

Indirizzi per l'atto di avvio per la predisposizione del PIS

2008-2010

1. Atto di avvio e Piano Integrato di Salute.....	2
2. Gli indirizzi della programmazione sociale e sanitaria	3
3. La partecipazione e la concertazione	5
4. La comunicazione	6
5. Le risorse.....	7
6. Il contesto locale: dati statistici sullo stato di salute della popolazione a Firenze.....	9

1. Atto di avvio e Piano Integrato di Salute.

Il presente documento costituisce l'**atto di avvio** del Piano Integrato di Salute di Firenze per il triennio 2008-2010 in coerenza con le indicazioni regionali e gli atti costitutivi della Società della Salute di Firenze. L'atto contiene gli indirizzi per la predisposizione del PIS 2008 -2010 e una ipotesi di massima delle risorse messe a disposizione per la sua realizzazione.

L'atto di avvio è adottato in una fase nella quale, a conclusione del percorso di sperimentazione, la Società della Salute, attraverso l'emanazione di apposita legge regionale, dovrebbe essere riconosciuta come modello di programmazione e governo effettivo in ambito locale dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari territoriali. Con tale documento normativo il Piano Integrato di Salute potrà essere altresì definito quale **strumento unico di programmazione della zona distretto**.

Un tempo, quello della durata della sperimentazione, che consente di dare atto che le Società della Salute sono state capaci di avviare in numerosi settori azioni di definizione di percorsi integrati e innovativi, anche attraverso forti momenti collaborativi delle varie istanze istituzionali, di confronto pubblico e di coinvolgimento degli operatori e delle componenti tutte del terzo settore .

Il PIS, come da delibera della GRT n. 682 del 12/07/04," Linee guida per la realizzazione dei piani integrati di salute", - si ricorda - è lo strumento di programmazione integrata delle politiche sociali e sanitarie a livello di zona-distretto, che si coordina, attraverso i suoi progetti, con gli strumenti di programmazione e indirizzo locali e con gli strumenti amministrativi di competenza dei comuni nei vari settori che incidono sulle condizioni di benessere della popolazione.

Nel PIS vengono definiti gli obiettivi di salute, di sistema e di integrazione, le priorità che la Società della Salute intende conseguire con i relativi programmi di spesa; vengono determinati standard quantitativi da raggiungere e attivata la modalità di lavoro per progetti, nonché strumenti per valutarne il raggiungimento.

2. Gli indirizzi della programmazione sociale e sanitaria

La salute è un elemento basilare per una crescita economica e sostenibile, gli investimenti in salute attraverso un approccio intersettoriale non solo offrono nuove risorse per la salute ma anche benefici importanti, contribuendo nel medio periodo allo sviluppo sociale ed economico complessivo.

Occorre quindi assumere la **salute come obiettivo di fondo** che dovrà ispirare ogni politica e ogni livello di programmazione.

In quest'ottica sia nell'aggiornamento del Piano Sanitario Regionale 2008-2010 che nel Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010 si ritrova la decisione di una **programmazione regionale unitaria per le politiche relative all'alta integrazione** consentendo al contempo un possibile loro riallineamento anche rispetto alla validità temporale dei due diversi Piani.

Il **superamento delle visioni settoriali** diviene così elemento fondante di questa nuova stagione programmatica regionale il cui respiro di valori e di interventi non potrà che influenzare le singole programmazioni territoriali (Piani integrati di salute di zona distretto).

E' quindi da tali documenti che questo atto prende ispirazione, riconoscendosi nelle linee di indirizzo negli obiettivi di benessere individuati, nei modelli organizzativi enunciati quali strumenti di equità e di difesa dei diritti di cittadinanza.

