



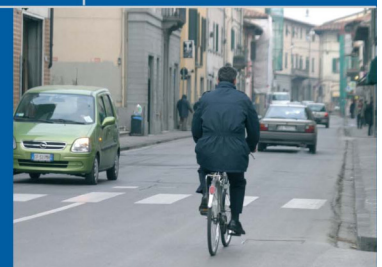
Società della Salute  
Nord Ovest

# PIANO INTEGRATO DI SALUTE

2005-2007



Foto di copertina Toscana Daily News



SOCIETA' della SALUTE  
ZONA FIORENTINA NORD-OVEST

## **PIANO INTEGRATO di SALUTE 2005-2007**

Il Piano Integrato di salute è lo strumento partecipato di programmazione integrata individuato dalla Regione Toscana, per le politiche sociali e sanitarie a livello di Zona-Distretto, nel rispetto della programmazione sovraordinata di livello regionale.

La Società della Salute si propone con il suo primo Piano Integrato di Salute di perseguire i seguenti obiettivi strategici:

1. Migliorare l'offerta e le prestazioni al cittadino, in modo particolare alle categorie di cittadini più deboli: anziani, disabili e minori.
2. Uniformare le prestazioni socio-sanitarie all'interno della nostra zona anche attraverso la revisione del regolamento Unico di Accesso alle prestazioni in ambito sociale e il regolamento ISEE per le prestazioni a domanda individuale.
3. Migliorare la presa in carico territoriale anche attraverso la sperimentazione di modelli innovativi di integrazione tra Medico di Famiglia, Infermiere e Assistente sociale.
4. Perseguire obiettivi di reale integrazione socio-sanitaria attraverso la creazione di sportelli unici per l'accesso alle prestazioni socio-sanitarie ad alta complessità.
5. Promuovere la centralità del territorio all'interno del sistema sociosanitario, anche attraverso un più efficace rapporto ospedale/territorio.
6. Promuovere azioni volte al contenimento della spesa sanitaria.

Tali Azioni, rappresentano la scelta operata dalla Giunta della SDS e derivano dalla analisi dei problemi che emergono dal Profilo di Salute, ma anche dal contributo partecipativo degli organismi previsti nella Società della Salute.

Il presente documento descrive il percorso di formazione delle scelte progettuali e esplicita i progetti che questa comunità ha intenzione di realizzare per il perseguire gli obiettivi di salute.

# INDICE

Premessa	4
----------	---

## PRIMA PARTE

1. La Società della Salute Zona Fiorentina Nord-Ovest.....	5
2. Gli strumenti di Programmazione in materia di salute.....	7
3. Il Primo Piano Integrato di Salute: il procedimento di formazione.....	8
4. Le fasi logico-temporali del PIS.....	11
5. Gli attori.....	13
6. Concertazione e Partecipazione.....	18

## SECONDA PARTE

1. Profilo di Salute.....	18
2. Le criticità: Problemi e Bisogni.....	18
3. La definizione delle Azioni.....	20
4. Le risorse.....	24
5. I Progetti.....	24
6. La Fase di Verifica.....	24

## TERZA PARTE

1. Progetti Speciali.....	27
2. Progetto Integrato Anziani.....	27
3. Progetto Integrato Disabilità.....	33
4. Progetto Integrato Tutela Famiglie e Minori.....	39
5. Progetto Integrato Immigrati.....	42
6. Progetti relativi alla Salute Mentale.....	43
7. Progetti relativi alle Dipendenze.....	44
8. Progetti di Prevenzione.....	45
9. Progetti di riorganizzazione dei servizi.....	48

Allegato A SCHEDE PROBLEMI/AZIONI/PROGETTI

Allegato B Progetti PISR 2004

Allegato C Progetti EAS

## **Premessa**

Questo Piano Integrato di Salute della Zona Fiorentina NORD-OVEST si inserisce in un quadro normativo in evoluzione, che disegna una modificazione profonda del sistema del welfare toscano.

La riforma costituzionale (L. n. 3/2001), la Legge Regionale 40/2005, la Legge Regionale 41/2005, il Piano Sanitario Regionale, il Piano Integrato Sociale Regionale hanno delineato una sistema di welfare che ha come obiettivo quello di assicurare il diritto alla salute, intendendo come salute uno "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia"<sup>1</sup>.

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

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

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

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

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

Il Piano Sanitario Regionale prevede che nell'ambito della sperimentazione, "il comune non assume solo funzioni di programmazione e controllo, ma "compartecipa" ad un governo comune del territorio finalizzato ad obiettivi di salute e diviene a tutti gli effetti "cogestore" dei servizi socio - sanitari territoriali. Si intende così realizzare appieno l'integrazione sociale e sanitaria, e promuovere l'integrazione fra tutela dell'ambiente e tutela della salute."<sup>4</sup>

L'attività delle società della salute é impostata utilizzando lo strumento dei piani integrati di salute.

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

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

---

<sup>1</sup> Definizione dell'OMS

<sup>2</sup> Piano Sanitario Regionale 2005 – 2007

<sup>3</sup> Piano Sanitario Regionale 2005 – 2007

<sup>4</sup> *Ibidem*

## 1 La Società della Salute Zona Fiorentina NORD-OVEST

La società della Salute della Zona Fiorentina NORD OVEST è un consorzio pubblico, costituito in data 10 settembre 2004, secondo le previsioni del P.S.R. 2002-2004 (par. 2.2.7), tra i Comuni di Calenzano, Campi Bisenzio, Fiesole, Lastra a Signa, Scandicci, Sesto Fiorentino, Signa e Vaglia (51%) e l'Azienda Sanitaria di Firenze (49%) per l'esercizio associato delle funzioni di indirizzo, programmazione e governo delle attività socio-assistenziali, socio sanitarie, sanitarie territoriali e specialistiche di base di loro competenza, nonché, a regime, per la gestione integrata dei relativi servizi nell'ambito della zona-distretto.

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

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

In base all'atto di indirizzo regionale per l'avvio della sperimentazione delle SdS<sup>5</sup>, il processo di sperimentazione, di durata biennale, deve svilupparsi con la necessaria gradualità e, pertanto, nella fase di sperimentazione, l'attività del Consorzio riguarda esclusivamente le funzioni di governo del sistema sociale e sanitario, di orientamento della domanda e di allocazione delle risorse (art. 1, co. 3 Convenzione).

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

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

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

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

I livelli di assistenza socio-sanitaria sono individuati nell'allegato 3 al Piano Sanitario Regionale 2005-2007, mentre il Piano Integrato Sociale Regionale 2002-2004 definisce gli ambiti dell'assistenza sociale<sup>6</sup>.

La Società della Salute opera attraverso i seguenti Organi:

- ✓ la Giunta (composta di 9 membri)
- ✓ il Presidente
- ✓ il Direttore
- ✓ il Collegio dei revisori dei conti.

Lo Statuto della Società della Salute, individua le attribuzioni dell'organo deliberativo del Consorzio (la Giunta) precisando che, in materia di servizi socio-sanitari territoriali, la Giunta assume le funzioni dell'articolazione zonale della Conferenza dei Sindaci, di cui all'art. 12 della L.R. n. 40/2005.

La Giunta è quindi competente ad approvare, tutti gli atti di natura non gestionale - precedentemente approvati dagli organi di governo del Comune (Consiglio e Giunta Comunale) o dal Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria - nelle materie di competenza del Consorzio, fatta eccezione per gli atti fondamentali del Consorzio, tra cui il PIS, che devono anche essere oggetto di discussione dagli enti consorziati, previa adozione da parte della Giunta della SdS.<sup>7</sup>

<sup>5</sup> Approvato con Deliberazione C.R. n. 155 del 24.09.03

<sup>6</sup> I livelli essenziali di assistenza sociale (LIVEAS), così come previsti dall'art. 4 della Legge Regionale n. 41/2005, sono individuati - anche sulla base delle indicazioni contenute nel Piano Integrato Sociale Regionale - nell'aggiornamento del Piano Sociale di Zona per il 2004, approvato dalla Società della Salute Zona NORD OVEST con deliberazione n.8 del 18 marzo 2005.

<sup>7</sup> Deliberazione Giunta SDS NordOvest n. 6 del 5 novembre 2004

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

Negli ultimi mesi di attività, la Società della Salute si è data l'organizzazione di cui al prospetto che segue:

## **2. Gli strumenti di programmazione in materia di salute.**

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

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

### **Livello regionale**

- il programma regionale di sviluppo
- il piano sanitario regionale (PSR), in raccordo con il piano sanitario nazionale ed i relativi strumenti di attuazione (art. 18 L.R. 40/05)

- il piano integrato sociale regionale (PISR), in raccordo con il piano sanitario regionale (art. 27 L.R. 41/05).

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

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

### **Livello locale**

- i piani integrati di salute (PIS)
- i piani attuativi delle aziende unità sanitarie locali (PAL), articolati in programmi annuali di attività per zona-distretto
- i piani attuativi delle aziende ospedaliero-universitarie (PAO)
- i piani di zona (PdZ).

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

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

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

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

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

I piani attuativi ospedalieri, infine, costituiscono lo strumento con il quale le aziende ospedaliero-universitarie programmano le attività di propria competenza (art. 23, co. 1 L.R. 40/05).

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

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

## **3. Il Primo Piano Integrato di Salute: il procedimento di formazione.**

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

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

Nel caso di sperimentazione della Società della salute, la competenza all'avvio e all'approvazione del PIS è attribuita all'organo di governo della medesima.

Sulla base delle linee guida regionali, la Giunta della SdS, con deliberazione n° 17 del 15 luglio 2005 ha approvato l'ATTO di AVVIO che contiene gli indirizzi per la predisposizione del piano integrato di salute, con cui si è quindi avviata la fase di costruzione del PIS.

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

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, attraverso la Carta di Ottawa<sup>8</sup>, ha individuato tre strategie fondamentali per la promozione della salute:

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

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

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

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

Nella programmazione per obiettivi di salute è quindi necessario che tutte le competenze siano messe alla pari ad affrontare un tema, al centro del quale ci sono "le persone" con tutto il loro bagaglio di aspettative. Ed è anche necessario che la programmazione sia "partecipata" cioè che le stesse persone, i familiari le risorse del Terzo Settore siano attori della programmazione.

La contaminazione delle programmazioni deve essere biunivoca: in particolare nessun settore è titolare di una competenza superiore alle altre. La stessa valutazione di un problema, è interpretabile in maniera diversa a seconda di chi l'analizza, e in tutte le interpretazioni si ha una risposta parziale del problema: è forse la capacità di cogliere tutte le sfaccettature che può "ottimizzare" la risposta.

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

La SdS 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 e di benessere" da conseguire;

Questa Giunta della SdS ritiene esercitare la propria funzione di "integrazione delle politiche per la salute" nell'individuare in via preliminare le modalità di partecipazione dei soggetti istituzionali e sociali presenti nel territorio, nonché con forme di coinvolgimento dei soggetti del terzo settore e della cittadinanza sociale, attivando adeguate e consequenziali forme di concertazione e di collaborazione e integrazione.

---

<sup>8</sup> La Carta è stata presentata al primo Congresso Internazionale sulla Promozione della Salute, riunitosi a Ottawa il 21 novembre 1986.



La partecipazione attiva dei soggetti interessati alla costruzione di una rete di relazioni per la programmazione di atti che hanno influenza sullo stato di salute della comunità sarà possibile solo attraverso nuove forme di interazione del governo locale. D'altra parte è evidente che la autonomia nella formazione delle decisioni da parte dei diversi enti sta evolvendo verso sistemi di governo "a rete" in cui le decisioni sono assunte e co-decise da una rete di attori interdipendenti secondo la logica del governance.

Da questo punto di vista l'iniziativa deve essere condotta su due piani:

- ❑ la concertazione della programmazione
- ❑ la concertazione della gestione degli interventi.

Sarà nostro compito e obiettivo strategico prevedere la partecipazione del maggior numero di attori coinvolti nelle specifiche materie che si intendono trattare impostando, per quanto possibile, una discussione sulla definizione degli interventi improntata sulla fiducia e sulla massima cooperazione.

In questo primo PIS la SdS ritiene di limitare ad un limitato gruppo di soggetti istituzionali e sociali l'esperienza della propria governance e integrazione delle politiche, proprio per valorizzare e implementare una metodologia aderente alle finalità che la sperimentazione si è proposta.

La normativa regionale 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, all'istruzione, all'educazione al diritto allo studio, alla cultura, alla ricerca, al tempo libero.." Occorre allora concepire la programmazione e la gestione integrata nella macchina pubblica guardando al territorio in cui si opera nel suo complesso, in tutti i suoi aspetti. In particolare si individuano come prioritari i settori:

- Interventi di sostegno alle persone in ambito zonale.
- Piano Strutturale e politiche di assetto del territorio.
- Piano della mobilità
- Politiche ambientali.
- Politiche per la casa, per lo sport e tempo libero.
- Politiche per la formazione e l'istruzione.
- Piani e progetti di livello provinciale, di area vasta, di area metropolitana, di ASL.

In relazione a quanto sopra la Società della Salute esprime la volontà di stringere rapporti di collaborazione e integrazione, attraverso la stipula di idonei strumenti giuridici, con i seguenti soggetti ed enti:

1.	<b>Provincia di Firenze</b>	ACCORDO di PROGRAMMA
2.	<b>Dipartimento della Prevenzione della ASL 10</b>	ACCORDO di PROGRAMMA
3.	<b>Presidi Ospedalieri</b>	ACCORDO DI PROGRAMMA
4.	<b>Agenzia Regionale di sanità</b>	CONVENZIONE
5.	<b>ARPAT</b>	CONVENZIONE
6.	<b>Medicina Generale: forme associative e cooperative</b>	ACCORDI
7.	<b>Istituto degli Innocenti di Firenze</b>	ACCORDO DI PROGRAMMA
8.	<b>Istituto Zooprofilattico Lazio e Toscana</b>	ACCORDO
9.	<b>Società di gestione delle farmacie comunali</b>	ACCORDO DI PROGRAMMA
10.	<b>Tribunale dei minori</b>	ACCORDO DI PROGRAMMA

#### 4. Le fasi logico-temporali del PIS.

Esperate tutte le fasi di concertazione e di accordo con i vari attori, attraverso il direttore della SDS, si procede alla definizione del PIS attraverso le cinque fasi logico-temporali che lo compongono:

- **Individuazione delle criticità (problemi e bisogni)** che emergono dal Profilo di Salute o da indicazioni degli organismi della partecipazione;
- **Scelta delle priorità**, espressa dall'organo di governo della SdS;
- **Definizione delle Azioni**, quale fase tecnico-politica;
- **Stesura dei progetti**, quale componente "tecnica" che realizza le azioni in termini progettuali.
- **Verifica del PIS**

L'avvio graduale del PIS, previsto dalle "Linee Guida per la realizzazione dei piani integrati di salute"<sup>9</sup> implica una fase nella quale il piano assume alcune tematiche come parte effettiva di programmazione, mentre altre attività, sulle quali comunque sono attivati gruppi di lavoro e approfondimento, fanno ancora riferimento alla programmazione preesistente dell'ASL e dei Comuni.

Il Principio di gradualità permette di lavorare sull'osservazione della realtà da cui scaturiranno le priorità, di scegliere le politiche su cui agire orientandole anche in ordine temporale (la scelta della politica non implica l'azione diretta ed immediata che dipenderà dalla sua effettiva fattibilità), di sviluppare le idee progettuali.

In sede di approvazione del PIS si approveranno le azioni ed i programmi rimandando l'approvazione dei progetti al momento in cui sarà possibile studiare la loro fattibilità in accordo con le risorse disponibili.

Le fasi logico-temporali del PIS sono:

---

<sup>9</sup> *Delibera Giunta Regionale N.682 del 12-07-2004*  
Società della Salute Zona Fiorentina NORD-OVEST  
2007

Le componenti di questo PIS sono quindi:

- Il **Profilo di Salute**
- I **problemi ed i bisogni** che emergono dal Profilo di Salute e dai contributi della partecipazione.
- le **priorità** della alta integrazione sociosanitaria:
  - progetto di intervento relativo all'area anziani.
  - progetto di intervento relativo all'area della disabilità.
  - progetto di intervento relativo all'area dei minori.
- **Le Azioni** .
- il **budget virtuale** della Società della Salute
- i **progetti speciali**
- la **scheda tipo di progetto**
- **La Fase di verifica**

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

Il progressivo completamento del PIS avverrà con successivi atti di integrazione del medesimo, in particolare verificando la fattibilità dei progetti proposti rispetto agli obiettivi che accompagnano le Azioni.

I progetti che saranno costruiti in coerenza con gli obiettivi fissati dalle Azioni, dovranno a loro volta essere legati a Risultati Attesi coerenti con gli Obiettivi più generali delle azioni.

## 6. Gli strumenti della programmazione

Gli strumenti della programmazione sono:

- il **Piano integrato di salute**, che sostituisce sia il programma operativo di zona, quale strumento di attuazione del Piano attuativo locale (PAL) a livello di zona-distretto, che il Piano sociale di zona.
- la **Relazione annuale sullo stato di salute** che sostituisce, per quanto riguarda la zona-distretto, la relazione sanitaria della Azienda unità sanitaria locale e la relazione sociale e che comprende anche la relazione annuale sull'esito del PIS
- il **bilancio preventivo** annuale e pluriennale e bilancio di esercizio annuale;
- il **budget preventivo e consuntivo**, attraverso il quale si esercita il governo della domanda e della allocazione delle risorse;
- i **patti territoriali** tra, la SdS e altri soggetti pubblici e privati che partecipino all'attuazione del PIS.

## 7. Gli attori

### 1. Le Amministrazioni Comunali

I Comuni della Zona Socio-Sanitaria Nord-Ovest costituiscono, insieme alla ASL, l'attore principale della SdS. Oltre alle competenze nelle attività sociali territoriali, che confluiscono nell'ambito del consorzio, al comune fanno capo le competenze relative all'urbanistica, all'ambiente, alla cultura, allo sport, alla casa, alla istruzione, alle attività commerciali, alla mobilità, alla polizia urbana ecc.

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

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

### 2. L'Azienda USL

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

La SdS concorda con il Dipartimento di prevenzione dell'Azienda unità sanitaria locale le modalità di integrazione delle attività del Dipartimento con il Piano integrato di salute, attraverso un atto annuale di programmazione, sulla base delle priorità individuate.

