

***Documento di sperimentazione
Società della Salute
Zona- Distretto Nord Ovest***

***Comuni di : Sesto F.no – Scandicci – Campi
Bisenzio – Calenzano – Lastra a Signa – Signa
– Vaglia – Fiesole***

***Azienda Sanitaria Locale di Firenze
Zona Nord Ovest***

INDICE

1) Premessa	pag. 4
a) Quadro di riferimento normativo	pag. 6
b) L'attività sanitaria nella Zona Nord Ovest	pag. 7
c) Ruolo dei MMg e PLS	pag. 8
2) Sintesi dei progetti e dell'attività di integrazione già avviati	pag 10
3) La candidatura per la sperimentazione	pag. 15
a) “Il Piano Integrato di Salute” e il “Sistema Informativo”	pag. 15
b) Obiettivi della sperimentazione	pag. 16
c) Strumenti per l'osservazione dello stato di salute della popolazione	pag. 17
d) Il monitoraggio della sperimentazione	pag. 18
e) Le premesse vincolanti e gli effetti attesi	pag. 18
4) L'assetto giuridico, gli atti costitutivi e gli organi della Società della Salute	pag. 20
5) Sintesi del quadro epidemiologico dello stato di salute della popolazione residente nelle zone fiorentina nord ovest, fiorentina sud est e mugello	pag. 25
6) Informazione, tutela e partecipazione	pag. 29
a) Gli URP nella Zona Nord Ovest	pag. 29
7) Il quadro dell'offerta e delle risorse	pag. 32
a) L'offerta sanitaria	pag. 32
b) L'offerta sociale	pag. 35
c) Livelli di assistenza e continuità assistenziale	pag. 36
d) Il governo della domanda	pag. 37
8) Il finanziamento della società della salute e meccanismi di controllo della spesa	pag. 39
a) I Comuni	pag. 39
b) La ASL	pag. 40
c) Il controllo della spesa	pag. 41
d) Le risorse umane	pag. 45
e) Concertazione con le organizzazioni sindacali	pag. 46
9) Rapporti tra Dipartimento di Prevenzione e Società della Salute	pag. 47
Allegati:	
a) Informazione e comunicazione “idee per un progetto”	
b) Bilancio dei Comuni	
c) Bozza Statuto	
d) Bozza Convenzione	
e) Schede di rilevazione attività socio sanitarie	

- f) Dotazione organica personale ASL
- g) Dotazione organica personale dei Comuni
- h) Popolazione Zona Nord Ovest

1 Premessa

La Società della salute, chiamata di seguito sds, nell'ottica del vigente piano sanitario regionale, rappresenta una soluzione innovativa che mira a recuperare un ruolo attivo dei Comuni, già competenti per tutti gli interventi di sostegno alla persona, anche nelle funzioni di indirizzo, programmazione e governo della salute con un possibile ruolo attivo anche nell'ambito della erogazione dei servizi.

In questo scenario i servizi territoriali avranno più autonomia e saranno percepiti come più vicini dai cittadini. Questi ultimi si sentiranno più rappresentati nelle loro scelte.

Inoltre una pianificazione e una programmazione "più vicina" al cittadino potrà aiutare a leggere meglio i bisogni e a ridurre le disuguaglianze.

Le caratteristiche sociali, demografiche ed epidemiologiche della Zona Nord Ovest dell'Azienda Sanitaria di Firenze, pur con alcune peculiarità, non differiscono sostanzialmente da quelle che connotano i paesi occidentali ed in particolare l'Italia e, all'interno di quest'ultima, la Toscana.

Accanto ad un aumento consistente della popolazione anziana si registrano nuclei familiari di dimensioni sempre più ridotte con un costante aumento di anziani che vivono da soli. Grazie ai progressi della scienza poi registriamo la sopravvivenza di molti individui di qualsiasi età in condizioni di salute estreme, mentre le modificazioni delle abitudini di vita rendono spesso impossibile per le famiglie farsi carico dei propri congiunti in stato di bisogno. La cronicità è divenuta una delle principali caratteristiche delle patologie condizionanti l'esistenza umana, mentre l'ospedale resta il luogo di elezione solo per i tempi strettamente indispensabile ad affrontare particolari aspetti di queste patologie. Il territorio diventa quindi la sede ove il cittadino è destinato a trascorrere la maggior parte della sua vita non solo durante lo stato di benessere, ma anche di malattia.

All'interno di questa cornice vanno ricordati alcuni aspetti che caratterizzano il territorio della Zona Nord Ovest.

La sua popolazione (circa 204.000 residenti) equivale ad oltre la metà di quella che risiede nella città di Firenze ed è principalmente distribuita nei grossi Comuni che confinano direttamente con il capoluogo.

Il contesto è rappresentato per la maggior parte da centri urbani ad alta densità ed ospita la più elevata concentrazione di insediamenti produttivi di tutta l'Azienda Sanitaria di Firenze, con i connessi rischi che questo comporta. Una parte non trascurabile della Zona poi è rappresentata da territorio rurale, sia pianeggiante che collinare alto, con insediamenti civili e produttivi diffusi. Queste caratteristiche territoriali, ampiamente eterogenee, contribuiscono sicuramente ad aumentare la diversificazione dei bisogni della popolazione e rendono ragione di una differente accessibilità di quest'ultima ai servizi.

E' opportuno poi ricordare che per svariati anni il territorio della Zona sarà oggetto di interventi di grandi opere. Queste ultime, riguardanti l'alta velocità ferroviaria, la terza corsia autostradale, la tramvia veloce, stanno avendo ed in futuro avranno ancora di più, un impatto ambientale di dimensioni rilevanti.

Dal punto di vista demografico, accanto ad un generale saldo negativo fra nati e morti e ad un costante invecchiamento della popolazione, nella Zona Nord Ovest va segnalato il dato in controtendenza del comune di Campi Bisenzio, che da alcuni anni, fa registrare costantemente un numero di nascite superiori alle morti e una popolazione globalmente più giovane. E' interessante indagare le cause di questo fenomeno perché alla base vi sono anche ragioni di natura economica. Il fenomeno è infatti sostenuto dalla circostanza che molte nuove giovani coppie emigrano dal comune di Firenze a quello di Campi ove sono stati realizzati numerosi interventi di edilizia abitativa.

Altra caratteristica demografica, che riguarda in maggior misura i comuni di Campi Bisenzio, Sesto Fiorentino e Signa, è quella della presenza di un insediamento di popolazione cinese di rilevante consistenza, che solo in parte risulta regolarmente registrato all'anagrafe. Collegate a questo

insediamento non vi sarebbero solo problematiche di ordine sanitario e sociale tipiche delle povertà delle minoranze immigrate, ma soprattutto quelle dovute alle abitudini di vita e di lavoro di questa popolazione, abitudini che vedono fra l'altro coinvolti in modo rilevante anche minori.

Dal punto di vista epidemiologico l'intera Zona, almeno fino al 2002, non risulta avere presentato alcun dato che si discosti in senso negativo dalle medie nazionali, regionali e aziendali.

Un'altra caratteristica degna di rilievo è il generale minor utilizzo di prestazioni sanitarie che si è rilevato nella zona, non ascrivibile ad uno stato di salute particolarmente diverso rispetto al resto dell'Azienda Sanitaria, ma probabilmente da ricondurre ad un utilizzo più appropriato delle risorse. La minore presenza di offerta di servizi sul territorio ed una maggiore distanza dai due ospedali di riferimento potrebbero essere alcune fra le ragioni che hanno innescato comportamenti più virtuosi in relazione al consumo di alcune prestazioni sanitarie.

Questa considerazione ci rimanda immediatamente alla importante questione del governo della domanda. Sul territorio risiedono la maggior parte dei determinanti della salute e sul territorio si trovano la maggior parte delle leve che avviano il percorso di utilizzo delle risorse. Presidiare questi due versanti può essere la chiave di volta per una sanità sostenibile in un contesto, come quello dei paesi occidentali, ove la spesa sanitaria tende ad assumere caratteri di incontrollabilità.

Il territorio, quindi, inteso come luogo ove risiedono gran parte dei determinanti di salute e come luogo ove il cittadino deve trovare risposta, in termini di servizi, ai bisogni di salute, assume così un ruolo di protagonista nei confronti del benessere complessivo dell'individuo.

Se la salute poi, come definita dall'OMS deve essere intesa come uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non solo come assenza di malattia, è facile comprendere come gli attuali soggetti istituzionalmente deputati a dare risposte sul versante sanitario (aziende sanitarie) e sociale (comuni) nella erogazione dei servizi, abbiano più di un obiettivo condivisibile.

E' quindi più che opportuno che delle politiche di salute si facciano pienamente carico anche quegli interlocutori che in misura preponderante rispetto agli erogatori dei servizi sanitari, detengono la potestà di influire sui determinanti della salute.

E' alla luce di tutte queste considerazioni che la sperimentazione della società della salute, con il suo strumento del Piano Integrato di Salute (PIS), costituisce una sfida che non si può non raccogliere, pur nella perfetta consapevolezza che si tratti di un compito di estrema difficoltà.

La Sds, privilegiando un approccio globale al cittadino, attraverso i percorsi assistenziali, offre poi una occasione per sperimentare integralmente una gestione per processi.

Gestire i processi attraverso i percorsi assistenziali rappresenta una sicura rivoluzione gestionale poiché la gestione si focalizza sul processo e non più sulle unità organizzative. L'attenzione al processo permette di ricondurre ad unitarietà una serie di interventi che altrimenti sono sviluppati ed erogati singolarmente e con modalità autoreferenziali. Si incrementa così l'integrazione professionale ed organizzativa, fornendo al cittadino una risposta complessiva ai suoi bisogni socio sanitari e migliorando globalmente la qualità dell'offerta. Questo approccio permette inoltre di presidiare l'equilibrio economico-finanziario, consentendo di comprendere il reale contributo che ogni singolo intervento socio sanitario produce.

Il numero allargato di interlocutori che la Sds si prefigge di coinvolgere nel percorso (medici di base, associazionismo del volontariato, enti no-profit, sindacati, rappresentanze dei cittadini etc.) dovrebbe offrire, poi, l'opportunità ad ognuno di sentirsi il protagonista che orienta le decisioni, stimolando il perseguimento di modelli e operando scelte che rendano il proprio territorio un luogo ove si produce salute.

a) **Quadro di riferimento normativo**

PSR 2002-2004



SPERIMENTAZIONE DI NUOVI ASSETTI ORGANIZZATIVI TERRITORIALI



“LE SOCIETA’ DELLA SALUTE”

Finalità:

TUTELA DELLA SALUTE DELLA POPOLAZIONE ATTRAVERSO:

- gestione integrata dei servizi territoriali
- governo della domanda
- coinvolgimento di nuovi soggetti

Caratteristiche:

- coinvolgimento comunità locali
- garanzia di qualità e appropriatezza
- controllo e certezza dei costi
- universalismo ed equità
- imprenditorialità non profit

Ci partecipa:

- Azienda Sanitaria
- Comune/i

Il Comune non assume solo funzioni di programmazione e controllo, ma “compartecipa” ad un governo comune del territorio promuovendo così l’integrazione fra tutela dell’ambiente e tutela della salute, rivestendo anche un ruolo di “cogestore” dei servizi socio-sanitari territoriali.

FINE ISTITUZIONALE

Salute e benessere sociale e non solo offerta di prestazioni.

PRESUPPOSTO

Favorire la partecipazione della cittadinanza (attraverso le rappresentanze istituzionali e associative presenti nella S.d.S.) alle scelte in merito ai servizi socio-sanitari.

STRUMENTO DI IMPOSTAZIONE DELLA ATTIVITA’ DELLA S.d.S.

“Piani integrati di salute”

b) L'attività sanitaria territoriale nella Zona Nord Ovest

L'attuale organizzazione della Zona Nord Ovest vede il territorio articolato in tre differenti ambiti. I 3 distretti costituiti nel 2000 sono: il distretto 6 che comprende i comuni di Campi Bisenzio, Calenzano e Signa, il distretto 7 che comprende i comuni di Sesto Fiorentino, Fiesole e Vaglia e il distretto 8 che comprende i comuni di Scandicci e Lastra a Signa.

Differenze anche lievi riguardanti le caratteristiche geografiche, demografiche, epidemiologiche e sociali, la distanza dagli ospedali, il rapporto con i medici di base, il grado di presenza e partecipazione del volontariato e dell'associazionismo in genere hanno favorito uno sviluppo diversificato delle numerose esperienze messe in atto nei tre territori di riferimento.

La gran parte di queste esperienze costituiranno sicuramente delle ottime premesse da cui partire per elaborare ogni azione utile al perseguimento degli obiettivi della Società della Salute.

L'Azienda Sanitaria di Firenze ha come proprio compito la tutela e la salute dei cittadini attraverso la prevenzione collettiva, la diagnosi, la cura e la riabilitazione.

Nella nostra Zona, la Nord Ovest, i Servizi territoriali assicurano, coordinano ed integrano tutte le attività di assistenza socio sanitaria.

Distretto 6

Al fine di intraprendere future azioni correttive finalizzate a migliorare la quantità e la qualità dei servizi offerti nel Distretto n° 6, sono effettuabili già oggi valutazioni utili per una programmazione mirata all'organizzazione dei futuri percorsi assistenziali.

Il Distretto n° 6 è il più popoloso della Zona Nord Ovest (70.808 abitanti al 31.12.2002) e quello in cui si è verificato il maggiore incremento di popolazione dalla data della sua pur recente nascita (01.03.2001).

Particolarmente presente è la popolazione non comunitaria, in maggioranza di origine cinese: incrementare l'offerta ambulatoriale per S.T.P. e prevedere per gli immigrati regolari l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale con assegnazione di M.M.G. e P.L.S. oggi purtroppo quasi sempre disattesa, sarà uno dei compiti della costituenda Società della Salute.

Sono inoltre individuabili aree critiche con conseguenti bisogni nell'area materno – infantile (Consultorio Pediatrico, Consultorio Ostetrico – Ginecologico, assistenza integrata post partum): conseguentemente anche il rapporto di collaborazione scuola / famiglie / Servizi Sociali / Servizi U.S.L. per infanzia adolescenza, volto a evidenziare e correggere particolari situazioni di disagio giovanile, peraltro già attualmente presente e attivo quale osservatorio territoriale, andrà reso ulteriormente più stretto e vigile per migliorarne la tempestività d'intervento.

Inoltre nell'ambito della collaborazione con le Associazioni di Volontariato, particolarmente presenti ed attivi nel territorio distrettuale, andranno individuate aree di intervento integrato nel settore della disabilità e dell'assistenza agli anziani.