E' interessante rilevare come, coerentemente con quanto sopra affermato l'offerta dei servizi sul territorio dovrà essere sempre più tesa a superare barriere settoriali fra le persone, gli operatori, i percorsi di assistenza, diventando un principio cardine insieme ai criteri di **uguaglianza**, intesa come abbattimento delle difficoltà di accesso al sistema di offerta dei servizi sociosanitari (universalistico e solidale), a quella di sviluppo di una comunità accogliente e capace di offrire integrazione, che lotti contro le discriminazioni, dia sostegno all'autonomia delle persone con disabilità, dedichi particolare attenzione alle fasce svantaggiate della popolazione.

Questi obiettivi, assieme ad un più forte concetto di **umanizzazione**, vista come superamento delle criticità burocratiche all'accesso, al **diritto alla salute** per ogni singolo cittadino, nel senso della riduzione delle frammentazioni e delle diversità dei luoghi di cura e di presa in carico per favorire la più piena fruibilità dei servizi sono invocati come strategici in cui anche questa Società della Salute pienamente si riconosce.

Oltre a questi principi fondanti, dai documenti regionali emergono con forza anche concetti quali **appropriatezza, qualità, produttività, sanità d'iniziativa** per creare un

sistema capace di intercettare il bisogno al suo nascere, di operare sul rischio prima che questo divenga esclusione o malattia evitando che di tali “patologie” il sistema si faccia carico solo quando sfociano in eventi di disagio, di crisi o di ricovero e ciò secondo il concetto **di produrre salute piuttosto che consumare assistenza**.

Emerge con chiarezza che gli atti regionali intendono, sulla base di questi principi; dare una forte accelerazione nel rafforzamento del cosiddetto “**secondo pilastro**” della salute cioè di una **organizzazione territoriale dei servizi** che consenta di garantire la difesa dei diritti di cittadinanza e di far ricorso all’ospedale solo “quando” e “quanto” serve, incrementando l’assistenza sul territorio per migliorare non solo la qualità ma anche ridurre i costi dell’assistenza.

Massima attenzione in questa ottica, viene data – anche sulla base delle evidenze epidemiologiche - alle patologie croniche ed alla qualità della vita conseguente, una morbilità per la quale si deve impostare una organizzazione in grado di **offrire assistenza al domicilio**, evitare il ripetersi della ospedalizzazione prevenendone i sintomi ed evitando il loro aggravarsi, sia attraverso la presenza dei professionisti sanitari territoriali ai vari livelli che incrementando le competenze dei cittadini pazienti, supportati anche da tecnologie avanzate per aiutarli nel rilevamento di parametri essenziali al controllo della malattia ed al sostegno sociale e del soccorso.

Le linee fondamentali che ne emergono, che sono anche la reale sfida per i prossimi anni, sono quelle di affrontare tutte le forme di mancanza di autonomia e ciò potrà avvenire **solo attraverso il rafforzamento dell’assistenza sul territorio in un sistema capace di assicurare che l’assistenza ospedaliera e quella assistenziale territoriale si interfaccino nell’interesse della persona e del corretto utilizzo dei servizi**. Un territorio attrezzato anch’esso per livelli di intensità assistenziale, dall’assistenza integrativa, alla assistenza domiciliare programmata, sociale e integrata, dai centri diurni alle cure intermedie, alla residenzialità. Un territorio che sviluppi – anche attraverso la progettazione e la riprogettazione strutturale ed organizzativa – strutture di base, integrate all’interno del sistema delle cure primarie, cui afferiscano i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i medici della continuità assistenziale.

Sulla base di quanto enunciato nei documenti regionali, il Piano Integrato di Salute dovrà indicare quindi gli obiettivi del triennio in un quadro che, confermando i principi e i criteri suddetti, garantisca l’attuazione dei **Livelli Essenziali di Assistenza** nella zona e realizzi i **Livelli Essenziali di cittadinanza** a partire dal **Fondo unico per la non autosufficienza** per aumentare l’appropriatezza delle risposte ai bisogni delle persone non

autosufficienti e delle loro famiglie, assicurando certezza su tempi, qualità e quantità dei servizi.