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

L'accordo annuale con i presidi ospedalieri prevede:

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

Resta ferma la competenza dell'Azienda unità sanitaria locale sui rapporti contrattuali con gli istituti di ricovero privati accreditati.

### 3. Le Aziende Ospedaliere-Universitarie

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

In questo quadro è previsto un accordo tra SdS, Azienda unità sanitaria locale e Azienda ospedaliera per le discipline di base in relazione alla quota di fabbisogno riferita alla popolazione di riferimento.

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

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

#### **4. La Provincia**

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

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

E' inoltre da approfondire il tema delle interrelazione fra i livelli di pianificazione provinciale su tematiche di impatto per i determinanti di salute (Piano Territoriale di Coordinamento Territoriale, Piano provinciale di gestione dei rifiuti, Gestione integrata della mobilità sull'area vasta, ecc.).

L'avvio del PIS ha permesso inoltre di definire il sistema delle relazioni con l'Osservatorio sociale provinciale, nel quadro della implementazione della funzione dell'Osservatorio della Provincia.

#### **5 Dipartimento della Prevenzione della ASL**

Il Dipartimento della Prevenzione pur non facendo parte in maniera organica della SdS, rappresenta un riferimento essenziale nella costruzione dei PIS.

Non solo per il contributo all'individuazione dei bisogni, alle conoscenze epidemiologiche, ma per allargare il concetto di integrazione ai determinanti di salute non sanitari quali alimentazione, stili di vita, fumo, attività fisica, fumo ecc., alla pressione ambientale, assetto del territorio, rifiuti, igiene urbana veterinaria ecc. inserimento lavorativo dei soggetti diversamente abili.

Saranno quindi previsti accordi con la ASL per la collaborazione con il Dipartimento della Prevenzione all'interno dei quali prevedere progetti di collaborazione e progetti specifici in ambito del PIS.

#### **6. L'Università**

L'Università di Firenze costituisce un partner importante della Società della Salute per il raggiungimento di obiettivi di salute. Una forte base culturale, scientifica e universitaria, è necessaria per cogliere le opportunità che si aprono con l'avvio del Piano Integrato di Salute.

In questo quadro, la rete universitaria è una risorsa fondamentale per la Società della Salute.

Il rapporto con l'Università viene individuato con riferimento al complesso dell'attività di ricerca e di didattica dell'Ateneo Fiorentino.

L'Università assolve alcune funzioni insostituibili, tra cui:

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

Nella fase di avvio del Piano Integrato di Salute alcune Aree di ricerca e di didattica rivestono particolare interesse: Facoltà di Medicina e Chirurgia, Facoltà di Architettura, Dipartimento di Statistica, Facoltà di Scienze Politiche, Facoltà di Scienze della Formazione

Il Pis indica come priorità la costruzione delle relazioni di sistema da instaurare con l'Università di Firenze attraverso accordi e protocolli che individuino spazi di collaborazione:

- nell'ambito dello sviluppo e della qualificazione del livello cognitivo dei sistemi locali per l'analisi dei bisogni e del sistema d'interventi;

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

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

## **7. L'ARPAT**

La Toscana è stata la prima Regione a istituire l'Agenzia regionale per la protezione ambientale, ARPAT. L'Agenzia, dotata di autonomia operativa, agile, aperta alla partecipazione, l'Agenzia offre servizi di controllo, di informazione, ricerca e consulenza per la protezione dell'ambiente, attraverso una rete di laboratori e uffici presenti nelle dieci province della Toscana, e, inoltre, a Piombino, Empoli, Borgo San Lorenzo, Sesto Fiorentino, San Romano, in Valdarno e in Versilia. L'azione di ARPAT è guidata dall'idea di sviluppo sostenibile: proporre alle Amministrazioni e alle imprese l'adozione di provvedimenti e di azioni in grado di assicurare compatibilità tra ambiente e sviluppo.

- Monitoraggio ambientale e rilevamento dei fattori fisici, geologici, chimici, biologici, di inquinamento acustico, dell'aria, delle acque e del suolo.
- Funzioni di vigilanza e controllo sul rispetto della normativa vigente in campo ambientale, nonché delle prescrizioni contenute nei provvedimenti di autorizzazione rilasciati dalle amministrazioni competenti.
- Supporto tecnico per la pianificazione ambientale, per la programmazione di interventi di risanamento e bonifica, per la promozione di tecnologie e prodotti ecologicamente compatibili.
- Attività istruttorie, di consulenza e assistenza tecnico-scientifica per i soggetti titolari di funzioni amministrative in materia ambientale.
- Effettuazione delle analisi di laboratorio di rilievo ambientale e di prevenzione sanitaria collettiva.
- Supporto tecnico al Servizio sanitario per le attività di prevenzione e controllo sulla tutela della salute della collettività.
- Controlli fitosanitari.
- Organizzazione e gestione del Sistema informativo regionale ambientale, SIRA.
- Costituzione di sistemi di contabilità ambientale ed attività tecniche connesse all'ambiente, anche a favore di terzi.
- Informazione, educazione e formazione in campo ambientale.

ARPAT non si limita a effettuare analisi, controlli e a vigilare sul rispetto delle leggi, ma lavora per una protezione ambientale intesa come risorsa e non come vincolo, come opportunità e non come ostacolo allo sviluppo. Per questo ARPAT si occupa anche di ricerca, di formazione e di educazione ambientale, collaborando con le tre Università toscane, con le associazioni e i movimenti ambientalisti, le organizzazioni sociali ed economiche. Il sistema informativo dell'Agenzia mette a disposizione della società toscana quattro banche dati (aria, acqua, rifiuti, ambiente di vita e di lavoro).

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

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

In questo quadro la SdS intende promuovere accordi con l'ARPAT in particolare in relazione ai compiti dell'agenzia relativamente a:

- supporto tecnico al Servizio sanitario per le attività di prevenzione e controllo sulla tutela della salute della collettività;
- sistema informativo regionale ambientale e sistemi di contabilità ambientale ed attività tecniche connesse all'ambiente, in relazione con l'Osservatorio della SdS;
- effettuazione delle analisi di laboratorio di rilievo ambientale e di prevenzione sanitaria collettiva.

informazione, educazione e formazione in campo ambientale, con particolare attenzione alle tematiche di particolare interesse per la salute.

## **8.MEDICINA GENERALE e PEDIATRIA**

La Società della Salute è particolarmente interessata a seguire e contribuire, per quanto possibile, allo sviluppo del processo di evoluzione aziendale della medicina generale e dei sottosistemi delle aziende sanitarie locali deputati a programmare ed erogare i servizi delle cure primarie.

Vogliamo precisare infatti che i due grandi obiettivi di iniziativa da parte della nostra SdS sono l'ingresso delle Amministrazioni Comunali nel governo della salute e la valorizzazione della medicina generale, attraverso la promozione di forme organizzative innovative nel campo delle cure primarie.

Non a caso già dai primi passi della costruzione dell'assetto organizzativo degli organismi direttivi è stata rivolta una particolare attenzione al ruolo della rappresentanza della medicina generale all'interno dello staff della Società della Salute.

La legge istitutiva del SSN, imitando il NHS inglese, ha affermato la centralità della medicina generale. Questa scelta costituisce un valore nel quale ci riconosciamo. L'Italia infatti ha scelto un modello per l'assistenza primaria che si fonda sulla figura del medico generalista, con una libera scelta da parte del paziente. Al MMG e al PLS è affidato il compito di fornire una assistenza non specialistica, di guidare il paziente nei livelli specialistici del S.S. perseguendo un coordinamento degli interventi assistenziali sui singoli pazienti. Ma il MMG è chiamato a svolgere una vera promozione della salute individuale tramite un rapporto continuativo con il paziente.

Il riferimento forte dell'innovazione e dei progetti hanno una base nelle convenzioni nazionali, le quali creano le condizioni affinché a livello di contrattazione regionale e locale si possano trovare le soluzioni per progetti specifici. In questo contesto la Società della Salute ha accolto l'invito a partecipare in prima persona alla contrattazione regionale con la Medicina Generale.

Riteniamo che la M.G. possa giocare un ruolo determinante nella lettura dei bisogni, nell'orientamento delle scelte di governo in materia di produzione delle prestazioni, nel senso di rappresentare nei confronti delle AA.CC. un alleato forte e competente nelle scelte di appropriatezza e sostenibilità del sistema.

In questo contesto infatti la MG insieme al Dipartimento delle Cure Primarie rappresentano l'assistenza territoriale nel suo insieme ed esprimono il "primato" del territorio verso l'insieme dei "produttori" esterni pubblici e privati. La SdS accoglie la sfida di rendere più efficace e autorevole, soprattutto per la presenza degli amministratori pubblici all'interno del governo della salute, attraverso l'esercizio della funzione di centralità del territorio.

Questo Piano Integrato di salute, contiene progetti e percorsi che, soprattutto da un punto di vista metodologico, pongano la medicina generale e le cure primarie al centro del sistema con l'obiettivo di aumentare l'efficacia delle politiche e l'efficienza degli interventi alle persone.

La SdS guarda con particolare interesse alle nuove forme di associazionismo della MG quali le Cooperative ben rappresentate nel nostro territorio e L'Unità di Cure Primarie (UCP)<sup>10</sup> e condivide le finalità che queste nuove modalità organizzative vengono a rappresentare, in particolare:

- ❑ frenare il ricorso sempre più frequente all'utilizzo dei servizi specialistici ospedalieri;
- ❑ realizzare una reale presa in carico dei pazienti territoriali bisognosi d'assistenza;
- ❑ raggiungere una reale continuità assistenziale territorio-ospedale –territorio.

La ASL già da anni si è posta l'obiettivo di perseguire, assieme ai Medici di Medicina Generale, lo scopo di ricondurre progressivamente alla Medicina Generale l'assistenza di primo livello secondo principi di appropriatezza e governo clinico, lavorando congiuntamente sui compiti e gli obiettivi professionali dei MMG. Vanno intesi in tal senso gli accordi aziendali stipulati per l'anno 2002 ed 2003 con tutti i MMG ed i progetti con le Cooperative che prevedevano, fra l'altro la soluzione di momenti importanti dell'attività territoriale: la gestione delle urgenze differibili da parte dei medici del territorio, soluzione al problema del sovraccollamento dei Dea e la gestione delle patologie croniche, sulle quali una prima sperimentazione è terminata alla fine del 2003.

- Nel quadro degli Obiettivi di Salute particolare importanza assumono quelli derivanti da azioni nei confronti

## **10. La rete delle Farmacie Comunali**

La Farmacia è un presidio sanitario fondamentale sul territorio per le attività legate alla prevenzione, alla cura ed al benessere. La Farmacia, infatti, è presente in maniera capillare su tutto il territorio ed è organizzata in modo da garantire a tutti i cittadini l'accesso al farmaco anche durante i giorni festivi e in orario notturno.

Negli anni, la Farmacia ha dimostrato di essere una struttura dinamica, capace di arricchire il ruolo primario di centro di erogazione del farmaco con nuovi servizi rivolti alla cittadinanza grazie alla professionalità e collaborazione del Farmacista e sempre attenta alla qualità del servizio prestato.

Oggi, in Farmacia è possibile misurare la pressione arteriosa, effettuare esami diagnostici di base quali glicemia, colesterolo, etc., effettuare prenotazioni di visite specialistiche o analisi cliniche in tutte le strutture pubbliche presenti sul territorio attraverso il servizio CUP (Centro Unico di Prenotazione). Inoltre, le Farmacie si sono organizzate, in collaborazione con Associazioni di volontariato, per la consegna dei farmaci a domicilio attraverso il servizio " ProntoFarmaco".

Non dobbiamo, infine, dimenticare l'importanza dell'antica arte delle preparazioni galeniche effettuate in farmacia per rispondere ad esigenze di personalizzazione di dosaggi o composizione secondo quanto individuato dal medico.

La SDS ha intenzione di promuovere e realizzare insieme alla rete delle farmacie campagne di prevenzione-informazione sui temi della salute e della prevenzione, a valutare e programmare la diffusione delle postazioni CUP su territorio

## **11. Area Minori (Tutela Minorile)**

In relazione alle tematiche di tutela minorile si rende necessario definire modalità di rapporto, esempio protocolli operativi concordati e condivisi, tra diverse istituzioni.

Per addivenire a tale intesa, si propone con il Tribunale per i Minorenni, il Tribunale Ordinario e le rispettive Procure un accordo di programma che approvi i protocolli operativi.

---

<sup>10</sup> Regione Toscana, delibera di Giunta 1204 del 17.11.03



## 8. CONCERTAZIONE e PARTECIPAZIONE

### La CONCERTAZIONE con le Organizzazioni Sindacali

La Società della Salute ha stipulato già un protocollo attraverso il quale si conviene di regolamentare il confronto sulle scelte e gli indirizzi relativi alle competenze della SdS. Tale intesa risulta oggi più che mai uno strumento indispensabile ed indifferibile per definire le materie e le modalità del confronto, data l'importanza delle questioni da affrontare, riguardanti le politiche socio-sanitarie del territorio.

Proprio il PIS sarà oggetto di confronto, di concertazione e/o di contrattazione con le delegazioni delle OOS confederali, in particolare sui seguenti punti:

- la rilevazione dei bisogni della collettività e la determinazione delle priorità di intervento in relazione agli stessi;
- la definizione degli indicatori di risultato quale strumento di verifica del raggiungimento degli obiettivi concordati;
- la verifica dei risultati da effettuarsi annualmente;
- gli atti e le determinazioni già previsti dalle normative vigenti (compreso l'atto di indirizzo del Consiglio regionale sulla SdS);
- i criteri di accesso alle prestazioni e le eventuali modalità di partecipazione alla spesa degli utenti attraverso l'applicazione di un regolamento unico dell'ISEE;
- altre materie che le parti riterranno, di volta in volta, di sottoporre alla reciproca attenzione.

Le parti concordano, inoltre, che saranno attivati specifici tavoli di concertazione e/o contrattazione per definire in maniera più puntuale alcuni aspetti dei punti sopra elencati, ad iniziare dalla definizione del ruolo del servizio pubblico come garante dell'equità, delle modalità d'accesso e di fruizione delle prestazioni.

Al fine di rendere efficaci le scelte concertate, le parti convengono sull'attivazione di tavoli di confronto anche con le categorie interessate delle stesse confederazioni, su specifici problemi.

### Il ruolo del Terzo Settore

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

In questo senso va interpretato quanto previsto dalla Legge Regionale 41/2005 art.2 (comma 3): "La Regione e gli enti locali, nell'ambito delle rispettive competenze, riconoscono e agevolano il ruolo che il volontariato, gli organismi della cooperazione sociale, le associazioni e gli altri soggetti privati senza scopo di lucro, operanti nel settore, svolgono nella organizzazione e nella gestione del sistema integrato."<sup>11</sup>

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

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

---

<sup>11</sup> Il "Terzo Settore" ha trovato una definizione nel comma 4 dell'art.1 della Legge 328/2000 che lo ha individuato negli organismi non lucrativi di utilità sociale, negli organismi della cooperazione, delle associazioni e negli enti di promozione sociale, delle fondazioni e negli enti di patronato, delle organizzazioni di volontariato, negli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese

## **SECONDA PARTE**

### **1. IL PROFILO DI SALUTE**

Il Profilo di Salute, prodotto dalla Società della Salute nell'ottobre 2005 rappresenta la prima analisi organica dei principali dati demografici, epidemiologici e determinanti di salute sul territorio della Zona. Unitamente alla relazione Sanitaria della ASL, e agli altre fonti di dati il Profilo di Salute costituisce un documento tecnico su una base predefinita di indicatori. Ha lo scopo di rilevare lo stato di salute della comunità locale attraverso il contributo dell'epidemiologia, di evidenziare le cause di rischio più rilevanti, la prevedibilità delle malattie e degli infortuni. Ma il Profilo di Salute è soprattutto la base informativa per orientare la progettazione e la realizzazione dei Piani d'Azione.

Siamo consapevoli che questo primo Profilo di Salute, dal quale abbiamo tratto le informazioni per individuare problemi e bisogni, è solo la prima esperienza, sarà quindi indispensabile ampliarlo, condividerlo e produrne aggiornamenti annuali, per arrivare a far sì che lo strumento del profilo sia a pieno titolo inserito nella normale procedura al fine di una corretta e efficace individuazione dei bisogni e opportunità per la popolazione.

### **2. LE CRITICITA': problemi e bisogni**

Dall'analisi del Profilo di Salute e, successivamente, dal confronto con gli organismi della partecipazione, emergono una serie di informazioni e criticità, anche in termini di problemi e bisogni, emergenti della comunità della Zona Nord-Ovest verso i quali la Società della Salute intende esercitare una valutazione e una scelta delle priorità attraverso la individuazione delle AZIONI e quindi, con il contributo della parte tecnica, la costruzione dei progetti.

#### **A) LE PRINCIPALI EVIDENZE EPIDEMIOLOGICHE:**

***Invecchiamento della popolazione, con conseguente aumento dell'incidenza delle patologie croniche, bisogni assistenziali e servizi per la non-autosufficienza.***

Il dato relativo alla popolazione di anziani ultra 65° pur considerevolmente inferiore a quella della Zona Firenze ed inferiore anche al dato medio regionale, rappresenta per alcuni comuni comunque un dato significativo: 65+ anni: 21%; 85+ anni: 5% analoga a quella delle Zone Sud-Est e Mugello, ma gli anziani presentano una crescita progressiva nel tempo; insieme con la Sud-est tale crescita è più accentuata rispetto alle due Zone della Asl 10.

***La presenza di ragazzi (≤14 anni),*** è superiore a quella della Zona Firenze. I comuni di Campi Bisenzio e Signa si caratterizzano per essere il la comunità "più giovane" della Asl 10; presenta, infatti, l'indice di vecchiaia più basso e la quota di donne in età feconda più alta.

***La popolazione residente è in crescita,*** in maniera simile al dato medio regionale, per un saldo migratorio attivo.

***Si ha una presenza di stranieri residenti*** simile al valore medio regionale, ma con notevoli escursioni e differenziazioni all'interno degli 8 comuni. (vedi Profilo di Salute)

Le ***patologie più diffuse*** sono rappresentate, in termini di mortalità, da malattie dell'apparato circolatorio, tumori, malattie dell'apparato respiratorio, traumi e malattie dell'apparato digerente. La frequenza delle forme morbose più frequenti risulta più articolata analizzando le cause di ospedalizzazione. Infatti assumono rilevanza patologie che, pur generalmente non in grado di causare il decesso del paziente, hanno rilevanza per gli effetti sullo stato di salute o il ricorso alla assistenza ospedaliera.

***Gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di morte nei giovani.*** Una incidenza di infortunistica stradale che riconosce cause complesse.

## **B) PROBLEMATICHE EMERGENTI**

- ***Difficoltà di accesso ai servizi***, eccessiva burocrazia, duplicazione di uffici e procedure, in particolare per le fasce di popolazione più deboli: in particolari anziani e disabili.
- ***Criticità nei percorsi Ospedale/Territorio***, in particolare si sollevano considerazioni di preoccupazione nelle fasi di dimissioni in occasione delle quali non sempre il territorio risulta in grado di garantire idonee condizioni di presa in carico e di continuità assistenziale soprattutto nei giorni festivi.
- ***Difficoltà delle famiglie con figli Disabili***, in particolare riguardo alle garanzie assistenziali dei disabili in età adulta.
- ***Inappropriatezza della domanda nel settore delle prestazioni riabilitative.*** A questo riguardo va segnalata la presenza non trascurabile di utenti che vengono indirizzati ai servizi di riabilitazione funzionale della ASL ma che necessitano di interventi di "motricità" per sindromi algiche od altre situazioni non riferibili comunque ad un bisogno riabilitativo.
- ***Difficoltà dei minori extracomunitari residenti nell'inserimento*** scolastico nel mondo dello sport. Tale situazione è particolarmente importante nei comuni dove più è alto il tasso di minori non comunitari residenti (Campi Bisenzio, Signa)
- ***Non sufficiente promozione dell'allattamento al seno*** soprattutto in occasione dei corsi alla preparazione alla nascita, nell'attività consultoriale e nelle maternità.

### **3. Le Azioni del Piano**

La Giunta della SDS, a fronte dell'analisi del profilo di salute e della valutazione complessiva del sistema dei servizi, ritiene di indicare, nel presente Piano Integrato di Salute, le seguenti AZIONI e PROGRAMMI quali espressione della volontà politica di esercitare una scelta riguardo alle possibili soluzioni dei problemi emersi.

Tali azioni sottendono obiettivi strategici che impegnano e devono orientare tutti gli attori del sistema socio-sanitario.

- **Miglioramento della presa in carico territoriale, attraverso il miglioramento dei servizi esistenti e attraverso la sperimentazione di nuove modalità organizzative che vedano la integrazione del MMG, dell'Assistente Sociale e del personale infermieristico.**
- **Integrazione Socio-sanitaria attraverso riorganizzazione dell'accesso integrato ai servizi, anche attraverso la costituzione di sportelli o uffici soci-sanitari soprattutto per l'accesso ai percorsi di alta integrazione come quelli relativi alla disabilità, non autosufficienza.**
- **Rendere più efficienti i rapporti Ospedale-Territorio per migliorare i percorsi di dimissione verso il territorio anche implementando e sperimentando nuove modalità organizzative nei percorsi pre e post ricovero.**
- **Migliorare le condizioni di vita dei disabili e sperimentare percorsi di autonomia.**
- **Migliorare l'integrazione scolastica dei minori con disabilità.**
- **Consulenza e mediazione familiare, per rispondere alle esigenze delle famiglie con figli minori e per valorizzare e sostenere le responsabilità familiari.**
- **Sostegno alla genitorialità, anche tramite il coinvolgimento e la valorizzazione delle associazioni, promozione dell'istituto dell'affidamento familiare**
- **Riqualificazione e sviluppo dei percorsi di formazione ed inserimento lavorativo nell'ambito della disabilità, salute mentale, dipendenze ed in generale nelle condizioni di disagio.**

La Giunta della SDS intende inoltre esplicitare la volontà di rispettare la progressione metodologica indicata dalle linee di indirizzo regionale (PROBLEMI → AZIONI → PROGETTI) e di demandare alla successiva fase la verifica di fattibilità dei progetti che vengono in questo PIS solo sommariamente descritti.

#### **4. Le Risorse: Il budget virtuale della Società della Salute**

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

Il prospetto di seguito riportato descrive, in maniera sintetica, il bilancio virtuale della Società della salute assegnato alla Zona Nord Ovest per l'anno 2005, suddiviso per le attività facenti capo alla Zona e per le Unità Funzionali Multiprofessionali Cure Primarie (ASC), Dipendenze, Salute Mentale e al Territorio in genere.

VOCI DI SINTESI	Zona N-O	Cure Primarie	Dipendenze	Salute Mentale	Sociale	Territoriale	NO_NS.OSP	TOTALE
20. Acquisti		1.276.600	95.000	42.000	26.700	2.540.724		3.981.024
21. Servizi sanitari	134.706	905.910	2.749	5.264	13.412	26.905		1.088.944
22. Personale		2.603.647	74.643	162.823		16.673.824		19.514.936
22a. Altro		140.810		18.999				159.810
23. Personale		7.377.939	1.458.190	3.387.959	1.351.760	2.315.447		15.891.295
23c. Cooperative		342.076	697.125	1.030.834	1.212.472			3.282.507
24. Spese generali		978.505	151.566	290.254	739.549	1.483.605		3.643.478
25. Manut. e G.S.		110.522	30.315	42.439	131.398	120.125		434.798
26. Servizi vari		180.431	68.992	126.824	739.860	239.953		1.356.060
27.		418.074	65.758	108.045	279.083	526.257		1.397.217
27a. Costi		146.841	22.896	43.846	111.716	224.114		549.412
30. Assistenza	31.253.210							31.253.210
31. RSA, minori, L.			614.000	1.125.000	6.500.000			8.239.000
33. Riabilitazione	676.152	3.527.918						4.204.070
34. Ass. Protesica						1.376.000		1.376.000
36.		2.019.624						2.019.624
37. Trasporti						1.345.730		1.345.730
38. Sussidi		135.345	40.000	12.820				188.165
42. Oneri		24.787	3.865	7.401	18.858	37.830		92.741
42a. Oneri		41.174	6.420	12.294	31.325	62.841		154.055
43. Imposte		614.276	109.009	240.302	236.120	454.837		1.654.543
50. Fondi		92.083	14.358	27.496	70.057	140.541		344.535
Sociale - Costi					4.550.738			4.550.738
X. Farmaci H						779.298		779.298
Y. Distribuzione						4.261.787		4.261.787
90. Ribaltamento		1.871.571	293.422	596.422	1.419.547	2.757.064		6.938.026
<b>Totale SDS</b>	<b>32.064.067</b>	<b>22.808.132</b>	<b>3.748.309</b>	<b>7.281.020</b>	<b>17.432.594</b>	<b>35.366.882</b>		<b>118.701.004</b>
32. Case di cura	11.724.236							11.724.236
39. Mobilità	89.649.965							89.649.965
Ospedali a							49.101.998	49.101.998
<b>Totale ATTIVITA'</b>	<b>101.374.201</b>						<b>49.101.998</b>	<b>150.476.199</b>
<b>Totale</b>	<b>133.438.268</b>	<b>22.808.132</b>	<b>3.748.309</b>	<b>7.281.020</b>	<b>17.432.594</b>	<b>35.366.882</b>	<b>49.101.998</b>	<b>269.177.203</b>

**Azienda Sanitaria 10:**

Nel prospetto "Previsioni di spesa - anno 2006" si è ritenuto di indicare, in attesa della contrattazione degli obiettivi e risorse che tenga conto dei vincoli derivanti dalla normativa vigente e, conseguentemente, della disponibilità economica degli enti consorziati, le probabili risorse economiche necessarie che derivano dalla situazione delle attività in essere nell'anno 2005. La quantificazione economica, ancorché presunta, riguarda solo le voci di bilancio che sono state ritenute più significative in quanto le stesse possono essere messe in relazione con la fase sperimentale di questa Società della Salute.

SOCIETA' della SALUTE ZONA NORD-OVEST  
**ASL 10 PROSPETTO PREVISIONI DI SPESA ANNO 2006**

<b>VOCI DI SINTESI COSTI</b>	<b>ASC<sup>12</sup></b>	<b>DSM<sup>13</sup></b>	<b>SERT</b>	<b>SOCIALE</b>	<b>TERRIT.</b>	<b>TOTALI</b>
23c. cooperative	257.537	1.184.535	710.553	1.448.967	-	3.601.59
24. assistenza protesica	-	-	-	-	1.250.000	1.250.00
26. servizi economici vari	77.500	-	-	-	340.500	418.00
31. costi per assistenza resid. e semiresid. da sogg. pubb. e privati (l. 20/80, SM, SERT, SOCIALE cassa sanit.)	-	1.119.350	662.000	6.813.200	-	8.594.55
38. sussidi	-	95.000	38.000	-	50.000	183.00

<sup>12</sup> Unità Funzionale Cure Primarie.

<sup>13</sup> Unità Funzionale Salute Mentale Adulti e Infanzia Adolescenza.

VOCI DI SINTESI COSTI cassa sanitaria	CURE PRIMARIE		DSM		DIPENDENZE		ASS.ZA SOCIALE		TERRITORIO		2005
	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	
23c. cooperative	230.500	214.580	1.019.842	933.871	643.500	622.544	1.292.885	1.104.853	-	-	3.186.7
24. assistenza protesica	-	-	-	-	-	-	-	-	1.230.000	1.223.059	1.230.0
26. servizi economici vari	77.500	69.506	-	-	-	-	-	-	340.500	338.041	418.0
31. costi per assistenza residenz. e semiresid. da sogg. pubb. e privati (l. 20/80, SM, SERT, SOCIALE cassa sanit.)	-	-	1.072.250	1.002.261	639.000	529.222	6.532.104	5.955.943	-	-	8.243.3
38. sussidi	-	-	95.000	80.963	35.000	36.857	-	-	47.000	19.967	177.0

VOCI DI SINTESI COSTI cassa sociale	SOCIALE	
	2005	2004
23c. cooperative	2.820.000	2.441.903
24. assistenza protesica	-	-
26. servizi appaltati (escluso manutenzioni)	-	-
31. costi per assistenza resid. e semiresid. da sogg. pubb. e privati	1.040.525	1.161.189
38. sussidi	330.495	223.468

*Legenda:*

I Costi 2005 sono stimati sul dato del mese di ottobre 2005

La cassa sociale si riferisce alla materie che i Comuni consorziati hanno delegato all'Azienda sanitaria.

La variabilità delle risorse economiche degli anni presi in esame dipende, oltre che dalle materie delegate, anche dalla diversa organizzazione con cui sono stati erogati i servizi, dal numero di utenti in carico negli anni in questione, dalle disposizioni regionali in materia di personale addetto all'assistenza socio-sanitaria nei



## Proiezioni spesa relativa al bilancio 2005 dei Comuni.

	<b>Minori e Famiglie</b>	<b>Adulti</b>	<b>Anziani</b>	<b>Disabili</b>	<b>Immigrati</b>	<b>TOTALI</b>
<b>Calenzano</b>	205.397	53.474	276.134	471.385	73.501	<b>1.079.891</b>
<b>Campi Bisenzio<sup>14</sup></b>	770.946	67.704	991.560	221.303	92.576	<b>2.144.089</b>
<b>Fiesole</b>	129.907	9.900	497.874	329.231	0	<b>966.912</b>
<b>Lastra a Signa</b>	240.511	251.521	375.637	426.328	14.048	<b>1.308.045</b>
<b>Scandicci<sup>15</sup></b>	402.000	159.000	951.189	1.461.179	51.272	<b>3.518.160</b>
<b>Sesto Fiorentino<sup>16</sup></b>	494.899	191.485	2.914.882	1.507.068	81.430	<b>5.189.764</b>
<b>Signa</b>	265.830	58.640	604.700	140.591	7440	<b>1.097.201</b>
<b>Vaglia</b>	79.259	5890	132.287	45.675	0	<b>263.111</b>
	<b>3.122.212</b>	<b>817.614</b>	<b>6.728.547</b>	<b>4.578.533</b>	<b>320.267</b>	<b>15.567.173</b>

Nella lettura della tabella precedente si devono tenere presenti alcune precisazioni:

- 1) Non sono stati considerati i costi del personale né le spese generali ma solo il costo dei servizi che è collegato ad una uscita di bilancio.
- 2) I dati riportati sono stati oggetto di una sintesi da parte di ciascun comune per ricomprendere tutti gli interventi all'interno delle cinque macroaree. Tale suddivisione non è ovviamente esaustiva, poiché molti interventi non possono essere classificati in una sola area. Gli interventi a favore degli immigrati sono infatti ricompresi per la maggior parte all'interno dell'area minori e adulti).
- 3) Fra le spese non sono state inoltre considerate le minori entrate derivanti da agevolazioni tariffarie per mense, trasporti ecc.

Trasferimenti della Regione Toscana relativi alla ripartizione del Fondo nazionale delle politiche sociali, anno finanziario 2005 confronto con il fondo 2004.

### Delibera Giunta Regionale n.800 1.08.2005

	Ripartizione a fondo parametro indistinto	Budget di zona	Fondo per misure di contrasto alla povertà	Azioni di sostegno alla natalità	TOTALI 2004
<b>2004</b>	1.936.368,39	1.422.950,00	207.900,85	121.828,00	<b>3.689.047,24</b>
<b>2005</b>	1.452.276,25	1.067.212,50	155.925,64	91.371,00	<b>2.766.785,43</b>

<sup>14</sup> I dati di Campi si riferiscono al 2004 e non sono filtrati dal lavoro di sintesi effettuato negli altri comuni..

<sup>15</sup> Il dato "minori" comprende le attività delegate ASL: pronta accoglienza minori (€ 3.819) e fornitura pasti centri socializzazione (€ 20.000), il dato "disabili" comprende l'attività delegate ASL di gestione attività area disabili (€ 941.381) Non è invece compresa la gestione pratiche per invalidi civili pari a € 40.000.

<sup>16</sup> I dati si riferiscono a spese impegnate all'ottobre 2005, al netto della spesa del personale e della ulteriore somma di € 80.000 circa di spese non ripartibili. Il dato relativo alla voce "anziani" deve essere letto tenendo conto che il comune di Sesto Fiorentino gestisce direttamente una RSA e un Centro Diurno.

## **5.I PROGETTI**

I progetti che vengono illustrati nella parte terza, compongono la sostanza della programmazione socio-sanitaria per la Zona Nord-Ovest. I progetti sono brevemente descritti e saranno oggetti di verifica di fattibilità e progettazione attraverso l'utilizzo di una specifica griglia composta dalle seguenti voci:

1. Titolo del progetto.
2. RESPONSABILE del progetto.
3. AZIONE e suoi obiettivi
4. Breve descrizione del progetto.
5. Risultati attesi in termini di salute.
6. Enti e soggetti coinvolti.
7. Modalità operative degli interventi, fasi, tempi, attività.
8. Organizzazione delle risorse, competenze.
9. Allocazione risorse finanziarie.
10. Indicatori di valutazione (raggiungimento degli obiettivi)
11. Modalità di rilevazione degli indicatori.
12. Indicatori per la valutazione di processo.
13. Indicatori per la valutazione dei risultati in termini di salute.
14. Indicatori del grado di integrazione.

La programmazione comprende anche il Piano dell'Educazione alla Salute previsto dall'ASL e l'insieme dei progetti del Piano Sociale di Zona per l'anno 2006, inseriti come allegati al presente Piano.

## **6.LA FASE DI VERIFICA**

Il Piano Integrato di Salute ha una estensione temporale di tre anni. La possibilità di reiterare alla scadenza il PIS o di modificarlo, introducendo miglioramenti, è naturalmente legata alla capacità e alla possibilità di valutarne i risultati in termini di raggiungimento degli obiettivi specifici per ciascuna azione. Ma non vi è solo una fase di verifica dei risultati specifici di ogni singola azione/progetto, anche il PIS nel suo complesso deve essere oggetto di una operazione di verifica, condotta dagli organi di governo, dagli amministratori, dalle parti sociali (concertazione) e dagli organismi della partecipazione.

Condizione per avviare una concreta e reale verifica del PIS è la possibilità di misurare gli Obiettivi delle azioni e i risultati attesi dei progetti attraverso indicatori precedentemente definiti. Tali indicatori devono essere in grado, con sufficiente sensibilità di descrivere un fenomeno e evidenziare i cambiamenti prodotti dal progetto.

Il processo di valutazione dovrà produrre due documenti complementari: un report tecnico e una Relazione sugli esiti del PIS.

## PARTE TERZA

Il presente PIS è composto da:

- I piani attuativi dell'Azienda Sanitaria Locale (PAL), articolato in programmi annuali di attività per zona-distretto.
- Programmi e progetti di programmazione regionale.
- Attività corrente della ASL 10 per la parte territoriale, attività delle UU.FF. e erogazione delle prestazioni socio-sanitarie.
- Attività corrente dei servizi sociali delle Amministrazioni Comunali.
- Progetti del Piano Sociale di Zona.
- Progetti Educazione alla Salute per la scuola e per il territorio.
- Progetti speciali e innovativi a iniziativa SDS.

Nei seguenti capitoli sono brevemente illustrati alcuni programmi e progetti che si aggiungono alla normale attività dei servizi sociali dei comuni e dell'attività della ASL, che rappresentano una risposta operativa alla precedente individuazione degli obiettivi strategici.

### **1. Progetti speciali:**

1

#### **COSTITUZIONE DI SPORTELLI UNICI SOCIO-SANITARI**

La scelta progettuale si indirizza verso la creazione di uffici, dove personale del Comune e della ASL, insieme, possano realizzare un moderno servizio di accoglienza e orientamento ai percorsi di alta integrazione. Tale nuovo servizio oltre che realizzare in primo luogo una reale collaborazione del personale dei due enti, con l'innegabile vantaggio di una sempre maggiore condivisione della conoscenza dei servizi, pone le basi per la riduzione di burocrazia e pluralità di accessi per servizi e pratiche autorizzative che il cittadino vive normalmente come una complicazione.

Si propone quindi di creare un ufficio in ciascun ambito comunale, individuando il personale comunale e della ASL con il criterio della massima valorizzazione delle funzioni di orientamento e analisi dei bisogni dell'utenza.