Infine con i limiti ben noti delle risorse umane disponibili, andrà migliorata l'organizzazione dell'emergenza / urgenza territoriale finalizzata soprattutto a ridurre i tempi di intervento.

Distretto 7

Il Distretto 7 presenta diversità di morfologia territoriale con zone di pianura, zona collinare e montana che implicano interventi socio-sanitari diversificati. La distanza da Sesto Fiorentino a Fiesole è di Km. 14, da Sesto Fiorentino a Vaglia Km. 15.

La popolazione residente (66.187 al 31/12/2002) è una popolazione in invecchiamento con tutte le problematiche a questo connesse.

Vi sono anche nuclei di popolazione extracomunitaria.

Questo deve far programmare servizi, organismi e percorsi assistenziali mirati

Il Distretto 7 ha in programma vari interventi edilizi che nell'arco di pochi anni porteranno ad un cambiamento strutturale ed anche organizzativo.

Per Sesto Fiorentino è in realizzazione un nuovo edificio che accoglierà molti dei servizi territoriali e si dovrà sempre più pensare ad integrazione con i servizi e con le strutture di volontariato fortemente presenti e radicate nel tessuto sociale.

Questo permetterà di dismettere strutture, non di proprietà dell'Azienda, attualmente in locazione.

Per Fiesole è già progettato e devono cominciare i lavori di ristrutturazione del Presidio S. Antonino. Attualmente l'attività è trasferita presso il Presidio di Camerata.

A regime i due Presidi dovranno essere integrati, anche nelle funzioni.

Per il Presidio di Compiobbi, dovrà essere previsto un potenziamento ed una integrazione con realtà locali.

E' prevista la ristrutturazione del Presidio di Pratolino e per Vaglia una integrazione con il Volontariato.

Le Aree di intervento integrato di maggiore attenzione saranno:

- disabilità
- assistenza anziani

Dovrà essere maggiormente integrata la rete poliambulatoriale Distrettuale.

Distretto 8

Il Distretto 8 assicura a tutti i cittadini (68.000 al 31/12/2002) presenti sul suo territorio un'adeguata risposta ai loro bisogni di salute, attraverso tutti i professionisti presenti nei presidi territoriali e avvalendosi degli ospedali e delle altre aziende che operano sul territorio.

In particolare l'integrazione più stretta la si realizza con l'Ospedale Nuovo S. Giovanni di Dio con il quale si sono realizzati progetti a forte integrazione socio sanitaria con accordi fra MMG e medici ospedalieri per valutazioni specialistiche anche entro le 24 ore.

Si sono sviluppati e riteniamo siano da incrementare progetti di integrazione ospedale territorio, studi caso controllo e osservatori epidemiologici con i distretti vicini e con l'Ospedale Nuovo S. Giovanni di Dio.

I progetti di integrazione ospedale territorio sono orientati alla soluzione di problematiche correlate anche a pazienti anziani, con handicap e/o non collaboranti.

Il Distretto 8 assicura al contempo l'integrazione fra le varie articolazioni presenti sul territorio quali associazioni di volontariato, enti, associazioni, rappresentanze sindacali e di categoria in funzione dei bisogni del paziente, garantendo le caratteristiche di coordinamento, tempestività, equità e trasparenza, accessibilità, efficacia ed efficienza degli interventi.

Sempre in tale ambito il Distretto 8 ha realizzato convegni, corsi, incontri tra Medici di medicina generale Pediatri di libera scelta, Specialisti e popolazione.

Complessivamente viene fornito un adeguato servizio socio sanitario ai cittadini attestato anche da studi ad hoc e lavori di VRQ anche in collaborazione con il Dipartimento di Igiene Epidemiologia della Università degli Studi di Firenze della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

I settori da incrementare sono quelli relativi alle attività rivolte alla popolazione anziana in costante aumento con le problematiche socio sanitarie correlate ormai note e alle attività ambulatoriali rivolte alla popolazione extracomunitaria che seppure ancora contenuto come fenomeno potrebbe nel futuro, visto il trend generale, assumere dimensioni più rilevanti anche nel distretto 8.

Si segnala che è in corso la realizzazione della RSA Alfa Columbus ed è in fase di costruzione il nuovo polo sanitario di Scandicci con annesso RSA.

c) Ruolo dei MMG e PLS

Forti dell'esperienza positiva fin qui maturata in tutti e tre i Distretti/Unità Locali riteniamo necessario ulteriormente sviluppare assieme ai MMG e PLS iniziative svolte ad incrementare le

attività di ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) di assistenza ai malati terminali, di gestione di strutture residenziali assistite pubbliche e private.

I MMG e PLS rivestiranno un ruolo di rilievo anche nelle azioni tese a sviluppare programmi di educazione sanitaria, (malattie dismetaboliche, ecc..) campagne di prevenzione, vaccinazioni, ecc..

Il ruolo attivo che sono chiamati a svolgere i MMG e i PSL nella Sds sarà inoltre attuato in un percorso di individuazione e di azioni concrete al governo della domanda.

I MMG e PLS, chiamati a far parte dello Staff del Direttore Tecnico, saranno quindi protagonisti del governo dei percorsi assistenziali in virtù anche del loro ruolo di interfaccia diretta con i cittadini utenti. Pertanto da un'analisi epidemiologica di carattere generale e dai profili di salute elaborati nei Piani Integrati di Salute, verranno definiti gli indirizzi (o linee guida) sui principali percorsi diagnostico-terapeutici, che diventeranno gli strumenti principali del processo.

Con i MMG e PLS in una prima fase saranno considerati e confrontati i dati relativi ai percorsi esistenti (prescrizione farmacologica, diagnostica, ricoveri, emergenza/urgenza) provvedendo all'attuazione di eventuali interventi correttivi anche di piccola entità ma di sicura efficacia.

Successivamente il processo tenderà a riorganizzare complessivamente l'offerta di servizi e le modalità di erogazione, sulla base degli indirizzi elaborati.

2 Sintesi dei progetti e dell'attività già avviati nell'area socio - assistenziale

Anche nella Zona Nord-Ovest il sistema di pianificazione introdotto dalla L.R. 72/97 ha indotto le Amministrazioni Comunali a sviluppare una modalità di governo delle politiche sociali basata su una nuova e diversa visione della dimensione territoriale e su un nuovo e diverso modello di collaborazione e interazione tra soggetti istituzionali, privato sociale e comunità locali.

Tale nuova modalità ha fortemente contribuito a migliorare le capacità di lettura di bisogni del territorio e della comunità e a tradurli conseguentemente in programmi di attività che nel corso degli anni si sono strutturati in maniera sempre più integrata e complementare rispetto alle altre aree di intervento (politiche della casa, politiche educative, ecc...), in modo tale da costituire risposte sempre più articolate ed in sinergia tra loro, così da rispondere in maniera più adeguata alla crescente complessità delle problematiche sociali.

Il dato di partenza era comunque rappresentato da una situazione che vedeva un panorama della offerta di servizi in campo sociale sufficientemente ampio e articolato ma caratterizzato da alcune disomogeneità a livello territoriale.

In questo senso, gli otto Comuni hanno insistito molto sull'integrazione socio – sanitaria e sul cercare di garantire una rete omogenea di servizi a tutti i cittadini della zona, superando un potenziale fattore di divisione che avrebbe pesato anche sulla progettazione e gestione associata delle politiche in questione.

Il primo passo verso questa unificazione è stato quello di adottare un Regolamento unico dei servizi sociali per tutti gli otto Comuni, puntando quindi a recuperare le disparità, a migliorare l'offerta sul versante della prevenzione ed a incentivare le forme di partecipazione di collaborazione con il Terzo Settore in funzione della creazione di una "rete" di servizi sempre più solida e uniforme.

Contestualmente i Comuni hanno progressivamente riassunto le deleghe di alcuni o gran parte dei servizi.

Questa operazione che poteva sembrare un controsenso rispetto alla gestione associata, ha invece permesso ai Comuni di riappropriarsi di un rapporto diretto con i bisogni del territorio, e attraverso lo scambio di esperienze con gli altri Comuni, di procedere verso una programmazione associata più efficace e maggiormente rispondente ai bisogni. Il risultato è stato il raggiungimento di un buon grado di omogeneità di servizi socio – assistenziali su tutto il territorio della Zona N.O.

L'ultimo Piano di Zona approvato, nel ribadire l'intenzione di "continuare ad apportare una forte spinta di uniformazione, integrazione e coordinamento di servizi offerti dai vari soggetti del territorio" individua tra le priorità quella di adeguare i servizi e le prestazioni socio-assistenziali a standard di qualità più elevati in maniera omogenea in tutta la Zona socio-sanitaria.

In questo quadro, particolare rilievo assumono quei progetti inseriti nel Piano di Zona, estesi a tutti i Comuni o comunque di carattere sovracomunale ed i progetti con carattere di prevenzione primaria.

Allo scopo di offrire una panoramica complessiva delle attività e dei servizi offerti dalla zona si elencano (vedi allegato E) le attività realizzate da ciascuno dei Comuni nelle singole aree di intervento.

Si riportano inoltre di seguito i programmi e progetti inseriti nell'ultimo Piano di Zona (2002), con la indicazione dei punti qualificanti in quanto rispondenti ai criteri sopra indicati (dimensione sovracomunale, perseguimento da parte degli stessi di obiettivi di integrazione socio-sanitaria, perseguimento di finalità di prevenzione)

PROGETTI AREA DISABILI:

	Soggetto Attuatore	Soggetto Titolare	Nome Progetto
1)	ASL	ASL	Potenziamento Vita Indipendente

2)	ASL	ASL	Centri di Socializzazione
3)	Ass. CUI I Ragazzi del Sole	Comune Signa	Per un nuovo futuro

I progetti si sono concretizzati nella gestione delle attività presenti nei Centri diurni(2), di socializzazione per portatori di handicap grave del territorio, nella sperimentazione di percorsi di autonomia in ambiente domestico (3) e con contributi finalizzati alla partecipazione dei disabili alla vita sociale nella comunità (1).

PROGETTI AREA FAMIGLIE E MINORI:

Soggetto Attuatore	Soggetto Titolare	Nome Progetto	
4)	Comune Scandicci	Comune Scandicci	Centro Affidi
5)	Comune Sesto F.no	Comune Sesto F.no	Life skills education
6)	Ass. Maga Magò	Comune Fiesole	Tutti dentro
7)	Ass. La Bussola	Comune Campi Bisenzio	Cielo azzurro
8)	Coop. Silver	Comune Fiesole	Spazio ombra
9)	Comune Fiesole	Comune Fiesole	Costruire Insieme
10)	ASL	ASL	Spazio neutro
11)	ASL	ASL	Assistenza Educativa domiciliare
12)	Comune Sesto F.no	Comune Sesto F.no	Rom per nascita.....
13)	Comune Scandicci	Comune Scandicci	Il Raggio Verde
14)	Coop. Macramè	Comune Campi Bisenzio	SOLARE
15)	Coop. CAT	Comune Lastra a Signa	Agenzia Minori

I progetti attivati si sono sviluppati in 4 ambiti:

- Consulenza e mediazione familiare, per rispondere alle esigenze delle famiglie con figli minori e per valorizzare e sostenere le responsabilità familiari (7-8-13)
- Sostegno alla genitorialità, anche tramite il coinvolgimento e la valorizzazione delle associazioni, promozione dell'istituto dell'affidamento familiare (4-9-10)
- Azioni volte a garantire e rafforzare i diritti dei minori, tramite la realizzazione di attività e laboratori extrascolastici, l'accoglienza in comunità educativa e centri di socializzazione, (6-11-12-14-15)
- Promozione della cittadinanza attiva e valorizzazione del ruolo delle famiglie come risorsa (5)

PROGETTI AREA ANZIANI:

Soggetto Attuatore	Soggetto Titolare	Nome Progetto
16) Coop. Il Girasole	Comune Campi Bisenzio	Punto Ascolto Alzheimer
17) Comuni Vaglia e Fiesole	Comune Vaglia	Costruire Insieme con/per anziani
18) Comuni Scandicci Lastra S.	Comune Scandicci	Anziani al Centro
19) Comune Scandicci	Comune Scandicci	Con gli anziani e per gli anziani
20) Comune Lastra a S.	Comune Lastra a S.	Con gli anziani e per gli anziani
21) Consorzio Co&So	Comune Sesto F.no	Mai dire vecchio
22) A.T.S. Girasole	Comune Campi Bisenzio	Il Girasole
23) Comune Campi Bisenzio	Comune Campi Bisenzio	Interventi domiciliari....
24) Comune Sesto F.no	Comune Sesto F.no	Assistenza Domiciliare
25) ASL	ASL	Servizi domiciliari e C. Diurni

I progetti relativi a questa area di intervento si sono sviluppati su due direttrici fondamentali:

- informazione e consulenza agli anziani e alle famiglie, attività di socializzazione, anche attraverso il potenziamento della rete del volontariato (16-18-21-22);
- sostegno alla domiciliarità attraverso l'erogazione di contributi per l'assistenza indiretta, ricoveri temporanei di sollievo e servizi di supporto alla domiciliarità quali pasti a domicilio, lavanderia, inserimenti in Centri Diurni, il tutto nell'ottica di prevenire e ritardare l'istituzionalizzazione (17-19-20-23-24-25)

PROGETTI AREA IMMIGRAZIONE:

Soggetto Attuatore	Soggetto Titolare	Nome Progetto
26) Comune Campi Bisenzio	Comune Campi Bisenzio	Interpretariato Sociale
27) Comuni Zona Nord Ovest	Comune Campi Bisenzio	Inserimento scolastico
28) Comune Scandicci	Comune Scandicci	Dentro lo specchio

I progetti sono volti rispettivamente a facilitare la comunicazione e l'accesso alla Pubblica Amministrazione e Istituzioni in genere da parte dei cittadini immigrati (26) a facilitare l'inserimento scolastico dei minori immigrati mediante attività di alfabetizzazione e mediazione culturale(27) e a consentire l'accoglienza di donne immigrate, anche con figli minori, attraverso la realizzazione di percorsi di sostegno, formazione e orientamento al lavoro(28).

PROGETTI AREA SOCIO-EDUCATIVA:

Soggetto Attuatore	Soggetto Titolare	Nome Progetto
29) Comune Scandicci	Comune Scandicci	Buoni Servizio
30) Comune Sesto Fiorentino	Comune Sesto F.no	Buoni Servizio
31) Comune Campi Bisenzio	Comune Campi Bisenzio	Buoni Servizio
32) Comune Signa	Comune Signa	Buoni Servizio
33) Comune Fiesole	Comune Fiesole	Buoni Servizio
34) Comune Vaglia	Comune Vaglia	Il giardino magico
35) Comune Lastra a S.	Comune Lastra a S.	Nido aperto
36) Comune Calenzano	Comune Calenzano	Percorsi formativi per le famiglie
37) Ass.Genitori Scuola Toti	Comune Scandicci	La mamma non c'è

I progetti sono volti essenzialmente ad aumentare l'offerta dei servizi all'infanzia, tramite il rafforzamento della rete dei servizi educativi alternativi al nido, l'incentivazione della creazione di nidi domiciliari e la realizzazione di un sistema integrato di servizi pubblici e privati.

