firenze sono in atto ormai da anni azioni di contrasto degli incidenti stradali che coinvolgono vari attori: Polizia Municipale, Servizi Tecnici, Mobilità, Pubblica Istruzione, Dipartimento della Prevenzione dell'Azienda USL, Associazione dei familiari delle vittime della strada ecc.

Le azioni riguardano:

- 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

L'obiettivo del Programma è quello di promuovere 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 termini 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.). Anche il sistema delle imprese non è esente da questo fenomeno, basti pensare che circa 1/3 dei morti e dei feriti è causato da incidenti stradali sul lavoro o durante il tragitto casa-lavoro.

Si intende promuovere la diffusione delle informazioni e delle buone pratiche.

Le azioni di piano dovranno quindi essere sviluppate puntando prioritariamente all'approccio integrato, attraverso la istituzione di un Gruppo di lavoro Integrato di tutti gli attori che operano nel settore. 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.

In particolare gli interventi saranno orientati a migliorare i comportamenti e rafforzare le strategie di contrasto delle principali cause di incidentalità.

Si intende così promuovere e realizzare interventi coordinati di educazione, prevenzione e controllo sulle seguenti Aree di azione:

- Velocità, Salvaguardia degli Utenti deboli
- Il PIANO GENERALE TRAFFICO URBANO indica la necessità di "provvedere alla soluzione dei principali "punti neri" della viabilità, con interventi di carattere infrastrutturale, tenendo

presenti i seguenti obiettivi:

- riduzione della velocità di marcia in ambito urbano;
- salvaguardia degli utenti "deboli" della strada (pedoni e ciclisti).

I pedoni, i motociclisti ed i ciclisti sono esposti ad un elevato rischio di morte o di ferita seria se sono coinvolti in incidenti e richiedono quindi una specifica attenzione nei piani di prevenzione.

Cinture e Seggiolini per bambini

Si è rilevata l'opportunità e l'urgenza di avviare una campagna informativa efficace e diretta (anche con utilizzo di metodologia mediatica) per ribadire, sottolineare e promuovere in maniera forte l'uso delle Cinture di sicurezza per tutti e degli appositi Seggiolini per i bimbi in auto. Questa campagna si collega ad una Azione più ampia in questa direzione, costituita da tre fasi successive, già avviata dal Comune e prevede la partecipazione integrata (come elemento del Piano Integrato appunto) di Comune, Asl, Associazione dei familiari delle vittime della strada, Istituto degli Innocenti ecc. Alla campagna partecipano attivamente anche la Polizia Municipale e le Scuole cittadine.

Sensibilizzazione, informazione, indicazione, invito alla partecipazione specie dei genitori e del mondo della scuola, dissuasione all'infrazione, controllo e verifica da parte della Polizia Municipale

- Elaborazione, affissione e distribuzione di depliant e manifesti appositamente preparati;
- Campagna mediatica parallela attraverso giornali, televisioni, radio ecc.
- Coinvolgimento delle Scuole cittadine attraverso bandi di concorso a premi con tema specifico;
- Apertura e collaborazione a successive campagne sul tema che da questa possono svilupparsi (per esempio nelle Scuole stesse ecc.)

Contro la guida in stato di ebbrezza alcolica

E' già in atto, nel quadro del Progetto "La vita è tua, non perderla per strada" (Polizia Municipale), una campagna su questo tema volta alla realizzazione di una azione a carattere sia preventivo, sia repressivo. Per il primo aspetto si intende coinvolgere, attraverso le associazioni di categoria, i titolari di discoteche al fine della distribuzione di alcool test, non probanti ai fini legali, ma indicativi del superamento del limite stabilito dalla legge per la conduzione dei veicoli. Verranno realizzate t-shirt da regalare a coloro che si sottoporranno all'alcool-test e come strumento divulgativo del messaggio. Per il secondo aspetto, si predisporranno posti di controllo, preferibilmente sui percorsi individuati da e per i locali di intrattenimento notturno.

Miglioramento della sicurezza delle infrastrutture stradali urbane

Il Piano Generale del Traffico urbano individua fra gli interventi di carattere infrastrutturale, "l'eliminazione delle situazioni di conflitto mediante sostituzione delle intersezioni a 90° con sistemi ad affiancamento o, dove possibile, con la realizzazione di rotatorie ..." In linea di massima, per l'esperienza maturata in questi ultimi anni, non è da sottovalutare la soluzione degli incroci mediante rotatorie, che, laddove sono state realizzate, hanno quanto meno dimezzato l'incidentalità (in termini numerici assoluti) e ridotto la gravità delle conseguenze dei sinistri (in termini di danni e/o feriti)."

Educazione e cultura della sicurezza (Casco, Cinture, Distanze di sicurezza, Velocità ecc...)

Si ritiene di incrementare l'educazione e la cultura della sicurezza, soprattutto nelle giovani generazioni che utilizzano maggiormente il mezzo a due ruote, più pericoloso in caso di incidente stradale. In collaborazione con il Corpo di Polizia Municipale andrà valutata la ricaduta della recente modifica dell'art. 208 del Codice della Strada che consente ai comuni di imputare ai proventi delle sanzioni le spese necessarie per consentire alla polizia locale di effettuare "nelle scuole di ogni ordine e grado, corsi didattici finalizzati all'educazione stradale" realizzando anche progetti integrati con le risorse previste per i progetti per l'educazione della salute.

Interrelazione con gli interventi complessivi di riassetto della mobilità nella città

L'azione proposta si integra con gli obiettivi strategici proposti dal sistema mobilità del Piano Strutturale. L'aumento della "quota di spostamenti servita da un efficace sistema di mobilità integrata di trasporto pubblico e privato per l'intera area metropolitana" ha influenze dirette non solo sulla riduzione dell'inquinamento e sulla salvaguardia della qualità dell'ambiente (con evidenti risultati di salute in riferimento alle patologie da inquinamento) ma anche sulla incidentalità, attraverso la riduzione dell'uso dei mezzi privati.

Attivazione di iniziative su altri fattori di rischio: Farmaci, Sonno e stanchezza, Attenzione ecc.

Suddividere gli obiettivi in fasi

- Costituzione del gruppo integrato (Direzioni interessate del Comune di Firenze e strutture dell'Azienda USL) - dicembre 2005
- Predisposizione del progetto di integrazione dei dati sulla incidentalità con quelli sanitari (gennaio 2006)
- Predisposizione del piano delle iniziative per l'anno 2006 (prima tranche febbraio 2006)

Scheda economico finanziario

Il Piano delle Iniziative conterrà il piano finanziario dei progetti.

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo

La costituzione della funzione di integrazione dei dati sulla incidentalità con quelli sanitari fornirà un set di indicatori di monitoraggio, relativi a:

- numero di incidenti (andamento nell'anno)
- numero di morti (andamento nell'anno)
- esiti degli incidenti (tipologia e giornate di degenza, accertamenti di invalidità ecc.)
- altri da individuare

2.7 Incidenti domestici: una metodologia di azione integrata ed operativa

Motivazione dell'azione:

L'Azione programmata ed integrata presentata di seguito rientra all'interno di una serie di altri progetti, attività ed azioni confluenti e condivise che il Quartiere 4 del Comune di Firenze ed il Distretto Sociosanitario 4 dell'ASL10 di Firenze avevano avviato nel corso di questi ultimi anni verso la promozione dell'attivazione di una comunità competente nel territorio di riferimento e verso quei Piani Integrati per la Salute che, nel rispetto del concetto allargato di Salute enunciato dall'OMS, sono alla base della Società della Salute cittadina.

In questo senso è stato costituito un Gruppo di lavoro per 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 inoltre 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 infatti sono stati avviati accordi di collaborazione proprio con il Servizio Edilizia Privata del Comune di Firenze e con Casa Spa (ex ATER).

Obiettivi specifici / Risultati attesi:

La ricerca focalizza l'attenzione su due distinti ambiti d'intervento:

- 1) 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
- 2) evidenziazione di stili di vita e di modalità d'uso degli ambienti domestici generatori di rischio per gli utenti.

Il primo - tipicamente tecnico - opera sulla fisicità degli ambienti domestici; il secondo - culturale - è rivolto alla formazione degli utenti.

L'obiettivo è di giungere all'individuazione di possibili e praticabili strategie di intervento - tecniche e informative - volte a ridurre l'incidenza degli infortuni negli ambienti domestici, da utilizzare per eventuali successive campagne di rilevazione e di educazione alla salute in ambiti territoriali più vasti.

Suddividere gli obiettivi in fasi

Il modello di intervento proposto si sviluppa in 3 fasi, ciascuna costituita da un certo numero di azioni.

FASE 1. ISTRUTTORIA PRELIMINARE

Questo primo segmento di indagine è finalizzato alla formazione di un quadro conoscitivo, il più possibile ampio e articolato, che sia di supporto alle successive fasi. In particolare, si prevedono le seguenti azioni:

1.1 Raccolta e sistematizzazione di informazioni tratte dalla letteratura scientifica.

A tale fase parteciperanno ricercatori del Dipartimento di Tecnologie dell'Architettura e Design "Pierluigi Spadolini" dell'Università di Firenze (TAeD) ed esperti dell'U.F. Igiene e Sanità Pubblica (ISP) - Zona di Firenze e dell'U.F. Verifiche Impianti e Macchine (VIM) dell'Azienda Sanitaria di Firenze

1.2 Costituzione di tavoli di lavoro interdisciplinari a cui invitare, in qualità di consulenti esterni al gruppo di ricerca, esperti in materia di sicurezza, progettazione partecipata, infortunistica, ergonomia, comunicazione ed educazione alla salute ecc. Ai tavoli interdisciplinari, che si svolgeranno presso la sede del Quartiere 4, Villa Vogel, parteciperanno ricercatori del Dipartimento TAeD e personale dell'U.F. ISP. e dell'U.F. VIM.

Si prevede l'utilizzo di due strumenti di conoscenza:

- *schede di rilievo*, da utilizzare per individuare e ordinare, in base a criteri definiti, le principali *condizioni di criticità uomo-ambiente*, potenziali cause di incidenti domestici e documentare *situazioni critiche* con valore di tipicità;
- *strumenti di dialogo* con gli abitanti del Quartiere (interviste, incontri, Laboratori di Quartiere...),

da utilizzare per acquisire informazioni su aspetti difficilmente individuabili attraverso la compilazione delle schede di rilievo, in particolare gli aspetti che derivano dall'esperienza diretta e personale di chi usa quotidianamente gli spazi, le attrezzature e gli arredi.

FASE 2. INDAGINE DIRETTA

Questa fase è finalizzata a validare *sul campo* le informazioni desunte in fase istruttoria. Si compone delle seguenti azioni:

2.1 Compilazione delle schede di rilievo e inserimento delle informazioni su supporto informatico di gestione dati

Questa azione, finalizzata a raccogliere e documentare le principali *situazioni critiche* presenti negli alloggi, sarà effettuata da ricercatori del Dipartimento TAeD.

Il formato del supporto informatico di gestione dei dati sarà concordato tra i partner in modo tale da rendere fruibili i dati stessi sia da parte del Dipartimento TAeD che dell'Azienda Sanitaria di Firenze.

2.2 Osservazione dei modelli comportamentali dell'utenza

Questa azione - effettuata dai ricercatori del Dipartimento TAeD e dagli esperti dell'U.F. ISP e dell'U.F. VIM dell'Azienda Sanitaria di Firenze - è utile per inferire informazioni soprattutto in merito agli stili di vita e a capire quanto questi incidano nel determinare situazioni di rischio.