2

#### **EQUIPE TERRITORIALE**

La riorganizzazione dell'assistenza primaria territoriale rappresenta uno degli obiettivi prioritari per l'Azienda sanitaria nell'ambito di una rilettura globale delle complesse relazioni tra ospedale e territorio. Negli ultimi anni è stata predisposta la base di conoscenze e di abilità necessarie allo sviluppo di nuovi modelli e attraverso una complessa attività di analisi delle criticità esistenti, di studio e di ricerca delle indicazioni più avanzate derivanti dalla buona pratica è stato definito un modello fortemente innovativo per l'assistenza integrata territoriale, che supera la divisione tra servizi e tra professionalità, fornisce indicazioni precise ai cittadini e li guida nell'accesso ai servizi. I professionisti dell'assistenza operano in équipes formate da MMG, infermieri e assistenti sociali di riferimento per ogni assistito che assicurano continuità nell'assistenza e personalizzazione delle relazioni.

Il modello utilizza nuovi strumenti per la pianificazione e l'erogazione dell'assistenza che possono assicurare la possibilità di intervenire adeguatamente nelle diverse fasi di evoluzione del bisogno.

Il nuovo modello coniuga snellezza organizzativa, facilità di accesso, appropriatezza delle risposte, possibilità di controllo degli outputs.

Il progetto, sperimentale, consiste nell'implementazione di una nuova modalità di interazione tra MMG, Infermiere professionale e Assistente Sociale, che realizzano

una presa in carico in tempi e modalità più appropriate rispetto alla scelta della risposta socio-assistenziale e con tempi di risposta più rapida rispetto alla modalità attuale attraverso la commissione di valutazione.

La realizzazione del progetto non potrà prescindere da un equo riequilibrio delle risorse del bilancio ASL verso la non autosufficienza.

3

### **POOL ASSISTENZA DOMICILIARE FESTIVA**

Il progetto che viene proposto intende rispondere all'esigenza di garantire anche nei giorni festivi una continuità di prestazioni riconducibili all'ADI, soprattutto in occasione di particolari criticità che si possono verificare in condizioni di dimissioni ospedaliere di soggetti anziani soli, o con una situazione socio-familiare critica.

Infermieri professionali presenti anche nei giorni festivi in collegamento funzionale con il settore dell'Assistenza Sociale e delle Cure Primarie.

4

### **PERCORSO OSPEDALE TERRITORIO**

Al fine di intraprendere un percorso integrato verso una più efficace intesa sulle dimissioni ospedaliere verso il territorio e su progetti di prevenzione il progetto prevede di giungere alla stipula di un accordo di programma tra SDS e gli ospedali di riferimento per i cittadini della zona Nord-Ovest: principalmente NSGD A.O. Careggi, S.M.N. e O.S.M.A.

5

### **CURE INTERMEDIE**

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

Obiettivo del progetto è "L'utilizzo dei "servizi per le cure intermedie" consente ai medici dei Presidi ospedalieri e a quelli di Medicina Generale, di impiegare una risorsa nuova ed aggiuntiva alle loro normali disponibilità operative.

Si tratta della possibilità di ricoverare pazienti ,con problematiche di completa o prevalente valenza sanitaria, nelle RSA e nelle Case di Cura convenzionate, presenti sul territorio.

Tale possibilità si inserisce quindi nella rete integrata dei servizi socio-sanitari, e si configura come uno degli aspetti dell'organizzazione di tipo PULL, volta a garantire una rapida risposta sia ai pazienti con problemi di dimissione dai reparti per acuti che a pazienti ancora al proprio domicilio con esigenze sanitarie e a ridurre il flusso di pazienti ai DEA, per problematiche che possono essere risolte con modalità diverse.

In questo modo da un lato si soddisfano le esigenze assistenziali del paziente, e dall'altro si evitano ricoveri ospedalieri impropri, e si riduce la durata della degenza.

Le RSA, infatti, sono strutture residenziali che, pur rimanendo nell'ambito delle cure primarie, possono fornire, al pari delle case di cura, un'assistenza costante alla persona con una media medicalizzazione delle prestazioni e una maggiore attenzione, anche per i ricoveri di breve durata, agli aspetti della vita di relazione. Spesso infatti, soprattutto nei pazienti anziani, l'ospedalizzazione tradizionale peggiora la qualità della vita.

Le Cure intermedie:

- Sono rivolte a persone che altrimenti prolungherebbero senza necessità la durata del ricovero ospedaliero o potrebbero essere ammesse inappropriatamente in ospedale o in RSA.
- Sono erogate sulla base di una valutazione multidimensionale con la predisposizione di un piano di assistenza individuale strutturato, che definisce terapie, trattamenti, necessità di ricoveri.
- Sono orientate al recupero dell'indipendenza e al rientro dei pazienti al loro domicilio.

- Hanno una durata limitata (di solito 1-2 settimane, e mai oltre le 6 settimane).
- Sono basate sull'integrazione di più professionisti che utilizzano gli stessi criteri di valutazione, gli stessi strumenti operativi e condividono protocolli comuni.
- L'impiego dei servizi per le cure intermedie è indirizzato quindi: a pazienti, prevalentemente anziani, dimissibili dall'ospedale ma non in condizioni di poter essere adeguatamente assistiti al proprio domicilio per il quadro clinico o per insufficienti garanzie di supporto familiare e/o sociale. In questo modo si riduce la durata della degenza, e si assicura al paziente l'assistenza in un ambiente protetto,

per il periodo necessario e a pazienti, prevalentemente anziani, che vengono segnalati dal medico curante in quanto le possibilità di assistenza domiciliare non offrono garanzie sufficienti in relazione alla situazione clinica del paziente ma in cui l'ospedalizzazione potrebbe essere ancora evitata."

La realizzazione del progetto non potrà prescindere da un equo riequilibrio delle risorse del bilancio ASL verso la non autosufficienza.

6

### **SPERIMENTAZIONE NUOVE FORME DI ASSOCIAZIONISMO MEDICO**

Il PSR 2005-2007 prevede lo sviluppo e la promozione delle UCP (Unità di Cure Primarie) che sono unità territoriali dove MMG, PLS, Specialisti, Infermieri e altre professionalità forniscono risposte integrate alla domanda di salute dei cittadini. L'obiettivo strategico principale dell'UCP è la qualità delle cure da perseguire anche attraverso la medicina di iniziativa.

La ASL 10 ha presentato alla Regione Toscana il 30/03/042004 un Progetto UCP che prevede nella prima fase di sperimentazione l'attivazione di Punti di I° soccorso presso alcune medicine di gruppo

La Delibera DG 259/2005 "Sperimentazione PCA: prosecuzione progetto anno 2005, approvazione piano finanziario e schema di convenzione con la Misericordia di Campi Bisenzio per l'estensione della sperimentazione ai comuni di Signa e Calenzano" è un atto particolarmente importante che indica un modello sperimentale di associazionismo medico volto alla riduzione delle attese al Pronto Soccorso ospedaliero ed ad un migliore servizio per la cittadinanza.

Altro riferimento è la Delibera DG 446/2005 "Autorizzazione alla sottoscrizione di un protocollo d'intesa per la sperimentazione di primi soccorsi organizzati presso medicine di gruppo di Medici di medicina generale"

Il progetto che viene proposto è volto a compiere una verifica delle esperienze fino ad oggi realizzate e a indicare eventualmente nuove modalità organizzative per l'associazionismo medico.

7

### **RIDUZIONE LISTE D'ATTESA**

I programmi dedicati all'abbattimento delle Liste di Attesa, riguardano principalmente il controllo complessivo del rapporto domanda/offerta, valutando sia il tempo di attesa, sia il volume dell'erogato ed il suo incremento, attraverso azioni che coinvolgono soggetti pubblici e privati accreditati.

In particolare si agisce su :

la **segmentazione della domanda** ed il suo governo secondo logiche di priorità clinica nell'accesso e di appropriatezza della richiesta.

**l'incremento della efficienza** gestionale dei servizi coinvolti nella erogazione di prestazioni e la progressiva razionalizzazione ed omogeneizzazione delle agende di prenotazione della rete CUP aziendale e metropolitana;

la "**presa in carico dell'utente**" dopo il primo contatto attraverso procedure che integrino anche l'attività di prenotazione con quella di informazione o di tutela (URP e Pronto Salute).

Il programma di monitoraggio, prende in considerazione le specialità (visite specialistiche) che risultano più critiche relativamente ai tempi di attesa.

1. **Visita ortopedica** 12 giorni media attesa su sei mesi 2004
2. **Visita cardiologia** 6 giorni attesa media su sei mesi 2004
3. **Visita ginecologica** 2.5 giorni attesa media su sei mesi 2004
4. **Visita dermatologica** 6 giorni attesa media su sei mesi 2004
5. **Visita neurologica** 2 giorni attesa media su sei mesi 2004
6. **Visita oculistica** 4.5 giorni attesa media su sei mesi 2004
7. **Visita otorino** 2 giorni attesa media su sei mesi 2004

I punti essenziali considerati per la predisposizione del programma per la riduzione delle liste di attesa sono tre :

1. Governo della domanda : si attua attraverso l'uso di Protocolli, Linee guida, Clinical pathways conosciuti e condivisi che permettono di definire dei Percorsi clinico-Assistenziali. In questo caso i tempi di attuazione sono medio-lunghi ma la risposta è stabile nel tempo. Il parametro di riferimento è l'appropriatezza.
2. Aumento dell'offerta : si attua mediante l'incremento del personale, dipendente o convenzionato, e delle tecnologie, l'acquisto di prestazioni libero-professionali intramoenia o dal settore privato, ovvero dall'insieme di più azioni. Ha un effetto limitato nel tempo poiché porta ad un collaterale aumento della domanda con saturazione delle nuove disponibilità. In questo caso si hanno dei rapidi tempi di attuazione ma un miglioramento che non rimane stabile nel tempo per l'effetto collegato dell'induzione della domanda. Il parametro di riferimento è l'efficienza ovvero il rapporto tra output e input, cioè fra prestazioni prodotte e fattori di produzione utilizzati.
3. Azione contestuale sul rapporto Domanda / Offerta : è la soluzione ottimale che permette di ottenere una risposta stabile nel tempo. Il parametro di riferimento è l'efficacia ovvero il rapporto fra gli esiti e le prestazioni.

Nell'area metropolitana fiorentina è progressivamente aumentato, e in modo considerevole, il numero delle prestazioni prenotate ed erogate, ma fenomeni diversi quali la duplicazione di richieste di esami specialistici, la mobilità volontaria dei pazienti, le improprie indicazioni agli esami specialistici, l'uso improprio delle tecnologie sanitarie, la conflittualità o la confusione nelle prescrizioni cliniche e terapeutiche tra le varie figure professionali e l'uso incongruo delle richieste "urgenti", hanno vanificato una parte considerevole del beneficio atteso, a ulteriore conferma che il vero obiettivo da perseguire per ridurre progressivamente le liste di attesa è il governo complessivo del rapporto domanda/offerta e non la singola ed isolata azione solo su uno dei due versanti.

8

## **CURE PALLIATIVE**

La SDS insieme al Centro Terapia Domiciliare del servizio di cure palliative intende sviluppare e incrementare l'assistenza domiciliare ai malati oncologici in fase avanzata della malattia attraverso la collaborazione con associazioni non profit.

Il servizio di terapia domiciliare costituisce una continuità assistenziale anche rispetto alla dimissione ospedaliera.

Il progetto prevede la stipula di accordi con il volontariato per garantire certezza di risorse per la prosecuzione e mantenimento dei livelli assistenziali, la fornitura di presidi sanitari a domicilio.

**OSSERVATORIO  
ANZIANI e  
DISABILI**

Il progetto prevede la costituzione presso la Società della Salute di un Osservatorio permanente su Anziani e Disabili con il fine di monitorare sia i bisogni, espressi e l'analisi dell'offerta in termini di servizi per poter individuare le migliori politiche sociali e sanitarie integrate verso questa parte della popolazione.

C'è infatti la necessità di programmare per tempo gli interventi strutturali necessari a dare risposte efficaci alle esigenze che si presentano nel tempo, per esempio in relazione alle previsioni di crescita di talune fasce demografiche della popolazione della zona Nord-Ovest. L'osservatorio potrà essere costituito secondo le indicazioni e modalità concordate con gli EE.LL. e le parti sociali.

**PERCORSO  
DIAGNOSTICO –  
TERAPEUTICO  
INTEGRATO  
PER IL DOLORE  
TORACICO**

Il progetto prevede, in sostanza, una nuova realtà di collaborazione tra ospedale e territorio su una sintomatologia particolarmente insidiosa.

Il **dolore toracico** non traumatico è forse il sintomo che desta più allarme nel paziente, ed è uno dei disturbi che con maggiore frequenza lo portano a consultare il medico.

Per il medico di medicina generale il dolore toracico costituisce un problema particolarmente complesso in quanto comporta una rapida valutazione della sua origine e della sua gravità, nonché delle decisioni diagnostiche terapeutiche da prendere. Il rischio è quello di ricorrere da una parte ad ospedalizzazioni inutili e costose per situazione di scarso rilievo clinico, dall'altra di sottovalutare una situazione di potenziale particolare pericolosità per il paziente.

I problemi che il medico di medicina generale si trova a dover fronteggiare nella situazione specifica sono quindi due:

1. come operare una efficace stratificazione del rischio di eventi nell'immediato, disponendo dei soli dati anamnestici e dell'esame obiettivo;
2. per i pazienti a basso rischio, come poter disporre delle necessarie consulenze specialistiche e dei supporti strumentali salvaguardando l'unitarietà del percorso assistenziale e l'esigenza di arrivare dalla diagnosi alla terapia in tempi congrui.

Per consentire l'accesso facilitato e rapido per questa tipologia di pazienti abbiamo messo a punto un percorso diagnostico-terapeutico sul dolore toracico, applicato in tutti i presidi ospedalieri dell'Azienda Sanitaria di Firenze, che permette ai medici di medicina generale di accedere direttamente alla consulenza cardiologica ed alla diagnostica strumentale necessaria anche per una eventuale diagnosi differenziale sulla natura del dolore toracico

## 2. Sistema Integrato Anziani

Sotto la denominazione "Sistema Integrato Anziani", sono da intendersi tutte le azioni, le iniziative, i servizi, le strutture che, pur afferenti a enti, istituzioni, soggetti diversi fino ad ora operanti in maniera a volte scollegata fra loro, agiscono in maniera integrata, unitariamente governata e unitariamente orientata a fornire risposte appropriate ai bisogni degli anziani.

Quindi Attività dei servizi sociali dei comuni, attività dei servizi sanitari della ASL, progetti integrati della Medicina Generale e progetti del Piano Sociale di Zona e altri concorrono a formare il Sistema Integrato Anziani.

L'invecchiamento della popolazione pone, alla comunità ed al servizio sanitario, il problema di garantire ai cittadini più anziani, condizioni di salute e di qualità delle cure sempre migliori e sempre più coerenti con un uso razionale delle risorse.

Il raggiungimento di tali finalità presuppone interventi rivolti direttamente alla popolazione interessata e la ricerca di una "offerta" di servizi con questi obiettivi, per raggiungere i quali è necessario il coinvolgimento di attori diversi che operino in modo integrato. Il programma anziani risulta quindi organizzato secondo una strategia che è incentrata su una serie di obiettivi:

- Miglioramento della presa in carico territoriale;
- Mantenimento dell'anziano presso la propria abitazione attraverso la rete di assistenza territoriale e la valorizzazione delle sue capacità residue;
- Promozione delle occasioni di incontro e socializzazione degli anziani;
- Integrazione socio sanitaria attraverso la riorganizzazione dell'accesso integrato ai servizi;
- Curare i rapporti ospedale territorio per migliorare i percorsi di dimissione;
- Riequilibrare le risorse per la non autosufficienza;

1

### **SORVEGLIANZA ATTIVA DELL'ANZIANO FRAGILE**

Il progetto realizzato già dal 2003 nella Zona Nord-Ovest su indicazione Regionale, viene riproposto e esteso non solo per il periodo estivo ma in continuità nel corso dell'anno. Si viene così a porre a "regime" una modalità di ricerca attiva della fragilità non solo nel settore della popolazione anziana ultra 75°, ma anche per tutte le altre emergenze socio-assistenziali.

Il progetto prevede il coinvolgimento della UF Cure Primarie della ASL, i MMG, i Servizi Sociali dei Comuni.

2

### **FORMAZIONE PER ASSISTENTI FAMILIARI**

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

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

E' noto che una consistente parte del bisogno assistenziale degli anziani trova risposta nell'ambito della capacità di autoorganizzazione delle famiglie, nel lavoro di cura svolto privatamente da collaboratori domestici.

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

L'obiettivo è di qualificare il lavoro svolto da cittadini, nella gran parte dei casi immigrati, in favore delle persone anziane non autosufficienti e consistente nell'espletamento delle attività di *care* connesse alla vita quotidiana e domestica, attività che spesso si realizzano in regime di convivenza. Tale azione si rende



necessaria anche per promuovere e sostenere l'integrazione di tali figure con la rete territoriale dei servizi assistenziali, in coerenza con le attuali politiche pubbliche per la domiciliarità.

Il Comune di Fiesole ha partecipato, come soggetto sostenitore dell'Agenzia ITEM CONSULTING, al Bando della Provincia di Firenze nella misura E1 Azione E1-1 che riguarda il corso per assistenti familiari.

Le finalità sono di formare nel territorio personale specializzato e qualificato a svolgere le funzioni di assistenza e cura alla persone anziane.

3

### **ANZIANI IN MOVIMENTO "Attività Fisica Adattata"**

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

*Indirizzare sensibilizzare la popolazione anziana all'utilizzo di comportamenti maggiormente ispirati ad un'attività motoria preventiva sia individuale che di gruppo.*

Risultati attesi: Mantenere e migliorare la qualità della vita e l'autonomia della persona anziana, assicurando una attività motoria 'di mantenimento' alle persone che hanno completato un percorso riabilitativo e che trovano difficoltà, ad ottenere una risposta di stretta caratterizzazione sanitaria dai servizi di riabilitazione.

Definire specifiche procedure e percorsi all'attività, con il coinvolgimento dei MMG ,quali professionisti sanitari maggiormente in grado di orientare i cittadini destinatari, anche in alternativa alla prescrizione di prestazioni di terapia fisica.