PROGETTI AREA DIPENDENZE:

Soggetto Attuatore	Soggetto Titolare	Nome Progetto
38) A.C.A.T.	Ser.T.	Prev. e sens. sui rischi alcool
39) ASL	Ser.T.	Unità di strada

I progetti si propongono di sviluppare attività di prevenzione, informazione e sensibilizzazione sui rischi connessi all'uso e all'abuso di alcool e sostanze stupefacenti mediante strategie di promozione della salute e di stili di vita positivi, rivolti ad adolescenti e giovani dei Comuni dell'area Nord Ovest; sensibilizzare i giovani su HIV e MST promuovendo la acquisizione di competenze personali e di gruppo per la tutela della salute.

PROGETTI AREA CONTRASTO ALLA POVERTA'

Soggetto Attuatore	Soggetto Titolare	Nome Progetto
39) Comune Scandicci	Comune Scandicci	L'Ancora 2002

- | | | | |
|-----|-----------------------|-----------------------|---------------|
| 40) | Comune Sesto F.no | Comune Sesto F.no | L'Ancora 2002 |
| 41) | Comune Campi Bisenzio | Comune Campi Bisenzio | L'Ancora 2002 |

I progetti sono finalizzati alla realizzazione di interventi abitativi di emergenza, con ricovero presso strutture convenzionate, interventi di soccorso sociale quali buoni mensa, fornitura pasti, fornitura vestiario, effettuati ricorrendo alle reti di solidarietà del privato sociale, e interventi temporanei o una tantum di natura economica per far fronte a necessità vitali di sussistenza a favore di soggetti privi di reddito, anche non residenti ma gravitanti sul territori

3 La candidatura per la sperimentazione

a) Il “Piano Integrato di Salute” e “Sistema informativo”

Il “Piano” rappresenta lo strumento fondamentale di riferimento per la programmazione, gestione e controllo dei servizi sociali e sanitari, in stretto rapporto con i settori che hanno influenza con gli stili di vita dei cittadini e, quindi, con la loro buona salute

Il Piano Sanitario Regionale 2002/2004 ne sottolinea con particolare forza il ruolo e la funzione:

“3.1.2. I Piani integrati di salute

E’ necessario, nell’ambito di un Piano sanitario orientato alla produzione di salute, valorizzare gli interventi di salvaguardia e controllo della qualità ambientale e sociale attraverso dei veri e propri “Piani” finalizzati alla realizzazione di progetti con specifici “Obiettivi”. I “Piani integrati di salute” costituiscono la modalità di operare delle zone - distretto e, ove costituite, delle Società della salute. I Piani integrati di salute, nel rispetto di quanto previsto dalle linee guida di seguito indicate, scaturiscono da un procedimento di concertazione al quale partecipano i soggetti istituzionali e quelli rappresentativi delle comunità locali; sono coerenti con l’impostazione regionale della programmazione integrata, che sta alla base del Programma regionale di sviluppo, e si allineano alle direttive della Organizzazione Mondiale della Sanità sullo sviluppo della salute nelle comunità. Essi inoltre si avvalgono delle esperienze condotte nell’ambito del “Progetto città sane”, della “Agenda 21” e della rete degli “Ospedali che producono salute”. I Piani integrati di salute devono interagire con gli strumenti della programmazione locale, nonché con i Patti territoriali per lo sviluppo e l’occupazione e con i Patti sociali territoriali ove questi esistano. L’interazione e l’integrazione tra i Piani integrati di salute e gli altri strumenti di programmazione negoziata locale sono assicurate attraverso l’unificazione delle sedi di concertazione e, ove possibile, delle procedure di negoziazione e concertazione. I Piani integrati sono progetti complessi su problematiche specifiche ad alta valenza sociale, che coinvolgono varie risorse ed hanno una ricaduta specifica, valutabile e misurabile, sullo stato di salute del territorio.”

La fase sperimentale della Società della salute prevede che gli organi abbiano funzioni di programmazione, indirizzo e controllo dei servizi territoriali, successivamente, con tempi e modalità da definire, verranno assunte responsabilità gestionali.

Il luogo di ideazione, condivisione, realizzazione e valutazione del Piano integrato di salute è il territorio a livello della zona – distretto.

Pertanto, la “Società della salute” esprime l’indirizzo politico e assicura – tramite la propria struttura tecnica - l’avvio, la realizzazione e la valutazione del Piano integrato di salute. Le funzioni gestionali ed operative per la realizzazione del Piano integrato di salute sono assicurate attraverso il supporto tecnico delle strutture sanitarie di zona delle aziende unità sanitarie locali, delle strutture dei comuni e dell’ARPAT, nonché del Dipartimento di prevenzione e con il contributo dei soggetti del “terzo settore”, il cui operato sarà integrato per il raggiungimento di obiettivi comuni.

La concertazione avviene tramite il rapporto con le organizzazioni sindacali, sono, inoltre garantite consultazioni con le forze produttive e con le altre componenti della società civile a livello locale.

Tutto il processo mette a punto – sulla base delle “linee guida” della Giunta Regionale - un progetto di lavoro basato sulla individuazione degli obiettivi di salute e sulla verifica dei risultati, tenuto conto delle priorità emerse dal consenso e condivisione fra i soggetti con pari dignità, tenendo conto delle evidenze scientifiche e dei dati disponibili sul territorio e sulla salute della popolazione, oltre che della percezione dei bisogni da parte dei cittadini.

La realizzazione dei Piani integrati di salute comporta un concorso di risorse da parte di più soggetti a livello territoriale, in primo luogo ricorrendo ai finanziamenti definiti in sede di convenzionamento per l’attivazione della Società della salute. Inoltre dovranno essere create sinergie operative e finanziarie fra i settori contigui dei soggetti pubblici e privati, sfacendo riferimento anche agli specifici fondi di avvio, come previsto al paragrafo 2.2.7.2. del PSR.

Per conseguire un adeguato quadro in cui elaborare e raggiungere gli obiettivi salute, saranno proposti appositi accordi di collaborazione con le diverse istituzioni ed agenzie presenti nel sistema con specifiche competenze e compiti, quali:

- Provincia
- Asl e “società della salute” confinanti,
- ARPAT,
- Agenzia Regionale di Sanità,
- ATO acqua e ATO rifiuti con relativi soggetti gestori,
- Provveditorato agli Studi,
- Ministero di Giustizia,
- Sistema della mobilità,
- Università ed enti di ricerca (CNR),
- Sovrintendenza ai beni culturali e ambientali.

La valutazione di effetto del “Piano integrato di salute” consiste nella costruzione di un “bilancio” fra effetti potenzialmente positivi ed effetti potenzialmente negativi del Piano integrato di salute. Il bilancio è realizzato sulla base di un set di indicatori specifici, definiti localmente sulla base di protocolli di riferimento definiti in sede territoriale della Asl e della Regione.

b) Obiettivi della sperimentazione

Attraverso la candidatura si intende perseguire:

- ? una maggiore integrazione fra i settori di programmazione che si occupano delle varie categorie di “determinanti della salute” dei cittadini, per consentire la definizione di una strategia condivisa orientata agli “obiettivi di salute” da conseguire.

Questo obiettivo rappresenta il maggior punto di arrivo dell’azione di miglioramento e razionalizzazione della qualità dei servizi, stante il diversificato stato istituzionale del territorio (otto Comuni), nonché la tradizionale separazione nelle singole Amministrazioni tra servizi sociali e le restanti strutture tecniche.

E’ necessario avere piena consapevolezza che stiamo elaborando un modo diverso, più moderno, di concepire la programmazione e la gestione integrata dell’agire nella macchina pubblica.

Del resto, la normativa regionale toscana pone come sua finalità l’integrazione degli interventi di politica sociale “con quelli sanitari, con quelli relativi alla casa, al lavoro, alla mobilità, alla formazione ed all’istruzione, all’educazione ed al diritto allo studio, alla cultura, alla ricerca, al tempo libero...”.

Non esistono settori separati gli uni dagli altri da compartimenti stagni, ciò che succede in un dato ambito ha conseguenze, piccole o grandi, in altre aree, affini o dissimili che siano. Occorre, allora, che il territorio in cui si opera sia visto nel suo complesso ed in tutti i suoi aspetti: strutturali, sociali, economici, sanitari, ambientali, ecc.

In particolare sono individuati prioritari i seguenti settori da collegare e integrare:

- Piano regolatore generale e atti collegati;
- Progettazione per l’accessibilità;
- Piano della mobilità;
- Ambiente;
- Politiche per la casa, per lo sport e tempo libero, per i giovani, per la formazione e l’istruzione;
- Politiche per i diritti di cittadinanza;
- Piani e progetti di livello regionale, provinciale, di area vasta, di area metropolitana, di ASL.

- ? un nuovo ruolo di governo congiunto dei Comuni e della Azienda Sanitaria n.10, per tutti gli interventi di sostegno alle persone (sociali, sociosanitari e sanitari) in ambito zonale;

- ? un pieno coinvolgimento dei cittadini e delle varie espressioni sociali: oltre la concertazione prevista con le Organizzazioni Sindacali, deve essere attuato un continuo rapporto con il Terzo Settore (Volontariato, Associazionismo, Cooperazione Sociale);
- ? un modello di intervento che sappia unire i punti di forza presenti nelle Amministrazioni e nell'Azienda, metta allo stesso tempo in luce i punti di debolezza per consentire una "mappatura delle disuguaglianze" e sia capace di orientare l'organizzazione al loro superamento; consentendo, attraverso una visione pienamente unitaria, il raggiungimento di maggiore appropriatezza delle prestazioni e di razionalizzazione dell'uso delle risorse;
- ? una sistematizzazione delle tre tipologie progressive di programmazione definite "Integrazioni fra Piano Sociale di Zona e Piano Attuativo Locale"; "Programmazione congiunta orientata alla valutazione degli esiti delle azioni"; "Programmazione orientata ad obiettivi di salute collettiva", procedendo alla messa in atto di un "dialogo" strutturato tra i Sistemi Informativi esistenti, opportunamente integrati e implementati dove necessario.

c) Strumenti per l'osservazione dello stato di salute della popolazione

Il principale strumento dal punto di vista metodologico è rappresentato da un sistema informativo (Osservatorio) da utilizzare per il monitoraggio dell'uso razionale delle risorse e la valutazione degli interventi. Non potrà essere una duplicazione di sistemi esistenti, ma strumento di sintesi di informazioni provenienti da questi e collocate in maniera mirata e funzionale alle necessità della programmazione politica e tecnica della Società della salute.

La griglia concettuale di riferimento è così identificata:

- ? la necessità di una ricomposizione dell'informazione circolante negli ambiti della ASL (informazione sanitaria) e dei Comuni (informazione sociale, ambientale, demografica, ecc.);
- ? La necessità di completare il processo di adeguamento concettuale e strutturale dei diversi sistemi informativi e di comunicazione attivati dalle Amministrazioni comunali, rendendoli fruibili in tutta l'area e compatibili che le interfacce istituzionali o private;
- ? la necessità di conoscere l'ulteriore informazione disponibile prodotta da quei settori che intervengono su ambiti "determinanti la salute" nel territorio. Questi elementi di conoscenza sono indispensabili sia per contribuire alla definizione del profilo di salute cittadino, che per definire gli obiettivi di salute e procedere alla verifica del loro raggiungimento;
- ? l'esigenza di una elaborazione e una interpretazione di questa informazione in chiave di integrazione sociosanitaria, nonché per le opportune sinergie con i settori influenti sugli "stili di vita" (ambiente, urbanistica, mobilità, ecc.)

L'osservatorio è sintesi dei sottosistemi informativi della ASL 10 e dei Comuni dalla cui integrazione si ottengono le informazioni necessarie alla rilevazione del bisogno e all'orientamento delle decisioni. Essi saranno tenuti a contribuire e ad alimentare, con le loro informazioni e le loro competenze, il lavoro di elaborazione e interpretazione dell'informazione a supporto dello Staff della Società della Salute.

I responsabili dei vari sistemi costituiscono il nucleo scientifico di riferimento.

L'osservatorio raccoglie anche l'informazione prodotta da altri Enti riconosciuti significativi ai fini della programmazione di salute e quindi alla costruzione del Piano con i quali verranno sottoscritti specifici protocolli per la definizione e la regolamentazione dell'interazione con il sistema.

-
-

d) Il monitoraggio della sperimentazione

La sperimentazione sarà monitorata sulla base di indicatori di qualità e quantità che verranno determinati a partire dall'atto fondamentale che è il Piano Integrato di Salute.

Il monitoraggio riguarderà sia l'organizzazione, l'entità dell'offerta, la compatibilità finanziaria e gli sviluppi dei percorsi di presa in carico.

La premessa vincolante per l'individuazione degli indicatori è la rilevazione del bisogno di salute della popolazione ed in particolare la raccolta delle informazioni utili per l'esercizio delle funzioni di governo che presuppone una precisa conoscenza del stato di salute e dei servizi prodotti e utilizzati.

Il Sistema di Monitoraggio, Informazione e Valutazione dovrà essere interamente costruito attraverso obiettivi specifici progressivi quali:

- produzione di un sistema stabile di osservazione epidemiologica basato su flussi informativi della ASL e dei Comuni
- mappatura delle informazioni esistenti per quei settori che intervengono su ambiti "determinanti la salute" nella nostra città per individuare i fattori di rischio presenti nell'ambiente
- trasformazione dell'informazione in dato significativo che consenta una corretta programmazione e valutazione in fase di controllo.

e) Le premesse vincolanti e gli effetti attesi

Il sistema di erogazione delle prestazioni sociali e dei servizi, sanitari e sociosanitari che si è consolidato nella Zona Nord Ovest, come del resto in tutta la Toscana, continua ad essere fortemente orientato da valori fondanti caratterizzati dalla

- universalità e eguaglianza dell'accesso
- solidarietà
- sussidiarietà

I Comuni della zona Nord-Ovest e l'Azienda USL di Firenze attraverso appositi atti (per **ELENCARE ATTI DEI COMUNI** ; per la ASL10 Del. D.G. n.xxx del xx/xx/xxxx) hanno espresso la volontà di candidarsi per sperimentare la Società della Salute con la finalità di rafforzare e sviluppare il modello universalistico dei servizi alla persona.