Il Piano Integrato di Salute dovrà inoltre indicare le interazioni con gli altri strumenti di programmazione territoriale che incidono sui determinanti non sanitari della salute, a partire dal Piano Strutturale, promuovendo l'individuazione di obiettivi integrati di intervento, in politiche che incidono fortemente sulla salute attraverso l'adozione di corretti stili di vita (movimento, alimentazione, lotta al fumo ed al consumo di alcool e di droga ecc.) anche da realizzare attraverso il laboratorio sugli Stili di vita, recentemente realizzato dalla Società della Salute di Firenze in collaborazione con l'Azienda Sanitaria, con particolare riferimento alla Prevenzione ed alla Educazione alla Salute ed altri partner fortemente significativi nel settore, l'epidemiologia sanitaria, l'ambiente, la Scuola, oltre che con l'Università.

Dal punto di vista metodologico, il Piano verrà predisposto sotto forma di materiale in "progress", affinché venga diffuso e costruito anche attraverso la collaborazione degli operatori e con le varie istanze della partecipazione formale e informale, nonché nei tavoli di concertazione previsti per realizzare una formulazione definitiva partecipata e condivisa.

3. La partecipazione e la concertazione

Come enunciato nell'Atto costitutivo e nello Statuto, il Consorzio in applicazione dei principi del Piano Sanitario Regionale e degli atti di indirizzo per la sperimentazione della Società della Salute, ha come obiettivo quello di promuovere la più ampia partecipazione della cittadinanza e dei soggetti pubblici e privati che operano sul territorio nel campo dell'assistenza sociosanitaria. A tal fine sono stati istituiti la Consulta del Terzo Settore e il Comitato di Partecipazione, è stato firmato un protocollo d'intesa fra il Consorzio e le Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona presenti su Firenze, così come è stata firmata un'intesa fra SdS e Sindacati.

Nell'ambito degli indirizzi individuati dalla Giunta della SdS, come indicato nei regolamenti del Comitato e della Consulta, questi organismi sono chiamati a formulare specifiche proposte per la predisposizione degli atti di programmazione e ad esprimere un parere sulla bozza di PIS. Incontri preventivi all'approvazione del PIS verranno effettuati anche con le cooperative sociali e le associazioni di categoria di livello cittadino, così come previsto nel documento "La costituzione degli Organismi della partecipazione della SdS di Firenze" approvato dalla Giunta della Società della Salute il 21 settembre 2005

Il Protocollo d'intesa firmato fra il Consorzio SdS e le Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona - Centro servizi di Montedomini e S.Silvestro, Sant'Ambrogio, Educatorio della SS.Concezione detto di Fuligno, il Bigallo e l'Istituto degli Innocenti di Firenze - regola invece la modalità di partecipazione al processo di programmazione di queste ultime, attraverso l'istituzione di una Conferenza di Programmazione Istruttoria convocata dal Presidente della SdS, anche su richiesta delle ASP stesse, in occasione dell'elaborazione del Piano Integrato di Salute e dei suoi aggiornamenti annuali, per acquisire specifici contributi programmatici ed eventuali progetti nei settori di attività di ciascuna ASP; inoltre le ASP potranno, singolarmente o in forma congiunta supportare la SdS nelle iniziative di informazione e comunicazione ai destinatari degli interventi e dei servizi del sistema integrato.

Nella fase di predisposizione del PIS, come previsto nell'intesa firmata fra SdS e sindacati saranno attivate anche forme di concertazione con le organizzazioni sindacali territoriali. Gli esiti della concertazione saranno sanciti da un verbale che verrà allegato agli atti di approvazione del PIS medesimo.

4. La comunicazione

E' indispensabile, considerando la complessità dello stesso PIS, la logica e la scommessa, tecnica ed ancora di più politica e di governo, che lo supporta, prevedere ed attivare, in ambito SDS, un sistema di Comunicazione con e verso tutti gli attori e le agenzie che a vario titolo contribuiscono a migliorare i livelli di Salute della Cittadinanza. La Comunicazione, nelle sue varie forme mediatiche, professionali, formative ecc., è sicuramente uno dei pilastri della partecipazione democratica.