Individuare, se del caso ed in collaborazione con il Comune- Quartieri, particolari tariffe e/o agevolazioni che possano favorire e sostenere la partecipazione dei cittadini anziani all'attività motoria. Ridurre i costi sanitari e le liste d'attesa.

Offrire alla popolazione anziana l'opportunità di partecipare ad attività motoria finalizzata al mantenimento del benessere fisico ed alla prevenzione di condizioni di ridotta mobilità che favoriscono la riduzione del grado di autonomia e la comparsa di sintomatologie che determinano il ricorsi a prestazioni di terapia fisica.

Si prevede di offrire agli anziani, in condizioni fisiche buone ,una proposta di attività motoria alternativa alla prescrizione di terapie fisiche( pertanto prima di transitare dai servizi riabilitativi); in questo senso diventa importante il ruolo del Medico di Medicina Generale in quanto ordinatore di prestazioni.

Saranno effettuati interventi di formazione ed aggiornamento rivolti agli operatori dell'associazionismo sportivo che dovranno seguire le attività motorie dei gruppi di anziani

Si conta inoltre di accompagnare al progetto un monitoraggio per il controllo dei risultati dell'intervento in termini di riduzione delle richieste di prestazioni riabilitative e di ricoveri.

4

### **TELECARE**

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

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

famiglia, farmacie, ecc.).

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

Il servizio pone come obiettivo principale la facilitazione della comunicazione per gli utenti, con la creazione di un reticolato comunicativo, che permetta l'attivazione non solo di tutte le utilità basilari, ma anche di servizi accessori. Questi sono volti soprattutto al superamento dell'isolamento, quale causa comprimaria della graduale perdita di autosufficienza, ed al miglioramento delle condizioni di vita dell'anziano solo nell'ambito delle propria mura domestiche.

Pertanto, accanto alle normali attività di monitoraggio e vigilanza sulle condizioni psicofisiche dell'utente e di gestione delle richieste di intervento sanitario di basso, medio ed alto livello con attivazione degli opportuni interventi (dal 118, alle farmacie in collaborazione con il Prontofarmaco, etc.), si pone l'opportunità e la fattibilità concreta di affiancare tutta una serie di servizi di "utilità e sollievo", con l'obiettivo di offrire all'abbonato un'azione di supporto ad ampio raggio, mettendo in atto strumenti di coordinamento e collegamento delle risorse socio-assistenziali e socio-sanitarie (istituzionali, del privato sociale, del privato imprenditoriale) presenti sul territorio cittadino, per un più efficace ed efficiente utilizzo delle risorse stesse.

### **3. Sistema Integrato Disabilità**

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

Linee strategiche del progetto si possono riassumere nelle seguenti azioni:

La Società della Salute, nel settore della disabilità ,ha come obiettivo quello di porre in essere una progettualità le cui azioni vadano a *"..migliorare lo stile di vita della persona disabile"* così come previsto dal Piano Sanitario Regionale 2005-2007,

A tal fine attraverso l'ottimizzazione dell'integrazione delle risorse sociali e sanitarie intende rafforzare i livelli di governo e di coordinamento territoriale riaffermando la dimensione unitaria della strategia di intervento centrata sulla persona.

Le linee strategiche su cui intende muoversi sono le seguenti:

- Ri-definizione del modello organizzativo
- Strutturazione di un sistema informativo di rilevazione che connetta i vari punti del percorso della disabilità dalla "attestazione" alla presa in carico.
- Rilettura e diversificazione dell'offerta residenziale , semiresidenziale e di esperienze di autonomia
- Rilettura e diversificazione dell'offerta relative al tempo libero , vacanze, sport
- Definizione di un percorso integrato con il mondo della scuola finalizzato alla costruzione di nuove opportunità per soggetti gravi e gravissimi collegati a risorse territoriali .

1

**RIDEFINIZIONE  
MODELLO  
ORGANIZZATIVO  
PERCORSO  
HANDICAP**

L'azione nasce come arricchimento dell'attuale situazione organizzativa. In particolare il modello introduce un momento centrale di coordinamento e monitoraggio sui bisogni assistenziali per favorire l'integrazione e sinergismo degli operatori.

2

**RILETTURA E  
DIVERSIFICAZIONE  
DELL'OFFERTA DEI  
SERVIZI:  
RESIDENZIALI ,  
SEMIRESIDENZIALI,  
DI ESPERIENZE DI  
AUTONOMIA**

Nell'ambito degli interventi di carattere residenziale si riscontra la necessità di attivare forme di risposte che siano innovative rispetto alle tradizionali forme di residenzialità (rsd rsa comunità alloggio) coerentemente con i bisogni diversificati dell'area disabilità che va da situazione che richiedono la massima protezione e assistenza a forme di bassa protezione assistenziale, a situazioni che necessitano di situazioni abitative con particolari supporti domotici .

Nella zona ormai è ormai consolidato un percorso sul tema "dopo di noi" sostenuto negli anni con il finanziamento di vari progetti sul Piano di zona , che hanno sostenuto la formazione di gruppi di auto -aiuto per i familiari e fornito spazi di consulenza legale oltre che di momenti formativi e informativi su tematiche legate alla disabilità . Nell'anno 2006 questo percorso si arricchisce evolvendo verso la costituzione di una Fondazione il cui scopo sarà proprio quello di andare a ricercare soluzioni innovative e condivise con i familiari in merito a risposte abitative e assistenziali per disabili a cui vengono a mancare le figure familiari di riferimento

L'altro tema radicato nella cultura e nei progetti della zona è quello del "durante noi" finalizzato cioè a "far sperimentare" alle persone con disabilità momenti di vita autonoma (valutandone quindi il grado di autonomia), garantendo periodi di sollievo ai familiari che si prendono cura di loro (progetti case scuola) oltre che offrire una rete di servizi semiresidenziali .

Sul territorio sono presenti 5 Centri Diurni, rivolti all'handicap grave , gestiti direttamente dall'Azienda Sanitaria su delega dei Comuni che accolgono complessivamente numero 92 persone. I Centri Diurni rappresentano un'importante risposta alternativa alla istituzionalizzazione, offrendo un sostegno e un aiuto al soggetto disabile e alla sua famiglia e supportandone il lavoro di assistenza, socializzazione e riabilitazione.

Nel 2005 due di questi Centri hanno attivato una sperimentazione di prolungamento orario e nel 2006 saranno oggetto di approfondimento e verifica della validità del percorso. Nel 2006 sfruttando le potenzialità strutturali di un Centro si andranno a sperimentare forme innovative di esperienze di residenzialità finalizzate al sollievo delle famiglie e all'acquisizione di autonomie .

3

**RILETTURA E  
DIVERSIFICAZIONE  
DELL'OFFERTA:  
TEMPO LIBERO,  
VACANZE,  
SPORT.**

Con il progetto si intende assicurare un'esigenza fondamentale per il processo di crescita, socializzazione e partecipazione alla vita sociale delle persone con disabilità ai fini della loro reale ed effettiva integrazione.

La zona tradizionalmente organizza delle esperienze estive per soggetti gravi .

In particolare negli anni si è andata definendo e strutturando l'esperienze di soggiorni estivi per i frequentanti i Centri di socializzazione a gestione diretta, tali esperienze hanno la doppia valenza di sollievo alle famiglie , ma si pongono anche in linea di continuità con l'acquisizione di autonomie da parte dei soggetti disabili nell'ottica del "dopo di noi" I, aspetto del lavoro facilitato dal fatto che tali esperienze sono effettuate all'interno della programmazione delle attività del Centro e quindi con gli stessi operatori che conoscono i ragazzi.

Nel 2005 si è sperimentato un'esperienza residenziale rivolta a soggetti con disabilità medio-lieve ed è sulla linea della diversificazione di offerta e di protezione diversa che si intende lavorare nel 2006 al fine di garantire alle varie

disabilità opportunità di integrazione e socializzazione in base ai propri bisogni.. In questa ottica si colloca anche il progetto per l'impiego dei volontari della leva civile "DIVERSITA' IN SOCIETA'" presentato dalla Azienda Sanitaria e già approvato e attivo dal mese di ottobre.

4

**COMMISSIONE  
UNICA  
ABBATTIMENTO  
BARRIERE  
ARCHITETTONICHE**

Il regolamento di attuazione dell'art. 5 quater della L.R. 9.9.91 n. 47 (*norme sull'eliminazione delle barriere architettoniche*) disciplina fra l'altro il procedimento per la concessione da parte dei comuni di contributi diretti a favorire l'eliminazione delle barriere architettoniche nelle civili abitazioni dove sono residenti persone disabili. Il progetto prevede di istituire una commissione unica di Zona, presso la direzione della SDS, per l'esame delle pratiche relative all'abbattimento delle barriere architettoniche. Allo scopo di rendere omogenee a livello di zona le valutazioni sugli interventi realizzati da privati.

5

**FONDAZIONE  
DOPO DI NOI**

Il progetto prevede la costituzione di una FONDAZIONE che ha lo scopo di perseguire finalità di tutela e di solidarietà sociale, favorendo e sostenendo il coinvolgimento della società civile e dell'ente pubblico e operando a beneficio di persone svantaggiate con priorità per quelle diversamente abili, anche in ragione delle loro condizioni fisiche, psichiche, economiche, sociali o familiari, con particolare attenzione ai servizi residenziali o comunque sostitutivi della famiglia. La Fondazione intende rappresentare un punto di riferimento costante per dette persone, al fine di assicurare loro un'adeguata assistenza, anche giuridica, nonché un'idonea soluzione residenziale in modo che esse possano avere un dignitoso stile di vita.

6

**COORDINAMENTO  
VACANZE**

Il Progetto prevede il coordinamento fra gli otto comuni di tutti quegli interventi che prevedono l'allontanamento dei soggetti con disabilità anche per brevi periodi di vacanza dal loro contesto familiare. L'obiettivo è quello di offrire a tutti la possibilità di fare questo tipo di esperienza fondamentale per l'autonomia per il sollievo delle famiglie aumentando le opportunità di offerta e differenziandola per rispondere ai vari tipi di bisogni.

7

**TRASPORTI  
SOCIALI**

Ogni amministrazione comunale gestisce attraverso specifici accordi con le associazioni di volontariato, l'attività di trasporto sociale. Si tratta di una attività di particolare importanza per il settore della disabilità.

La Società della Salute intende effettuare una ricognizione su tale attività, analizzando le modalità operative, tempi e risorse impiegate, ricognizione finalizzata a produrre proposte migliorative del servizio per ottimizzare e rendere funzionale e maggiormente efficace l'attività di trasporto.

Il progetto prevede la costituzione di un gruppo di lavoro che inizi a raccogliere informazioni sulle attività svolte negli otto comuni della SDS.

8

**ORIENTAMENTO AI  
PERCORSI DELLA  
DISABILITÀ**

Il Progetto prevede un punto informativo territoriale predisposto a dare informazioni sui servizi offerti da ASL e Comuni, sulle modalità di accesso, e sulle normative, anche attraverso la collaborazione delle associazioni del territorio.

9

**FACILITATORE  
DISABILITA'  
INTELLETTIVA**

Tra gli assistiti della ASL vi sono oltre 8000 persone con disabilità intellettiva di cui 7000 adulti. Molti di loro hanno bisogni più frequenti della restante popolazione.

Queste persone hanno una prevalenza aumentata di cardiopatie, diabete, ipotiroidismo, osteoporosi, odontopatie, malattie psichiatriche. Alcune di queste

potrebbero essere prevenute o la loro gravità contenuta. Occorre quindi facilitare l'accesso ai servizi, pianificare l'assistenza in considerazione della difficoltà che questi soggetti hanno nel far rilevare i sintomi di malattia.

Per facilitare il contatto tra le persone e i servizi in ogni articolazione della zona distretto, viene individuato una figura infermieristica che svolge le funzioni di **facilitatore**.

Il suo compito è assicurare alle persone con disabilità intellettiva un accesso pieno ai servizi sanitari di cui hanno bisogno aiutandoli a navigare nella rete dei servizi.

Il facilitatore cura l'organizzazione degli interventi necessari ad assicurare l'accesso ai servizi sanitari nelle situazioni a maggiore complessità secondo le indicazioni contenute nel piano individuale ed è la figura di riferimento con cui interagisce il personale dell'accoglienza in caso di ricovero. Per tutte le persone con disabilità intellettiva grave viene costruito un piano di salute individuale. Il piano di salute individuale è composto dai dettagli dei controlli sanitari dei quali individua tipologia e scadenza tenendo conto degli standard definiti dai vari specialisti per quanto riguarda: igiene orale e cura dentale, mobilità, vista, udito, dieta, screening oncologici, controlli ematici o urinari per il monitoraggio biologico in corso di assunzione di determinati farmaci. Il piano comprende la valutazione dell'aiuto particolare richiesto da quella persona per usare i servizi e quindi le indicazioni per evitare situazioni che siano note provocare comportamenti aggressivi.

La programmazione delle attività deve rispondere a queste particolari esigenze individuando spazi e tempi coerenti ad esempio utilizzando gli spazi del primo o dell'ultimo appuntamento per le attività ambulatoriali, tempi più lunghi per l'erogazione delle prestazioni, modalità dedicate di accoglienza evitando le attese e la permanenza in sale d'aspetto affollate o rumorose.

## 4. Sistema Integrato Tutela Famiglia e Minori

Negli ultimi anni la realtà socio-sanitaria e culturale del Paese è profondamente mutata tanto da richiedere una più ampia politica in favore del singolo, della coppia e della famiglia. L'aumento di speranza di vita in Italia, la prima in Europa e la seconda nel mondo, ha fatto sì che il periodo post fertile della donna si sia allungato di circa 30 anni. Analogamente assumono un ruolo importante nella vita dell'uomo i problemi legati all'andropausa anche in relazione al diverso ruolo che egli ha recentemente assunto nella famiglia e nella società. Di contro vi è una notevole riduzione della natalità che è fra le più basse d'Europa. Ciò talora è legato alla scelta della coppia, ad un progressivo aumento di sterilità maschile e femminile, agli stili di vita, alla procreazione in età avanzata o alla diffusa diminuzione del desiderio sessuale. Invece un contributo non indifferente ai tassi di natalità viene dato dalle donne straniere, le quali rimangono spesso escluse dalle attività di informazione e di educazione alla salute realizzate ed incontrano la struttura pubblica nella fase avanzata della gravidanza o solo al momento del parto. La Società della Salute intende promuovere un rilancio della funzione dei consultori. Gravidanza, parto, allattamento, infanzia e adolescenza rappresentano situazioni delicate e particolari della vita, che vedono il consultorio come luogo ideale dove sviluppare strategie di prevenzione e cura dei disturbi correlati e dove aiutare la persona a comprendere i cambiamenti che ogni età comporta.

L'attuazione dei diritti dei minori esige che la comunità locale consideri prioritario il tema della tutela e della promozione della personalità dei minori e di conseguenza sviluppi adeguate politiche di sostegno nel processo evolutivo e di aiuto al superamento di condizioni di disagio.

Obiettivo è quello di garantire ai minori presenti sul territorio, il diritto fondamentale ad essere accolti, tutelati ed educati. Di conseguenza anche la famiglia è posta al centro di numerosi interventi, così come il peso della responsabilità familiare e genitoriale.

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

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

1

### **ATTIVITA' di SOSTEGNO ALLA NATALITA'**

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

2

### **MAMMA SEGRETA**

Il Progetto Mamma Segreta si prefigge l'obiettivo di sostenere le gestanti e le madri in gravi difficoltà e di prevenire il fenomeno dell'abbandono traumatico dei bambini alla nascita.

Il DPR 396 del 3.11.2000 ha sancito definitivamente il diritto della madre a partorire in anonimato, esprimendo al momento del parto le volontà di non essere nominata. Ne deriva che la donna che vive l'esperienza della gravidanza in condizioni di forte disagio dovrebbe poter contare su aiuti tempestivi e qualificati da parte della rete dei servizi sociali, servizi sanitari territoriali e dei presidi ospedalieri, sia nel caso decida di sviluppare le proprie competenze genitoriali, sia nel caso che decida di avvalersi del diritto di non riconoscere il figlio.

La Regione Toscana con Deliberazione di Giunta n.1053 del 25.10.2004 ha inteso promuovere il progetto su tutto il territorio toscano individuando ciascuno dei

Comuni capofila delle quattro Aree Vaste ( Firenze, Prato, Pisa, Siena).

Il progetto intende rivolgere azioni differenziate : a tutte le donne, comprese le donne extracomunitarie anche in situazioni di clandestinità, senza limiti di età, né vincoli di residenza o di nazionalità;

3

**INSERIMENTO  
BAMBINI  
STRANIERI NELLE  
ATTIVITÀ  
SPORTIVE**

La Zona Nord Ovest comprende comuni in cui la percentuale di bambini stranieri nelle scuole è la più alta di Italia (15% a Campi B.zio) ma la partecipazione dei bambini stranieri nelle società sportive è molto bassa. Dopo la scuola mancano spazi all'interno dei quali proseguire l'unico momento di interazione fra bambini e gli adolescenti di etnie diverse: lo sport è salute e quindi è un diritto di questi giovani ed è conseguentemente un dovere degli istituzioni garantire la pratica sportiva a questi bambini. Le fasi possono essere: raccolta delle adesioni delle società sportive a fare accoglienza, formazione e sensibilizzazione degli operatori sportivi a questo argomento, preparazione di materiale informativo in più lingue descrittivo delle sedi, degli indirizzi, degli orari, delle quote di iscrizione, dei trasporti e dell'attrezzatura occorrente ecc.ecc. Il materiale potrà essere distribuito da canali specifici ma le scuole, che devono essere naturalmente coinvolte, sono il veicolo educativo opportuno per diffondere la cultura dello sport anche in settori di popolazione più esposta alla esclusione sociale.