2.3 Verifica in itinere dell'indagine conoscitiva

Quest'azione, svolta parallelamente alle precedenti, si realizza prevalentemente mediante la costituzione di *Laboratori di Quartiere*, ovvero incontri con gli abitanti dei condomini oggetto di rilievo, cui sarà chiesto di commentare e validare l'operato del gruppo di ricerca nelle varie fasi del progetto.

In particolare, i laboratori saranno attivati per:

- verificare/integrare il layout delle schede di rilievo (1 incontro)
- verificare/integrare i rilievi (2-3 incontri)
- verificare/integrare i correttivi proposti in fase propositiva (1-2 incontri).

L'obiettivo della costituzione dei *Laboratori* è duplice: da un lato promuovere azioni di informazione e sensibilizzazione sulle problematiche relative ai rischi presenti in ambito domestico e stimolare gli abitanti a fornire un contributo propositivo, dall'altro dotarsi di un'importante risorsa informativa capace di far emergere elementi di disagio difficilmente rilevabili da un osservatore esterno. I Laboratori di Quartiere si terranno presso la sede del Quartiere 4, Villa Vogel.

La verifica in itinere dell'indagine conoscitiva sarà effettuata da ricercatori del Dipartimento TAeD con il supporto organizzativo del Distretto 4/Quartiere 4, con l'eventuale contributo di esperti dell'U.F. ISP e dell'U.F. VIM dell'Azienda Sanitaria di Firenze.

3.4 Rapporto di sintesi, elaborato dai ricercatori del dipartimento TAeD in collaborazione con gli esperti dell'Azienda Sanitaria di Firenze, conterrà le metodologie di analisi e gli strumenti del rilievo, l'archivio dei dati rilevati, l'interpretazione e la valutazione dei risultati utilizzando strumenti informatici condivisi dalla Azienda Sanitaria.

FASE 3. FASE PROPOSITIVA

In questa fase sono individuati gli interventi correttivi che occorrerebbe mettere in atto per eliminare, o rendere meno pericolose, le situazioni critiche precedentemente individuate. Gli interventi proposti, saranno ordinati gerarchicamente in base alla priorità con cui dovrebbero essere posti in essere.

Per esempio si può prevedere:

- 1) Informazione e coinvolgimento dei cittadini verso la conoscenza e la consapevolezza circa le proprie abitudini e Stili di vita in particolare per quelli che incidono sulla sicurezza in ambiente domestico
- 2) Attenzione ed azioni conseguenti e sostenibili (per esempio Casa Spa), specie su edifici di proprietà comunale, su problematiche eventualmente emerse
- 3) Impegno da parte di Costruttori (per esempio Cooperativa Unica) e Categorie professionali nel tener conto dei risultati delle rilevazioni emerse durante quest'azione sul campo nelle prossime edificazioni
- 4) Eventuale modifica, alla luce di quanto sopra, dello stesso Regolamento Edilizio da parte dell'apposita Direzione del Comune di Firenze

Scheda economico finanziario:

FATTIBILITÀ

La durata prevista per l'elaborazione della ricerca è di 15 mesi.

Nella tabella seguente sono indicati i costi del personale e strumentali relativi alle diverse azioni da svolgere.

FASI E AZIONI		TEMPI	Dipartimento di Tecnologie dell'Architettura e Design "Pierluigi Spadolini"		Azienda Sanitaria di Firenze
			COSTI DEL PERSONALE	COSTI STRUMENTALI E SPESE VARIE	COSTI DEL PERSONALE E SPESE VARIE
	COORDINAMENTO e responsabilità scientifica		4000,00 €		
1.	Istruttoria preliminare	3 mesi	4500,00 €	2000,00 €	1500,00 €
1.1	Analisi della letteratura scientifica				
1.2	Riunioni di lavoro con esperti				
2.	Predisposizione indagine diretta	3 mesi	4500,00 €	1000,00 €	1500,00 €
2.1	Individuazione casi studio				
2.2	Predisposizione degli strumenti di indagine diretta				
3.	INDAGINE DIRETTA	6 mesi	10000,00 €	2000,00 €	1000,00 €
3.1	Compilazione schede di rilievo e inserimento delle informazioni su supporto informatico di gestione dati				
3.2	Osservazione dei modelli comportamentali dell'utenza				
3.3	Verifica <i>in itinere</i> dell'indagine conoscitiva				
3.4	Rapporto di sintesi				
4.	Fase propositiva	3 mesi	5000,00 €		
5.	Diffusione dei RISULTATI	=	3000,00 €		1500,00 €
TOTALE COSTI			31000,00 €	5000,00 €	5500,00 €
TOTALE COSTO RICERCA			36000,00 € + 17% (trattenute Ateneo + Dipartimento) = 42120,00 € + IVA		5100,00 € + 5% (trattenute A.S.L.) = 8357,20 € + IVA

2.8 Salute e carcere

Motivazione dell'azione

A Firenze sono operanti tre Istituti Penitenziari che sono:

Sollicciano con una media di circa 900 detenuti maschi ospiti (con punte anche oltre 1000) e di circa 90 donne (con punte anche oltre 100). In particolare nella sezione femminile è presente un nido per ospitare i bimbi sino ai tre anni di età, ovviamente in regime di libertà potenziale, accompagnati alle relative mamme detenute.

In totale quindi la popolazione detenuta in Sollicciano può essere così descritta in base alla residenza e secondo una 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 %

Si fa comunque presente che la capienza dell'Istituto Penitenziario Sollicciano prevista a regime si attesterebbe al massimo intorno alle 450 unità per cui salta subito agli occhi il primo problema endemico, fondamentale e primariamente critico che incide grandemente ed in modo esponenziale sulle problematiche di Salute dell'Istituto stesso. Infatti tutta questa relazione tecnica, l'esposizione conseguente e l'osservazione delle criticità si possono costantemente commisurare con il SOVRAFFOLLAMENTO:

- 1 - carenza di organici proporzionale di medici, infermieri, educatori, assistenti sociali ecc.;
- 2 - spesa farmaceutica in progressivo e conseguente aumento
- 3 - vivibilità 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.

Il Problema Salute

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.

Allo stato attuale e già prima dell'avvio dell'iter (peraltro ancora bloccato in Parlamento) della L. 230 del 1999 è garantita una presenza stabile (con un presidio Sert permanente ed apposito personale dedicato) ed un coordinamento operativo del Dipartimento Dipendenze Aziendale in tutti e tre gli Istituti penitenziari per tutte le problematiche e la presa in carico clinica individuale relativa ai detenuti tossicodipendenti così come è già consolidata la presenza del Dipartimento di Prevenzione con funzione di monitoraggio

delle condizioni di sicurezza e vivibilità della struttura.

Nel 1999 appunto veniva dato avvio all'iter della Legge n. 230 che prevedeva che per tutelare il Diritto alla Salute dei cittadini detenuti sia italiani che stranieri (durante la detenzione ed anche se privi di regolare permesso di soggiorno), allo stesso modo e con gli stessi diritti di tutti gli altri cittadini del territorio nazionale, si indicava la necessità che fosse il Sistema Sanitario Nazionale a farsi carico dei Servizi Sanitari intracarcerari e che l'Amministrazione Penitenziaria avrebbe progressivamente trasferito tutte le risorse economiche, strumentali e di personale che sino a quel momento investiva nella Sanità Penitenziaria al Sistema Sanitario Nazionale appunto. La legge prevedeva inoltre che si avviasse una sperimentazione in proposito, in cinque Regioni italiane tra cui appunto la Regione Toscana. Allo stato attuale però solo per le Dipendenze ciò è avvenuto mentre, in attesa che la legge prosegua il suo necessario iter parlamentare in Toscana ci si è mossi sulla base della buona volontà tra le due Amministrazioni (Regione e Asl da una parte ed Amministrazione Penitenziaria Regionale dall'altra) con protocolli parziali, convenzioni mirate e accordi di programma sino alla formalizzazione della Proposta di legge di Giunta Regionale del 2 agosto del 2004 che prova a dare una accelerazione regionale appunto al percorso già tracciato dalla L. 230.

In particolare esiste uno specifico protocollo tra Regione e Amministrazione Penitenziaria per cui viene garantita dalla Regione, attraverso l'Azienda sanitaria, la fornitura della dotazione farmaceutica necessaria in tutti gli Istituti penitenziari della Toscana.

La Società della Salute di Firenze

(Azienda Sanitaria 10 di Firenze)

L'Azienda Sanitaria è da tempo presente all'interno degli Istituti Penitenziari sia per il servizio Dipendenze che per la Prevenzione ovviamente (dovuti per specifica normativa nazionale) ma anche con altri servizi di supporto e 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.

Obiettivi specifici / Risultati attesi:

In questo contesto e con questo mandato il Gruppo Tecnico ha iniziato a lavorare istituendo un Tavolo Tecnico Permanente che si riunisce in maniera convenzionale una volta al mese per un costante scambio di riflessioni, criticità e proposte e per un monitoraggio comune e congiunto della problematica di Salute per i detenuti. Ovviamente il Gruppo tecnico lavora quotidianamente mediante appositi sottogruppi tematici in modo da approfondire e sviluppare possibili soluzioni sostenibili da sottoporre poi, mensilmente, al Gruppo di base. A questo Gruppo partecipano i 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. e poi, via via, tutti quegli altri soggetti che il Gruppo dovesse ritenere utili a fini progettuali ed operativi. Il Gruppo produce un regolare verbale delle riunioni mensili che viene inviato oltre che agli stessi componenti del Gruppo anche al Direttore Generale Asl, alla Direzione Sanitaria ed ai Dipartimenti tecnico-scientifici aziendali, ai Direttori degli Istituti Penitenziari coinvolti, all'Assessore comunale competente, al Garante dei Detenuti, al Presidente del Consiglio Comunale, al Dipartimento Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria, all'Assessorato al Diritto alla Salute della Regione Toscana, all'Assessore competente della Provincia di Firenze, al Direttore della Società della Salute.

Gli ultimi tre indirizzi (Regione, Provincia e SDS) sono giustificati perché da una parte esistono parallelamente due altri Tavoli tecnici tematici (in Regione per aspetti sanitari ed a supporto all'iter della Proposta di Legge di Giunta ed in Provincia per la Legge Smuraglia per inserimenti lavorativi per i detenuti) e perché dall'altra il Diritto alla Salute dei detenuti può essere, a ragion veduta, considerato elemento costitutivo a pieno titolo del Piano Integrato della Società della Salute appunto.

Infine il Gruppo ha iniziato un regolare confronto con la Commissione detenuti di Sollicciano per ascoltare dalla loro voce i problemi sollevati e percepiti e per avviare un confronto costruttivo seppur nella consapevolezza del particolare contesto e delle loro possibili valutazioni e qualche volta "di parte".

Suddividere gli obiettivi in fasi

La prima fase è stata quella di costituire un Gruppo tecnico integrato che si riconoscesse in un percorso condiviso.

La seconda è stata quella di agganciare quanto elaborato insieme con altri Tavoli (Regione, Provincia, Volontariato ecc.) ed Agenzie che incidono a vario titolo sul livello di Salute dei detenuti.

Terza fase sarà l'iter della proposta di Legge Regionale n. 38/04 sulla Sanità penitenziaria, equiparazione dei Diritti di Salute e compiti del Sistema Sanitario Regionale.