In modo particolare la Comunicazione può incidere sull'informazione ai Cittadini circa le opportunità e le risorse disponibili ma anche li può coinvolgere in campagne mirate per la modifica positiva degli Stili di Vita.

Per questo motivo la Sds di Firenze assume l'obiettivo della informazione e della comunicazione ai cittadini come obiettivo strategico mirato alla crescita e allo sviluppo sociale.

5. Le risorse

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

Nel periodo di interesse del Piano Integrato di Salute (2008 -2010) le risorse, sulla base dei bilanci di previsione annuali e pluriennali dell'ASL e del Comune, del budget 2007 nonché delle quote consolidate di trasferimento del fondo sociale regionale sono in linea di massima identificabili come segue.

Piano Integrato di Salute di Firenze 2008 - 2010

Allegato - PIANO ECONOMICO-FINANZIARIO Pluriennale
 Scheda di Sintesi dei Livelli di assistenza integrata

LIVELLI DI ASSISTENZA INTEGRATA	2008			2009			2010		
	Totale ASL Zona FI	Totale Comune FI	Totale SdS FI	Totale ASL Zona FI	Totale Comune FI	Totale SdS FI	Totale ASL Zona FI	Totale Comune FI	Totale SdS FI
	A	B		A	B		A	B	
2 Assistenza Territoriale	237.980.501	70.848.466	308.828.967	239.170.403	71.202.709	310.373.112	240.366.255	71.558.722	311.924.977
2.2 Assistenza Farmaceutica	89.951.342	-	89.951.342	90.401.098	-	90.401.098	90.853.104	-	90.853.104
3 Assistenza ospedaliera	276.904.594	-	276.904.594	278.289.117	-	278.289.117	279.680.563	-	279.680.563
Totale livelli	604.836.436	70.848.466	675.684.902	607.860.618	71.202.709	679.063.327	610.899.921	71.558.722	682.458.643

Incidenza dei livelli di assistenza sul Budget Virtuale totale

Livelli di assistenza	2008 - 2010		
	Totale ASL Zona FI	Totale Comune FI	Totale SdS FI
2 Assistenza Territoriale	39,35%	100,00%	45,71%
2.2 Assistenza Farmaceutica	14,87%	0,00%	13,31%
3 Assistenza ospedaliera	45,78%	0,00%	40,98%
Totale livelli	100,00%	100,00%	100,00%

Nota: Gli importi sono al netto del costituendo Fondo per la non autosufficienza

Il PIS darà inoltre conto delle risorse coinvolte nei progetti di integrazione che coinvolgono risorse di settori

6. Il contesto locale: dati statistici sullo stato di salute della popolazione a Firenze

Dalla Relazione sullo stato di salute 2005 aggiornata per l'anno 2006 si possono evincere le principali linee strategiche che orienteranno gli obiettivi di salute nel prossimo Piano Integrato. Il quadro generale dello stato di salute della popolazione evidenzia infatti i punti di forza e di debolezza della condizione di benessere e di salute dei cittadini fiorentini sui quali fare agire le risorse del Piano attraverso specifici programmi operativi.

Si elencano qui di seguito, in estrema sintesi i dati di osservazioni salienti e le principali linee operative in atto) sulle quali si svilupperanno specifiche azioni progettuali.

Anziani

Il numero di residenti nella città di Firenze si riduce progressivamente da molti anni a causa di dinamiche demografiche legate alla bassa natalità, ad un progressivo invecchiamento della popolazione e ad un saldo migratorio negativo.

Il processo di invecchiamento demografico sta incrementando nella popolazione il contingente di anziani, soprattutto donne. La percentuale di anziani sul totale dei residenti, è passata da 24,40% nel 1999 a 25,96% nel 2006.