Questa volontà scaturisce, non solo dal consolidato rapporto operativo fra Comuni e Azienda, ma anche dalla comune volontà di attuare per il futuro una programmazione integrata dei servizi per "obiettivi di salute".

La conseguenza di tutto questo è che si propone un modello di salute basato sulla responsabilizzazione dell'intera comunità, sulla partecipazione diffusa dei soggetti pubblici e privati, sul coinvolgimento dei cittadini e delle istituzioni nelle decisioni e che, pertanto, la politica per la salute non è affidata esclusivamente al sistema sanitario, ma emerge con forza la centralità del sistema delle Autonomie locali.

Avviene una trasformazione profonda nel modo di pensare e attuare l'amministrazione dei servizi pubblici non solo per settori, ma coinvolti con ampi respiri su tutte le aree politiche e tecniche. E' ormai acquisita nella coscienza collettiva che parlare di "salute" significa intervenire a tutto campo sulla struttura della società odierna.

Si tratta di andare oltre il mero e tradizionale coordinamento generale, incidendo profondamente nei sistemi della comunicazione, della informazione, dei collegamenti sia nella fase programmatica generale, che in quella più di dettaglio, oltre che per gli aspetti operativi, in quanto, appunto, il bisogno di intervento è prevalentemente legato allo stato dell'ambiente, alle condizioni sociali ed economiche, agli stili di vita.

Il Piano sanitario regionale 2002/2004 così recita:

“2.2.7.1. Perché sperimentare le Società della Salute

La Società della Salute si basa sulla garanzia dell'universalismo e dell'equità, senza alcuna selezione per livelli di rischio, per caratteristiche socio - economiche o demografiche, per capacità contributiva o per appartenenza etnica o ideologica e deve avere comunque carattere non lucrativo.

La comunità locale, rappresentata dal comune e articolata in tutte le componenti della società civile, diventa protagonista della tutela della salute e del benessere sociale. Rispetto all'assetto istituzionale delineato nei precedenti paragrafi, nell'ambito della sperimentazione, il comune non assume solo funzioni di programmazione e controllo, ma “compartecipa” ad un governo comune del territorio finalizzato ad obiettivi di salute e diviene a tutti gli effetti “cogestore” dei servizi socio - sanitari territoriali. Si intende così realizzare appieno l'integrazione sociale e sanitaria, e promuovere l'integrazione fra tutela dell'ambiente e tutela della salute.”

In tale prospettiva i Comuni della Zona Firenze Nord-ovest e la ASL 10, formulano la richiesta alla Regione Toscana di potere avviare la sperimentazione della Società della Salute, secondo le modalità che il Consiglio Regionale della Toscana nella seduta del 24 settembre u.s. ha approvato con la Delibera “Atto di indirizzo regionale per il periodo della sperimentazione della Società della Salute”.

Secondo quanto previsto dal Piano Sanitario Regionale e indicato dal documento di indirizzo regionale, l'attuazione sperimentale sarà caratterizzata dai seguenti aspetti qualificanti:

- a) Superamento della separatezza dei processi di presa in carico degli utenti attraverso un governo unitario delle risorse e modalità di accesso ai servizi unificati.
- b) Garanzia di qualità ed appropriatezza dei servizi che vengono riprogrammati
- c) Definizione condivisa dei livelli essenziali di assistenza che si intende garantire per i cittadini
- d) Universalismo ed equità
- e) Controllo e certezza dei costi
- f) Ricerca di nuove modalità di rapporto con la imprenditoria locale operante nel settore

Tutto questo avverrà attraverso il coinvolgimento della comunità locale in tutte le sue espressioni per costruire un patto di cittadinanza: vengono a questo scopo attivate opportune forme di concertazione e consultazione territoriale con tutte le organizzazioni di cittadinanza attiva presenti nella città; tale coinvolgimento, articolato sulla programmazione, verifica e controllo delle politiche sociosanitarie sul territorio cittadino, tende a migliorare non soltanto la qualità complessiva dei servizi, ma anche i rapporti con i cittadini stessi attraverso il ricorso alle varie forme di coinvolgimento della comunità.

4 L'assetto giuridico, gli atti costitutivi e gli organi della Società della Salute

Gli assetti istituzionali, le modalità di associazione fra enti, le forme di gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, nel sistema socio sanitario regionale della Toscana, trovano regolamentazione in un quadro di scelte già definite nel PISR 2002/2004, Piano Sanitario Regionale 2002/2004 e nel DPR 2003. Si citano, nel merito:

Deliberazione CRT 09/04/2002 n. 60 - Piano sanitario regionale 2002/2004, che definisce - fra l'altro - il sistema socio sanitario regionale, articolato su percorsi assistenziali, che pongono al centro del sistema i bisogni e le attese dei cittadini, fondato su valori etici di responsabilità collettiva, di libertà, universalità, sussidiarietà, accoglienza, centralità del territorio, approccio integrato, sostenibilità, appropriatezza, partecipazione, programmazione, efficienza, evoluzione del sistema delle aziende. "Il piano individua altresì, quale sperimentazione strategica e prioritaria, un nuovo modello organizzativo dell'assistenza territoriale, definito società della salute, e caratterizzato da 5 aspetti qualificanti:

- coinvolgimento delle comunità locali
- garanzia di qualità e appropriatezza
- controllo e certezza dei costi
- universalità ed equità
- imprenditorialità no-profit

Deliberazione CRT 26/04/2002 n. 422 - "Modalità per la formazione del programma di riordino territoriale e criteri, modalità e termini per la concessione e la revoca del contributo forfettario iniziale per l'esercizio associato di funzioni e servizi comunali, a norma degli articoli 11 e 12 della L.R. 16/08/2001 n. 40".

- Dal vigente quadro normativo e regolamentare nazionale e regionale, si delinea il sistema socio-sanitario regionale della Toscana caratterizzato dalle forti connotazioni di seguito indicate, e dalla presenza nel territorio regionale di aree vaste e di una area e città metropolitana:

- sistema integrato di percorsi assistenziali, al cui centro sono collocati i bisogni dei cittadini
- responsabilità collettiva
- sostenibilità
- compatibilità
- solidarietà e sussidiarietà
- universalità, libertà, unicità nell'accoglienza
- programmazione e partecipazione
- centralità del territorio
- approccio integrato
- interessato ed impegnato in un processo evolutivo del sistema delle aziende, di utilizzo di strumenti innovativi e di sperimentazioni di modelli organizzativi e gestionali.

In definitiva una rete integrata ed un sistema solidale, strutturato in fasi di un articolato processo di produzione di servizi, e non più organizzato per livelli di competenze, funzioni, attività. Un processo di produzione di servizi in cui tutti i soggetti partecipano in linea, per dare risposte alla richiesta di prestazioni socio sanitarie e socio assistenziali della società civile residente e non, in un contesto a sua volta caratterizzato da processi profondamente innovativi: federalismo solidale e regionalizzazione del sistema, migrazione e mobilità delle popolazioni, presenza stabilizzata di comunità ROM, insediamenti più o meno temporanei di gruppi etnici, interessati anche a processi di integrazione (magrebini, popolazioni balcaniche, cinesi), significativi processi di invecchiamento della popolazione residente, che pongono nuovi problemi per quanto concerne l'assistenza, vari interventi di sostegno, tempo libero, assicurazioni sociali, relazioni familiari, necessità economiche etc., antiche e nuove forme di povertà urbana.

Il PISR 2002/2004 ed il PSR 2002/2004 - Delib. CRT 24/07/2002 n. 122 e Delib. CRT 09/04/2002 n. 60

Il PISR 2002/2004 si qualifica per le sue linee portanti:

- la articolazione temporale del piano (triennale) con la conseguente e corrispondente articolazione del programma degli investimenti finanziari, del riparto e della gestione dei relativi fondi; con il superamento quindi della logica degli strumenti contabili rigidi
- le strategie della programmazione ai cui processi strategici partecipano gli enti locali, le organizzazioni del Terzo settore, le riformate IPAB, i soggetti sociali, il volontariato
- la programmazione strategica triennale dei piani integrati di zona, di durata triennale, con linee innovative concernenti i piani di indirizzo, i dispositivi di piano, gli interventi di settore, i progetti-obiettivo
- le scelte strategiche particolarmente in materia di: qualificazione del sistema di offerta, innovazione organizzativa, percorsi della qualità, equità per le politiche sociali, sperimentazioni di mutualità integrativa, formazione e aggiornamento degli operatori, comunicazione sociale
- gli obiettivi fondamentali per assicurare la compatibilità e la integrazione con le previsioni del PSR:
 - la centralità degli enti locali
 - la sorveglianza sul sistema di offerta complessiva, le garanzie di imparzialità, la completezza della rete di investimenti e dei servizi presenti nel territorio
 - la concertazione a tutti i livelli istituzionali con i soggetti del 3° settore
 - la diffusione territoriali dei servizi alle persone anziani sia domiciliari che residenziali

il Piano Sanitario Regionale 2002/2004

Il piano si pone l'obiettivo di orientare il sistema e la organizzazione del servizio sanitario verso una più completa assicurazione del diritto alla salute, con una risposta unitaria e coerente ai grandi obiettivi che la sanità pone dinanzi alla società civile:

- il miglioramento del benessere e della salute della popolazione
- la soddisfazione e la partecipazione dei cittadini
- l'efficienza e la sostenibilità del sistema

A tal fine la Regione Toscana indica il sistema integrato dei valori costitutivi del modello sanità scelto, per una etica del servizio socio sanitario integrato:

- responsabilità collettiva
- libertà
- universalità
- sussidiarietà sociale
- accoglienza
- attenzione ai più deboli
- unicità
- centralità del territorio
- approccio integrato
- sostenibilità
- partecipazione

Per la realizzazione dinamica degli indicatori valori, il PSR opera le seguenti scelte organizzative:

- un sistema in rete
- aziendalizzazione
- programmazione e valutazione
- integrazione tra produzione e tutela
- ruolo del settore no-profit
- i percorsi assistenziali

- la comunicazione
- la valorizzazione e lo sviluppo delle professionalità
- ricerca, sviluppo, sperimentazioni gestionali

Il PSR delinea altresì 5 scelte strategiche:

1. gli obiettivi della salute
2. la partecipazione: servizi territoriali per le comunità territoriali
3. l'appropriatezza: i livelli ed i tempi appropriati di erogazione dell'assistenza
4. la programmazione
5. l'efficienza: l'evoluzione del sistema delle aziende sanitarie

E' pertanto nel riferito contesto, di quadro normativo, programmazione strategica e scelte di politica sanitaria, che devono trovare coerente regolamentazione gli assetti istituzionali, la natura giuridica, gli organi della Sds, di cui agli schemi tipo allegati al documento di candidatura.

In ordine all'assetto organizzativo della Sds è pertanto da rilevare:

- a) Per quanto attiene gli organi, gli stessi sono costituiti da:
 - Giunta
 - Presidente
 - Direttore tecnico
 - Collegio dei Revisori

Organo di governo composto da 9 membri (i Sindaci, o assessori delegati competenti nelle materie delegate alla Sds, degli otto Comuni della Zona-Distretto, il Direttore Generale della ASL 10 Firenze).

Presidente eletto dalla Giunta fra i rappresentanti dei comuni.

Direttore tecnico nominato dalla Giunta, partecipa senza diritto di voto alle riunioni dell'organo di governo. E' titolare della funzioni direzionali attribuite dalla normativa vigente al responsabile di Zona/Distretto ed ai dirigenti comunali titolari delle funzioni delle materie interessate dalla sperimentazione, è responsabile del raggiungimento degli obiettivi previsti dalla programmazione, ed a tale scopo si avvale dello staff di direzione, e di un ufficio di direzione, da lui nominato. che esercita avvalendosi dello staff di Direzione.

Staff del Direttore tecnico

Il Direttore tecnico, per lo svolgimento dei propri compiti, è coadiuvato da uno staff di direzione e dal Collegio dei direttori, con riferimento alla attività della Sds, assicura il collegamento fra le strutture dello stesso e quelle interessate degli enti aderenti alla Sds.

La composizione e le funzioni dello staff verranno determinate dal regolamento di organizzazione della Sds.

Lo staff di direzione fornisce al Direttore elementi conoscitivi e fa proposte relativamente alla programmazione, gestione e verifica degli obiettivi, ed è composto da:

- i membri dell'ufficio di coordinamento di zona dell'Azienda Sanitaria, così come previsto dalla normativa vigente, rappresentativi delle attività sanitarie territoriali, e comunque le figure previste dall'art.56 e 57 della L.R. 22/2000;
- i titolari delle funzioni di pianificazione strategica, programmazione, controllo di gestione, sistema informativo e comunicazione;
- i responsabili dei servizi sociali dei Comuni consorziati;
- i responsabili delle associazioni di volontariato (a rotazione fra le organizzazioni operanti in campo sociale e sanitario, presenti in maniera rilevante nel territorio)

Compongono il Collegio dei direttori il responsabile della Zona-distretto e delle sue articolazioni territoriali, il Direttore della Struttura Tecnico Amministrativa e direzionale di Zona, 1 dirigente di Comune per ciascun ambito territoriale di afferenza dei distretti della Zona N/O.

Nella fase di sperimentazione il Responsabile di Zona-Distretto della ASL resta titolare delle funzioni gestionali di cui all'art. 55 della L.R.T. n. 22/2000 e collabora con il Direttore della SdS per consentire una adeguata programmazione ed il raggiungimento degli obiettivi individuati. Al Direttore Tecnico della Sds spettano viceversa le funzioni di cui all'art. 4 comma 4 della Convenzione.

Lo staff, peraltro, potrà essere integrato a giudizio del direttore tecnico, e per specifiche tematiche.

4. Il Collegio dei revisori è composto di tre membri di cui uno con funzioni di presidente nominato dalla Giunta della Sds.

Per quanto attiene invece i modelli gestionali è da rilevare che gli stessi devono essere coerenti con le linee strategiche del P.S.R.:

- un Piano per la salute
- un Piano sistematico
- un Piano per il cittadino e la comunità
- un Piano per un sistema efficiente.

Pertanto devono:

Garantire la responsabilizzazione diretta di tutti i soggetti interessati e coinvolti (cittadini, istituzioni, volontariato, privati, etc.) per il governo solidale di un sistema in cui assumano un ruolo predominante gli ambienti di vita e di lavoro, i comportamenti e gli stili di vita, i comportamenti dei singoli in presenza di patologie e di cattiva qualità della vita. Le scelte socio-sanitarie devono essere funzionalmente collegate a quelle operate dal Piano Regionale di Sviluppo per quanto concerne le politiche del territorio, della casa, del lavoro, dell'ambiente, della viabilità e dei trasporti.