4

**FACILITAZIONE  
DELL'INSERIMENTO  
DI MINORI  
STRANIERI NELLE  
ATTIVITÀ  
SPORTIVE**

Le differenze culturali e la difficoltà ad integrarsi pienamente nel tessuto sociale in cui si vive, passano talvolta anche dalla difficoltà in età minore di partecipare a quelle attività di socializzazione che si svolgono fuori dal contesto formale: scuola e famiglia. Il progetto intende promuovere azioni che facilitino la partecipazione dei minori stranieri alle attività sportive che si svolgono sul territorio al fine di usare lo sport come ulteriore mezzo verso l'integrazione

Nell'attivazione di percorsi di cittadinanza da parte della Provincia di Firenze, verso la promozione di una cultura della legalità e della solidarietà, riveste notevole importanza il target dei minori stranieri (nella prospettiva futura di una gioventù toscana connotata sempre più da componenti di nazionalità non italiana). Lo sport, in questo frangente, è visto come strumento per una migliore integrazione dei minori stranieri nella comunità locale, secondo i valori della socialità, della solidarietà, ma anche della competizione, purché leale e corretta. Si ritiene, infatti, che tutto questo stimoli le capacità della collettività di sviluppare esperienze di creatività condivisa, nell'esaltazione delle diversità plurali, in tutti i campi del vivere sociale. La UISP, tramite la propria esperienza e le proprie strutture e risorse, si fa realizzatrice di iniziative che, coinvolgendo il tessuto sociale ed in particolare sportivo nei suoi attori individuali e collettivi, promuova da un lato l'inserimento dei minori immigrati, dall'altro la sensibilità degli adulti, significativi ma non solo, verso le difficoltà e le potenzialità che emergono riguardo minori stranieri coinvolti in esperienze sportive. Si tratta quindi di organizzare incontri inclusivi di sensibilizzazione ed informazione sul territorio, coinvolgendo i destinatari di cui in premessa, quale momento di riflessione e punto di partenza per l'ottimizzazione delle politiche integrate locali.

5

**SOSTEGNO A  
FAVORE DELLE  
FAMIGLIE IN  
DIFFICOLTÀ**

La violenza domestica costituisce uno dei fenomeni più gravi di distorsione del percorso di sviluppo di adulti e bambini . I dati disponibili indicano che circa il 20% della popolazione femminile e tra il 5 e 10% di quella maschile ha subito qualche forma di abuso sessuale in età minore.

Il Progetto propone l' attivazione di azioni quali l'accoglienza di pronto intervento residenziale e la consulenza e il supporto psicologico per le vittime di queste violenze.

6

**PROGETTO  
MONOPARENTALE**

Il territorio della Nord Ovest presenta un elevato numero di famiglie monoparentali con manifestazioni di grave disagio e difficoltà nell'affrontare i normali impegni della vita quotidiana riguardo alla crescita e all'accudimento adeguati dei figli. Dall'analisi delle richieste ai servizi si rilevano situazioni di minori con famiglie monoparentali di diverso tipo: orfani, allontanamento forzato di un genitore per carcerazione o in luogo di cura (tossicodipendente, malato di mente), separazioni conflittuali con l'estromissione o autoesclusione di un genitore, malattia cronica di un familiare che assorbe le energie degli adulti di riferimento con e problemi diversi. In tali situazioni è facile che il bambino scivoli in uno stato depressivo "mascherato" con incapacità/impossibilità di affrontare i problemi di vita quotidiana.

L'Obiettivo è quello di prevenire le difficoltà legate alle carenze conseguenti la perdita di uno dei genitori;- sostenere e supportare i bambini individuati dal sistema dei servizi territoriali, - fornire alle famiglie monoparentali strumenti per allargare e utilizzare in modo appropriato le reti sociali di riferimento.

Il progetto prevede percorsi psico-educativi personalizzati per individuare ed integrare le carenze educative del nucleo genitore- bambino con supporto alla quotidianità rivolto al singolo e a piccoli gruppi di bambini per l'organizzazione del tempo libero e degli impegni quotidiani.

7

**RICERCA DEI PRIMI  
SINTOMI DI  
AUTISMO**

Nell'ambito del "bilancio di salute" quale valutazione complessiva dello sviluppo psicofisico del bambino, vengono valutati dai pediatri di famiglia, alcuni aspetti e indicatori per la diagnosi precoce (18 mesi) dei disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS), tra cui l'autismo. In seguito alla eventuale positività riscontrata, il PLS invia la famiglia e il bambino ai servizi specialistici attraverso un percorso preferenziale, per la conferma della diagnosi e la presa in carico terapeutica.

8

**PROMOZIONE  
DELL'ALLATTAMENTO  
AL SENO**

Un numero sempre crescente di indagini, mostrano che l'allattamento materno è particolarmente adatto per soddisfare i bisogni alimentari ed emotivi-psicologici del bambino. L'allattamento al seno permette di stabilire un contatto importante fra madre e figlio. A questo si uniscono crescenti evidenze di vantaggi in termini di salute anche per la madre che allatta al seno il proprio bambino. Il latte materno protegge dalle malattie e promuove la sopravvivenza infantile. L'allattamento materno è una fonte di importanti immunità, anche contro le malattie infettive. Il corpo della madre che allatta al seno produce anticorpi contro i germi che minacciano la salute del suo bambino e glieli passa attraverso il latte.

L'allattamento materno rafforza il legame madre - bambino, dal momento che le poppate frequenti offrono molte occasioni di contatto "pelle a pelle" e permettono di migliorare la conoscenza reciproca. Oltre a effetti di natura psicologica, l'allattamento ha anche effetti fisiologici sulla madre, come ad esempio quello di aiutarla a distanziare le nascite, visto che la produzione del latte inibisce l'ovulazione. Se l'allattamento viene effettuato in forma esclusiva per i primi sei mesi dopo il parto, fornisce un valido aiuto per ridurre la probabilità di una nuova gravidanza.

Promuovere l'allattamento materno significa informare in maniera corretta tutte le donne in gravidanza affinché siano chiari i benefici e possano effettuare una scelta informata; significa inoltre favorirne l'avvio dopo il parto, sostenere le madri nelle prime settimane dopo la nascita e nei momenti di difficoltà. La presa in carico della donna che allatta e le strategie assistenziali devono essere accurate e clinicamente appropriate per favorire l'avvio ed il mantenimento



dell'allattamento al seno.

Il progetto in collaborazione con l'Educazione alla Salute della ASL intende promuovere l'allattamento al seno in sede di corsi alla preparazione alla nascita e presso le maternità degli ospedali di riferimento.

9

**INTERVENTI  
CONTRO L'ABUSO E  
IL  
MALTRATTAMENTO  
DI MINORI**

Nel corso del 2004 sono stati presi in carico dai moduli operativi multidisciplinari della Zona Nord-Ovest 42 casi di abuso e maltrattamento, di cui 33 nel solo MOM 7 di Campi B.zio. In queste situazioni sono necessari interventi nei confronti del minore abusato/maltrattato, nei confronti delle famiglie (spesso abusanti o maltrattanti) e di tutto il contesto dove il minore vive quotidianamente (scuola, sport, parrocchia...), comprese le forze dell'ordine che su queste tematiche entrano per esigenze d'indagine (obbligo da parte nostra della segnalazione al magistrato).

Il progetto deve prevedere l'attivazione il percorso assistenziale diretto di accoglienza e presa in carico del bambino e dell'adolescente vittima di abuso o maltrattamento e delle famiglie abusanti o maltrattanti, con difficoltà genitoriali ed educative e l'attivazione di programmi mirati di EAS nelle scuole e altri spazi associativi per il rafforzamento delle capacità di fronteggiare situazioni di rischio relative all'abuso e al maltrattamento ("DIRE DI NO!").

10

**DISTURBI DELLA  
RELAZIONE E  
DELLA  
COMUNICAZIONE  
NELLA PRIMA  
INFANZIA**

Le nuove conoscenze sullo sviluppo cerebrale precoce e sulla comunicazione madre-feto, la possibilità di comprendere il linguaggio del neonato e del lattante permettono di evidenziare i disturbi della comunicazione e della relazione sempre più precocemente e di intervenire con la presa in carico del bambino e della sua famiglia, con il sostegno alla relazione e gli interventi di "abilitazione alla comunicazione" per evitare che si strutturino disturbi psichici più gravi. Il progetto prevede di attivare il percorso assistenziale di presa in carico delle situazioni di disagio relazionale precoce e di implementare un rapporto a rete tra salute mentale infanzia e i neonatologi, i pediatri ospedalieri, i pediatri di libera scelta, le assistenti sanitarie e gli altri operatori dell'area materno- infantile.

## 5. Progetti relativi all'Area della Salute Mentale

Pur non essendo individuata tra le priorità di piano, la Salute Mentale attraversa tutti e tre gli ambiti riconosciuti dalla SdS come prioritari. L'impegno delle strutture e dei professionisti della Salute Mentale è infatti speso con grande evidenza per l'infanzia – adolescenza, essendo l'Unità Funzionale Salute Mentale dedicata, titolare dei livelli di assistenza relativi alla presa in carico terapeutica del disagio psichico, all'assistenza all'handicap, alla tutela minorile. Handicap e anziani riguardano poi, se pure in maniera relativamente marginale, l'U.F. Salute Mentale Adulti.

Il lavoro di integrazione in progetti comuni con altri servizi è in atto da tempo: gestione integrata di situazioni di doppia diagnosi con il SerT; percorsi per l'handicap, condivisi con le Cure Primarie e con i Servizi Sociali, anche comunali; sviluppo di programmi con le farmacie aziendali per la distribuzione dei farmaci ai cittadini; percorsi di continuità ospedale territorio con la pediatria ospedaliera; integrazione con i DEA e attività di consulenza, a proiezione, in ospedale; integrazione con i servizi per la scuola, per la formazioni professionale e la tutela ai disabili. Tutte queste sono tipologie di attività caratteristiche dei servizi della Salute Mentale, anche se necessitano di un impulso ulteriore, diverso da situazione a situazione, nel territorio dei vecchi distretti, sui quali i servizi sono articolati.

Particolarmente importante è il rafforzamento della rete con i medici di base e con i pediatri, che va perseguito anche individuando modalità nuove di collaborazione, che tengano conto delle particolari difficoltà nell'incontro delle diverse professionalità, dipendenti anche dalle rispettive caratteristiche organizzative e dai carichi di lavoro. Infine di particolare rilievo appare la collaborazione, ampia, tra le due UF, quella per l'Infanzia Adolescenza e quella per gli Adulti, in numerose attività (Centro di Terapia Familiare di Scandicci; Centro per i Disturbi del Comportamento alimentare; percorsi di presa in carico condivisi tra le UF, nel campo dell' handicap ...), che dovrà tuttavia trovare ulteriore sviluppo anche negli obiettivi specifici illustrati di seguito.

1

### **INSERIMENTI LAVORATIVI**

Il progetto prevede:

- Lo sviluppo delle attività relative agli inserimenti lavorativi degli utenti dei servizi, come parte del percorso terapeutico riabilitativo, che origina dagli inserimenti lavorativi socio terapeutici, effettuati dalle strutture della Salute Mentale.
- Coinvolgimento dei moduli operativi e potenziamento delle azioni di collaborazione con le strutture socio sanitarie della Zona distretto (SerT, Gruppo Handicap).
- Articolazione territoriale della collaborazione in atto tra DSM e Uffici Provinciali per il lavoro, nel quadro delle iniziative del collocamento obbligatorio (Progetto Azienda/Provincia di Firenze per la legge 68).

2

### **POTENZIAMENTO PRESA IN CARICO TERAPEUTICA**

La Società della Salute intende realizzare un rafforzamento organizzativo con aumento delle ore di apertura dei servizi e della risposta all'urgenza nel campo della salute mentale, attraverso il potenziamento del lavoro di rete (rapporti con MMG) e miglioramento dei percorsi di presa in carico, con attenzione allo sviluppo di percorsi unificati di zona, per quanto riguarda il ricovero ospedaliero. Tale azione deve prevedere una implementazione delle risorse e capacità di risposta dell'Unità Funzionale di zona (con i relativi gruppi di lavoro/MOM a livello degli ex distretti di Campi B.zio, Sesto F.no e Scandicci) e Apertura pomeridiana del CSM di Campi.

Al contempo è indispensabile garantire alla Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia Adolescenza, le risorse necessarie al funzionamento e aumentare le possibilità di risposta, che, anche dal Piano Integrato di Salute, risultano coprire meno di un terzo del bisogno.

Per questo è necessario dotare l'Unità Funzionale del personale minimo previsto

dal PSR e dalle altre linee programmatiche regionali, dalle buone prassi e dall'esperienza accumulata in questo campo per la formazione di équipes multiprofessionali nei presidi distrettuali che possano lavorare in modo integrato con le altre istituzioni. In particolare vanno coperti immediatamente i posti vacanti : 3 psicologi a tempo pieno; 1 educatore professionale (pensionato a giugno 2005) e 1 Neuropsichiatra Infantile a tempo pieno -con completamento orario da 14 a 38 ore)

3

**COSTITUZIONE DI  
UN CENTRO PER I  
DISTURBI  
ALIMENTARI**

Attualmente il Centro rientra nell'azione Alimentazione e Salute del Piano Sanitario Regionale 2005-2007- *parte B) Prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare (DCA)* che prevede proprio un Centro ambulatoriale per i DCA in ogni USL, inserito nella rete dei servizi pubblici territoriali ed ospedalieri. aziendali e di area vasta. L'attività è organizzata dalle Unità Funzionale Salute Mentale infanzia adolescenza ed adulti della zona e funzionante in parte con finanziamento regionale.

Si sta lavorando a sviluppare la rete con i servizi del territorio, anche extra aziendali ed ospedalieri (MMG, Università, Careggi, Privato), per potenziare la capacità di risposta ad una problematica di crescente rilievo nell'età adolescenziale e giovane adulta. È necessario un potenziamento degli organici, bloccato dalla finanziaria 2005, che ha impedito di utilizzare i finanziamenti regionali, tuttora disponibili.

4

**COMUNITA'  
TERAPEUTICA PER  
ADOLESCENTI**

Il progetto prevede la ricerca e realizzazione di un "luogo di cura" che risponde ai bisogni terapeutici di adolescenti con disturbi psicopatologici complessi (psicosi schizofrenica, gravi depressioni, disturbi gravi della condotta in struttura borderline) per i quali si sia dimostrata inefficace la presa in carico ambulatoriale, il ricovero ospedaliero e sia necessario un momento di separazione dalla famiglia e/o la famiglia necessiti di una "pausa" e di un sostegno per il carico collegato alla patologia e alla cura. L'azione sarà rappresentata da una analisi di fattibilità con ricerca risorse strutturali, umane, ipotesi organizzative e gestionali, piani finanziari, ricerca dei finanziamenti.

5

**STRUTTURE DI  
ACCOGLIENZA**

Il progetto prevede l'attivazione di una struttura residenziale per il "completamento" dell'autonomia personale: 11 posti letto, con copertura parziale, in un immobile della Caritas a Scandicci. Il completamento del progetto, avviato da oltre due anni, metterà a disposizione uno spazio per la ultima fase del percorso residenziale psichiatrico, prima del raggiungimento di una sufficiente autonomia abitativa. Inoltre si prevede l'approntamento di un piccolo appartamento a Campi per tre - quattro persone autonome, per il sostegno ad una autonomia abitativa (la struttura godrebbe di una assistenza, solo al bisogno, da parte dei servizi, ed ospiterebbe persone in grado di organizzarsi con sufficiente autonomia).

## **5. Progetti relativi all'Area delle Dipendenze**

Come emerge anche dai dati del profilo di salute, l'incidenza e la prevalenza dei problemi connessi con l'uso di droghe legali (alcol e tabacco) e droghe illegali rappresentano uno dei problemi per lo stato di salute delle nostre comunità.

Motivazioni sociali, sanitarie ma anche politiche e culturali hanno fino ad oggi orientato soprattutto all'organizzazione dei servizi e dei programmi territoriali, al trattamento delle problematiche più gravi connesse con l'uso di droghe illegali (dipendenza, complicanze organiche, sociali, di ordine pubblico, ecc),

Per il territorio della zona nord-ovest è necessario:

1. Migliorare l'offerta dei servizi pubblici per le persone con problemi legati all'uso di droghe illegali soprattutto attraverso un potenziamento dell'offerta terapeutico-riabilitativa in termini di operatori, strutture ma anche di programmi di supervisione per la gestione dei casi di alta complessità
2. Sviluppare interventi territoriali, al di fuori dei normali ambiti del lavoro istituzionale, per cercare di contattare le persone che usano droghe nei luoghi di vita e di aggregazione cercando di poterne venire in contatto possibilmente prima che si determinino problematiche di particolare gravità.
3. Potenziare l'intervento sui problemi alcolcorrelati anche al di là del solo trattamento dell'alcolismo e delle altre patologie alcolcorrelate in particolare per quel che riguarda la problematica legata al bere nei giovani, al rischio alcolcorrelato nei luoghi di lavoro ed alle problematiche alcolcorrelate in gravidanza
4. Sviluppare un programma di trattamento dei problemi tabaccocorrelati.

Poiché una delle maggiori evidenze dell'operare in questo ambito è che nessun servizio pubblico o privato potrebbe da solo far fronte alla grande quantità dei problemi, questi obiettivi dovranno essere raggiunti, come è proprio della cultura e dell'esperienza del lavoro nel territorio del nord-ovest attraverso "programmi territoriali integrati" cioè attraverso la creazione di una "rete" all'interno della quale una particolare collaborazione va sviluppata tra servizi per le tossicodipendenze, i medici di medicina generale, gli altri servizi sociali e sanitari del territorio ma anche il privato sociale ed il volontariato.

1

### **APERTURA a.m. CENTRO IL CANNOCCHIALE**

Il progetto prevede di estendere le attività del Centro a utenti tossicodipendenti non ancora pronti per l'inserimento nel programma

2

### **Trattamento casi doppia diagnosi**

L'utenza tossicodipendente negli ultimi anni ha subito notevoli modificazioni in ordine a utilizzo di sostanze, età, ed effetti comportamentali e sanitari. L'utilizzo di alcune sostanze, come la cocaina porta a comportamenti aggressivi, stati paranoici nonché allo sviluppo di patologie fisiche che possono riguardare disturbi cardiovascolari, infezioni polmonari ecc. Per molte altre persone l'uso di sostanze stupefacenti serve ad affrontare un profondo disagio psichico, che ovviamente le droghe non risolvono e che anzi, in molti casi, finiscono per evidenziare e drammatizzare. Quindi ai servizi si presentano sempre più persone a cui vengono diagnosticate "doppie diagnosi" cioè patologie psichiche unite alla tossicodipendenza. Il progetto prevede un intervento formativo di aggiornamento e supervisione sulle tecniche di approccio e trattamento degli utenti con doppia diagnosi e patologie complesse.