Scheda economico finanziario:

Una considerazione a parte va fatta infine su due temi complessivi e comuni a tutti e tre gli Istituti e che sono la Spesa farmaceutica e l'ipotesi dell'attivazione di un reparto ospedaliero per detenuti cogestito dalle due Amministrazioni (Aziendale e Amministrazione Penitenziaria) e possibile solo tramite finanziamento Regionale.

La spesa farmaceutica nei tre Istituti di cui sopra è regolata da apposita convenzione aziendale del 3 giugno 2004 che prevede peraltro un rimborso da parte della Regione che a sua volta ha un apposito accordo con l'Amministrazione Penitenziaria regionale. Allo stato attuale però non è mai arrivato il rimborso regionale previsto pare per problematiche inerenti al livello più alto (tra Regione e Amministrazione Penitenziaria).

Ad ogni modo l'Azienda garantisce i Farmaci considerando, per convenzione, gli Istituti come se fossero ospedali aziendali per cui oltre ai farmaci di fascia A sono forniti anche alcuni prodotti di fascia C così come avverrebbe se il detenuto fosse degente in ospedale. In particolare poi, anche dopo un incontro con la commissione detenuti di Sollicciano che lamentava una loro scarsa percezione di sufficiente accesso al farmaco, si stanno approntando verifiche e protocolli congiunti, anche con i medici interni, per migliorare il percorso del farmaco dentro l'Istituto e per valutare possibili ritocchi al prontuario tenendo conto del contesto particolare e del significato relazionale e transazionale del farmaco stesso in carcere. E' stato approntato e già distribuito ai detenuti un apposito opuscolo informativo sui farmaci, sulle loro caratteristiche generali, sull'uso e l'abuso, sui farmaci garantiti dall'Azienda, sui Farmaci Generici ecc. in modo da renderli partecipi sulle risorse e sulle opportunità in proposito.

A proposito della Spesa Farmaceutica a carico dell'Azienda dal 1 gennaio al 29 dicembre 2004 infine il dato è il seguente:

Farmaci erogati a Sollicciano	110.492,06 euro
Sert Sollicciano	11.430,28 euro
Gozzini	2.084,94 euro
Meucci	1.302,85 euro
Malattie infettive	100.591,90 euro
Farmacia Scandicci	8.589,56 euro
Per un Totale di	234.491,59 euro

A proposito del reparto ospedaliero poi, emerso come ipotesi anche dopo la recente visita a Sollicciano della Commissione Giustizia della Camera dei Deputati, si sta valutando la sua fattibilità presso l'ospedale Aziendale N.S.G.D. (Torregalli) anche se è ancora un percorso su cui riflettere approfonditamente. In particolare a Torregalli si sono individuate due stanze dedicate ed opportunamente attrezzate per detenute donne e tale disponibilità è da intendersi complementare ad un'analogha disponibilità espressa per un reparto maschile in Careggi.

2.9 Sportello ECO EQUO

TARGET: tutta la popolazione, associazioni operanti nel settore del volontariato e del commercio equo e solidale, Pubbliche Amministrazioni.

Motivazione dell'azione:

Fornire ai cittadini, alle associazioni e alle Pubbliche Amministrazioni servizi informativi funzionali al miglioramento della qualità socio-ambientale del territorio suggerendo e stimolando l'adozione di comportamenti socio-equo-sostenibili e fornendo informazioni concrete che i singoli potranno adottare.

Obiettivi specifici/Risultati attesi:

Le attività iniziali che dovranno essere svolte dallo Sportello saranno:

- diffondere informazioni su stili di vita sostenibili con particolare riferimento alla pratica del consumo critico, commercio equo e solidale, finanza etica, risparmio energetico,

- differenziazione e diminuzione dei rifiuti, riciclaggio e riuso, cooperazione internazionale, turismo responsabile, educazione ambientale e sviluppo sostenibile;
- informare riguardo alla disponibilità di incentivi e facilitazioni per chi vuole praticare comportamenti eco-compatibili;
 - promuovere convegni, conferenze e corsi di formazione inerenti alla sostenibilità nella vita di tutti i giorni;
 - svolgere attività divulgative quali mostre ed esposizioni, conferenze, serate di presentazione;
 - collaborare con le associazioni di categoria e con le altre associazioni presenti sul territorio per promuovere stili di vita sostenibili.

Inoltre lo sportello avrà funzione di:

- recepire le richieste ed i suggerimenti delle varie realtà associative e della cittadinanza;
- promuovere, copromuovere, partecipare ad eventi, campagne di informazione, iniziative;
- collaborare all'organizzazione di occasioni didattiche a livello scolastico e non;
- ampliare progressivamente il numero delle associazioni nella gestione dello sportello e del sito;
- offrire alle associazioni e realtà partecipanti al progetto uno spazio fisico dove poter svolgere incontri sia interni sia rivolti alla cittadinanza e promozione della propria attività.

Obiettivo dello Sportello è essere di stimolo alla Pubblica Amministrazione in modo da favorire l'adozione di comportamenti virtuosi ed eco-compatibili nelle gestioni pubbliche e all'interno degli uffici pubblici;

Suddividere gli obiettivi in fasi:

- prima fase: lo Sportello svolge attività intesa a fornire i mezzi e gli strumenti informativi per l'adozione di comportamenti consapevoli ed attivi verso la sostenibilità delle azioni quotidiane, anche utilizzando attività e eventi di divulgazione esterna e di approfondimento.
- seconda fase: lo Sportello diviene vero e proprio punto di riferimento delle associazioni impegnate sul territorio sui temi degli stili di vita sostenibili e del consumo critico, fornendo anche servizi e operando attraverso un lavoro di rete.
- terza fase: lo Sportello si pone l'obiettivo di monitorare i comportamenti delle stesse Pubbliche Amministrazioni sul piano della sostenibilità socio-ambientale affinché la condivisione e l'adozione di stili di vita sostenibili da parte dei cittadini siano stimolati da comportamenti analoghi delle amministrazioni.

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo:

Le azioni da monitorare per la realizzazione degli obiettivi sono le seguenti:

1. Raccolta e sistematizzazione delle informazioni necessarie
2. Apertura sportello con sede fisica presso il Comune di Firenze
3. Attivazione del Sito web
4. Organizzazione di iniziative

2.10 Progetto di intervento terapeutico in acqua in casi di psicopatologie infantili gravi

Tipologia di utenza: Minori con diagnosi di psicopatologia infantili grave quali: Autismo, sindrome di Rett, disturbo disintegrativi della fanciullezza, sindrome di Asperger, Sindrome di Down, sindrome di Angelman, disturbo generalizzato dello sviluppo non altrimenti specificato, disturbo reattivo dell'attaccamento. Nell'anno 2005 hanno partecipato 39 ragazzi di tutti i quartieri della città.

Motivazione dell'azione:

Attraverso l'attività guidata e strutturata all'interno dell'ambiente acquatico, l'intervento si prefigge di sviluppare e sostenere funzioni intellettive ed adattive quali: autonomia personale, responsabilità sociale, abilità cognitive e motorie, capacità di comunicazione.

Obiettivi specifici/Risultati attesi:

- Favorire lo sviluppo delle interazioni sociali
- Favorire lo sviluppo della comunicazione sia verbale che non verbale
- Favorire l'espressione creativa ed i processi di mentalizzazione
- Ampliare l'ambito delle competenze e degli interessi
- Favorire lo sviluppo delle abilità motorie di base

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo:

Maggiore tolleranza alle frustrazioni; aumento significativo delle capacità esplorative ed attentive; miglioramento dell'umore, della socializzazione e della capacità di condividere esperienze ludiche in maniera significativa con i coetanei; miglioramento degli schemi motori di base e nello specifico acquisizione delle abilità motorie del nuoto; aumento delle capacità comunicative utilizzando tecniche e ausili di comunicazione aumentativi e alternativa a causa della gravità dei quadri clinici e della impossibilità, da parte di molti bambini, di comunicare in maniera convenzionale.

3.1 Screening dei tumori del colon retto a Firenze

Titolo dell'azione: sperimentare il protocollo di coinvolgimento sistematico dei Medici di Medicina Generale

Motivazione dell'azione:

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.

Obiettivi specifici / Risultati attesi:

Aumentare l'adesione, portandola almeno al 60%, per un totale di 26.679 invitati, di cui 16.000 da *screenare* con protocollo sperimentale.

Suddividere gli obiettivi in fasi (descrivere cioè le attività da intraprendere per il raggiungimento degli obiettivi, indicando i tempi per la realizzazione - diagramma di Gantt- il personale coinvolto

nell'accordo con la Medicina Generale ed il CSPO sono stati previste le seguenti fasi:

1. definizione del progetto e dei medici aderenti (mese 0 - già eseguito)
2. definizione ed incrocio delle liste degli assistiti (mese 0 - già eseguito)
3. pulitura delle liste e consegna del kit ai MMG (mese 1)
4. distribuzione del test da parte dei MMG attraverso contatto opportunistico ambulatoriale (mesi 4-11)
5. valutazione del risultato ottenuto al punto precedente e programmazione degli inviti attivi dei non contattati da parte del MMG (mese 11)
6. valutazione dei risultati (mese 16)

Personale coinvolto: ASL, MMG, CSPO

Scheda economico finanziario:

A) l'incentivo per gli MMG è pari ad euro 4,00 più 10% di oneri riflessi ad assistito che esegue il test, una volta raggiunta l'adesione minima del 60% B) pagamento CSPO per l'organizzazione e l'esecuzione dei test.

Prevedendo una ipotesi di adesione massima del 90% ci attestiamo ad un complessivo di 400.000 euro, di cui quota SdS fino a € 146.880,00 e quota ASL fino a € 250.000,00

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo:

1. positività % al test
2. *compliance* % all'approfondimento colonscopico
3. *detection rate* per cancro, adenoma ad alto rischio
4. valore predittivo positivo per cancro, adenoma ad alto rischio
5. estensione dell'offerta alla popolazione bersaglio nella fase del contatto opportunistico
6. adesione al contatto ambulatoriale
7. estensione dell'offerta alla popolazione bersaglio nella fase dell'invito attivo
8. adesione all'invito attivo

3.2 Scompenso cardiaco

Azione

Promuovere l'applicazione di un percorso assistenziale per i pazienti con scompenso cardiaco che, partendo da quello già concordato a livello dell'Azienda Sanitaria con la FIMMG ed i rappresentanti degli Specialisti convenzionati esterni, integri 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 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.

Questo nell'ottica di evitare sprechi di risorse e ridondanza negli interventi assistenziali e al fine di evitare di generare confusione tra i numerosi attori coinvolti nel percorso.

Motivazione dell'azione

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. Questo in parte è legato all'aumento dell'età media della popolazione ed in parte alla riduzione della mortalità in fase acuta di patologie come la cardiopatia ischemica legata ad i nuovi trattamenti di rivascolarizzazione in fase acuta dell'infarto miocardico. Questo fa sì che attualmente il DRG scompenso cardiaco rappresenti la seconda diagnosi di dimissione dalle strutture ospedaliere e che stime epidemiologiche riferiscano un'incidenza di malattia dell'11/1000 per gli uomini e del 5/1000 nelle donne tra gli ultra 65 anni. 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. Questo 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. A tale proposito nella nostra Azienda è stato elaborato un percorso assistenziale Ospedale/Territorio che prevede la partecipazione di numerose figure professionali coinvolte a vari livelli del percorso a seconda della fase della malattia.