L'IRPET ha previsto che nel 2023 un quarto dei residenti toscani sarà over 65, "traguardo" raggiunto da Firenze in anticipo di 17 anni. I bisogni assistenziali sono acuiti dal fatto che una quota rilevante di anziani vive da solo; gli anziani soli sono 30.373, il 32% del totale anziani.

Applicando la prevalenza di non autosufficienza stimata dall'ARS, risulta che il 9,2% degli ultra65enni sono nonautosufficienti in almeno una attività della vita quotidiana legate alla cura di sé (BADL), e che i soggetti gravi, quelli cioè nonautosufficienti in tre o più di queste attività, si stimano essere poco più di 3.900.

Disabili

La concezione sociale di disabilità è cambiata nel tempo: essa non è più solo un attributo della persona, ma un insieme di condizioni potenzialmente restrittive derivanti da un fallimento della società nel soddisfare i bisogni delle persone e nel

consentire loro di mettere a frutto le proprie capacità (Commissione Europea, Delivering eAccessibility, 26/9/2002).

Considerando il numero di persone con certificazione di invalidità superiore ai 2/3, con certificazione di handicap (L104/1992) e le persone con esenzione ticket per invalidità superiore ai 2/3, si stimano in più di 6.200 i disabili adulti a Firenze ovvero 2,3 disabili ogni 100 residenti nella stessa fascia di età.

All'aumentare dell'età aumenta il numero di soggetti disabili. Si passa da quasi 8 disabili minori ogni 1.000 residenti minorenni ai quasi 53 soggetti disabili di età compresa tra i 55 e i 64 anni ogni 1.000 residenti nella stessa classe di età.

Tossicodipendenze

Dai risultati ottenuti dallo studio EDIT condotto dall'ARS emerge che il 33,2% dei giovani toscani dichiara di aver consumato una o più sostanze psicotrope illecite almeno una volta nella vita (il 38% dei maschi ed il 29,2% delle femmine).

Dal confronto per ASL di appartenenza, emerge che Firenze ed Empoli sono le ASL con prevalenza d'uso di sostanze illegali (rispettivamente il 41,9% ed il 41,8% della popolazione intervistata),

Nel 2005, gli utenti seguiti dai SerT sono stati 1.564 e di questi i nuovi utenti presi in carico sono stati 314 (rispettivamente pari a 11,7 e 2,4 utenti ogni 1.000 abitanti di età compresa tra 15 e 44 anni, la fascia di età presa come riferimento per la maggior rilevanza del fenomeno). Per entrambi i parametri i dati di Firenze risultano superiori ai valori delle altre tre Zone ed a quelli medi della Asl 10.

Salute mentale

Gli utenti dei servizi di salute mentale per adulti sono circa 5.900, di cui 1.924 nuovi utenti presi in carico. Si sono avuti 1.017 ricoveri in SPDC, in larghissima parte rappresentati da ricoveri ordinari (83,8%), relativi a 537 pazienti. Si stimano 220 pazienti in strutture residenziali psichiatriche (anno 2003)

Gli utenti dei servizi di salute mentale per infanzia-adolescenza sono stati più di 2.700, di cui 871 nuovi utenti.

Materno infantile e famiglia

Le famiglie sono sempre più piccole: mediamente sono composte solo da 2 individui.

Dal 2004 al 2005 il numero delle famiglie è aumentato grazie all'incremento delle famiglie con componenti extracomunitari

Le famiglie composte solo da un individuo sono il 43% delle famiglie totali, le monogenitoriali con figli il 13%, le coppie senza figli il 16% e le coppie con figli il 23%

La tutela materno infantile riguarda ambiti di intervento propri dei servizi sanitari e sociali.