Avere quale obiettivo prioritario il mantenimento di un sistema solidaristico con le risorse date, e strutturarsi per dare una quantità ed una qualità di servizi, prestazioni, interventi che rientrino nei volumi finanziari assegnati e comunque utilizzabili, evitando sperequazioni territoriali, e dotandosi di strumenti adeguati di rilevazione dei bisogni certi ed obiettivi.

Aprirsi ad un rapporto non autoreferenziale con i singoli, con informazioni chiare, semplici, comprensibili, evitando complessi percorsi burocratici, difficoltose modalità di accesso ai servizi e alle prestazioni, avvalendosi di efficaci strumenti di comunicazione, riconoscendo e rendendo possibile l'esercizio effettivo di un ruolo partecipato ed attivo delle persone nelle decisioni che le riguardano.

Peraltro, la partecipazione attiva ed ordinata di tutti i soggetti interessati alla costruzione della rete integrata degli interventi e dei servizi sociosanitari non è possibile senza nuove forme di esercizio di governo locale da parte degli Enti locali e senza consolidare le esperienze positive preesistenti. A loro spetta la responsabilità istituzionale di promuovere e coordinare le politiche sociali assicurando i livelli essenziali delle prestazioni e la qualità dei servizi. Da livelli di governo gerarchicamente ordinati, che muovono da un principio di autorità nella formazione delle decisioni (Government), si sta passando gradualmente ad un sistema di governo in cui le decisioni non sono più prese al centro, ma co-decise da una rete di attori interdipendenti secondo una logica di governance.

La governance nei sistemi di Welfare significa metodologia negoziale finalizzata ad un processo condiviso di costruzione collettiva delle politiche sociali.

In quest'ottica la fase sperimentale deve configurarsi come uno strumento atto a garantire processi di programmazione condivisa, di individuazione delle priorità di intervento, attraverso la formulazione di obiettivi, risorse, tempi e strumenti in grado di garantire una rete di protezione sociale, condizioni di equità per l'accesso ai servizi, e processi di inclusione sociale delle fasce deboli.

In tal senso, dunque, la governance può essere considerata come un modello interpretativo delle forme di governo locale utilizzato per comprendere alcuni aspetti delle problematiche relative alle politiche sociali in Toscana. Difatti, com'è noto, gli elevati standard di sperimentazione e di innovazione che si registrano in questo campo nel territorio toscano, rispondono al tentativo di

innovazione di questo modello al contesto istituzionale locale. Tuttavia, nonostante queste notazioni positive, occorre guardare a tali processi anche in senso critico per comprendere quali sono gli ostacoli all'affermazione del modello. Uno degli aspetti di maggiore importanza in questo ambito - forse l'elemento di reale innovazione apportata dalla definizione di governance rispetto a procedure di governo locale più tradizionali - è quello della concertazione degli interventi ovvero, della natura del processo decisionale, della sua ampiezza e stabilità nel tempo. Da questo punto di vista l'analisi può essere condotta su due diversi piani: la concertazione della programmazione e quella della gestione degli interventi. In ogni caso, i processi concertativi prevedono la partecipazione del maggior numero degli attori coinvolti nelle specifiche materie che si intendono trattare a tavoli di discussione, nonché la definizione degli interventi che abbiano una certa stabilità nel tempo, e dove il clima deve essere improntato sulla fiducia e sulla cooperazione

5 Sintesi del quadro epidemiologico dello stato di salute dei residenti nelle zone fiorentina nord ovest, fiorentina sud est e mugello

I dati presentati riportano una sintesi della parte epidemiologica della Relazione Sanitaria annuale della Azienda Sanitaria Firenze (ASF) dell'anno 2002 (redatta nella maggio 2003) relativi allo stato di salute dei cittadini residenti nelle Zone Fiorentina Nord-Ovest, Fiorentina Sud-Est e Mugello. Tale relazione riportava quanto di più aggiornato era disponibile al momento sua redazione. Per dati di maggior dettaglio si rimanda alla consultazione della relazione stessa. I dati presentati nella relazione sono stati elaborati da un gruppo di lavoro composto da operatori dell'Osservatorio di epidemiologia della Agenzia Regionale di Sanità e delle strutture epidemiologiche della ASL toscane utilizzando, nella maggior parte dei casi, i dati dei flussi sanitari regionali. Gli indicatori sono stati scelti in relazione alla presenza di flussi informativi regionali omogenei e con buon livello di completezza, e della possibilità di disaggregazione dei dati a livello di zona socio-sanitaria. I tassi di mortalità e di ricovero ospedaliero sono standardizzati per età, al fine di consentire il confronto tra popolazioni con diversa composizione per età.

Da un punto di vista demografico si evidenzia una situazione abbastanza omogenea tra le tre Zone, con un andamento per molti aspetti differenziato rispetto alla Zona Firenze (tabella 1). In particolare si osserva:

- La proporzione di ultrasessantacinquenni rappresenta circa il 20%-22% del totale dei residenti (il valore più alto si osserva nel Mugello), inferiore in tutte le tre zone a quello dell'area urbana di Firenze.
- L'Indice di Vecchiaia è intorno a 160-170 (ovvero 1,6-1,7 ultrasessantacinquenni per ogni residente di età fino a 14 anni), nettamente inferiore a quello di Firenze.
- Le tre Zone presentano una tendenza alla crescita della popolazione residente (più accentuato nel Mugello), in conseguenza di un saldo migratorio attivo, in contrasto con la tendenza alla riduzione di Firenze.
- La presenza di stranieri iscritti all'anagrafe oscilla tra il 26,7 ed il 31,2 per 1000 dei residenti, inferiore quella di Firenze.
- Il tasso di natalità, poco superiore all'8 per 1000, è viceversa sostanzialmente omogeneo a in tutta l'area e simile al valore medio regionale.

Tabella 1. Popolazione residente al 1/1/2001 nella ASL 10, alcuni indicatori demografici per Zona Socio-sanitaria. (fonte: Elaborazione Agenzia Regionale di Sanità)

Zone Socio-Sanitarie e Aziende USL di residenza	Residenti 1/1/2001	Popolazione >65 anni (per 100 res.)	Indice di vecchiaia (per 100)	Quoziente di incremento totale (per 1000 res.)	Stranieri iscritti all'anagrafe (per 1000 res.)	Tasso di natalità (per 1000 res.)
USL 10 - Firenze	797919	22,40	196,07	1,08	42,80	8,53
Firenze	374501	24,64	240,00	-5,77	57,27	8,23
Fiorentina Nord-Ovest	203989	19,50	160,33	6,97	30,04	8,65
Fiorentina Sud-Est	159011	21,06	166,80	5,43	31,21	8,91
Mugello	60418	21,75	168,47	12,20	26,68	8,89
REGIONE TOSCANA	n.r	22,07	189,78	3,16	31,86	8,00
Asl con valore inferiore	-	Prato: 18,48	Prato: 144,03	Massa: -0,80	Livorno: 2,70	Massa: 7,03
Asl con valore superiore	-	Siena: 24,41	Siena: 222,91	Prato: 10,17	Prato: 47,51	Prato: 9,42

La speranza di vita alla nascita, importante indice sintetico dello stato di salute di una popolazione, è particolarmente elevato in entrambi i sessi nelle Zone Fiorentina Sud-Est e Fiorentina Nord-Ovest. È da segnalare la situazione "relativamente" svantaggiata del Mugello, che presenta i valori più bassi dell'area.

Tabella 2. Speranza di vita nei due sessi e a varie età nella ASL 10 ed in Toscana, anno 2000
(fonte: Elaborazione Agenzia Regionale di Sanità; SA epidemiologia ASF)

Zone Socio-Sanitarie e Aziende USL di residenza	Speranza di vita alla nascita maschi	Speranza di vita alla nascita femmine
	(anni)	
USL 10 - Firenze	77,5	83,0
Firenze	77,4	82,9
Fiorentina Nord-Ovest	77,8	83,2
Fiorentina Sud-Est	77,8	83,0
Mugello	76,5	82,5
REGIONE TOSCANA	77,0	82,7
Asl con valore inferiore	Massa: 75,2	Viareggio: 81,8
Asl con valore superiore	Empoli: 77,6	Pistoia: 83,2

I tassi di mortalità generale (tabella 3) riferiti a tutte le età sono, nelle Zone nelle Zone Fiorentina Sud-Est e Fiorentina Nord-Ovest significativamente inferiori ai valori medi regionali in entrambi i sessi. I bassi livelli di mortalità riguardano tutte le zone della ASL, ad eccezione del Mugello che presenta valori superiori a quelli regionali; l'eccesso presente in entrambi i sessi è significativo nei maschi.

Tabella 3. Mortalità per tutte le cause, tutte le età ed età < 65 anni. Soggetti residenti nella ASL 10. Tassi standardizzati (per 100.000) per età, standard: Toscana 2000. Triennio 1998-2000.
(fonte: Elaborazione: Agenzia Regionale di Sanità su archivio Registro Mortalità Regionale-CSPO)

ZONE SOCIO-SANITARIE ED AZIENDE USL DI RESIDENZA	Maschi	Femmine
Tutte le cause		
USL 10 - Firenze	1439,16	913,28
Firenze	1426,94	902,54
Fiorentina Nord-Ovest	1374,45	904,60
Fiorentina Sud-Est	1471,29	918,98
Mugello	1634,74	1031,56
Regione Toscana	1528,36	948,53

valore inferiore	Firenze: 1439,16	Empoli: 912,90
valore superiore	Viareggio: 1721,12	Viareggio: 1021,84
<i>Tutte le cause, 0-64 anni</i>	-	-
USL 10 - Firenze	247,53	136,12
Firenze	255,01	142,43
Fiorentina Nord-Ovest	238,35	127,35
Fiorentina Sud-Est	239,77	122,95
Mugello	255,04	161,33
Regione Toscana	264,21	135,55
Asl con valore inferiore	Empoli: 245,31	Empoli: 123,36
Asl con valore superiore	Viareggio: 324,75	Lucca: 154,68

L'analisi della mortalità generale prima dei 65 anni, un importante indice di mortalità “prematura” (che può essere considerato come un “campanello di allarme” analogo agli “eventi sentinella”, ma di carattere più generale e meno influenzato da problemi di qualità delle codifica delle diagnosi di morte e di numerosità degli osservati) conferma, in particolare tra i maschi, la situazione positiva delle Zone Fiorentina Sud-Est e Fiorentina Nord-Ovest rispetto alla media regionale. Permane una più elevata mortalità nella Zona Mugello, rispetto alle altre due Zone.

A proposito delle specifiche cause di morte sono segnalare i seguenti eccessi rispetto ai valori medi regionali e/o a quelli delle altre aree della ASL 10:

- Tumore dello stomaco, in entrambi i sessi, nelle Zone Mugello e Fiorentina Sud-Est.
- Malattie circolatorie totali, infarto miocardico e malattie cerebrovascolari, in particolare nei maschi, nella Zona Mugello.
- Cardiopatia ischemica, in entrambi i sessi, nella Zona Fiorentina Sud-Est.
- Cause accidentali e violente, nei maschi, nella Zona Mugello.

Sono stati calcolati tassi standardizzati di "primo ricovero", raggruppando i ricoveri sulla base del codice fiscale del soggetto (tabella 4). I tassi così calcolati forniscono una misura della frequenza dei soggetti che ricorrono alle cure ospedaliere nella popolazione, depurandola dal fenomeno dei ricoveri ripetuti.

Per il totale delle cause di ricovero, i tassi aggiustati per età della ASL 10, così calcolati, evidenziano valori significativamente inferiori alla media regionale nei maschi e analoghi nelle femmine. All'interno della ASL si hanno valori più elevati nella Zona Firenze, intermedi nel Mugello ed inferiori nelle Zone Fiorentina Nord-Ovest e Fiorentina Sud-Est. L'analisi delle singole cause di ricovero non evidenzia specifiche situazioni di eccesso di ospedalizzazione.

Tabella 4. Tassi standardizzati (standard: Toscana 2000) di “primo ricovero” totali, per grandi gruppi e per alcune patologie rilevanti. Soggetti residenti nella ASL 10 (e ovunque ricoverati). Anno 2001. (fonte: Elaborazione Agenzia Regionale di Sanità su archivio SDO)

ZONE SOCIO-SANITARIE ED AZIENDE USL DI RESIDENZA	Maschi	Femmine
<i>Totale soggetti ricoverati</i>		
<i>USL 10- FIRENZE</i>	131,08	139,22
Fiorentina	135,56	143,90
Fiorentina Nord-Ovest	129,23	137,51
Fiorentina Sud-Est	125,72	132,14
Mugello	124,32	132,96
<i>REGIONE</i>	133,47	138,74
Asl con valore inferiore	Siena: 124,24	Grosseto: 127,19
Asl con valore superiore	Massa: 152,44	Massa: 151,55

In sintesi, dagli indicatori esaminati emerge quanto segue:

1. Un contesto demografico abbastanza simile tra le tre Zone Fiorentina Nord-Ovest, Fiorentina Sud-Est e Mugello con un andamento per molti aspetti differenziato rispetto alla Zona Firenze (minor presenza di ultrasessantacinquenni, indice di vecchiaia meno accentuato, tendenza alla crescita della popolazione, minor presenza di stranieri), anche se con una diversa accentuazione di alcuni aspetti (Mugello con maggior presenza di anziani e maggior tendenza alla crescita della popolazione residente rispetto alle altre due Zone).
2. Una situazione sanitaria rilevabile da alcuni indici sanitari di carattere generale (speranza di vita alla nascita, mortalità generale, mortalità prematura) favorevole rispetto alla media regionale per le Zone Fiorentina Nord-Ovest e Fiorentina Sud-Est.
3. Una situazione sanitaria più problematica per la Zona Mugello, rilevabile sia dagli stessi indici sanitari generali (speranza di vita alla nascita, mortalità generale, mortalità prematura), che da alcuni indici più specifici.

Sono infine da segnalare i seguenti limiti nei dati presentati:

- Gli indicatori al momento disponibili non hanno consentito di evidenziare adeguatamente problematiche sanitarie con implicazioni di tipo sociale o comunque trattate dai servizi sanitari territoriali (es. anziani non autosufficienti), che possono avere importanti ricadute in termini di stato di salute e di “bisogno” sanitario ed assistenziale.
- Esiste una carenza importante di informazioni specifiche sulla distribuzione dei principali fattori di rischio nella popolazione di tali aree. Questo è un fenomeno comune a tutte le aree sub-regionali in quanto i dati raccolti periodicamente dalle indagini ISTAT non hanno fino ad oggi consentito una disaggregazione maggiore del livello regionale.