3

### **PROGETTO FLASH**

L'intervento consiste in una azione di prevenzione su strada mirata alla popolazione adolescente, relativamente all'abuso di sostanze stupefacenti, ed ai problemi a questi correlati, attraverso azioni di animazione, passaggi di competenze e empowerment orientamento all'utilizzo dei servizi del territorio. Il progetto si propone di estendere l'intervento al di fuori dell'ambito del lavoro istituzionale, cercando di raggiungere i luoghi di vita e aggregazione, intercettando i soggetti prima che si determinino problematiche di particolare gravità.

4

**COORDINAMENTO  
PROGRAMMI  
ALCOLOGICI**

Il progetto intende dare continuità al coordinamento funzionale delle risorse e della programmazione del territorio, relativamente a tutti i soggetti che si occupano di problemi alcol-correlati. L'obiettivo specifico è quello di ottimizzare gli interventi di prevenzione, formazione e ricerca all'interno dei luoghi di lavoro, nelle scuole, nella comunità locale.

5

**INSERIMENTO  
LAVORATIVI EX  
TOSSICODIPENDENTI**

Gli utenti dei SERT nella fase avanzata di trattamento vengono avviati a percorsi di inserimento lavorativo attraverso convenzioni stipulate dalla ASL con Aziende private e Enti Pubblici. L'Obiettivo del progetto è quello di potenziare questa attività di inserimento lavorativo attraverso il coinvolgimento delle associazioni di categoria, già presenti nel tavolo di collaborazione programmatica della SDS, perché siano parte attiva nella realizzazione e proposizione dei percorsi educativi di lavoro.

6

**PREVENZIONE SU  
DROGHE LEGALI**

L'incidenza e la prevalenza problemi connessi con l'uso di droghe legali (alcol e tabacco) rappresentino uno dei principali problemi per lo stato di salute della nostra comunità, di dimensioni assai maggiori alle problematiche relative all'uso di droghe illegali. L'obiettivo è quello di sviluppare un programma di trattamento del tabagismo e di potenziare gli interventi sui problemi alcolcorrelati attraverso azioni di sensibilizzazione e prevenzione in particolare nei luoghi di lavoro, di studio, e per gli ambiti correlati con la gravidanza.

## 6. Progetti relativi agli immigrati

La presenza di cittadini stranieri presenti sul territorio afferente alla SDS, presenta caratteristiche riscontrabili nella generalità delle aree ad alta densità demografica e con una situazione economica sviluppata in tutti i settori produttivi. Pertanto, occorre proseguire nel processo di adeguamento di tutti gli interventi socio-sanitari disponibili alla realtà multi-etnica ormai consolidata, ma soggetta a mutamenti dovuti al permanere, inarrestabile, di flussi immigratori non programmati.

In particolare occorre prevenire il rischio che patologie sanitarie ormai di basso profilo per gli autoctoni, riprendano forza a causa delle cattive condizioni di vita e di lavoro o dalla insufficiente informazione; così come, in ambito sociale, l'emarginazione e la clandestinità favoriscano lo sbilanciamento negativo delle situazioni "border-line".

Sono da considerare prioritari:

- o potenziamento e sviluppo delle informazioni sull'assistenza sanitaria di base e di emergenza;
- o Iniziative di controllo sulle condizioni negli ambienti di lavoro;
- o alfabetizzazione degli adulti, anche sulla realtà politico-amministrativa italiana;
- o sostegno extrascolastico dei minori;
- o corsi per "badanti";
- o accordo multizonale per il sostegno a donne in difficoltà.

1

**ASSISTENZA MMG  
ALLA POPOLAZIONE  
IMMIGRATA**

Negli immigrati di prima generazione, ormai stabilizzati e in regola con il permesso di soggiorno, si assiste ad un progressivo deterioramento dello stato di salute e all'annullamento del cosiddetto "effetto lavoratore sano": si prenda ad esempio la popolazione cinese nella quale vi sono ancora condizioni di lavoro disumane con orari di 14-16 ore al giorno, dormitori collettivi, mense comuni per tutti i pasti

giornalieri e domenicali, l'assoluta mancanza di una vita privata. Accanto alla cronicizzazione di patologie da lavoro appaiono sempre più frequenti le astenia cronica, i sintomi da disadattamento e da stress lavorativo come insonnia, vertigini, anoressia, dispepsia, ma anche le malattie degenerative comuni anche alla popolazione autoctona quali diabete, ipertensione, patologie psichiche di una certa entità o neoplasie.

Nonostante che il possesso del permesso di soggiorno e di un lavoro come dipendente o autonomo diano loro diritto di accesso all'assistenza del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta, la mancata informazione sulle modalità previste per ottenere la tessera sanitaria ma soprattutto le difficoltà di comunicazione con i medici di famiglia e con i pediatri impediscono a molti stranieri di avere un riferimento sanitario sul territorio e quindi ricorrono al ricovero ospedaliero per ogni patologia.

L'obiettivo è quello di aumentare l'iscrizione al servizio sanitario degli stranieri in possesso del permesso di soggiorno valorizzando il ruolo del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta come soggetti primari responsabili della tutela della salute degli immigrati; ciò sarà realizzato attraverso il coinvolgimento di gruppi di medici che dispongano di mediazione culturale e che operino in raccordo con le strutture del volontariato e del privato sociale

2

### **EDUCAZIONE ALLA MATERNITÀ E PATERNITÀ NELLA POPOLAZIONE STRANIERA**

Secondo una recente ricerca promossa dalla Azienda Sanitaria di Firenze (2005) le donne che hanno partorito negli ospedali di Borgo San Lorenzo, Torregalli, Ponte a Niccheri e Figline Valdarno nell'anno 2003 sono 594 di cui il 15,4% sono albanesi, il 13,1% cinesi e il 10,2 provengono dalla Romania. Nello stesso anno le IVG sono 351, il 23,6% in donne rumene, il 19,6% in donne peruviane e 10,2% in albanesi. Il che significa che su 945 gravidanze ben il 37% è esitata in aborto volontario, dato sicuramente sottostimato perché non tiene conto del ricorso all'aborto clandestino.

Appare quindi necessario sviluppare una azione di informazione e di educazione alla maternità e alla paternità consapevole e al ricorso alla contraccezione come metodo di prevenzione della gravidanza, rivolta alla popolazione straniera, che tenga conto della provenienza geografica degli immigrati della nostra zona e delle loro caratteristiche culturali e religiose.

3

### **MEDIATORE CULTURALE PER L'ACCESSO ALLA MEDICINA DI BASE**

La difficoltà che incontrano i cittadini non comunitari residenti (soprattutto nel comune di Campi Bisenzio) a rivolgersi al Medico di Medicina Generale ad al Pediatra di Libera Scelta, sembra sia riconducibile alla non comunicabilità e alle differenze culturali. Il progetto si prefigge lo scopo di realizzare una collaborazione tra ASL e MMG e PLS per fornire mediatori culturali all'interno degli studi medici al fine di intercettare un più alto tasso di pazienti della comunità cinese, riducendo il rischio di fenomeni di autocura e affidamento a personale non sanitario.

4

### **SPORTELLO UNICO PER L'ACCESSO ALLA CASA E AL LAVORO PER IMMIGRATI RESIDENTI NELLA ZONA NORD-OVEST**

Il Progetto prevede l'apertura di uno sportello unico di orientamento, consulenza, informazione circa il reperimento degli alloggi e sul mercato degli affitti nel territorio della Nord Ovest. Prevede inoltre azioni che sostengano il cittadino straniero in merito all'accensione di mutui per l'acquisto della prima casa, prestiti d'onore, ricerca attiva del lavoro anche in collaborazione con la Provincia di Firenze

## 7. Progetti relativi agli obiettivi di salute: Prevenzione

Il settore della prevenzione rappresenta per la Società della Salute un ambito di straordinaria potenzialità per le politiche di salute. In questo capitolo vengono illustrate alcune idee progettuali derivanti dai settori della medicina di base, del Dipartimento della Prevenzione e dai Comuni.

1

### **VISITE SPORTIVE E ANTIDOPING**

La comunità territoriale deve garantirsi che nelle sedi dove si fanno attività sportive vengano esclusi rischi da inquinamento da doping. Lo sport deve essere un investimento di salute e non di rischio per la stessa. L'unico farmaco utilizzabile in questo settore è esclusivamente l'attività motoria che ha proprietà farmacologiche efficaci.

Il PATTO fra società sportive, l'ente locale, il servizio di medicina dello sport e il laboratorio antidoping della regione toscana, che è il laboratorio di sanità pubblica della ASL di Firenze, possono allearsi e verificare su campioni urinari degli atleti la presenza di eventuali farmaci proibiti. Tale esperienza è già attiva a Sesto F.no con Sestoidee. La campagna naturalmente viene integrata con attività formative, educative e di dibattito con esperti, rivolte soprattutto a operatori, atleti, sanitari e soprattutto genitori. Il costo delle analisi sono assorbiti dal finanziamento regionale (fino ad un certo numero).

L'Università contribuisce senz'altro alla fase di formazione e, se possibile, con la raccolta dei campioni.

2

### **RIGUARDIAMOCI IL CUORE**

Il Progetto si propone di sviluppare la prevenzione cardiovascolare in armonia con le linee regionali di attuazione del Piano Nazionale di Prevenzione 2005 - 2007 ed in una prospettiva che vede la salute del singolo come la risultante di fattori biologici, ambientali, socio-economici e culturali. In questa interpretazione la prevenzione deve superare il solo ambito sanitario a favore di una visione multisettoriale capace di comprendere e di influenzare i tanti elementi che concorrono a determinare lo stato di salute o di malattia.

Il progetto si propone l'obiettivo di integrare l'attività dell'ospedale e del territorio con le strutture della società civile quali la famiglia, la scuola, lo sport, il mondo del lavoro e dell'impresa. Il progetto prevede il coinvolgimento delle farmacie e delle associazioni di volontariato.

4

### **STRADE SICURE**

Nella Comunità europea gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di morte tra i 15 e i 35 anni.

Secondo stime conservative basate sulla rilevazione ACI/ISTAT in Toscana si verificano oltre 17.000 incidenti stradali ogni anno, con circa 23.000 feriti e oltre 520 decessi. Gli incidenti più gravi si verificano nelle ore notturne, nei week-end, nei periodi festivi e sulle strade extraurbane. Una fascia di popolazione particolarmente a rischio è rappresentata dai giovani di sesso maschile. In particolare in ambito urbano i pedoni, e soprattutto gli anziani, rappresentano una quota rilevante delle vittime. Comportamenti di guida non corretti, ed in particolare l'eccesso di velocità, sono la causa della maggior parte degli incidenti. Un ruolo molto importante viene rivestito anche dalle condizioni del conducente e si stima che l'uso di alcool abbia un ruolo fondamentale in almeno il 25% degli incidenti stradali (ARS Toscana, maggio 2005).

Studi effettuati dalla U.di Epidemiologia dell'Azienda USL hanno evidenziato. Lo studio ha evidenziato che, solo nel 2002 a Firenze, questi incidenti hanno causato rilevanti volumi di attività sanitarie (circa 3.900 accessi al PS con un totale di quasi 18.000 prestazioni; 675 ricoveri con un totale di poco più di 4.400 giornate di

degenza; valorizzazione complessiva di 2,2 milioni di euro). E' inoltre da tenere presente che i ricoveri avvenuti in diretta conseguenza dell'evento hanno rappresentato circa l'83% del totale dei ricoveri (e circa l'80% della relativa valorizzazione) verificatisi nel primo anno di follow-up dopo l'incidente stradale. L'obiettivo del Programma è quello di promuovere e avviare una strategia integrata delle principali istituzioni coinvolte in tema di sicurezza stradale, attraverso il rafforzamento del coordinamento degli interventi, e, nello specifico, promuovendo la valutazione dei risultati in termine di salute, attraverso l'integrazione dei dati dell'Ufficio Analisi Incidentalità del Corpo di Polizia Municipale con i dati relativi agli esiti sanitari (ricoveri ospedalieri, riabilitazione ecc.).

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

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

5

#### **SCREENING COLON RETTO**

Nel campo della diagnosi precoce, si intende proseguire e potenziare la diffusione dei tre grandi screening oncologici (mammella, collo dell'utero e colon-retto) che vede già impegnata la ASL il CSPO e i Medici di Famiglia.

La SDS vuole verificare la possibilità di migliorare la precocità della diagnosi anche attraverso l'apporto di idee progettuali, esperienza dei MMG.

Lo screening oncologico, in particolare quello mirato alla ricerca del sangue occulto per la prevenzione del cancro del colon-retto rappresenta una delle azioni di prevenzione più efficaci in termini di vite salvate, per questo già nel 2006/2007 si potrebbe realizzare una campagna di prevenzione con modalità innovative con la collaborazione dei Medici di Famiglia e la comunità locale.

6

#### **CAMPAGNA ANTIDOPING**

La comunità territoriale deve garantirsi che nelle sedi dove si fanno attività sportive vengano esclusi rischi da inquinamento da doping. Lo sport deve essere un investimento di salute e non di rischio per la stessa. L'unico farmaco utilizzabile in questo settore è esclusivamente l'attività motoria che ha proprietà farmacologiche efficaci.

Il PATTO fra società sportive, l'ente locale, il servizio di medicina dello sport e il laboratorio antidoping della regione toscana, che è il laboratorio di sanità pubblica della ASL di Firenze, possono allearsi e verificare su campioni urinari degli atleti la presenza di eventuali farmaci proibiti. Tale esperienza è già attiva a Sesto F.no con Sestoide. La campagna naturalmente viene integrata con attività formative, educative e di dibattito con esperti, rivolte soprattutto a operatori, atleti, sanitari e soprattutto genitori.

L'Università contribuisce alla fase di formazione e, se possibile, con la raccolta dei campioni.

7

#### **Prevenzione della TBC nella popolazione straniera**

A fronte di un aumento della diffusione dell'infezione tubercolare anche nel nostro territorio regionale e di una maggiore prevalenza nella popolazione straniera, è necessario informare i componenti delle comunità straniere ed in particolare i componenti del nucleo familiare delle persone ammalate, sulle modalità di diffusione della tubercolosi e sui sistemi preventivi e curativi da mettere in atto. Perciò sarà realizzato uno specifico opuscolo informativo da diffondere tra le comunità straniere riconosciute a maggior rischio.



8

## **EDUCAZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE**

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

Nell'allegato C del presente Piano Integrato di Salute vengono riportati i progetti prioritari e significativi all'interno delle politiche incidenti sulla qualità della vita, finalizzate alla tutela del benessere delle persone e delle famiglie."

9

## **PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI IN EDILIZIA**

Nella zona NO, come nell'insieme della Regione Toscana, il comparto dell'edilizia è quello che dà il maggiore contributo in termini di infortuni sul lavoro con esiti gravi. In attuazione delle indicazioni regionali, si individua un progetto che si articola in più azioni, miranti al coinvolgimento di altri soggetti istituzionali (Comuni e Provincia) e delle forze sociali. In particolare si tratta di mettere in atto con tali soggetti iniziative per la piena applicazione di quanto previsto dall'art. 82 della L.R. 1/2005 in materia di Prevenzione degli infortuni per caduta dall'alto; di dare attuazione ai protocolli di intesa per la gestione degli appalti pubblici sottoscritti dalla ASL insieme ai Comuni aderenti ed alle Organizzazioni Sindacali; di mantenere il livello di controllo nei cantieri edili; di contribuire alla progettazione delle iniziative sperimentali di formazione dei lavoratori nei cantieri promosse dalla Regione Toscana.

10

## **PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI IN UN COMPARTO AD ELEVATA PRESENZA DI IMMIGRATI**

Dai dati forniti dall'INAIL sull'incidenza degli infortuni e della malattie professionali, risulta che il comparto rappresentato dai trasporti delle merci presenta un'elevata incidenza di infortuni e malattie muscolo scheletriche con contributo significativo a carico dei lavoratori immigrati, escludendo dall'analisi gli infortuni su strada. Pertanto verrà sperimentata in tale comparto una nuova metodologia di intervento orientata verso le Aziende con il maggior impatto in termini di gravità degli esiti, tale da consentire la verifica dei risultati.

11

## **SORVEGLIANZA SUI CANTIERI TRAMVIA FIRENZE-SCANDICCI.**

Per la realizzazione della tramvia Firenze - Scandicci sono attivi nella zona NO numerosi cantieri che si sviluppano in gran parte nel tessuto urbano. Considerata la complessità dell'opera, in cui sono coinvolte circa 20 imprese, è necessario prevedere una azioni coordinate finalizzate alla tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori e al controllo dell'impatto dei cantieri sulla popolazione limitrofa.

## 8. Progetti riorganizzazione dei servizi.

La SDS intende rivisitare l'organizzazione dei servizi socio-sanitari erogati dalla ASL e dai Comuni al fine di adeguare, per quanto possibile, l'erogazione dei servizi alle esigenze dell'utenza nell'ottica di un miglioramento continuo del servizio pubblico.

1

### **APPLICAZIONE NUOVA PROCEDURA**

La recente approvazione della delibera della Giunta SDS n.28 del 7.10.2005 pone le modalità operative per una modifica anche procedurale della costruzione delle decisioni all'interno delle tre istituzioni SDS, ASL, COMUNI, secondo quanto disposto dalle indicazioni regionali. Il progetto consiste nella implementazione di iniziative informative e formative volte a garantire la corretta applicazione della nuova procedura

2

### **SPERIMENTAZIONE NUOVE FORME DI ASSOCIAZIONISMO MEDICO**

#### RIFERIMENTI NORMATIVI

- Delibera GRT 868/02 "Programmi di attività da concertare con le AAVV e con la CRI"
- Delibera GRT n. 293/2004 "Pronto Soccorso – Misure urgenti per il contenimento dei tempi di attesa e strategie per un percorso alternativo sul territorio"

La ASL 10 ha presentato alla Regione Toscana il 30/03/042004 un Progetto UCP che prevede nella prima fase di sperimentazione l'attivazione di Punti di I° soccorso presso alcune medicine di gruppo

La Delibera DG 259/2005 "Sperimentazione PCA: prosecuzione progetto anno 2005, approvazione piano finanziario e schema di convenzione con la Misericordia di Campi Bisenzio per l'estensione della sperimentazione ai comuni di Signa e Calenzano" è un atto particolarmente importante che indica un modello sperimentale di associazionismo medico volto alla riduzione delle attese al Pronto Soccorso ospedaliero ed ad un migliore servizio per la cittadinanza.