I "principi guida" del percorso sono rappresentati:

- 1) Costituzione di un registro di patologia al fine di poter programmare in modo "attivo" i controlli clinici e gli interventi di educazione sanitaria necessari;
- 2) Riconoscimento della figura centrale del MMG che rappresenta il gestore della fase territoriale del percorso con compiti di coordinatore delle attività delle altre figure professionali coinvolte (Specialisti-Infermieri professionali);
- 3) Importanza degli ambulatori scompenso ospedalieri nel follow-up dei pazienti ad alto profilo di rischio e nelle fasi di instabilizzazione della malattia;
- 4) Ruolo fondamentale dell'infermiere professionale ospedaliero e territoriale per il monitoraggio e per la trasmissione degli strumenti atti a promuovere il self management di alcuni aspetti della malattia al paziente ed ai suoi familiari.

Obiettivi specifici / Risultati attesi

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

Le fasi

Definizione del progetto dettagliato entro marzo 2006

Scheda economico finanziario:

Ampiezza del campione	nr. 20 pazienti
Durata sperimentazione	anni 1
Previsione di costo dell'attrezzatura a domicilio	€ 1.200,00 paziente/anno
Previsione costo servizio Telecare	€ 720,00 paziente/anno
Spese generali (configurazione SW, prove tecniche, etc...)	€ 5.000,00 una tantum
Totale costo del progetto	€ 43.400,00

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo:

vedi box motivazioni

3.3 Monitoraggio domiciliare notturno in pazienti con insufficienza respiratoria cronica in ventilazione meccanica domiciliare a Firenze

Titolo dell'azione: sperimentare il protocollo di monitoraggio mediante il sistema Telecare con il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e delle strutture socio sanitarie territoriali.

Motivazione dell'azione:

Attualmente sul territorio della Regione Toscana circa 200.000 pazienti pari al 5.7% della popolazione risultano affetti da BPCO che esita in una stragrande maggioranza dei casi in Insufficienza Respiratoria Cronica. Il numero di ospedalizzazione per anno per tale patologia risulta di circa 30.000 ricoveri con un tasso di mortalità riferita di 5.9%. Le previsioni per un prossimo futuro sono per un graduale incremento di incidenza legato principalmente ai seguenti fattori: persistenza all'abitudine al fumo, innalzamento dell'età media, incremento del rischio di inquinamento ambientale, accresciuta incidenza di alcune patologie respiratorie.

Pur in assenza di un registro regionale della Insufficienza Respiratoria Cronica è noto dai dati della Regione Toscana per la fornitura di Ossigeno Domiciliare che i pazienti in Ossigenoterapia domiciliare a lungo termine/100.000 abitanti è passato da 40.2 nel 1996 a 68.4 nel 2002.

Nella Azienda Sanitaria Locale n° 10 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.

Questo studio, teso ad evidenziare fenomeni di deterioramento funzionale in corso di VMD con implicazioni predittive sul decorso della patologia cronica, è preliminare ad uno studio randomizzato successivo necessario per evidenziare se il sistema di monitoraggio impiegato ha un rapporto costo-efficacia favorevole. Il secondo studio è subordinato a un riscontro positivo del primo.

Obiettivi specifici / Risultati attesi:

Sperimentare un sistema di monitoraggio domiciliare utilizzando la struttura Telecare che consenta il collegamento e la collaborazione del Centro Specialistico (UTIP A.O. Careggi) con le strutture territoriali (MMG, Servizio Infermieristico territoriale della ASL 10 e Assistente Sociale); evidenziare se e quanto il sistema di monitoraggio impiegato ha un rapporto costo-efficacia favorevole in relazione sia alla qualità della vita dei pazienti, sia alla riduzione dei ricoveri ospedalieri, agli accessi del MMG e/o altri operatori professionali, al consumo di farmaci.

Suddividere gli obiettivi in fasi (descrivere cioè le attività da intraprendere per il raggiungimento degli obiettivi, indicando i tempi per la realizzazione - diagramma di Gantt- il personale coinvolto

Nell'accordo fra il Servizio Telecare di Montedomini ed il Centro UTIP della A.O. di Careggi sono state previste le seguenti fasi:

1. definizione del progetto (mese 0 - già eseguito)
2. individuazione e messa in esercizio delle tecnologie da impiegare per il collegamento fra la Centrale Telecare, AO Careggi ed presidi territoriali (mesi 2)
3. definizione dei protocolli operativi e delle modalità di relazione fra UTIP e presidi territoriali (mesi 1)
4. individuazione della lista dei pazienti con il coinvolgimento del MMG (mese 1)
5. valutazione dei risultati a 6 mesi ;
6. valutazione dei risultati ottenuti al termine della sperimentazione con intervento di UTIP, MMG e Telecare (mesi 12)

Personale coinvolto: UTIP A.O. Careggi, Direzione Sanitaria ASL, Responsabile Servizio Infermieristico territoriale ASL 10, MMG, Telecare Montedomini;

Scheda economico finanziaria:

Ampiezza del campione	nr.20 pazienti
Durata sperimentazione	anni 1
Previsione di costo dell'attrezzatura a domicilio	€ 1.200,00 paziente/anno
Previsione costo servizio Telecare	€ 720,00 paziente/anno
Spese generali (configurazione SW, prove tecniche, etc...)	€ 5.000,00 una tantum
Totale costo del progetto	€ 43.400,00

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo:

Follow up Bimestrale:

- N ricoveri ospedalieri nei 2 mesi precedenti
- Durata dei ricoveri ospedalieri (giorni)
- N. visite del medico di base con relativa causa
- N. visite non programmate con specialista del centro di riferimento con relativa causa
- Prescrizione nei due mesi precedenti di farmaci (quali e durata del trattamento)

EGA:

- Controllo funzionamento del ventilatore
- Modifiche eventuali dei parametri di ventilazione
- BMI
- Dispnea (scala MRC)

Tutti i parametri saranno analizzati dal Centro di Riferimento Regionale per la Diagnosi e Trattamento della Insufficienza Respiratoria Cronica dell'Azienda Ospedaliera di Careggi e Direzione Sanitaria ASL 10 per evidenziare la eventuale correlazione con i seguenti outcomes:

- Ospedalizzazione (Numero di ricoveri e durata)
- Numero di visite non programmate con il medico di base o con il Centro di riferimento
- Necessità di farmaci aggiuntivi rispetto alla loro abituale terapia inerenti la patologia respiratoria (Antibiotici, Steroidi orali)
- Necessità di dosi supplementari di Ossigeno nei pazienti in OTLT, oppure di ricorso alla somministrazione di Ossigeno nei pazienti non in OTLT

3.4 Vaccinazione antinfluenzale e strategie della prevenzione dell'influenza aviaria

Titolo dell'azione: aumento della copertura vaccinale per la campagna antinfluenzale 2005 - 2006

Motivazione dell'azione

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 la 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 pandemia influenzale.

Obiettivi specifici / Risultati attesi:

- 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

2d) Suddividere gli obiettivi in fasi (descrivere cioè le attività da intraprendere per il raggiungimento degli obiettivi, indicando i tempi per la realizzazione - diagramma di Gantt, il personale coinvolto

Tutto nel mese di settembre e nella prima settimana di ottobre 2005

- acquisire i dati demografici e le esenzioni per patologia per individuare, anche se per difetto, il target
- programmare gli interventi sulla base delle richieste pervenute dai distretti
- definire il numero di dosi di vaccino necessario a raggiungere l'obiettivo e promuovere l'aumento della copertura attraverso la disponibilità a fornire dosi ulteriori di vaccino ai MMG

- definire la strategia di comunicazione e attivare la campagna informativa
- valutazione di un nuovo sistema informativo di raccolta della copertura vaccinale per categoria.

Vengono coinvolti anche: MMG/PLS, URP, DSPO SMN, Medicina preventiva, Malattie infettive, veterinaria, farmaceutica ospedaliera, SdS

Scheda economico finanziario:

saranno necessari oltre 98.000 dosi di vaccino per raggiungere l'obiettivo regionale.

costo vaccino circa euro 5,00 a dose (492.000 euro)

costo prestazione MMG euro 6,12 (euro 542.000)

Finanziamento a carico dell'Azienda Sanitaria

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo:

Copertura vaccinale suddivisa per classi di rischio, sulla base dei riepiloghi che saranno forniti al termine della campagna vaccinale 2005 - 2006. (atteso: 80% degli anziani e dei cronici sotto i 65 anni)

- N° dosi distribuite/N° dosi programmate
- Penetrazione della strategia comunicativa (interviste?)
- Flussi informativi di ritorno

3.5 Codici DEA di bassa priorità

Titolo dell'azione: Ottimizzare la gestione dei codici DEA (Dipartimento di Emergenze Accettazione) di bassa priorità (bianchi-accesso improprio; azzurri - non urgenza) attraverso un sistema globale di approccio da realizzare operando rispettivamente "a monte" e "a valle" degli accessi operando:

1. 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;
2. 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.

Motivazione dell'azione

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, benchè 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 specifici / Risultati attesi

1. Ridurre il volume dei pazienti che si presentano al DEA con codici bianchi/azzurri
2. Ridurre l'impatto che i codici bianchi/azzurri hanno sul DEA, aumentando il turnover dei pazienti e la permanenza in pronto soccorso (intervallo fra visita e dimissione) al di sotto delle 4 ore.

Suddividere gli obiettivi in fasi (descrivere cioè le attività da intraprendere per il raggiungimento degli obiettivi, indicando i tempi per la realizzazione - diagramma di Gantt-, il personale coinvolto)

Obiettivo 1:

1. 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)
2. 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
3. implementare la gestione delle patologie croniche attraverso modelli che riducano i ricorsi inappropriati al DEA

Obiettivo 2:

1. creare meccanismi intraospedalieri che aumentino il *turnover* interno in modo da garantire un più efficace sistema di drenaggio dei pazienti in carico al DEA: riorganizzare "a valle" del DEA l'assistenza in regime di ricovero attraverso la creazione di *discharge room* (spazio assistito di attesa pre-dimissione), sistema di *bed-management* per la gestione ottimale dei posti letto, preparazione alla dimissione; implementazione di strutture di decompressione del DEA, basate su facilitazione dell'accesso dei MMG, creazione di ambulatori speciali

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo

Indicatore di risultato: tempi di attesa nei parametri PSR

1.3.6. Unità cure primarie

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.

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

Titolo dell'azione:

Assistenza integrata e Presa in Carico del paziente oncologico in fase terminale

Motivazione dell'azione:

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" 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 dalla 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

Obiettivi specifici / Risultati attesi:

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,

e considerando che l'attività di assistenza svolta dalla 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.

Suddividere gli obiettivi in fasi

- 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.

Scheda economico finanziario:

La convenzione tra l'Azienda Sanitaria di Firenze e le citate Associazioni di Volontariato, per le attività di assistenza domiciliare a malati oncologici in fase terminale, per il periodo di 1 anno, destina a ciascuna associazione, a titolo di una-tantum, il contributo forfetario di € 10.000, a valere sul bilancio reale della Società della Salute di Firenze, in conto residui 2004.