6 Informazione tutela e partecipazione

La Comunicazione e l'informazione agli utenti è affidata, in una prima applicazione, agli Uffici Relazioni con il Pubblico, con le sue articolazioni territoriali, nonché ai distretti sociosanitari e ai Centri Sociali, previo un loro maggior raccordo e integrazione. Nel contempo il Direttore tecnico della Società della salute attua il progetto di cui all'allegato a).

La funzione tutela dei cittadini costituisce obiettivo prioritario per la Società della Salute: la raccolta delle segnalazioni avviene nelle sedi URP, l'indagine interna e l'elaborazione della risposta al cittadino è di competenza della Società della Salute, sulla base di accordi e protocolli con la Asl e le Amministrazioni comunali, che disciplinano la fase sperimentale. In ogni caso nell'attesa che gli organi preposti definiscano le proprie scelte in materia e ne approvino i conseguenti regolamenti, la responsabilità della risposta viene attribuita al Direttore Tecnico, che si avvarrà delle strutture interessate della Azienda Sanitaria di Firenze e dei Comuni per gli approfondimenti necessari. Per consentire la partecipazione dei cittadini e delle organizzazioni:

? sarà istituito dall'organo di governo un Comitato di partecipazione della Società della Salute che opera con continuità nel sostenere i passaggi programmatici, procedere alla valutazione quantitativa e qualitativa delle attività, discutere sui dati della comunità locale (demografici ed epidemiologici); detto Comitato sarà composto da rappresentanti della comunità locale, purché non siano erogatori di prestazioni;

- le organizzazioni del volontariato e del Terzo Settore saranno rappresentate in una apposita Consulta del Terzo Settore, confermando peraltro, sviluppandolo, il processo di Consultazione dell'intero Terzo Settore, per un contributo attivo nella elaborazione di tutti i livelli di programmazione dei servizi alla persona (attraverso passaggi di consultazione, produzione progetti, ecc.).

a) Gli URP nella Zona Socio Sanitaria Nord Ovest

Comuni:

Attualmente la Zona Nord Ovest è costituita da otto comuni e dai presidi territoriali della Asl. Ad oggi non è stato adottato un piano di comunicazione sociale coordinato e si è risposto ai fabbisogni informativi in modo occasionale e frammentato. Da una verifica degli output comunicativi risultano livelli qualitativi assai disomogenei anche in virtù del diverso investimento, anche organizzativo, che i vari soggetti hanno rivolto ai temi della comunicazione al cittadino.

Si va da realtà molto strutturate a realtà completamente prive di tali supporti.

Uno degli obiettivi della Sds sarà sicuramente quello di uniformare l'offerta in tal senso in maniera tale da offrire percorsi omogenei e condivisi.

Situazione delle strutture di informazione/comunicazione negli otto Comuni della Zona Nord Ovest

	Ufficio Sistemi Informativi	Ufficio Stampa	URP	Rete Civica	SUAP operativo	Informa Giovani	Sportello Immigrazione	Pratiche edilizie
Calenzano	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	
Campi Bisenzio	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	
Fiesole	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI
Lastra a Signa	SI	SI	SI	SI	SI	NO		
Scandicci	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sesto F.no	SI	NO	SI	SI	SI	SI		
Signa	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
Vaglia	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI

Azienda Sanitaria Locale:

L'Asl nel 2002 ha iniziato un progetto per migliorare l'accoglienza nei propri presidi ospedalieri e territoriali.

Titolo del progetto:

Accogliere, informare, orientare: realizzazione di Punti Informativi collegati all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) con personale dipendente e Volontari/e del Servizio Civile Nazionale (S.C.N.)

Descrizione sintetica del progetto

Il progetto si propone di rendere operativa e, in una seconda fase, potenziare una rete di punti informativi collegati all'URP, in un contesto geografico molto ampio che comprende 33 Comuni e si riferisce a 850.000 abitanti.

Il progetto nasce dalla constatazione della carenza di informazioni lamentata dagli utenti. L'ampiezza del territorio di competenza dell'Asl di Firenze e la numerosità delle sedi ospedaliere e distrettuali non ha consentito di istituire Uffici per la relazione con il pubblico (URP) nelle diverse sedi. L'UO Relazioni Pubbliche rappresenta in questo contesto il punto centrale e principale per le informazioni al pubblico: ciò determina inevitabilmente una difficoltà di accesso dei cittadini alle informazioni, ed il verificarsi di lunghe attese telefoniche.

Fino ad oggi sono quindi risultate inadeguate le risposte alla cittadinanza rispetto ai bisogni effettivi di informazione, accoglienza, orientamento.

Da queste criticità si è sviluppata l'idea di un coinvolgimento del personale attualmente addetto alla Portineria e dei Volontari e Volontarie del Servizio Civile Nazionale opportunamente formati al fine di creare Punti informativi collegati all'URP che consentano una circolarità dell'informazione posseduta dal livello centrale alle periferie e una migliore accoglienza degli utenti nelle strutture.

OBIETTIVI

1- INFORMAZIONE Rendere disponibile ai cittadini utenti dei servizi sanitari le informazioni, presso le principali sedi ospedaliere e distrettuali, con l'ausilio di operatori interni opportunamente riqualeficati e di volontari del Servizio Civile Nazionale addestrati ad utilizzare la rete aziendale intranet e internet contenente le informazioni aggiornate su tutte le attività presenti nell'Azienda.

2- ACCOGLIENZA Facilitare l'accesso nelle strutture ospedaliere e territoriali, con particolare riferimento ad anziani e invalidi. L'operatore (dipendente e volontario) dovrà, in caso di difficoltà dell'utente accompagnarlo presso il servizio richiesto (ambulatorio, reparto ecc.), sostenendolo nel disbrigo di pratiche (es. ticket, accettazione ospedaliera, prenotazione ecc.)

3 – ORIENTAMENTO Facilitare il percorso assistenziale, in caso di situazioni complesse, che richiedano l'intervento coordinato di più servizi, ad esempio: iniziare un percorso per ottenere l'invalidità civile, la riabilitazione psico-motoria, l'inserimento in residenza assistita... Si verifica in questi casi che le prestazioni o i percorsi richiesti possano essere fruibili in sedi diverse da quella raggiunta di persona dal cittadino e che nessuno sia in grado di dargli le indicazioni complete

L'esigenza è quindi quella di garantire al cittadino un servizio che possa accoglierlo, informarlo ed orientarlo correttamente nel percorso assistenziale da intraprendere, ed evitargli inutili passaggi da una sede all'altra.

OPERATIVITÀ DEL PROGETTO:

A regime, è prevista l'attivazione di un punto informativo in ogni struttura ospedaliera e territoriale. In una prima fase (2002-2003) è prevista l'attivazione di 20 punti informativi, presso i principali presidi ospedalieri e distrettuali. In particolare per la Zona Nord Ovest:

Zona Nord Ovest

Via Rialdoli, 80 Scandicci

Viale Gramsci, 561 Sesto Fiorentino

Campi Bisenzio in fase di avvio

Lastra a Signa in fase di avvio.

7 Il quadro dell'offerta e delle risorse

a) L'offerta sanitaria

L'Azienda Sanitaria di Firenze ha come proprio compito la tutela e la salute dei cittadini attraverso la prevenzione collettiva, la diagnosi, la cura e la riabilitazione.

Il territorio dell'Azienda comprende 33 comuni raggruppati in quattro Zone con circa 800.000 cittadini residenti e 50.000 stranieri per un totale di 850.000 persone.

Nella Zona Nord Ovest, i Servizi territoriali assicurano, coordinano ed integrano tutte le attività di assistenza socio sanitaria.

In particolare la Zona Distretto Nord Ovest in quanto centro unificato di servizi e prestazioni garantisce:

ATTIVITA' AMMINISTRATIVA:

Iscrizioni al SSN, scelta del medico di famiglia e del pediatra di libera scelta, autorizzazioni ecc
CUP: centri unificati di prenotazione presso i quali è possibile prenotare anche telefonicamente visite ed esami in qualsiasi ospedale o presidio dell'Azienda ed anche presso istituti privati convenzionati.

REFERTI A DOMICILIO coloro che lo desiderano possono farsi recapitare a domicilio i risultati delle analisi.

POLIAMBULATORI specialità prenotabili CUP

Cardiologia
Odontoiatria
Ecografia in gravidanza
Ecocardiografia
Ortopedia
Oculistica
Neurologia
Dermatologia
Chirurgia
Urologia
Medicina dello sport
Otorinolaringoiatria
Neuropsichiatria infantile
Geriatrica
Odontoiatria

PRELIEVI ANALISI AMBULATORIALI

PRELIEVI ANALISI DOMICILIARI

ASSISTENZA INFERMIERISTICA AMBULATORIALE

ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE

AMBULATORIO PER PAZIENTI STOMIZZATI

SERVIZIO CURE PALLIATIVE

Per l'assistenza ai malati in fase terminale

CENTRO DI MEDICINA TRADIZIONALE CINESE

(Agopuntura ecc.)

SPORTELLO INFORMATIVO PER CINESI

FARMACIA

Consegna farmaci, ecc

Assistenza farmaceutica integrativa (Consegna pannoloni, traverse ecc.)

ATTIVITA' MEDICO LEGALE E AUTORIZZATIVA DISTRETTUALE .

Certificazioni medico legali (rinnovo patenti, porto d'armi ecc)

Autorizzazioni

COMMISSIONE INVALIDI CIVILI

COMMISSIONE HANDICAP

COMMISSIONE PER LA VALUTAZIONE DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

ATTIVITA' CONSULTORIALI

Consultorio ginecologico

Consultorio pediatrico

Centro consulenza giovani

Consultorio HIV

Corso di preparazione alla nascita

Consultorio per immigrati

Consultorio pediatrico per immigrati

Consultorio ostetrico ginecologico per immigrati

Ambulatorio per Stranieri Temporaneamente Presenti (S.T.P)

SALUTE MENTALE

Psichiatria

Psicologia

Neuropsichiatria infantile

SERVIZIO DI IGIENE PUBBLICA

(Igiene edilizia, alimenti, ecc.)

VETERINARIA

(sanità animale, igiene degli alimenti, ecc..)

SER.T

servizio tossicodipendenze

SERVIZIO SOCIALE

(Handicap, salute mentale infanzia e adulti)

ALTRO

Tessere sanitarie
Vaccinazioni adulti
Prevenzione e igiene sui luoghi di lavoro
Nefrologia (dialisi)
Radiologia

CENTRI DI SOCIALIZZAZIONE, RSA, DIURNI

Centro sociale per handicap
Centro Diurno di Riabilitazione Psichiatrica
Residenze sanitarie assistenziali (con Nuclei per l'assistenza ai pazienti con Morbo di Alzheimer)
Case famiglia

RIABILITAZIONE

Fisiatria
Geriatrics
Neuropsichiatria infantile
Riabilitazione, assistenza protesica, rieducazione funzionale, del linguaggio, psicomotoria

MEDICINA GENERALE

(Assistenza domiciliare programmata, ADI, campagne di vaccinazione antinfluenzale ecc)

PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

(Bilanci di salute)

GUARDIA MEDICA

(Sabato, domenica, festivi, notturni)

EMERGENZA TERRITORIALE

(118)

La Zona Distretto Nord Ovest assicura a tutti i cittadini presenti sul suo territorio un'adeguata risposta ai loro bisogni di salute, attraverso tutti i professionisti presenti nei presidi territoriali e avvalendosi degli ospedali e delle altre aziende che operano sul territorio.

Promuove la cultura della salute e della prevenzione della salute individuale e collettiva; assicura ai cittadini una rete di presidi all'interno dei quali viene garantita la risposta ai bisogni primari di salute, su attivazione del proprio medico curante o di altri professionisti sanitari, garantendo anche l'integrazione socio sanitaria.

Assicura al contempo l'integrazione fra le varie articolazioni presenti sul territorio in funzione dei bisogni del paziente, garantendo le caratteristiche di coordinamento, tempestività, equità e trasparenza, accessibilità, efficacia ed efficienza degli interventi.

La Zona è impegnata in progetti per il miglioramento della qualità.

E' stato richiesto l'accreditamento delle proprie strutture alla Regione Toscana.

L'accreditamento rappresenta un'ulteriore garanzia di qualità, in quanto prevede la conformità delle nostre strutture a molti requisiti strutturali, organizzativi e di qualità.

L'Azienda assicura la tutela e la promozione della salute degli individui e della collettività nell'ambito delle indicazioni programmatiche regionali, in coerenza con gli indirizzi della Conferenza dei Sindaci mediante la predisposizione e l'attuazione del Piano Attuativo Locale ed

ispirando la propria azione ad obiettivi di miglioramento continuo dell'assistenza e di equità delle prestazioni, di apertura verso le istanze di partecipazione a tutela dei diritti dei cittadini, garantendo l'integrazione ed il raccordo istituzionale con gli Enti Locali, le organizzazioni sanitarie ed il volontariato.

b) L'offerta sociale

La Zona Nord –Ovest è costituita dall'insieme di otto Comuni con dimensioni, storia, organizzazione del territorio che la rendono non omogenea.

Pertanto, gli otto comuni hanno insistito molto sull'integrazione socio-sanitaria per garantire una rete omogenea di servizi a tutti i cittadini della Zona, superando un potenziale fattore di divisione che avrebbe pesato anche sulla progettazione e gestione associata delle politiche in questione.

L'offerta sociale, i servizi e le prestazioni sociali sono quelle riportate nell'ultimo piano di zona approvato, le cui modalità di gestione sono riassunte nella tabella "Modalità di gestione dei Servizi Socio-Assistenziali nella Zona Socio sanitaria nord Ovest".

L'offerta sociale della Zona, che si riassume sinteticamente di seguito, si è orientata su 5 aree prevalenti:

- 1- Minori
- 2- Responsabilità familiari
- 3- Anziani
- 4- Disabili
- 5- Adulti

individuando azioni di cura, tutela, sostegno (anche in termini economici), ma soprattutto impegnando ingenti risorse per la realizzazione di:

1. Minori

- ***centri di prima accoglienza educativa e di ospitalità notturna e diurna;***
- ***interventi di integrazione sociale e culturale, in particolare a favore di minori da inserire nelle scuole del territorio;***
- ***misure di prevenzione del disagio***

2. Responsabilità familiari

- ***centri di consulenza per giovani coppie e centri di informazione e consulenza alle famiglie;***
- ***centri di mediazione familiare;***
- ***incontri per la promozione dell'adozione;***
- ***centro affidi;***

3. Anziani

- ***centri diurni per anziani e RSA, in particolare rivolti ad anziani soli, non autosufficienti o in stato di emarginazione sociale;***
- ***servizi a sostegno delle famiglie con forte carico assistenziale al fine di garantire all'anziano/a la permanenza nella propria famiglia/comunità di appartenenza;***

4. Disabili

- ***centri diurni di socializzazione;***
- ***comunità alloggio;***
- ***servizi di assistenza domiciliare (circa 14.000 ore nell'anno 2000);***
- ***organizzazione di attività per il tempo libero;***

- vacanze estive
- 5. Adulti
- **centri di consulenza per giovani;**
- promozione della pari opportunità di accesso al lavoro e ai servizi;
- assistenza alloggiativa.