Altro riferimento è la Delibera DG 446/2005 "Autorizzazione alla sottoscrizione di un protocollo d'intesa per la sperimentazione di primi soccorsi organizzati presso medicine di gruppo di Medici di medicina generale" (il progetto è parte integrante della proposta di UCP presentata alla Regione dalla nostra Azienda).

L'attuale progetto che viene proposto è volto a compiere una verifica delle esperienze fino ad oggi realizzate e a indicare eventualmente nuove modalità organizzative per l'associazionismo medico.

3

### **IL SISTEMA INFORMATIVO**

Per la Società della Salute l'esigenza di costruire un efficace sistema informativo che sia in grado di collegare Medicina di Base, Anagrafe Assistiti, settore Sociale è un elemento centrale e irrinunciabile.

Il Servizio di Assistenza Sociale comunale e aziendale, unitario, non ha attualmente in essere un sistema informativo. Tutta l'attività viene registrata attraverso supporti cartacei, sistema questo che non consente una efficace gestione dei dati. Il progetto prevede di dotare il servizio di software e hardware per consentire il flusso delle cartelle dell'assistenza sociale. L'azione si inserisce all'interno di un progetto più ampio di sistema informativo, l'obiettivo per il settore della disabilità è quello di disporre di uno strumento che consenta di coordinare l'azione dei vari operatori coinvolti nella presa in carico.

Tale strumento informativo centrato sul progetto individuale dovrà essere capace di mettere in connessione tutte le risorse sanitarie e sociali facilitando così il lavoro degli operatori.

Ma dovrà allo stesso tempo essere in grado di fornire tutte quelle informazioni necessarie alla programmazione delle politiche sociali del settore.

Il risultato atteso è la realizzazione di un sistema informativo unico.

4

#### **PUNTI DI PRIMO SOCCORSO**

##### RIFERIMENTI NORMATIVI –

- Delibera GRT 868/02 "Programmi di attività da concertare con le AAVV e con la CRI"
- Delibera GRT n. 293/2004 "Pronto Soccorso – Misure urgenti per il contenimento dei tempi di attesa e strategie per un percorso alternativo sul territorio"
- PSR 2005 – 2007, punto 3.2.7. "Strategie di miglioramento del sistema di emergenza urgenza intra ed extra ospedaliero"

##### DELIBERE AZIENDALI

- Progetto UCP, presentato alla Regione Toscana il 30/03/04, che prevede nella prima fase di sperimentazione l'attivazione di Punti di I soccorso presso alcune medicine di gruppo
- Delibera DG 772/2004 "Piano aziendale per l'abbattimento delle liste di attesa"
- Delibera DG 259/2005 "Sperimentazione PCA: prosecuzione progetto anno 2005, approvazione piano finanziario e schema di convenzione con la Misericordia di Campi Bisenzio per l'estensione della sperimentazione ai comuni di Signa e Calenzano"
- Delibera DG 446/2005 "Autorizzazione alla sottoscrizione di un protocollo d'intesa per la sperimentazione di primi soccorsi organizzati presso medicine di gruppo di Medici di medicina generale" (il progetto è parte integrante della proposta di UCP presentata alla Regione dalla nostra Azienda)

L'analisi dell'utilizzo dei servizi ospedalieri di PS (DEA ASL + DEA CAREGGI) da parte dei cittadini (1 accesso in media ogni 186.108 abitanti su una base di 795.832 assistiti; di questi il 13% ha come esito un ricovero) ha evidenziato: una domanda assistenziale non sempre motivata da un reale bisogno dettato da gravità e/o urgenza clinica, con conseguente impiego inappropriato di risorse; tempi di attesa lunghi per le situazioni a bassa priorità, con conseguente disagio per i cittadini e stress per gli operatori.

La necessità di reimpostare un percorso organizzativo con soluzioni alternative al PS sul territorio nasce, quindi, dall'esigenza di ricondurre a livelli appropriati di risposta una situazione di spreco di risorse che appaiono sovradimensionate e quindi inefficienti rispetto ai reali bisogni.

##### ESPERIENZE IN AZIENDA ASL

- a) Punto di Continuità Assistenziale presso la Misericordia di Campi Bisenzio
- b) Punti di I soccorso presso sette medicine di gruppo dislocate nella città di Firenze (4), nel Nord Ovest (2) e nel Sud Est (1)

Presidi del 118 che assicurano anche prestazioni ambulatoriali non urgenti.

5

#### **MIGLIORARE L'ACCESSO AI PRELIEVI EMATICI**

L'attuale modalità di accesso diretto ai prelievi ematici presso i presidi territoriali registra alcune difficoltà e attese da parte dell'utenza, che impongono di studiare e individuare soluzioni organizzative per rimuovere tali inconvenienti.

Il progetto si pone di raggiungere il risultato di diminuire i tempi di attesa per il prelievo.

6

#### **MIGLIORAMENTO DELL'ACCOGLIENZA**

Gli spazi destinati all'interno dei presidi territoriali della ASL, al servizio di accoglienza, front-office informativo e custodia, rappresentano il "volto" più

## NEI PRESIDI ASL

immediatamente visibile della Azienda Sanitaria e più a contatto con l'utenza. La Società della Salute ritiene strategico tale settore sia per consentire al cittadino la massima disponibilità di informazioni e primo orientamento ai servizi, sia per favorire, fin dalla prima accoglienza da parte del personale, le migliori condizioni di permanenza dell'utente nel presidio in situazioni che spesso per il cittadino rappresentano momenti di preoccupazione o di sofferenza e che quindi ci obbligano alla massima considerazione, rispetto e sensibilità.

Il progetto intende valorizzare e migliorare l'organizzazione di tale settore, introducendo dove possibile modifiche anche architettoniche e di arredo, migliorando attraverso interventi di formazione e aggiornamento le tecniche di front-office e accoglienza da parte del personale.

7

## POTENZIAMENTO POSTAZIONI CUP

Il progetto ha lo scopo di aumentare il numero delle postazioni CUP sul territorio, riducendo il disagio per i cittadini per la ricerca del più vicino sportello.

Il progetto intende quindi allargare l'offerta in termini di orario nei presidi ASL (aperture p.m.) e attivare nuove postazioni presso farmacie e associazioni di volontariato, studi medici.

8

## ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE ASL

Nell'ottica di garantire elevati ed omogenei standard di qualità ai cittadini residenti nel territorio regionale e comunque a tutti gli utenti che per qualsiasi motivo si servano delle strutture sanitarie presenti nel nostro territorio, la RT ha recepito ed integrato, quali standard di qualità, i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dal DPR 14/1/97 ed ha avviato il processo di accreditamento dei servizi sanitari. Questo processo, iniziato nel 2001 e tuttora in corso, è obbligatorio per tutte le aziende che erogano prestazioni sanitarie nell'ambito del SSN sulla base degli accordi di programmazione a livello regionale.

La RT ha definito inoltre, con il PSR 1999/2001 approvato con propria deliberazione del 17 febbraio 1999, n. 41, le specialità che intendeva accreditare, indicandone i livelli di priorità:

- tutti i presidi che erogano prestazioni di riabilitazione, sia a livello ambulatoriale che di ricovero a ciclo continuo e diurno per acuti e non acuti;
- tutti i presidi che erogano prestazioni relativamente ai settori di attività: laboratori analisi, radiologia, medicina nucleare, radioterapia, dialisi e chirurgia ambulatoriale;
- tutti i presidi di ricovero per acuti a ciclo continuo e diurno con un numero di posti letto inferiore a 300;
- le attività di alta specialità, di cardiocirurgia, cardiologia invasiva diagnostica e interventistica, neurochirurgia e unità spinale;

La ASL 10 ha sostanzialmente terminato il procedimento per tutte le strutture di riabilitazione, e ha iniziato l'accREDITAMENTO delle strutture che rientrano nel secondo livello di priorità.

9

## UMANIZZAZIONE E ACCOGLIENZA

Il progetto si prefigge di migliorare il livello di accoglienza ed umanizzare i percorsi assistenziali nei presidi ospedalieri e territoriali dell'Azienda: rendere omogenee le procedure e gli interventi in questo ambito, sperimentando anche nuove metodologie di lavoro: sono gli obiettivi generali del **Progetto Umanizzazione ed Accoglienza** e rappresentano la filosofia che attraversa l'intero progetto.

La metodologia di lavoro è quella di una squadra flessibile, aperta al contributo di tutti, formata da specialisti che, al di là delle consuete gerarchie istituzionali, lavorano in modo congiunto al raggiungimento di obiettivi predefiniti, per i cinque anni previsti come durata del progetto.

Lavorare per obiettivi è per l'appunto una delle specificità del P.UM.A.. I macro obiettivi sopra indicati sono stati infatti a loro volta declinati in ben **ventinove obiettivi** specifici, individuati nella stessa deliberazione, e per ciascuno di questi sono state previste azioni dettagliate ed indicatori che permettono un monitoraggio costante dei risultati.

Sono inoltre riconducibili a diverse aree tematiche e di intervento: quelle dell'assistenza transculturale, della comunicazione e dell'informazione, della degenza, dell'assistenza ai diversamente abili ed agli anziani, della formazione, delle iniziative ricreative e culturali, dell'integrazione tra l'ospedale ed il territorio, della logistica, del setting.

La gran parte degli obiettivi richiede tempi lunghi di realizzazione; da qui la scelta di dare un respiro di cinque anni al progetto. Prevedono infatti di agire sulla riorganizzazione di processi, sulla formazione degli operatori, sulla sensibilizzazione e sul cambiamento culturale; per tutti sono però previsti risultati ed azioni entro il 2005.

Per citare solo alcune delle realizzazioni in corso: come obiettivo di umanizzazione del momento della morte in ospedale, nell'ambito dell'**assistenza transculturale**, si sta elaborando una procedura aziendale per accogliere la salma e i famigliari in lutto, nel rispetto delle diverse religioni; per tale obiettivo il 3 di ottobre si è svolta una giornata di formazione rivolta ad operatori sanitari alla presenza dei vari ministri di culto. Nell'**area della comunicazione**, si sta implementando il sito aziendale nella sezione informativa dedicata agli ospedali: sono stati inoltre somministrati agli utenti nei mesi di giugno e luglio questionari per la rilevazione della qualità percepita, e nel mese di settembre sono stati organizzati incontri mirati con gli operatori degli ospedali per la diffusione dei risultati dei questionari e l'analisi dei dati emersi.

10

## **CUSTOMER SATISFACTION**

La SDS intende accompagnare la progettazione del PIS con azioni volte alla misurazione della qualità percepita da cittadini e imprese riguardo al sistema dei servizi socio-sanitari. E' dovere dell'Amministrazione Pubblica conoscere e comprendere i bisogni dei destinatari delle proprie attività e riprogettare, di conseguenza, sia le politiche pubbliche che il sistema di erogazione dei servizi. La SDS ritiene che proprio le Amministrazioni e la ASL diventino maggiormente capaci di dare valore al punto di vista del cittadino e che quindi l'ascolto diventi una funzione permanente organizzata e governata. Il Progetto dovrà prevedere lo svolgimento di periodiche rilevazioni sulla qualità percepita nei servizi socio-sanitari la diffusione dei risultati e azioni volte al miglioramento e adeguamento dei servizi, con una particolare attenzione a incrementare la flessibilità degli stessi.

11

## **PROGETTO ODONTOIATRIA TERRITORIALE**

Premesso che prestazioni odontoiatriche erogate dal sistema pubblico in Toscana costituiscono meno del 5% il N-O presenta quantità di offerta nella media, qualità e varietà tecnica assai elevata. Nelle tre sedi vi sono attrezzature ed arredi da potenziare ed ammodernare. Il regime tariffario, il possibile accreditamento esterno a costo zero l'elevata domanda e gradimento dell'utenza la possibile ottimizzazione degli spazi sottoutilizzati esistenti nei Presidi permetterebbero con modesti investimenti di potenziare significativamente i servizi con forti effetti diretti ed indiretti di calmierazione.

Si propone che le prestazioni siano offerte in due poli produttivi potenziati qualificati: Uno a Sesto F.no ed uno Lastra a Signa. L'aumento della potenzialità di offerta interna, i contratti con privati accreditati, l'erogazione di servizi remunerati a prestazione permetterebbero di realizzare un significativo aumento delle prestazioni erogate mediante sistema di offerta differenziato e flessibile.

Rispetto alle considerazioni sulla odontoiatria aziendale contenute nel documento di programmazione, nell'area N-O si possono rilevare alcune specificità:

I cittadini dell'a Zona Nord-Ovest ricevono attualmente prestazioni odontoiatriche

in tre ambulatori territoriali ubicati a Camerata, Lastra a Signa, Sesto F.no. ed uno nel Presidio Ospedaliero di NOSGDD

L'ambulatorio ubicato presso Camerata è dotato di un solo riunito, quello di Sesto di due e quello Alfa Columbus di tre.

Nell'ambito delle caratteristiche della odontoiatria aziendale l'odontoiatria nell'area Nord- Ovest presenta varie peculiarità: L'ambulatorio di Sesto F.no è stato a lungo l'unico nel quale venivano erogate prestazioni ortodontiche e quello di ponte a Signa l'unico per implantologia, Torregalli per disabili e soggetti a rischio. Presso Lastra a Signa si trova l'unico laboratorio odontotecnico aziendale che esegue riparazioni e protesi post estrattive immediate.

Per gli ambulatori di Sesto F.no e Lastra a Signa si rileva particolare apprezzamento da parte della utenza, confermato dalla produttività elevata (rispetto alla media aziendale) associata a liste di attesa superiori alla media e significativa attrazione di utenti da altre aree ed aziende.

L'ambulatorio ospedaliero svolge un ruolo misto di carattere aziendale per casi clinici indicati ed attrae utenti di Scandicci per attività ordinaria.

Si prevede di mantenere la varietà di offerta di prestazioni e la ricerca della massima appropriatezza pur sviluppando alcune attività di eccellenza.

L'orientamento aziendale di costituire poli di erogazione che permettano fra l'altro ottimizzazione delle risorse tecnologiche ed umane ha già permesso la parziale costituzione di un polo presso Lastra a Signa.

12

#### **POLITICHE DEL FARMACO**

PROGETTO INFORMAZIONE INDIPENDENTE:

Progetto da realizzarsi con il coinvolgimento di tutti i farmacisti con la predisposizione di pacchetti informativi da illustrare ai Medici al momento della consegna dei ricettari SSN.

13

#### **DISTRIBUZIONE DIRETTA FARMACI**

Realizzazione completa dell'accordo con le farmacie convenzionate e conseguente riduzione delle attività di erogazione (farmaci assistenza integrativa ecc.) da parte aziendale; l'obiettivo è di recuperare risorse professionali da dedicare al progetto ASL relativo all'assistenza primaria e diminuzione del personale dei servizi appaltati.

14

#### **REGOLAMENTO UNICO PER L'ACCESSO AI SERVIZI E ALLE PRESTAZIONI IN AMBITO SOCIALE**

Tra le finalità della SdS vi è il perseguimento dell'equità e uniformità dei servizi sociali ai cittadini della Zona, superando le differenze che sussistono nelle regole per l'accesso alle prestazioni tra i vari comuni.

La SDS, proprio nell'ottica della unitarietà delle prestazioni, ha in progetto di attivare un gruppo di lavoro che partendo dal regolamento esistente elabori un proprio atto che abbia come obiettivo quello di creare una normativa unica di riferimento per tutti i soggetti che operano nel settore.

15

#### **REGOLAMENTO UNICO PER L'APPLICAZIONE ISEE**

Il progetto prevede l'elaborazione di un regolamento unico per l'applicazione dell'ISEE (indice della situazione economica equivalente) per l'accesso alle prestazioni a domanda individuale a tutte le prestazioni a domanda individuale, con soglie uniche di riferimento per tutti i cittadini in relazione alla gamma di servizi offerti.

16

#### **PERCORSI PARTECIPATIVI**

La SDS ha intenzione di realizzare un reale processo partecipativo che accompagni la programmazione socio-sanitaria e più in generale le politiche della salute.

L'obiettivo principale del processo partecipativo è quello di innalzare la qualità

complessiva dei servizi, orientare la domanda verso livelli di maggiore appropriatezza, offrire più attenzione ai bisogni individuali.

La partecipazione costituisce, lo strumento strategico che non può limitarsi alla costruzione del Piano Integrato di Salute nelle fasi della lettura dei bisogni, ma deve accompagnare il processo programmatorio anche nella verifica del raggiungimento degli obiettivi.

Per questo è necessario dare agli organismi di partecipazione modalità operative concrete di coinvolgimento, attraverso procedure e ambiti di incontro rispondenti a tale finalità.

Questo progetto deve prevedere che siano perciò assicurate:

**INFORMAZIONE:** attraverso la pubblicazione degli atti, il lavoro dell'ufficio stampa della SDS, la Carta dei servizi, e tutte le modalità che saranno ritenute efficaci per una adeguata diffusione delle decisioni e degli atti relativi al PIS.

**LA TRASPARENZA,** attraverso gli uffici della SdS e il servizio di accesso ai documenti. La trasparenza e la massima disponibilità a fornire ogni possibile spiegazione circa il lavoro della SDS e della costruzione del Piano, rappresentano una premessa indispensabile nel perseguire la fiducia e il consenso di operatori e cittadini.

**ASCOLTO:** attraverso modalità di raccolta di contributi: e-mail, forum nelle frazioni, questionari, consigli comunali aperti, incontri nelle frazioni ecc.

**FORMAZIONE:** attraverso specifici momenti miranti a dotare di strumenti conoscitivi gruppi di persone che devono esercitare la partecipazione alle decisioni, l'esigenza di mettere in condizione gruppi di persone per poter esprimersi su decisioni e su politiche per la salute implica naturalmente un momento formativo mirato per dotare i soggetti della partecipazione degli indispensabili strumenti di conoscenza.

**CONSULTAZIONE:** attraverso i due principali tavoli partecipati: la Consulta del Volontariato e il Comitato di Partecipazione.