Immigrazione e inclusione sociale

La presenza degli stranieri si va delineando come un elemento fondamentale per la dinamica demografica ed in ambito lavorativo, dove tra l'altro gli immigrati svolgono un importante ruolo nelle attività di supporto alle persone anziane e non autosufficienti. E' comunque una fascia di popolazione portatrice di specifiche problematiche sanitarie, sociali e di "integrazione", differenziate a seconda dei paesi di provenienza.

In città sono residenti 34.939 persone con cittadinanza non italiana, il 9,5% della popolazione totale, in gran parte provenienti dai cosiddetti paesi a forte pressione migratoria. I principali gruppi nazionali presenti a Firenze nel 2006 sono: albanese, cinese, filippino, rumeno e peruviano.

L'incidenza di povertà del 4,6% stimato dall'Istat per l'Italia centrale, applicata alla realtà fiorentina, individua in 8.000 i nuclei familiari relativamente poveri e conseguentemente in 16.800 le "persone povere" residenti.

Le persone che nel 2006 hanno percepito contributi economici dal Comune per fronteggiare uno stato permanente o contingente di indigenza sono state 3.702 di questi il 59,2% adulti, il 18,7% minori e il 22,1% anziani. Il totale dei posti dedicati all'accoglienza è pari a 720, il numero totale di utenti è stato pari a 1.541.

Mortalità e ricorso all'ospedale

La mortalità generale (circa 4.500 decessi per anno), dopo aggiustamento per età, presenta a Firenze uno tra i valori più bassi osservati in Toscana, in particolare nei maschi.

Cinque sono le patologie più rilevanti in termini di mortalità che causano poco più della metà dei ricoveri: 38% malattie circolatorie, 31% tumori, 15% altre cause, 8% malattie respiratorie, 4% Traumatismi, 4% Malattie Digerente

I tassi di mortalità generale hanno continuato la loro tendenza progressiva alla riduzione anche nell'ultimo decennio, con una diminuzione media, dell' 1,6% per anno nei maschi e dell' 1,2% nelle femmine.

L'unico dato in controtendenza è rappresentato dalla mortalità per malattie del sistema respiratorio, che presentano un aumento marcato nelle femmine.

I residenti fiorentini in un anno hanno fatto ricorso all'ospedale per un totale di 70.089 ricoveri, pari a 486.000 giornate di degenza o accessi in day hospital. Firenze ha un tasso di ospedalizzazione più alto rispetto a quello delle altre tre zone della AUSL 10.

Determinano una quota importante di accessi in ospedale altre patologie quali le malattie del sistema nervoso, del sistema osteomuscolare e dell'apparato genito-urinario, cause di ricovero che, per la loro diversa gravità clinica sono raramente causa del decesso di un paziente, ma possono avere importanti implicazioni in termini di compromissione dello stato di salute.

Assistenza distrettuale

Nella zona di Firenze 385.994 persone – di cui 21.500 residenti (5,6%) - sono assistiti da 314 Medici di Base e da 44 Pediatri di Libera Scelta.

In un anno sono state effettuate 5,8 milioni di prestazioni specialistiche, pari a circa 16 prestazioni per ogni abitante, di cui il 70% esami di laboratorio.

I residenti fiorentini in un anno hanno fatto ricorso all'ospedale per un totale di 70.089 ricoveri, pari a 486.000 giornate di degenza o accessi in day hospital. Firenze ha un tasso di ospedalizzazione più alto rispetto a quello delle altre tre zone della AUSL 10.

Stili di vita

Secondo l'OMS quasi 9 decessi su 10 e oltre il 75% della spesa sanitaria in Europa e in Italia sono causati da alcune patologie che hanno tra loro un minimo comune denominatore: i cattivi stili di vita.

In Toscana il 22,6% della popolazione ultraquattordicenne fuma; la percentuale di maschi fumatori a livello regionale è inferiore di quella nazionale, mentre la percentuale delle femmine fumatrici toscane è maggiore di quella nazionale.

A Firenze nel 2006 sono avvenuti 5.582 incidenti stradali di cui 4.428 con lesioni alle persone, 22 mortali.