Valutazione del sistema dei bisogni da soddisfare

La presenza di importanti agglomerati industriali in maggior parte del territorio della zona socio sanitaria nord ovest ha portato all'afflusso di giovani coppie e immigrati spinti dalle nuove opportunità lavorative.

Tale movimento migratorio ha fatto emergere nuovi bisogni legati tanto a aspetti di tipo economico (es. acquisto della prima casa, sostegno alla genitorialità, ecc.) che ad aspetti tipicamente sociali (integrazione degli immigrati, politiche giovanili, ecc.)

Di non meno rilevanza sono le problematiche inerenti l'assistenza a persone anziane, che incidono per il 5% sulla popolazione residente nella zona, e quelle relative ai disabili.

Dall'analisi dei risultati dell'attività svolta dagli enti locali, dal privato sociale e dall'ASL emerge con chiarezza la capacità delle strutture territoriali di dare risposta al bisogno del cittadino e proporre soluzioni idonee a incidere sugli aspetti economici e sociali della comunità.

Una grandissima e preziosa risorsa della zona è data dalla presenza capillare su tutto il territorio di associazioni di volontariato, soggetti del terzo settore e cooperative sociali che svolgono una funzione di collegamento tra la comunità e gli enti locali favorendo la capacità di risposta degli stessi ai bisogni del cittadino.

A partire dallo studio dei dati disponibili emerge complessivamente una buona capacità di individuazione del bisogno sociale e di risposta, anche se permangono tuttavia alcune criticità dovute a:

- ? *fattori esterni non modificabili come la disomogeneità territoriale tra gli otto comuni della zona che ha rappresentato in qualche caso un ostacolo all'operare in forma associata e gestire interventi globali indirizzati all'utenza dell'intera zona anziché del singolo comune;*
- ? *fattori interni quali la difficile comunicazione tra enti e l'assenza di data base in grado di favorire la circolazione delle informazioni spesso frammentate e di difficile reperimento, che ha ostacolato e reso più problematico il lavoro di valutazione e monitoraggio dei progetti e degli interventi attivati.*

Attraverso la realizzazione del progetto relativo alla creazione di un portale che favorirà la raccolta e la consultazione dei dati, presentato nel Piano Sociale 2002, la Zona intende cominciare a rimuovere tali criticità.

c) Livelli di assistenza e continuità assistenziale

- Fra gli obiettivi della S.d.S. ritenuti prioritari vi è quello della continuità assistenziale. Affinché ciò si realizzi è indispensabile che vengano concretamente attivati tutti i necessari percorsi assistenziali e che questi ultimi si integrino vicendevolmente gli uni con gli altri. Solo in quest'ottica è possibile realizzare una presa in carico globale del cittadino garantendo una risposta appropriata e completa ai suoi bisogni.

La necessità di una risposta integrata è ancora più comprensibile se si pensa che i settori nei quali attualmente viene impiegata, a livello territoriale, una grande quantità di risorse sono quelli degli anziani, del materno infantile, della salute mentale, della disabilità, delle dipendenze, aree di intervento che già da tempo vengono comunemente definite ad alta integrazione.

Nella Zona Nord Ovest, da alcuni anni, sono state avviate diverse esperienze di approccio integrato ai bisogni del cittadino. Pur in assenza di un accordo di programma fra l'Azienda Sanitaria e gli otto Comuni di riferimento, la sensibilità e la disponibilità di una gran parte degli operatori ha fatto sì che in diversi casi ci sia stato un naturale riorientarsi verso schemi organizzativi che rispondono più alle necessità dei cittadini che non alla dipendenza gerarchica degli operatori stessi. Anche in settori che non sono stati oggetto di delega da parte di alcuni Comuni si è potuto registrare lo svilupparsi di un lavoro in rete fra i vari operatori. La numerosità dei Comuni della zona (8) e un certo grado di avvicendamento nel personale comunale e aziendale ha reso più complesso il lavoro di sistematizzazione di questi processi. La Sds sarà quindi l'occasione per affinare ed estendere a tutti gli ambiti di intervento quanto di positivo è stato fino ad ora impostato.

Una riflessione a parte va dedicata alla integrazione ospedale territorio. Le problematiche connesse all'attuale contesto del SSN con particolare riferimento alle liste di attesa, al sotto utilizzo o all'utilizzo improprio di risorse nel sistema, impongono una reinterpretazione del rapporto ospedale territorio, potenziando e riorganizzando l'offerta di prestazioni territoriali, riservando l'assistenza ospedaliera alle patologie acute. Questo modifica il tradizionale sistema di offerta sanitaria fondata prioritariamente sull'ospedale, a favore del territorio quale soggetto attivo che intercetta il bisogno sanitario e si fa carico in modo unitario e continuativo delle necessità sanitarie e socio-assistenziali dei cittadini.

Occorre liberare ancora delle risorse dall'area dell'assistenza ospedaliera per destinarle all'assistenza territoriale, coinvolgendo maggiormente, per il perseguimento di questo obiettivo i medici di medicina generale e i pediatri di base nel governo dei percorsi sanitari.

Questa diventa quindi un'occasione di stimolo per la sperimentazione di forme evolutive delle varie tipologie di medicina di gruppo e per un utilizzo più integrato nel sistema dei medici di guardia medica territoriale e dei medici specialisti ambulatoriali.

Un'attenzione particolare dovrà essere riservata alle tre macroaree delle dimissioni protette, del percorso anziani e dei malati oncologici.

Questi sono tre ambiti di intervento nei quali si misura più che altrove la capacità di integrazione fra ospedale e territorio e fra servizi territoriali stessi.

Le problematiche relative a queste tre aree, quindi, dovranno essere fra quelle prioritariamente affrontate dalla Sds.

Riassumendo si può concludere dicendo che le prime sfide con cui si dovrà misurare la Sds, in materia di continuità assistenziale, saranno rappresentate principalmente dalle problematiche afferenti all'area dell'alta integrazione, disabilità, dipendenze, salute mentale, materno-infantile, anziani e all'area delle dimissioni protette e malati oncologici.

d) Il governo della domanda

La Sds si prefigge di affrontare in modo incisivo le problematiche inerenti il governo della domanda.

Le principali aree critiche oggetto di intervento saranno:

- la spesa farmaceutica
- l'assistenza specialistica
- la diagnostica per immagini e di laboratorio
- l'attività di ricovero e di riabilitazione.

Le azioni da mettere in atto riguarderanno sia i servizi direttamente prodotti dalla Sds che quelli acquisiti all'esterno con o senza il tramite l'Azienda Sanitaria.

Le modalità di intervento sfrutteranno, prima di tutto il vantaggio rispetto all'attuale assetto organizzativo, del più stretto rapporto che la Sds avrà con i principali ordinatori di spesa (medici di medicina generale e pediatri di base) e con gli utilizzatori dei servizi (cittadini). Questo faciliterà il buon esito di tutte le azioni basate sulla promozione di una cultura diversa fra i vari interlocutori.

In particolare saranno intraprese molte iniziative finalizzate a un coinvolgimento più concreto e costruttivo dei medici di medicina generale e pediatri di base, favorendone la partecipazione anche e soprattutto in forma aggregata.

Sarà promosso l'incremento dell'utilizzo di linee guida, saranno definiti tutti i percorsi assistenziali, contribuendo così ad evitare la duplicazione degli interventi, la inappropriatazza di questi ultimi o la mancata risposta al bisogno.

Saranno monitorizzati tutti i processi assistenziali al fine di verificarne la efficacia e l'appropriatazza, misurarne il consumo delle risorse e introdurre tutti i correttivi necessari ad incrementare l'efficienza del sistema e la qualità delle prestazioni erogate.

Saranno programmati i volumi e le tipologie di prestazioni che dovranno essere garantiti dagli ospedali dell'Azienda Sanitaria e dall'Azienda Ospedaliera sia in forma di ricovero che ambulatoriale. Come dovranno essere oggetto di puntuale programmazione tutte quelle prestazioni che verranno acquisite per il tramite dell'Azienda Sanitaria.

Presidiare l'offerta e governare la domanda sarà quindi il difficile compito che attende la Sds e su cui si misurerà la capacità di quest'ultima di fornire una risposta efficace ed innovativa ai bisogni di salute della società.

a) I Comuni

Le risorse destinate dai Comuni ad interventi nel campo sociale e che, quindi, costituiranno riferimento per la definizione del Budget della Società della Salute (solo virtuale in quanto le risorse, al momento, restano degli enti locali) per l'anno 2004, sono evidenziate nelle tabelle che seguono (dati riferiti al consuntivo 2002 e previsioni assestate 2003).

L'articolazione della spesa socio-assistenziale secondo i settori d'intervento, anche se ad un livello di sintesi elevata, consente una lettura più disaggregata delle attività e dei servizi erogati dai Comuni, cui si aggiungono le attività svolte dalla ASL sul versante sanitario e sociosanitario integrato.

I dati evidenziati dai consuntivi 2002 e dai preventivi 2003 confermano la “propensione” e attenzione per il settore sociale da parte dei Comuni che si candidano alla sperimentazione della SDS. Le risorse di cui è previsto l'impiego nel 2003, infatti, evidenziano una conferma sostanziale dell'impegno finanziario sostenuto nell'anno precedente dalle amministrazioni comunali per tale tipologia di servizi. Ciò, nonostante i tagli ai trasferimenti erariali e i pesanti vincoli che il Patto di Stabilità ha posto alla dinamica espansiva della spesa di parte corrente del comparto degli enti locali.

La spesa corrente pro-capite rilevata sull'intero campione si attesta in media sui 105,61 euro per abitante (dato su previsioni assestate 2003).

Tale spesa viene coperta mediante entrate di parte corrente (trasferimenti e proventi dei servizi) per oltre un terzo del suo ammontare (37% - dato 2003), mentre la parte restante viene posta a carico della fiscalità generale dei rispettivi Enti.

Il quadro delle risorse con le quali i Comuni concorreranno al budget della SDS, pur rappresentando un livello significativo sotto il profilo quali/quantitativo, richiederà alla nuova “struttura di governo” di impostare e perseguire azioni mirate alla riqualificazione degli interventi a partire dalla razionalizzazione della spesa pubblica, anche mediante l'ulteriore valorizzazione del ruolo del volontariato, contemperando la necessità di tenere sotto controllo la dinamica della spesa con la crescente domanda di servizi socio-assistenziali, sanitari e territoriali, che proviene dai cittadini.

b) la ASL

Nella fase di sperimentazione, alla società della salute affluiscono in via diretta le risorse finanziarie necessarie al funzionamento degli organi della società. Tali risorse, nella misura e nella composizione - prevista dallo statuto, costituiranno, insieme ai costi per lo svolgimento delle attività, il bilancio della società.

La società della salute redige secondo le modalità previste dallo statuto il bilancio preventivo e d'esercizio relativo a tali ricavi e costi.

Nella fase sperimentale, la società della salute definisce altresì un budget virtuale come sommatoria dei budget messi a disposizione dagli enti consorziati per lo svolgimento delle attività che la Sds ha programmato di svolgere, attività che saranno tuttavia materialmente erogate dalle strutture appartenenti ai rispettivi enti, i quali rimangono responsabili, sotto l'aspetto operativo e contabile, delle risorse individuate nel budget virtuale della Sds

Nelle tabelle successive si rappresentano alcuni valori di riferimento relativi ai bilanci consuntivi e al budget 2003.

Nella tabella 1 – Livelli di assistenza, sono riportati i valori dei bilanci d'esercizio 2001 e 2002 della Azienda Sanitaria di Firenze relativi alla attività territoriale svolta nella zona di Nord Ovest. I valori sono stati ottenuti estrapolando dal bilancio di esercizio aziendale i dati della zona Nord Ovest riaggregandoli per livelli di assistenza, sulla base della logiche e delle regole che consentono di rappresentare il bilancio per livelli di assistenza.

I valori evidenziati nella tabella 1 devono comunque essere integrati affinché l'informazione sulla gestione dei budget sia completa ed efficace ai fini della programmazione della attività dell'anno 2004.

Infatti, il budget che l'Azienda sanitaria ha finora assegnato alle sue ripartizioni zonali non ha compreso tutta l'attività aziendale bensì solo l'attività di produzione direttamente svolta nelle zone stesse, mantenendo al centro tutta l'attività erogata, ma non prodotta.

Le ragioni di questa impostazione risiedono nel fatto che le attività acquisite all'esterno ed erogate su convenzione ai cittadini sono finora state tenute sotto controllo dal centro direzionale aziendale, mentre le attività di produzione diretta sono state affidate e tenute sotto controllo nel territorio dove si sono prodotte ed erogate.

Allo stato attuale si presenta pertanto la seguente situazione:

- al budget delle strutture zonali fanno capo le risorse necessarie per la produzione diretta di servizi territoriali, ovvero risorse per acquisti di beni di consumo, utenze, riscaldamento, pulizie, affitti ecc.. Rientrano altresì nel budget delle Zone le quote sanitarie e sociali per i ricoveri in residenze assistite, nonché i sussidi per tossicodipendenti e handicappati, nonché per l'erogazione di protesi e ausili e di presidi per assistenza integrativa.

Al budget della Zona sono assegnate le risorse umane in termini di unità e non di valore stipendiale, nonché le ore di lavoro del personale convenzionato

- Al budget delle strutture centrali aziendali fanno capo tutte le risorse necessarie per la acquisizione all'esterno di attività e prestazioni quali la spesa per la farmaceutica territoriale esterna, le convenzioni con le case di cura e i laboratori diagnostici pubblici e privati, le convenzioni con le associazioni di volontariato che effettuano trasporto ordinario ecc., nonché le spese per il personale dipendente e il personale medico convenzionato, tenuto conto che l'azienda svolge una gestione centralizzata delle sostituzioni e del rinnovo del personale dipendente nonché la trattazione dei contratti con i MMG.

Nella tabella 2 – Sono riportati i budget assegnati alla Zona Nord Ovest negli anni 2001-2002-2003 che si ritiene possano costituire la base di riferimento per la definizione del budget 2004.

Nella tabella 3 – Budget della gestione centralizzata sono riportate le risorse per quella parte dell'attività territoriale che non è ancora stata decentrata alle zone.