3.8 Odontoiatria

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 o 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

1a Azione programmata - Primo Intervento Festivo

Considerazioni

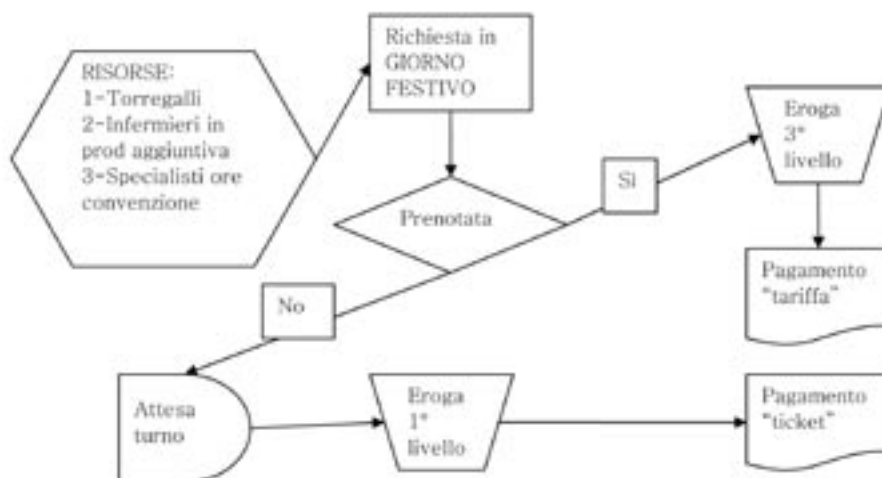
Riorganizzare orario esistente, assegnare ore in convenzione specialistica SOSTITUTIVE, assistenza infermieristica produttività aggiuntiva, utilizzare per attività a reddito potenzialità produttive residue. Costo annuo stimato con ore mediche sostitutive: €5000

Motivazione dell'azione:

Primo intervento festivo: servizio non esistente, domanda pressante anche se non numerosa, la procedura proposta assicura efficienza

2.c) Obiettivi specifici / Risultati attesi

Primo intervento festivo: 500 accessi non programmati, festivi e prefestivi



Suddividere gli obiettivi in fasi

Primo intervento festivo:

- 1- predisposizione progetto produttività aggiuntiva personale infermieristico
UFMA Odontostomatologia, U.O.Risorse Umane,
U.O. Infermieristica
- 2- predisposizione contratto a pacchetto per convenzionati
UFMA Odontostomatologia,
SS Gestione personale convenzionato
- 3- Delibera ed allocazione di risorse
Direzione Aziendale, SDS

Dicembre 2005

Dicembre 2005

?

Scheda economico finanziario

1- Primo intervento festivo:

Costo annuo stimato: €5000

(ore in convenzione specialistica SOSTITUTIVE, assistenza infermieristica in produttività aggiuntiva, utilizzo potenzialità produttive residue per attività a reddito)

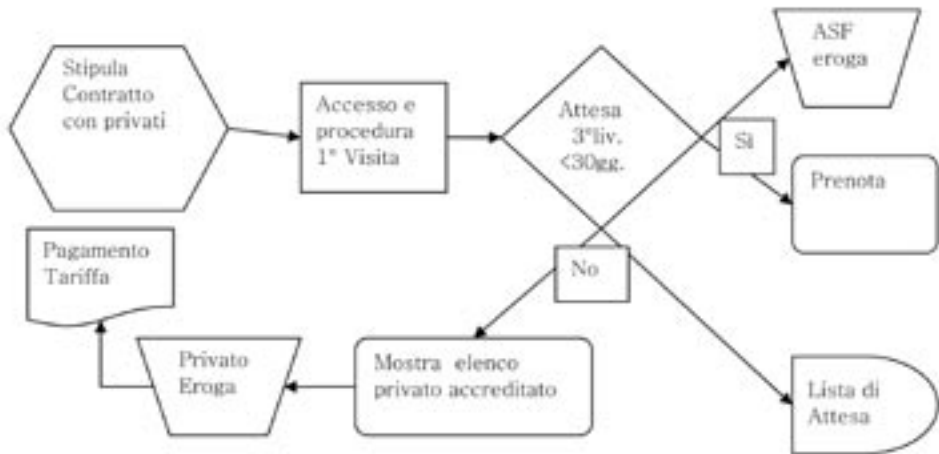
2^a Azione programmata - Privato accreditato

Stipula di contratti "a costo zero" e controllo di qualità

Motivazione dell'azione

Privato Accreditato: offerta molto minore del bisogno, risorse insufficienti, costo zero, efficienza a carico dell'erogatore, efficacia da controlli qualità

Obiettivi specifici / Risultati attesi



Suddividere gli obiettivi in fasi

Privati accreditati:

- predisposizione contratti (fatto)
UFMA Odontostomatologia, UO convenzionata esterna
- recepimento delibere Regionale
UFMA Odontostomatologia, UO Convenzionata esterna
Direzione Aziendale, SDS
- Concertazione con Sindacati ed Ordine Odontoiatri
UFMA Odontostomatologia, UO Convenzionata esterna
Ordine professionale, Rappresentanze sindacali
- Ratifica e Stipula contratti
UO Convenzionata esterna
- Avvio e controllo attività
UO Convenzionata esterna, UFMA Odontostomatologia

Novembre 2005

Novembre 2005

Dicembre 2005

Febbraio 2006

Aprile 2006

Scheda economico finanziario

2 - Privato Accreditato: Nessun costo diretto
(costi generali connessi a predisposizione e controllo)

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo

N°	Nome.....	Descrizione.....	Effetto
2.1	Estensione PAC	Zone con contratti/4	+
2.2	Capillarità PAC	N° comuni con contratti /N° comuni	+
2.3	Diffusione PAC	N° contratti /100.000 ab	+
2.4	Volume PAC	N°prestazioni PAC/ N° Prestazioni ASF	- /+

3a Azione programmata - Odontoiatria geriatrica

Vedi ALLEGATO 2 ANZIANI

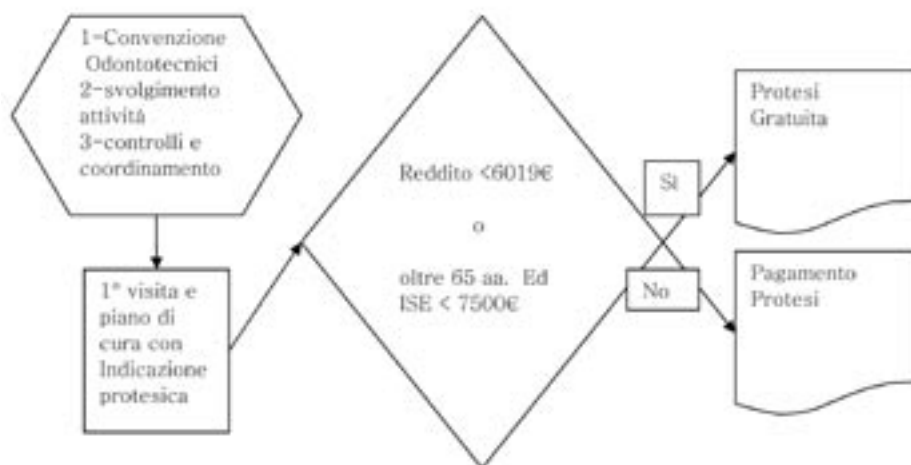
4a Azione programmata - Protesi sociale

Fondo autofinanziato 120.000 € annui per protesi gratuite (450-500 arcate)

Motivazione dell'azione

Protesi sociale: Obiettivo di P.S.R., Autofinanziato da attività ordinaria per 120.000 Azienda alta appropriatezza ed efficienza, bassa efficacia

Obiettivi specifici / Risultati attesi



2.d) Suddividere gli obiettivi in fasi Protesi sociale:

- realizzazione convenzione odontotecnici (fatto)
UO Provveditorato,
- realizzazione procedura operativa (fatto)
UFMA Odontostomatologia
- avvio della attività per redditi inferiori a 6019 € (fatto)
UFMA Odontostomatologia
- coordinamento con servizi sociali per ISEE
SIASST Comunali, CAF, UFMA Odontostomatologia
- avvio attività per ISEE inferiore 7500 €
UFMA Odontostomatologia
- raggiungimento volumi attività previsti (300 arcate FI)
UFMA Odontostomatologia

Febbraio 2005

Febbraio 2005

Febbraio 2005

Dicembre 2006

Settembre 2005

Dicembre 2006

Scheda economico finanziario

Protesi sociale: Costo annuo diretto zero: Fondo aziendale 120.000
(fondo su forniture, previsto in convenzione coi fornitori)

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo

N°	Nome.....	Descrizione.....	Effetto
4.1	Fatte PS	N°arcate gratuite erogate / OBTV 300	+
4.2	DomandaPS	N°arcate protesiche gratuite erogate / N°arcate protesiche gratuite indicate	+

5a Azione programmata Razionalizzazione sedi

Firenze: Ospedale+IOT + Montedomini + 2 poli (S.Rosa e ??) Osteria 3 riuniti

Potenziamento Attrezzature

microscopio, laser, videoradiografia, motori endodontici, localizzatori apicali

Motivazione dell'azione

Razionalizzazione sedi e potenziamento attrezzature: valorizzazione professionalità, miglioramento efficienza ed efficacia

Obiettivi specifici / Risultati attesi

5- Sedi e attrezzature Installazione riuniti e costituzione poli produttivi

Suddividere gli obiettivi in fasi

Sedi ed attrezzature:

● identificazione sedi UFMA Odontostomatologia, Direzione Aziendale, SDS	Ottobre 2005
● progettazione esecutiva Ufficio Tecnico	Dicembre 2005
● identificazione attrezzature per potenziamento UFMA Odontostomatologia	Ottobre 2005
● realizzazione sedi Direzione Aziendale, SDS, Ufficio Tecnico	?
● acquisto attrezzature Direzione Aziendale, SDS, U.O. Provveditorato	?
● avvio attività	?

Scheda economico finanziario

5 - Sedi ed Attrezzature Attrezzature: 125.000 sostituzioni,
125.000 per potenziamenti
Sedi: NON valutabile

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo

N°	Nome.....	Descrizione.....	Effetto
5.1	Progetto sedi	N°Progetti esecutivi nuove sedi / 3	+
5.2	Adeguamento AT	Spesa /125	+
5.3	Potenziamento AT	Spesa /125	+

6a Azione programmata - Informatizzazione

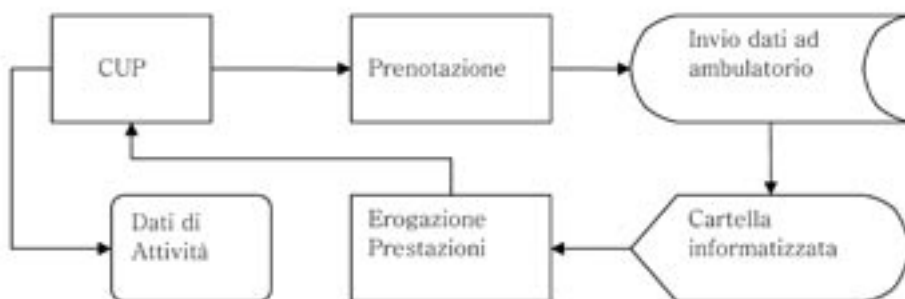
selezione modalità interfacciamento ambulatorio - *datawarehouse* completamento *hardware, soft-ware*, formazione personale Dotazione strumentale digitale clinica Gestione informatizzata di liste di attesa

Motivazione dell'azione

Informatizzazione: affidabilità, sensibilità ed efficienza sistema informativo, trasparenza attese, miglioramento comunicazione

Obiettivi specifici / Risultati attesi

Informatizzazione: Implementazione cartella informatizzata integrata CUP



Suddividere gli obiettivi in fasi

Informatizzazione:

- Selezione software (argos)
Direzione Aziendale, UO tecnologie informatiche
- Acquisto hardware idoneo
VRQ; UO tecnologie informatiche, UO Provveditorato
- Implementazione software in postazioni pilota
VRQ, UFMA Odontostomatologia
- Addestramento personale
UO Formazione, VRQ
- Implementazione in tutte sedi
VRQ, UFMA Odontostomatologia
- Costituzione server centrale per archivio immagini
Direzione Aziendale, UO tecnologie Informatiche

Giugno 2005

Dicembre2005

Gennaio 2006

Giugno 2006

Dicembre 2006

?

Scheda economico finanziario

6 - Informatizzazione Hardware 15.000-25.000
 software(argos), formazione: Nessun costodiretto

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo

6 - Informatizzazione

N°	Nome.....	Descrizione.....	Effetto
6.1	Gestione INFO	Sedi a gestione informatizzata / Sedi totali	+
6.2	Clinica INFO	Sedi a clinica informatizzata / Sedi totali	+

7a Azione programmata - Percorsi e protocolli

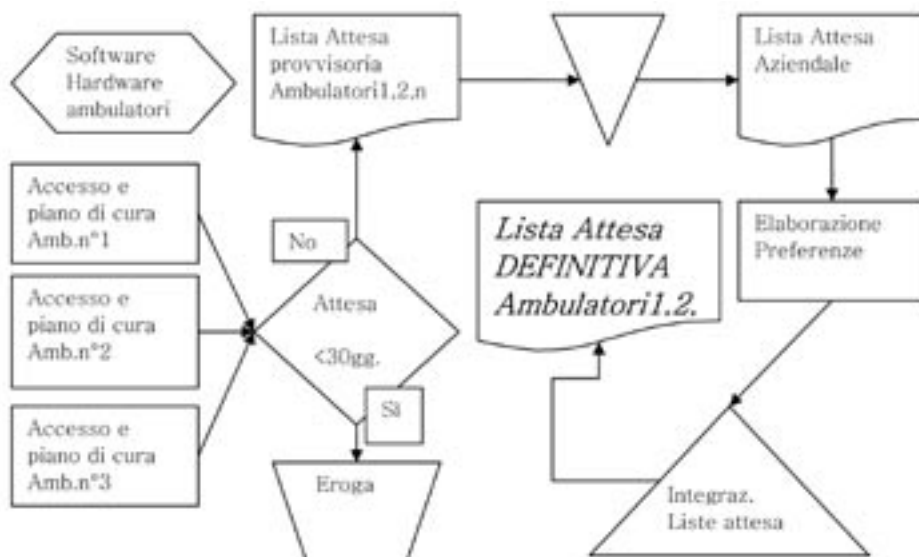
Articolazioni di struttura e nuovo sistema premiante (del. 367) controlli quantitativi e qualitativi.

Motivazione dell'azione

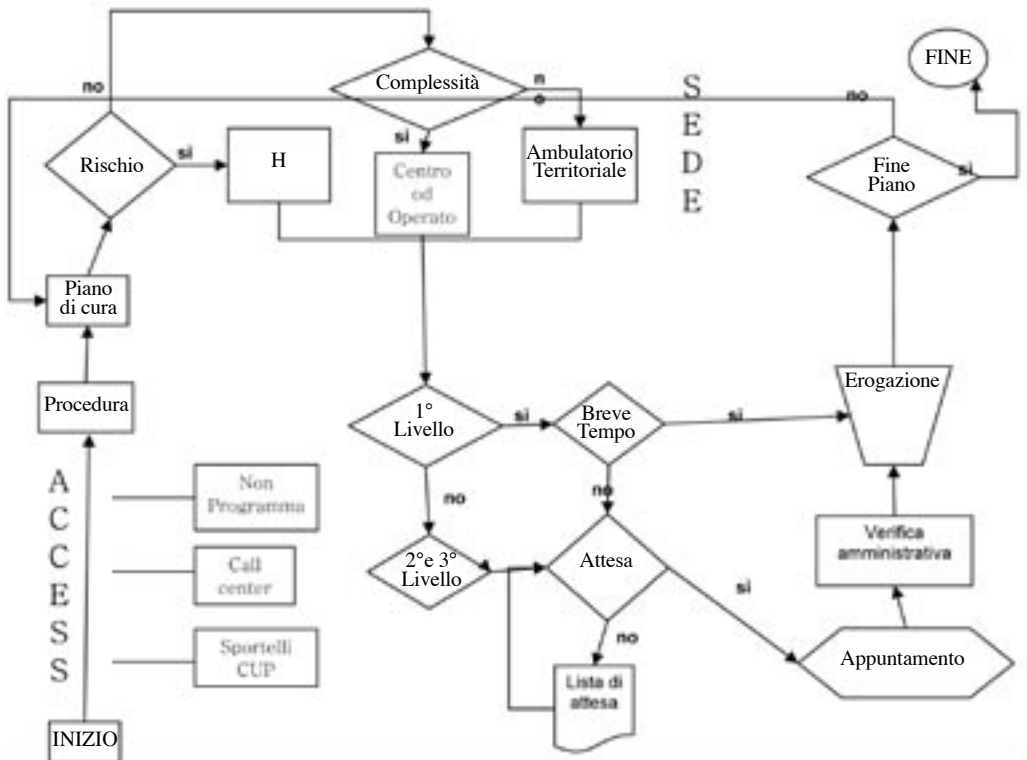
Percorsi e protocolli: omogeneizzare ed integrare assistenza per assicurare appropriatezza efficacia ed efficienza

Obiettivi specifici / Risultati attesi

LISTA DI ATTESA ORTODONZIA



PERCORSO ASSISTENZIALE SOGGETTI A RISCHIO:



Suddividere gli obiettivi in fasi

Percorsi e protocolli

- Identificazione attività critiche
UFMA Odontostomatologia (Coordinamento)
- Costituzione gruppi di lavoro
UFMA Odontostomatologia, VRQ
- Elaborazione protocolli
UFMA Odontostomatologia, VRQ
- Condivisione protocolli operativi
UFMA Odontostomatologia VRQ
- Applicazione protocolli operativi
UFMA Odontostomatologia VRQ

Dicembre 2005

Gennaio 2006

Aprile 2006

Giugno 2006

Settembre 2006

Scheda economico finanziario

7-Percorsi e protocolli Nessun costo diretto

2f) Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo

N°	Nome.....	Descrizione.....	Effetto
7.1	Numero PER	N°percorsi / fattispecie identificate	+
7.2	Numero PROT	N° Protocolli / fattispecie identificate	+

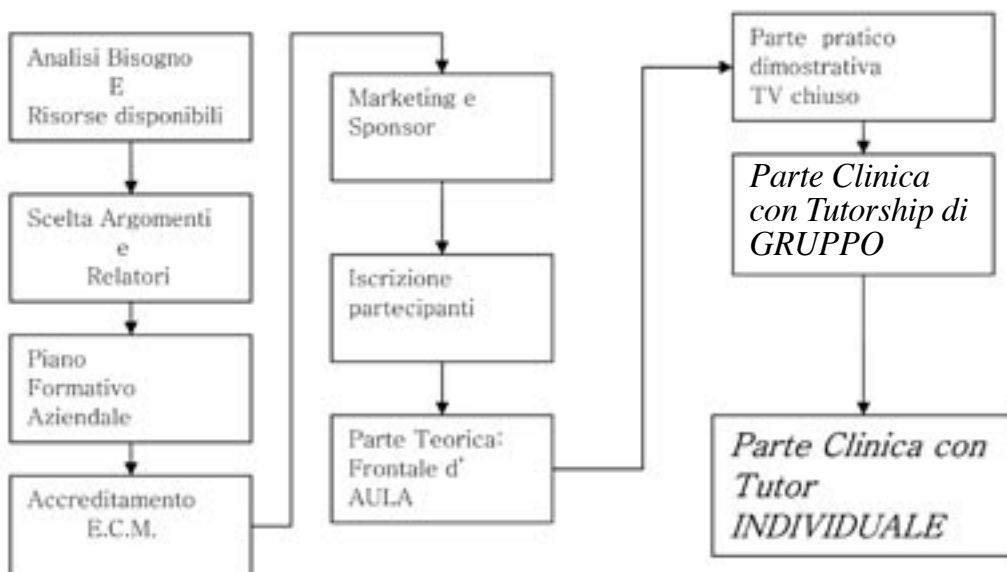
8a Azione programmata - Formazione

- Prosecuzione formazione infermieristica
- Acquisto Corso formazione in Protesi con Università Siena e Firenze
- Vendita Corsi pratici di formazione in: Ortodonzia e Implantologia

Motivazione dell'azione

Formazione: Innalzamento competenze, motivazione, immagine, introiti

Obiettivi specifici / Risultati attesi



Suddividere gli obiettivi in fasi

Formazione

- Analisi bisogni formativi e mercato
UFMA Odontostomatologia, UO Formazione
- predisposizione
UFMA Odontostomatologia, UO Formazione
- accreditamento ECM
UO Formazione
- Esecuzione
UO Formazione UFMA Odontostomatologia

Settembre 2005

Novembre 2005

Febbraio 2006

Marzo 2006

Scheda economico finanziario

8-Formazione: Utile 5.000 / 10.000

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo

N°	Nome.....	Descrizione.....	Effetto
8.2	Iscritti FOR	N° Iscritti / OBTV 20	+
8.3	Ricavi FOR	€Ricavo / OBTV €7.500	+

9a Azione programmata - Igienista

Contratto formazione od a progetto

Motivazione dell'azione

Igienista: Attuale inefficienza modello operativo, media appropriatezza, alta efficacia e deficienza

Obiettivi specifici / Risultati attesi

9- Igienista: Sostituzione *equipe* operativa medico infermiere



Suddividere gli obiettivi in fasi

Scheda economico finanziario

9- Igienista: Utile 15.000

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo

N°	Nome.....	Descrizione.....	Effetto
9.1	Numero IGI	N°Detartrasi erogate da igienista / N° Detartrasi erogate	+
9.2	Ricavi IGI	€Ricavi igienista - €costo igienista/ OBTV 15.000	+

10a Azione programmata - Polo Libero Professionale

Nell'ambito di Polo Aziendale con sviluppo di attività libero professionale individuale ed a tariffa aziendale liberalizzata

Motivazione dell'azione

Polo Libero Professionale: Motivazione personale e utili, bassa appropriatezza, alta efficacia

Obiettivi specifici / Risultati attesi : Progetto esecutivo

Suddividere gli obiettivi in fasi:

Progettazione Polo Libera Professione

- Identificazione Sede
UFMA Odontostomatologia, Direzione Aziendale , SDS
- Analisi mercato e risorse
UFMA Odontostomatologia, Consulenze esterne
- Identificazione modello organizzativo
UFMA Odontostomatologia, Direzione Aziendale , SDS
- Identificazione modello gestionale
UFMA Odontostomatologia, Direzione Aziendale , SDS
- Valutazione economica

?
Febbraio 2006
?
?
?