Occorre sottolineare infatti, che buona parte della spesa sostenuta dalla Azienda sanitaria può essere esercitata dal cittadino in zone diverse dalla residenza ed è pertanto riconducibile alla zona di appartenenza solo attraverso flussi di informazioni che consentano di legare la domanda del cittadino alla specifica offerta. Nel momento in cui sarà possibile assegnare alla Zona il budget corrispondente a queste attività dovrà essere anche attivato un meccanismo di compensazione tra zone che consenta di trasferire alla zona che offre servizi ad un non residente le corrispondenti risorse.

Il budget 2004 della Sds sarà inizialmente definito, con i criteri sopra detti, sulla base dei dati storici relativi al 2003. Sarà un budget virtuale dal momento che la responsabilità contabile rimane in capo ai singoli enti, e sarà strutturato in modo da garantire livelli quali/quantitativi dei servizi erogati. Il contesto in cui questo budget andrà a collocarsi è chiaramente caratterizzato da due esigenze contrapposte, da un lato la necessità di contenere la spesa dall'altro dare adeguata risposta ai bisogni di assistenza aumentando la qualità del servizio e ove possibile anche la quantità.

c) Il controllo della spesa

In questo ambito, l'accento si pone sull'esigenza di attuare processi di razionalizzazione, sul rapporto risorse/risultati, sull'adozione di idonei meccanismi di controllo.

L'obiettivo assegnato alla SDS per "il rilancio della cultura dell'integrazione del sistema sanitario con quello socio-assistenziale", così come confermato dalla Regione Toscana con l'atto d'indirizzo già citato, ha quale presupposto essenziale "il controllo dell'impiego delle risorse attraverso il governo della domanda e la promozione dell'appropriatezza dei consumi".

In questo contesto l'accento si pone sull'esigenza di attuare processi di razionalizzazione, sul rapporto risorse/risultati, sull'adozione di idonei meccanismi di controllo.

Diviene pertanto necessario ottenere informazioni più raffinate di quelle già in possesso, circa le caratteristiche delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie dei soggetti aggregati nella Sds, al fine di progettare un sistema di pianificazione e controllo che si adatti a tali caratteristiche e alle condizioni di ambiente in cui la Sds si troverà ad operare.

Tale sistema farà riferimento al sistema informativo contabile ed al controllo di gestione.

Il sistema informativo contabile, non sarà comunque solo finalizzato alla riduzione dei costi, ma dovrà risultare idoneo per effettuare adeguate forme di controllo.

In particolare si prevede una idonea contabilità analitica progettata ad hoc per la Sds, che consenta analisi comparative dei costi delle prestazioni, dei rendimenti e dei risultati.

Il controllo viene così inteso come conoscenza in modo più approfondito delle modalità tecnico-economiche di svolgimento della gestione per arrivare, in un secondo momento, alla sua razionalizzazione dove possibile.

Si articolerà nelle tipiche fasi:

- o formulazione degli obiettivi
- o verifica della gestione per mezzo dell'analisi degli scostamenti
- o adozione dei provvedimenti correttivi

Riguarderà tre momenti caratterizzanti le tipologie del controllo:

- controllo preventivo
- controllo concomitante
- controllo consuntivo

Gli strumenti ed i meccanismi proposti sono quelli tipici dell'approccio aziendalistico, già ampiamente sperimentati almeno per quanto concerne l'ASL:

- contabilità direzionale

- contabilità generale ed analitica
- budget
- sistema di reporting

Tali rilevazioni amplieranno così la funzione conoscitiva dei bilanci (preventivi e consuntivi).

Elaborazioni più sofisticate dei dati contabili e integrazioni con informazioni complementari, consentiranno infatti di accrescerne le capacità informative, offrendo un quadro il più possibile fedele della situazione delle attività svolte, attribuendo così al bilancio non solo funzione di governo, ma anche di strumento che consente di attivare un controllo economico-finanziario e patrimoniale dell'andamento gestionale.

Si configurerà quindi, sia nella fase preventiva che in quella di rendiconto, come un supporto informativo sempre più importante per prendere decisioni, in conseguenza della capacità di sintesi e di presentazione di un quadro complessivo di carattere economico, finanziario e patrimoniale della gestione.

Tabella 1 – Livelli di assistenza

Livelli di assistenza*	Costi (in euro)	% assorb.
PREVENZIONE COLLETTIVA	10.469.046,53	7,84%
Igiene e sanità pubblica	4.303.963,53	3,22%
Igiene alimenti e nutrizione	1.557.681,20	1,17%
Prevenz.e sicur.ambienti di lavoro	3.258.778,96	2,44%
Sanità pubblica veterinaria	1.348.622,84	1,01%
ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE	123.058.671,84	92,16%
Assistenza sanitaria di base	15.494.090,50	11,61%
Medicina generale	11.588.322,81	8,68%
Pediatria di base	2.718.306,32	2,04%
Attività continuità assistenziale	1.187.461,37	0,89%
Farmaceutica	40.524.317,03	30,35%
Assistenza farmaceutica convenzionata	37.964.109,22	28,43%
Assistenza farmaceutica integrativa	2.560.207,81	1,92%
Distrettuale	18.924.140,22	14,17%
Assistenza territoriale e domiciliare	16.039.893,88	12,01%
Emergenza sanitaria territoriale	2.884.246,34	2,16%
Riabilitazione	6.073.045,43	4,54%
Assist.semiresid.riabilit.disabili	2.578.807,63	1,93%
Assist.resid.riabilitativa disabili ex art.26	1.805.109,04	1,35%
Assistenza idrotermale	255.724,72	0,19%
Assistenza protesica	1.433.404,04	1,07%
Assistenza agli anziani	8.335.515,90	6,24%
Assistenza semiresidenziale anziani	81.384,78	0,06%
Assistenza residenziale anziani		6,18%

	8.254.131,12	
Dipendenze	3.607.927,72	2,70%
Assistenza semiresid.tossicodipendenti	3.097.889,10	2,32%
Assistenza residenziale tossicodipendenti	510.038,62	0,38%
Salute mentale	8.288.985,86	6,21%
Assistenza semiresid.psichiatrica	4.966.290,69	3,72%
Assistenza residenz.psichiatrica	2.661.653,48	1,99%
SPDC degenza DH	479.592,76	0,36%
SPDC degenza ordinaria	181.448,93	0,14%
Specialistica territoriale	21.810.649,18	16,34%
Attività clinica	12.332.916,10	9,24%
Attività di laboratorio	2.124.389,55	1,59%
Attività di diagnostica per immagini	7.353.343,53	5,51%
TOTALE	133.527.718,37	100,00%

* Fonte: Modello L.A. di rilevazione dei costi per livelli di assistenza anno 2002

I dati sono relativi:

- a) ai costi sostenuti per la gestione delle strutture aziendali con sede nella Zona,
- b) ai costi per l'acquisto di prestazioni sanitarie rese ad assistiti residenti nella Zona da soggetti terzi, pubblici e privati,
- c) alla quota parte dei costi generali e strutture di supporto aziendali.

**BUDGET AZIENDA SANITARIA DI FIRENZE ASSEGNATO ALLA ZONA NORD
OVEST**

RAGGRUPPAMENTO PER SOC SAL	2001	2002	2003
1 - ANZIANI MINORI	11.648.679	12.760.985	12.077.061
2 - TOSSICODIPENDENTI	1.262.713	1.326.585	1.301.651
3 - SALUTE MENTALE ADULTI E INFANZIA ADOLESCENZA	2.058.545	2.137.656	2.007.631
4 - ATTIVITA' CONSULTORIALI E SPECIALISTICA AMBULATORIALE	1.570.063	1.366.670	1.212.337
5 - ATTIVITA' DI PREVENZIONE DI ZONA	79.890	58.669	53.942
6 - SPESE GENERALI	7.846.928	9.641.797	9.243.176
7 - PROTESI E AUSILI		1.133.094	1.008.166
8 - ASSISTENZA INTEGRATIVA		1.702.523	1.832.199
Totale complessivo	24.466.818	30.127.979	28.736.163

Tabella 3 – Budget della gestione centralizzata anni 2001-2003

<u>Attività</u>	2001	2002	2003
20. Acquisti d'esercizio	59.350.110	60.599.069	63.716.040
21. Servizi sanitari	11.937.882	10.362.558	6.704.161
22. Personale a conv.	75.927.482	78.466.200	80.334.948
23. Personale dip.	272.526.462	277.668.495	282.558.373
24. Spese generali	16.989.987	20.412.077	19.699.980
25. Manutenzioni	8.196.196	7.832.301	8.804.611
26. Servizi vari appaltati	13.507.222	12.392.430	13.999.541
27. Ammortamenti, Variaz. Rim.	6.498.895	7.654.176	8.000.000
30. Prest. Farmaceutiche	148.964.035	154.423.199	145.981.769
31. RSA, minori-L.20, SM, Tox	0	362.451	130.000
32. Case di cura	81.609.652	85.433.212	80.281.988
33. Riabilitaz. Art.26	20.083.586	21.614.098	24.375.715
34. Diagn., spec. est e indir	12.535.570	13.394.389	13.713.000
35. Trasporti	7.338.398	7.530.491	6.927.000
36. Sussidi	52.726	214.361	198.182
37. Mobilità passiva	255.622.127	278.653.275	266.142.336
42. Altro - Oneri	18.987.514	13.396.975	8.437.443
43. Imposte	19.625.196	20.911.899	20.555.226
50. Fondi	1.568.618	421.000	2.347.712
Totale complessivo	1.031.321.657	1.071.742.655	1.052.908.025

d) Le risorse umane

̄ In ordine all'assetto organizzativo della Sds è pertanto da rilevare:

- ? Per quanto attiene le risorse umane, il personale della Sds è costituito dai dipendenti degli enti associati messi a disposizione attraverso gli istituti contrattuali regolati dalle norme vigenti. Nella fase di sperimentazione, quindi, i dipendenti mantengono il contratto di provenienza.
- ? Per quanto attiene la partecipazione, in applicazione delle disposizioni del PSR, la Sds dovrà operare al fine di consentire la massima partecipazione dei medici di medicina generale e Pediatri, Privato accreditato, Organismi di rappresentanza dell'utenza. Le forme di tale partecipazione dovranno essere affidate alle iniziative delle Sds in ordine a priorità, scelte strategiche, obiettivi da perseguire, risorse necessarie.
- ? Per quanto attiene le funzioni amministrative e di supporto è da evitare che la creazione delle Sds conduca ad una duplicazione di servizi amministrativi. La Sds dovrà avvalersi, con le modalità disciplinate dalle convenzioni con gli Enti associati, dei servizi tecnico-amministrativi, gestiti direttamente dagli Enti medesimi o da questi delegati ad altri organismi (ConSORZI, Società o altro).

Nel merito si richiamano infine le disposizioni contenute nella deliberazione del Consiglio Regionale n. 144 del 25/09/2002 concernente: "Riorganizzazione delle funzioni tecnico-amministrative delle Aziende Sanitarie, costituzione dei Consorzi di Area Vasta", per i rapporti che potrebbero instaurarsi in vista della costituzione della Società della Salute fra i Consorzi di Area Vasta, così come individuati dalla richiamata deliberazione, e degli Enti Locali di riferimento territoriale, e nella deliberazione CR n. 155 del 24/09/2003 "Atto di indirizzo regionale per il periodo della sperimentazione della Società della Salute".

e) Concertazione con le organizzazioni sindacali

Il personale della Società della Salute proveniente dalle Aziende Sanitarie e dal Comune, mantiene il contratto di appartenenza: potranno altresì attivarsi, previa contrattazione con i soggetti titolari dei vari livelli di contrattazione, strumenti ed istituti idonei ad avvicinare il trattamento economico e normativo del personale appartenente ai diversi comparti.

Questo potrà avvenire contestualmente allo svilupparsi della sperimentazione.

Inoltre durante il periodo della sperimentazione della Società della salute, gli atti di indirizzo e di programmazione sono soggetti alla preventiva concertazione con le Organizzazioni Sindacali Confederali e di categoria: il verbale di concertazione rappresenta documento di riferimento per i relativi atti che gli organi della Società della salute saranno chiamati ad assumere.

Inoltre, il periodo biennale di sperimentazione, indirizzato alla lettura dei bisogni di salute, alla programmazione e al controllo, verrà sottoposto ad un periodico e congiunto monitoraggio e valutazione per assicurare al percorso la condivisione opportuna e necessaria, anche per le innovazioni organizzative, tra Sds e organizzazioni sindacali.

I rapporti tra Comuni e OO.SS saranno regolati da un protocollo di relazioni sindacali da stipularsi entro _____, coerente a quanto previsto da norme vigenti ivi compresi i contratti EE.LL. e quelli integrativi aziendali (con particolare riferimento alle materie di consultazione preventiva, concertazione e contrattazione).

9 Rapporti tra il Dipartimento di Prevenzione e la Società della Salute

-

E' assolutamente necessario prevedere che il Dipartimento della Prevenzione – in particolare le Aree Funzionali – collabori strettamente con la Società della Salute. Sulla base di tali presupposti, i servizi della prevenzione saranno impegnati ad impostare la programmazione annuale delle attività con criteri che privilegino su tutto la partecipazione ai piani integrati di salute, che saranno individuati, progettati e realizzati tenendo conto delle specificità presenti nei vari ambiti territoriali dell'Azienda.

Infatti, molte delle competenze professionali presenti nel Dipartimento della Prevenzione ed in particolare quelle di tipo epidemiologico-statistico, quelle relative alla tossicologia occupazionale ed ambientale, quelle legate alla comunicazione del rischio ed alla educazione sanitaria, sono di primaria importanza per la programmazione, la realizzazione, il monitoraggio e la verifica dei piani integrati che vedono altri attori come protagonisti.

Inoltre, il piano integrato di salute, per le problematiche soprattutto dei centri urbani ad alta densità abitativa, dei distretti industriali o ancora degli ambiti territoriali interessati dalla realizzazione di grandi opere, abbisognano del contributo dei servizi di prevenzione collettiva, in particolare di quelli delle Aree Funzionali della prevenzione, che hanno un maggior radicamento territoriale.

Solo per esemplificare, citiamo la realizzazione di politiche di salute che si intrecciano strettamente con i problemi connessi con l'inquinamento da traffico, con l'inquinamento industriale, con i problemi connessi con la realizzazione di grandi opere infrastrutturali che in questi anni interessano intensamente il territorio del Comune di Firenze e dell'intera Azienda Sanitaria.

Ciò potrà produrre notevoli miglioramenti per la qualità della vita e per lo stato di salute della popolazione.

Strutture aziendali da partecipare :