Scheda economico finanziario

10-Polo Libero Professionale: Elevato costo di avvio ed utili successivi

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo

N°	Nome.....	Descrizione.....	Effetto
10.1	Progetto PLP	Progetto esecutivo /OBTV1	+

11a Azione programmata - Materiale

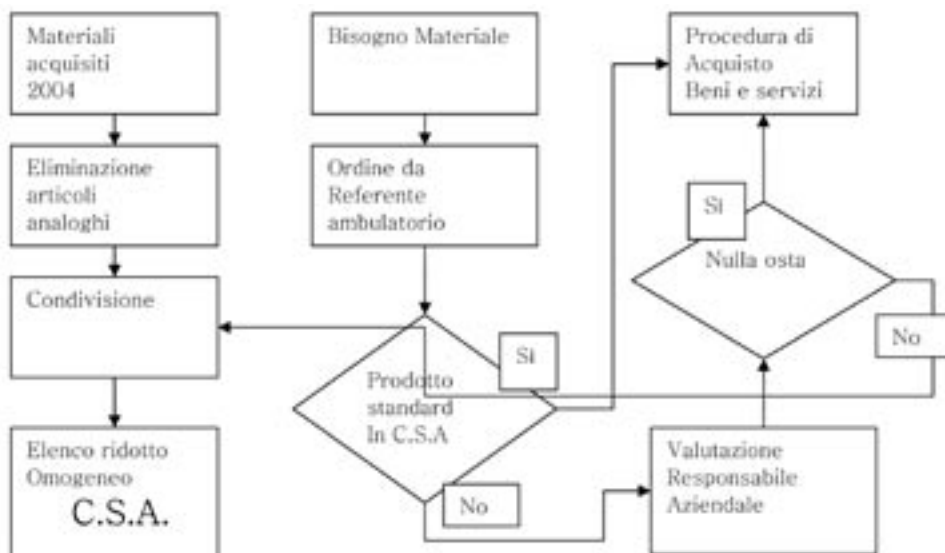
Introdurre visto tecnico - Ridurre catalogo- Rapportare ad attività

Motivazione dell'azione

Materiali: omogeneizzazione, risparmio,

Obiettivi specifici / Risultati attesi

11- Materiali Elaborazione di elenco uniforme e condiviso



2d) Suddividere gli obiettivi in fasi

Gestione Materiali consumo

- Raccolta consuntivo
UO Provveditorato, UFMA Odontostomatologia
- Costituzione catalogo standard aziendale
UFMA Odontostomatologia
- Condivisione catalogo
UFMA Odontostomatologia
- Riprogettazione procedura acquisto specifica
UFMA Odontostomatologia, Provveditorato, Direzione

Settembre 2005

Marzo 2006

Marzo 2006

Scheda economico finanziario

11-Materiali: Risparmio stimato 5/15.000

Quali sono i criteri di accertamento e monitoraggio dei risultati: indicatori di risultato e indicatori di processo

N°	Nome.....	Descrizione.....	Effetto
11.1	Catalogo mat	Costituzione catalogo materiale / OBTV 1	+
11.2	Completo mat	€acquisti standard / €acquisti extra	+

3.9 Progetto CH.A.T (CHeck list for Autism in Toddlers)

Premessa

All'interno del percorso assistenziale sulla presa in carico dei disturbi dello spettro autistico, elaborato dall'ASL 10, la rete con i Pediatri di Libera Scelta è il primo momento per garantire una precoce ed appropriata segnalazione dei bambini che presentano alcuni segnali significativi per tale patologia. La collaborazione con i pediatri LS, per raggiungere l'obiettivo della diagnosi precoce, ha previsto una sperimentazione, descritta successivamente, con 10 pediatri, attraverso l'utilizzo della CH.A.T.

L'Autismo può essere definito come un disturbo dello sviluppo le cui tipiche manifestazioni configurano un particolare fenotipo cognitivo-comportamentale nell'ambito dei Disturbi Pervasivi di Sviluppo (DPS) che, secondo le correnti classificazioni compromettono le tre seguenti aree (Rapin, 2003) :

- relazioni sociali ed empatia
- comunicazione, linguaggio ed immaginazione
- flessibilità mentale e gamma di interessi (che risultano anomali, ripetitivi e stereotipati).

Nel DSM-IV vengono definite 5 possibili diagnosi per la categoria dei DPS:

- Disturbo Autistico
- Disturbo di Rett
- Disturbo Disintegrativo della Fanciullezza
- Disturbo di Asperger
- Disturbo Generalizzato dello Sviluppo Non Altrimenti Specificato (incluso l'Autismo Atipico).

La categoria dell'ICD-10 "Sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico" (F84) comprende le seguenti sindromi:

Autismo Infantile
Autismo Atipico
Sindrome di Rett
Sindrome Disintegrativa di altro tipo
Sindrome Iperattiva associata a Ritardo Mentale
Sindrome di Asperger

Altre sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico

Sindrome non specificata da alterazione globale dello sviluppo psicologico

Attualmente comunque non esistono criteri diagnostici tali da permettere una netta distinzione fra le varie categorie, persistendo una quota di casi la cui descrizione presenta sovrapposizioni ed evidenzia caratteristiche cliniche diversificate che vanno dal Disturbo Autistico (DA) al Disturbo Generalizzato di Sviluppo Non Altrimenti Specificato (DPS-NAS).

Attualmente si ritiene che la genesi dei DPS e quindi anche del DA, sia multifattoriale.

La frequenza del DA (che per definizione esordisce prima dei 3 anni) è di circa 4-5 volte più alta nei soggetti maschili i rispetto alle femmine. La prevalenza del DA è 2 - 5 casi su 10.000 (studi più recenti, ma meno controllati, sembrano indicare una prevalenza maggiore: non è tuttavia chiaro se questi dati, che possono arrivare anche a 20 su 10.000, si riferiscano al Disturbo Autistico o ad altre forme, eventualmente più sfumate, del così detto "spettro autistico").

Il rischio di disturbo artistico è più elevato nei fratelli di persone affette, con una incidenza di circa il 5%. Nessuna correlazione è stata dimostrata con il livello socio culturale della famiglia. Nel 33% dei casi è possibile un certo grado di indipendenza in età adulta.

Nel DA le anomalie si manifestano entro i tre anni di età. Nella maggior parte dei casi non c'è un periodo chiaramente normale, anche se nel 20% circa dei casi i genitori riferiscono uno sviluppo relativamente adeguato fino ai due anni di età.

Il DA è un disturbo grave dello sviluppo con caratteristica di cronicità; spesso risulta associato ad altre patologie mediche, per lo più neurologiche (nel 75% dei casi associato a Ritardo Mentale) e presenta una diversa prognosi ed evoluzione soprattutto in rapporto al livello di funzionamento cognitivo del bambino e agli interventi psicopedagogici realizzati.

Come patologie croniche ed invalidanti dello sviluppo, il DA ha un significativo peso assistenziale ed un elevato costo sociale per le condizioni di disabilità che realizzano nelle forme più gravi.

Una diagnosi precoce di autismo (all'età di 18 mesi l'autismo presenta un quadro sintomatologico che, benché variabile, può essere ricercato e sospettato) può permettere un intervento terapeutico atto a bloccare l'evoluzione della malattia verso forme gravi ed invalidanti.

La presa in carico precoce dei bambini autistici offre molteplici vantaggi:

- possibilità di migliorare le performances intellettuali e l'eloquio
- possibilità di pianificare un trattamento educativo personalizzato
- possibilità di pianificare un trattamento educativo e l'aiuto alla famiglia

Sulla base di questi principi la *Checklist for Autism in toddlers* si propone come agile e veloce strumento di *screening*, a disposizione del pediatra, per il riconoscimento tempestivo dei sintomi e/o segni suggestivi di autismo.

Dati epidemiologici di Firenze

Nell'Azienda USL di Firenze si è svolta una ricerca negli anni 2002-2003 "Diagnosi precoce e presa in carico multifocale ed efficace delle sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico" che si è posta un duplice obiettivo: rilevare il numero di bambini con diagnosi F84 (ICD10) in età 0-6 anni in carico ai servizi e quali trattamenti ricevessero.

Il campione è stato di 40 bambini che avevano compiuto 6 anni al 31/12/2002, che, rapportato alla popolazione della USL10 di pari età (46.105) dà un tasso di prevalenza di 8,6 per 10.000, in perfetta linea con le percentuali nazionali e internazionali.

Prevenzione

La prevenzione si può articolare in tre livelli:

Primario: insieme di provvedimenti atti a contenere l'incidenza della patologia. Si attua mediante interventi di promozione della salute psicofisica, a tutela della gravidanza e del neonato; inoltre con informazione e consulenza genetica alle famiglie in cui vi sia un soggetto affetto da patologia accertata.

Secondario: insieme di provvedimenti che consentano una rilevazione precoce dei segni e sintomi caratteristici della patologia, che anticipino la diagnosi e la presa in carico del bambino e della famiglia, al fine di un miglioramento della prognosi.

Terziario: provvedimenti mirati a ridurre gli effetti disabilitanti della patologia nel contesto psico-sociale (familiare, scolastico, lavorativo e ricreativo) per un miglioramento della qualità della vita del paziente e della sua famiglia, fornendo un sostegno all'integrazione sociale, anche attraverso una corretta informazione sulla patologia nell'ambiente frequentato dal soggetto, e favorendo l'acquisizione della maggiore autonomia possibile.

Il programma previsto da questo progetto proposto dal Gruppo autismo dell'ASL 10 attua una strategia di prevenzione secondaria portata avanti dai PDF (Pediatri Di Famiglia) che completa quella primaria da loro già sostenuta nell'ambito della loro attività di promozione della salute psico-fisica. Le strategie di prevenzione terziaria sono evidentemente di competenza dei servizi dell'Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia Adolescenza (UFSMIA) dell'Azienda Sanitaria di Firenze.

Diagnosi precoce

Diversi test di *screening* sono stati proposti, generalmente con l'intento di aiutare i Pediatri ad identificare precocemente, tra i loro pazienti, quelli ad alto o medio rischio per DPS e

permettere un loro invio tempestivo allo specialista:

- CHAT (Checklist for Autism in Toddlers), indicata ai 18 mesi di vita, è stata elaborata nel 1992 da Baron Cohen et al. ed ampiamente utilizzata per lo screening in Gran Bretagna.
- M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers), proposta da Robins et al., 2001.
- PDDST (Pervasive Developmental Disorders Screening Test), formulata da Siegel, 1998.

Dall'analisi delle caratteristiche dei test, descritte in letteratura, a fronte di alcuni vantaggi, emergono alcuni limiti: bisogna considerare, infatti, che se i falsi negativi sono molti, significa che lo strumento utilizzato non è in grado di rilevare un buon numero di casi; in questi bambini, esclusi ad una prima osservazione, paradossalmente la diagnosi potrebbe venire ritardata piuttosto che anticipata.

Pertanto, poiché solo a fronte di una elevata sensibilità e specificità di un test si può contare su un programma di *screening* efficiente, che coniughi il grosso impegno richiesto, sia di tipo organizzativo che professionale, con la validità degli esiti finali, l'affidabilità degli strumenti a disposizione va attentamente valutata.

Proponiamo, quindi, un progetto che preveda la rilevazione dei primi sintomi di allarme per l'Autismo da parte del PDF.

Tale progetto sarà costituito da una fase di formazione e sensibilizzazione e da una fase di realizzazione della CHAT quale strumento attualmente maggiormente condiviso di diagnosi precoce dei DPS.

In allegato la Check list adattata ad uso del PDF.

Lo screening va effettuato al 18° mese di vita.

A tale età (con un range di +/-3 mesi) i PDF effettuano un Bilancio di Salute, con il quale verificano che la crescita sia corretta, ricercano segni o sintomi di eventuali patologie motorie o sensoriali ed attuano interventi di educazione sanitaria. In tale occasione può essere inserito lo screening come modulo aggiuntivo.

La partecipazione dei PDF al progetto sarà su base volontaria e la retribuzione spettante verrà concordata nel Comitato Aziendale per la Pediatria.

Percorso diagnostico

La diversità dei profili clinici dei DPS, il loro esordio precoce e la eziopatogenesi multifattoriale rendono complessa la diagnosi e necessaria l'acquisizione di un approccio integrato e multiprofessionale nel percorso diagnostico.

L'approfondimento diagnostico e l'indagine eziologica vanno considerati all'interno del percorso di continuità assistenziale.

I Servizi per l'infanzia (UFSMIA: NPI e Gruppo Autismo) svolgono la valutazione diagnostica dei bambini inviati dai PDF sulla base di un sospetto clinico di DPS o comunque di disturbo precoce dello sviluppo.

La valutazione diagnostica sviluppata all'interno dell'UFSMIA è finalizzata ad un inquadramento diagnostico e funzionale, ad una prognosi di sviluppo e ad un progetto terapeutico-riabilitativo.

In questa fase, che va dall'accoglienza della famiglia e del bambino alla formulazione di una diagnosi clinica, è previsto l'intervento di diverse figure professionali che concorrono alla valutazione secondo un approccio integrato di competenze e di risorse.

I Servizi **si impegnano a garantire una prima visita entro** un tempo di 15 giorni dall'invio, assicurando una priorità di accesso per i bambini inviati dai PDF. Il percorso diagnostico che, per la complessità e le caratteristiche del disturbo, può anche richiedere per la formulazione della diagnosi finale un tempo medio di 3-6 mesi, prevede comunque l'avviamento di interventi a valenza terapeutico-riabilitativa e di accertamenti diagnostico-eziologici del caso da parte del NPI.

Piano dell'intervento di *screening* per il disturbo autistico

1. Integrazione funzionale fra i diversi professionisti e presidi sanitari

Il Gruppo autismo dell'UFSMIA, composto da NPI, Psicologo, Terapista della Riabilitazione (logopedista, psicomotricista, educatore professionale), Assistente Sociale, nei Servizi che effettuano la presa in carico dei bambini con disturbi evolutivi o disabilità, mette a disposizione diverse competenze specialistiche, che si affiancano ad una prassi di inserimento nei contesti educativi e sociali, perseguita con impegno di risorse, tecniche e di personale. Alle famiglie sarà fornita ampia informazione sulle caratteristiche del percorso di cura ed assistenza.

Si ritiene necessario garantire al PDF la restituzione della diagnosi e la condivisione del progetto terapeutico proposto. La presentazione del progetto alla famiglia deriverà da questa integrazione fra professionalità. L'invio concordato e l'interscambio fra le diverse strutture assicura l'esame del caso clinico in tutti i suoi aspetti, il confronto e, avendo a disposizione tutti gli elementi di conoscenza del bambino, la formulazione un progetto terapeutico partecipato e condiviso.

2. Classificazione diagnostica

Per favorire criteri di omogeneità nella definizione diagnostica si propone l'utilizzo di un sistema di riferimento comune tra le diverse figure professionali coinvolte. Che può essere individuato attraverso un sistema di classificazione condiviso (DSM IV, ICD-9 ed ICD-10).

3. Diagnosi precoce

Nell'attività professionale il pediatra può vantaggiosamente avvalersi di strumenti che facilitino la diagnosi precoce, come potrebbe essere il caso dei disturbi di sviluppo e, tra questi, il Disturbo Autistico. Lo strumento usato in tal caso (Check list for Autism in Toddlers) è agile e utilizzabile nell'ambulatorio pediatrico.

Il test prevede due fasi distinte, una di domande ai genitori sul comportamento del bambino, l'altra di interazione con il piccolo al fine di valutare le sue capacità comunicative, il suo linguaggio, la sua immaginazione, la possibilità di essere interessato a qualcosa. I tempi medi previsti per la sua esecuzione si aggirano intorno ai 15-20 minuti.

Al termine della valutazione verrà riempita una scheda con gli items osservati e saranno tirate le dovute conclusioni. Tale scheda sarà inviata alla zona distretto entro il 15 del mese successivo insieme ai Bilanci di Salute. Potrebbe prevedersi un invio mediante mezzi informatici della scheda suddetta.

4. Invio al secondo livello

In seguito alla positività dello screening il bambino verrà inviato all' UFSMIA (NPI e Gruppo autismo) dell'Azienda che rappresenterà il 2° livello specialistico. Per tale invio saranno previsti dei percorsi preferenziali in modo da ottenere in breve tempo una valutazione neuropsichiatrica.

5. Formazione

Si ritiene che i test di screening per DPS debbano essere conosciuti ed approfonditi dai PDF all'interno di un percorso formativo specifico finalizzato ad una condivisione dei criteri corretti per una osservazione diretta di un bambino di 18 mesi.

Sintesi operativa

Obiettivi:

- Utilizzo della CHAT come strumento di screening per la formulazione di un sospetto diagnostico di autismo da parte del PDF al 18° mese di vita.
- Riduzione dell'età media di diagnosi del disturbo autistico che attualmente si colloca intorno ai 3 anni.
- Attivazione rapida di un piano di trattamento educativo e riabilitativo.

Attori:

Pediatrati di famiglia, neuropsichiatri infantili dei servizi territoriali, gruppo autismo.

Mezzi:

- Corso di formazione per i pediatri di famiglia dedicato alle problematiche dell'autismo e alla spiegazione delle modalità di utilizzo della CHAT. Tale corso sarà programmato e realizzato da un team formato da NPI e Pediatri di famiglia.
- Utilizzo da parte del PDF della Chat durante il bilancio del 18° mese (per il quale il singolo pediatra dovrà prevedere tempi di visita più lunghi) mediante la somministrazione ai genitori del questionario e osservazione diretta del bambino così come previsto dalle schede allegate.
- Segnalazione e invio attraverso un canale preferenziale al 2° livello territoriale UFSMIA (servizi di NPI e Gruppo autismo).
- Prima visita da parte dei servizi di NPI entro gg 15 dalla segnalazione e conseguente attivazione del percorso diagnostico-terapeutico.
- Scambio comunicativo bidirezionale fra PDF e Gruppo autismo (cartaceo, telefonico, telematico) sullo stato di salute del bambino.

Indicatori:

- Numero dei pediatri di libera scelta che aderiscono al progetto/ numero totale dei pediatri di libera scelta dell'azienda
- Numero dei bambini sottoposti alla chat nell'arco di un semestre / numero totale dei bambini, dei pediatri aderenti al progetto, che avranno 18 mesi di età nel periodo di osservazione.
- Numero di bambini con sospetto autismo/ numero di bambini sottoposti alla chat.
- Numero di bambini con diagnosi di autismo / numero di bambini inviati per sospetto autismo.

Modalità di rilevazione degli indicatori a cura della Azienda sanitaria locale

Costi:

Compenso economico aggiuntivo al bilancio del 18° mese per il pediatra di famiglia da concordare al tavolo tecnico aziendale.

Corso di formazione Aziendale per pediatri di famiglia e operatori dei servizi di neuropsichiatria.

Risultati della sperimentazione portata avanti da un gruppo di circa 10 pdf

Dal 1° marzo 2005 al 30 aprile 2005, 10 Pediatri di Famiglia hanno eseguito lo screening qui proposto nei bambini di 18 mesi +/-90 giorni che giungevano alla loro osservazione per il Bilancio di Salute previsto a tale età.

Le osservazioni totali sono state N° 96 di cui circa 16 non compilate giustamente facendo ritenere necessario un modello più snello di compilazione: 1 sola colonna in cui indicare gli items patologici e le conclusioni finali, come già attuato nel modello allegato. Nessuna CHAT è risultata patologica, 4 a rischio moderato di autismo.

Lo stesso operatore ha spesso indicato come patologici gli stessi items, da cui deduciamo l'esigenza di formazione approfondita per l'esecuzione della CHAT. Inoltre, talvolta la frequente differenza fra osservazione riferita e diretta ci sembra indicare la necessità di una formazione sulle tecniche dell'intervista.

E' risultata frequente l'incapacità a creare la torre di cubi, non legata ad altri deficit o ritardi, ma solo alla non adeguatezza dei materiali usati, quindi riteniamo necessario standardizzare gli oggetti come cubi e recipienti.

I commenti dei Pediatri di Famiglia sono stati i seguenti:

1. Rafforza l'empatia con le mamme
2. Non facile l'interazione con il bambino di quella età
3. Tempo del bilancio molto allungato
4. Necessità di conoscere il significato degli items secondari (uso inappropriato dei giocattoli, non interesse per gli altri bambini, non arrampicatura su mobili e sedie, non giochi tipo cucù o nascondino...)

Criteria di screening per la valutazione del rischio di autismo in relazione alle risposte alla "ch.a.t."

Gruppo ad alto rischio di autismo

Il bambino non presenta nessuno dei comportamenti seguenti:

- Pointing protodichiarativo (negative le domande A7 e B4)
- Monitoraggio dello sguardo (negativa la domanda B2)
- Gioco di finzione (negative le A5 e B3)

Gruppo a moderato rischio di autismo

Il bambino:

- Non presenta pointing protodichiarativo (negative le domande A7 e B4)
- Presenta almeno uno degli altri tre items (affermative le domande A5 e/o B2 e/o B3)

Gruppo a rischio di ritardo di sviluppo

Il bambino:

- Presenta il monitoraggio dello sguardo (affermativa la domanda B2)
- Non presenta gli altri items (negative le domande A7 + B4 + o - A5 + B3)

PROGETTO CHAT

CHECKLIST PER L'AUTISMO NEI BAMBINI

DATA..... NOME.....

PARTE A: domande per i genitori

1	Al vostro bambino piace essere cullato, fatto saltellare sulle ginocchia	
2	Vostro figlio si interessa agli altri bambini?	
3	Gli piace arrampicarsi sui mobili e sulle scale	
4	Si diverte a fare giochi tipo "nascondino"?	
5	Ogni tanto gioca a "far finta" di preparare da mangiare o altro?	
6	Ogni tanto usa il dito per indicare o chiedere qualcosa?	
7	Ogni tanto usa il dito per indicare interesse per qualcosa?	
8	E' in grado di giocare in modo appropriato con giocattoli (es. macchinine o mattoncini) oltre che metterli in bocca o manipolarli o farli cadere?	
9	Il vostro bambino vi porge ogni tanto oggetti per farveli vedere?	

Parte B: osservazione ed interazione col bambino

1	Durante la visita il bambino vi fissa mai negli occhi?	
2	E' possibile ottenere l'attenzione del bambino, indicare poi un oggetto interessante, , segrarlo col dito e nominarlo con un "Oh, guarda..." e osservare che il bambino effettivamente si gira a guardare ciò che gli è stato indicato?	
3	E' possibile interessare il bambino a un gioco di finzione, ad esempio preparare qualcosa da bere o mangiare?	
4	Chiedendogli "Dov'è la luce?" o "Mostrami la luce", ripetendo eventualmente la domanda con un altro oggetto conosciuto (es. l'orsacchiotto), il bambino riesce ad indicare con il dito e contemporaneamente a guardarvi in faccia?	
5	Riesce a fare una torre?	
6	Con quanti cubi?	
7	Risponde se chiamato per nome?	

Conclusioni

Pointing protodichiarativo	A7	assente	assente	assente	assente	presente
	B4	assente	assente	assente	assente	presente
Monitoraggio dello sguardo	B2	assente	presente	assente	assente	presente
Gioco di finzione	A5	assente	assente	presente	assente	assente
	B3	assente	assente	assente	presente	assente
Conclusioni		Alto rischio	Moderato rischio	Moderato rischio	Moderato rischio	Ritardo di sviluppo